

うつ病に対する集団精神療法のレビュー研究

分担研究者：中川敦夫

慶應義塾大学

研究趣旨：

目的：集団精神療法には、様々な対象、形態、内容（認知行動療法、精神力動的療法など）が混在しており、その有効性や対象は不明確である。このような背景から、本研究では **Common mental illness**（うつ病、不安症、統合失調症）に関する集団精神療法のエビデンスの整理を目的とした。本分担研究ではうつ病に関して整理する。

方法：集団精神療法に関するエビデンスを取集し、整理した。具体的には、**International Guideline Library, Guidelines International Network (GIN)**を用いて、うつ病の集団精神療法に関するガイドラインレビューを行った。

結果：うつ病治療一つの治療選択として集団精神療法を示しているのは、米国、英国、ドイツ、マレーシア、フィンランドのうつ病治療ガイドラインであった。英国 **NICE** ガイドラインでは個人精神療法や家族療法のコストよりも低いことから閾値下～中等症うつ病に対する初期治療として、低強度治療の一つとして集団精神療法を推奨。また青年期の軽症例に対して、デジタル **CBT**、グループ **IPT**、グループ **NDST**、グループ **CBT** のいずれかを最初に提供することを推奨。アメリカ精神医学会(**APA**)では高齢者（ ≥ 60 歳）の初期治療として、通常のケアに追加または単独で集団による **CBT** または回想法を推奨。なお、集団療法を行う場合、個別モニタリングを行い、プログラムに参加している個人に注意を払うよう留意する。

結論：集団精神療法はリソースやコストが個人精神療法よりも少ないことから、軽症例に対するうつ病初期治療の低強度治療の一つとして推奨される。若年者や高齢者の軽症うつ病の初期治療として、通常治療に併用して実施されることの有用性が確認された。

A. 研究目的

集団精神療法には、様々な対象、形態、内容（認知行動療法、精神力動的療法など）が混在しており、そのエビデンスや質は不明確である。本研究では **Common mental illness**（うつ病、不安症、統合失調症）に関する集団精神療法のエビデンスの整理を目的とする。本分担研究ではうつ病に関して整理する。

B. 研究方法

集団精神療法に関するエビデンスを取集し、整理した。具体的には、**International Guideline Library, Guidelines International Network (GIN)**を用いて、うつ

病の集団精神療法に関するガイドラインレビューを行った。

検索データベース：**International Guideline Library, Guidelines International Network (GIN)** <http://www.g-i-n.net/>

検索用語：**depression**

検索日：2021年5月20日

（倫理面への配慮）

患者等の個人情報や直接扱うわけではないために特段の倫理的な課題は想定されない研究であるが、ヘルシンキ宣言や研究倫理諸規則に則り実施した。

C. 研究結果

検索の結果、以下の6か国の治療ガイドラインが抽

出された。

- 英国([成人] National Institute for Health and Care Excellence (NICE) . Depression in adults: recognition and management Clinical guideline. Published: 28 October 2009 ; [12-18 歳] NICE guideline [NG134]. Depression in children and young people: identification and management. Published: 25 June 2019)
- ドイツ (S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression, 2. Auflage, 2015. Version 5)
- 米国(American Psychiatric Association. Guideline Development Panel for the Treatment of Depressive Disorders. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts. Adopted as APA Policy Feb. 16, 2019)
- マレーシア(HTA DoH (MY). Management of Major Depressive Disorder (Second Edition). 2019)
- フィンランド(Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Depressio. Publication Date: 08/01/2020, partially updated 11.03.2021)
- オランダ(NHG-STANDAARD. NHG-werkgroep Depressie. KNR nummer M44. Versie 3.1.mei 2019)

抽出された治療ガイドラインの概要は以下の通りであった。

<全体>

1. 治療ガイドラインにおいて、うつ病に対する精神療法として、強く推奨されるものは認知行動療法(CBT)、対人関係療法(IPT)。推奨されるものは、行動療法、認知療法、マインドフルネス認知療法(MBCT)、力動的な精神療法、支持的な精神療法、問題解決型のカップルセラピーであった。
2. うつ病の治療に関連する集団精神療法の概念は、個人精神療法で使用されている概念と対応する。
3. 3. 集団精神療法もうつ病治療一つの選択肢とみなすと言及しているのは、UK, GERMANY, USA , Malaysia, Finland のガイドラインであった。

<適応>

- ♦ 英国 NICE ではデジタル CBT や集団精神療法(CBT、IPT、非指示的支持療法 NDST) で推定される平均

コストは、個人 CBT や家族療法のコストよりも低いと評価。

- ♦ 閾値下～中等症うつ病に対する初期治療として、低強度治療の 1 つとして集団精神療法が適応される。初期治療に奏功しない中等症や重症例では一般的に高強度の個人精神療法を適応。
- ♦ 集団 CBT の効果が多く検証されている。再発予防には集団 MBCT の効果が示されている。
- ♦ 英国 NICE では青年期のうつ病軽症例に対しデジタル CBT、グループ IPT、グループ NDST、集団 CBT のいずれかを最初に提供すべきと推奨。
- ♦ 米国 APA では高齢者 (≥60 歳) の初期治療で、通常のケアに追加または単独で、集団による CBT または回想法 life-review therapy を推奨。

<プログラム内容>

集団 CBT : 心理教育、社会的スキルの向上、ネガティブな思考への対処、行動活性化、リラクゼーショントレーニング。

MBCT : うつ病の再発に関連する身体的感覚・思考・感情への気づき、これらに対して適応的に関与するためのトレーニング

<実施>

- ♦ 一般的に集団精神療法を実施する場合は、個別のモニタリングを行い、注意を払う必要がある(コンセンサス)。
- ♦ 集団 CBT は構造化されたプログラムで実施される。英国では、集団 CBT において ‘Coping with Depression’ という構造化されたモデルに基づいて行われる (1 回 2 時間計 10~12 回)。治療終了後の 1 年間に最大 4 回のフォローアップセッションがある。ドイツでは、集団 CBT の構造化プログラム (1 回 2 時間計 8~16 回) を示すマニュアルが複数公開されている。

D. 考察

有効な集団精神療法であるために、対象者集団の重症度や年齢層を考慮し、プログラム化されている必要があると考えられる。また医療資源の有限性を考慮し、集団精神療法の通常のケアとの併用や、他の治療や支援との組み合わせを考慮する必要があると

考えられる。

E. 結論

International Guideline Library, Guidelines International Network (GIN)のデータベースを検索し、診療ガイドラインを抽出し、集団精神療法の国際的な位置づけを整理した。

集団精神療法はリソースやコストが個人精神療法よりも少ないことから、軽症例に対するうつ病初期治療の低強度治療の1つとして推奨される。若年者や高齢者の軽症うつ病の初期治療として、通常治療に併用して実施されることの有用性が確認された。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Umegaki Y, **Nakagawa A**, Watkins E, Mullan E. A rumination-focused cognitive-behavioral therapy self-help program to reduce depressive rumination in high-ruminating Japanese female university students: a case series study. *Cognitive and Behavioral Practice*. (in press),2021. (査読あり) doi: 10.1016/j.cbpra.2021.01.003.
2. Sado M, Koreki A, Ninomiya A, Kurata C, Mitsuda D, Sato Y, Kikuchi T, Fujisawa D, Ono Y, Mimura M, **Nakagawa A**. Cost-effectiveness analyses of augmented cognitive behavioral therapy for pharmacotherapy-resistant depression at secondary mental health care settings. *Psychiatry Clin Neurosci*. 75(11):341-350,2021. (査読あり) doi: 10.1111/pcn.13298. Epub 2021 Sep 17.
3. Katayama N, **Nakagawa A**, Umeda S, Terasawa Y, Abe T, Kurata C, Sasaki Y, Mitsuda D, Kikuchi T, Tabuchi H, Mimura M. Cognitive behavioral therapy effects on frontopolar cortex function during future thinking in major depressive disorder: a randomized clinical trial. *J Affect Disord*. Online ahead of print, 2021. (査読あり) doi:10.1016/j.jad.2021.11.034

2. 学会発表

1. **中川敦夫**. 難治性うつ病に対する認知行動療法, 第18回日本うつ病学会/第21回日本認知療法・認知行動療法学会, 2021年7月.
2. **中川敦夫**. 反芻に取り組む: 反芻焦点化認知行動療法, 第18回日本うつ病学会/第21回日本認知療法・認知行動療法学会, 2021年7月.
3. **中川敦夫**. 医療現場における認知行動療法実装の課題とその工夫, 第117回日本精神神経学会学術総会, 2021年9月.
4. **中川敦夫**. より良い周産期メンタルヘルスを目指して:精神疾患を合併した妊産婦診療ガイドの活用 周産期うつ病の治療と対応, 第117回日本精神神経学会学術総会, 2021年9月.
5. 野上和香, **中川敦夫**, 加藤典子, 佐々木洋平, 三村将. COVID-19 パンデミック下でのうつ病に対する遠隔通信技術を用いた認知行動療法の実施可能性, 第117回日本精神神経学会学術総会, 2021年9月.
6. 天野瑞紀, **中川敦夫**, 片山奈理子, 梅田聡, 寺澤悠理, 田淵肇, 菊地俊暁, 三村将. うつ病の認知行動療法における未来性思考の変化の検討: ランダム化比較試験. 第117回日本精神神経学会学術総会, 2021年9月.

G. 知的所有権の取得状況(予定も含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

うつ病の集団精神療法に関するガイドラインレビュー・各国の詳細

診療ガイドライン検索方法（実施日：2021年5月10日～5月20日）：

- International Guideline Library, Guidelines International Network (GIN) [<http://www.g-i-n.net/>]
使用したキーワード：「depression」

上記により同定した海外のガイドライン：

- UK (NICE guideline)
- GERMANY (S3 guideline)
- USA (APA)
- Malaysia
- Finland
- Nederland

全体のまとめ

- ◇ うつ病の精神療法として、認知行動療法、対人関係療法が最も推奨されており、他に行動療法、認知療法、マインドフルネス・ベース・コグニティブ・セラピー（MBCT）、力動的な精神療法、支持的な精神療法、問題解決型のカップルセラピー等の推奨もある。
- ◇ 治療形式（個人、グループ、電話ベース、コンピューターを使った配信、読書療法など）が有効性に影響を与えるかどうかを判断するためのデータは基本的に限られている。
- ◇ 集団療法も一つの選択肢とみなすことができると言及しているのは、UK、GERMANY、USA、Malaysia、Finland。
- ◇ 軽症から中等症では集団精神療法が推奨される傾向がある。集団認知行動療法（CBT）が最も効果が検証されており、再発予防には集団形式であるマインドフルに基づく認知療法（MBCT）は効果がある。
- ◇ 集団療法として他にも集団対人関係療法（IPT）、集団非指示的支持療法（NDST）等があり、その他グループ身体活動プログラムや集団のガイド付きセルフヘルプも行われている。
- ◇ 重症例では現時点では一般的に個人精神療法が推奨されている（おそらく集団への参加の難しさによるエビデンスの不足により？）。
- ◇ デジタルCBTとグループ療法（CBT、IPT、NDST）で推定された平均コストは、個人CBTや家族療法のコストよりも低く、NICEでは青年期の軽症例に対しデジタル CBT、グループ IPT、グループ NDST、グループ CBT のいずれかを最初に提供すべきであるとしている。またAPAでは高齢者（≧60歳）の初期治療で、通常のケアに追加または単独で、Group-life-review therapyまたはGroup-CBTを推奨しており、各年齢層での集団療法の適応が広がっている。
- ◇ うつ病の治療に関連する集団精神療法の概念は、本質的に、個人精神療法で使用されている概念に対応している。特定のモデル・マニュアル・プロトコルについて言及されていたものは、UK（集団CBTに

おいては‘Coping with Depression’のような構造化されたモデルに基づいていること）、GERMANY（集団CBTの構造化プログラムを示すマニュアルが複数公開されている）のみ。

- ◇ セッション数・期間を明言しているものはUK、GERMANYのみ（グループCBTでは共に1回2時間のセッション、順に10~12回/8~16回行う。UKでは再発予防のために1ヶ月後と6ヶ月後のフォローアップセッションも開催。UKのMBCTは、1回2時間のセッションを8週間行い、治療終了後の1年間に4回のフォローアップセッションが行われる）。
- ◇ 各精神療法で扱う内容・用いる技法について明言しているものは少ない。あるものでは、以下：
 - [UK]グループCBT：心理教育、社会的スキルの向上、ネガティブな思考に対処すること、喜ばしい活動を増やすこと、リラクゼーショントレーニング。MBCT：うつ病の再発に関連する身体的感覚、思考、感情に気づき、これらの経験に建設的に関わられるようになること。
 - [GERMANY]心理療法の一般的な効果要因：治療的關係（最も確立されている要因）、リソース（問題に対処するために役立つ患者個々の動機や能力等の特性）の活性化、現実の問題の変容（問題が患者に直接具体化される）、効果的な問題解決（積極的な対処行動をとる、感情的な理解が進む）、動機付けの明確化（経験と行動への洞察を得るという目標を促進）。
 - [USA]心理療法（Norcross、2011）の共通の側面[例：hope, expectancy, therapeutic alliance]が、最適な治療結果に密接に関係している。
- ◇ 一般的に集団療法を選択する場合は、個別のモニタリングに特別な注意を払う必要があるというコンセンサスがある。

各論：

【UK】

1. 成人：National Institute for Health and Care Excellence (NICE) . Depression in adults: recognition and management Clinical guideline. Published: 28 October 2009.

※「グループ」の記載がないものはおそらく個人精神療法を想定しているものと考えられる。

* 閾値以下～中等度の抑うつ状態：低強度の心理社会的介入①～③のうち一つ以上を推奨。

これら全てに何らかの援助や監督が必要。

- ① CBTの原則に基づいた個別のガイド付きセルフヘルププログラム（行動活性化や問題解決の手法を含む）：最大6～8回のセッション（対面および電話）で構成され、通常、フォローアップを含めて9～12週間にわたり実施。※二つの研究では、**グループによるガイド付きセルフヘルプ**が含まれていたが、データが不十分であり、CIが広すぎるため、明確な結論を得ることが出来なかった。
- ② コンピュータベースまたはウェブベースのCBT（CCBT）
CBTモデルの説明、セッション間での課題の奨励、思考を困難にする方法、行動・思考パターン・結果の積極的なモニタリングなどを含む。通常、フォローアップを含めて9～12週間。費用対効果が高いというエビデンスもある。
- ③ 構造化された**グループ身体活動プログラム**：通常、45分～1時間のセッションを週3回、10週間から14週間（平均12週間）行う。有能なプラクティショナーによる援助が必要。

→これら低強度の心理社会的介入を断念した場合、

④ **グループCBT**を推奨：以下が推奨された治療の形式。

- ‘Coping with Depression’のような構造化されたモデルに基づいている
- 訓練を受けた有能な2人のグループリーダーによって行われる
- 8人～10人の参加者による10回から12回のミーティングで構成されている
- 通常、フォローアップを含めて12～16週間行われる。

* 閾値以下の抑うつ症状が持続している、または初期介入への反応が不十分な軽度から中等度の抑うつ状態、および中等度から重度の抑うつ状態：高強度の心理的介入（通常は以下①～④のうちの1つ）。

- ① CBT
- ② IPT
- ③ 行動活性化（ただし、CBTやIPTに比べてエビデンスが弱いことに注意）
- ④ パートナーがいて、その関係がうつ病の発症や維持に関与している可能性がある場合や、パートナーを参加させることで治療効果が期待できると考えられる場合に、行動的カップル・セラピー

* 中等度または重度のうつ病：高強度の心理的介入（CBTまたはIPT）を推奨

* 再発防止

- ① 抗うつ薬内服中にも再発/うつ病の既往あり症状残存→個別CBT
- ② 3回以上過去にうつ病エピソード→**マインドフルに基づく認知療法**
（4つの試験が**グループMBCT**の効果を抗うつ薬単と比較し、再発リスクが有意に低かった）

≪内容・エビデンス≫

■ グループ認知行動療法（Group Cognitive Behavioral Therapy）

主に「Coping With Depression」アプローチ（Kuehner 2005; Lewinsohn et al.1989）を用いたグループCBTを調べた試験を含んでいた。うつ病に関連する問題に対処するための技術や戦略を教えることに焦点を当

てた、心理教育的要素の強いアプローチ。これらの戦略には、社会的スキルの向上、ネガティブな思考に対処すること、楽しい活動を増やすこと、リラクゼーショントレーニングなどがある。プログラムは最初の4週間は週2回、その後の8週間は週1回、1回2時間のセッションを計12回行う。グループは高度に構造化されており (Lewinsohn et al.1984; Lewinsohn et al, 1986)、通常6~10名の患者と2名のグループリーダーで構成される。1ヶ月後と6ヶ月後のフォローアップセッションも開催され、ブースターセッションを利用することで再発防止に役立つとされる。

グループCBTの有効性を他の心理療法と比較した3つの研究(Bright1999, Covi1987, Klein1984)では、治療中止のリスクに有意差はなく (RR 0.94, 95% CI 0.57, 1.53)、治療後のうつ病スコアにも有意な差はなかった (BDI: SMD 0.17, 95% CI 0.61, 0.26; HRSD: SMD 0.12, 95% CI 0.55, 0.31)。加えて、自己評価による抑うつスコアをカットオフ値 BDI 9で分析したところ、CBT群に有意な差が見られた (RR 0.60、95% ci 0.46, 0.79)。

さらに、グループCBTと待機群または通常の治療と比較し分析を行った。Coping with Depression プログラムを評価した研究が4件あり (ALLARTVANDAM2003, BROWN1984, DALGARD2006, haringsma2006)、中止のリスクに臨床的に重要な差はなく (RR 1.34, 95% CI 0.44, 4.11)、集団CBTのエンドポイントにおけるうつ病スコアを低下させる効果は中程度であり (SMD 0.60, 95% CI 0.84, 0.35)、6ヵ月後の追跡調査ではSMD 0.40, 95% CI 0.83, 0.02であった。ゆえに**グループCBT (特にCoping with Depression) は、軽度のうつ病患者に有効な治療法であると考えられる。**

■ マインドフルネスに基づく認知療法

Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) は、うつ病の再発防止に焦点を当てて開発された (Segal et al. 2002)。MBCTは、1回2時間のセッションを8週間行うグループプログラムで、治療終了後の1年間に4回のフォローアップセッションが行われる。1つのグループに8~15人の患者がいるので、MBCTはより多くの患者を効率的に援助できる可能性がある。**MBCTは、慢性疾患患者の苦痛を改善する効果が示されている** mindfulness-based stress reduction (Baer, 2003; Kabat-Zinn, 1990)、急性うつ病に対するCBT (Beck et al., 1979年) から派生したものであり、**うつ病の再発防止に有効**であることが実証されている (Hollon, et al, 2005)。MBCTは、うつ病の再発に関連する身体的感覚、思考、感情に気づき、これらの経験に建設的に関わるようになることを目的としている。

4つの研究(CRANE2008, KUYKEN2008, MA2004, Teasdale2000)が、再発予防における MBCT グループ治療の有効性を評価した。2つの研究 (MA2004, Teasdale2000) では、MBCTのグループ治療とGPケアの併用、GPケアのみの治療を比較し、併用療法の方が中止のリスクが高かったが、再発のリスクは有意に低かった (RR 0.74, 95% CI 0.57, 0.96)。再発率の低下については、グループMBCTを抗うつ薬と比較した場合、1ヵ月後のうつ病スコアの低下 (BDI: SMD 0.37、95%CI 0.72、0.01、HRSD: SMD 0.31、95%CI 0.66、0.05) および15ヵ月後のフォローアップ (BDI: SMD 0.34、95%CI 0.69、0.02、HRSD: SMD 0.23、95%CI 0.59、0.12) に小~中程度の効果が認められた。

■ IPT

IPTは個人に焦点を当てた治療法として提供されるが、集団治療としても開発されている (Wilfley et al, 2000)。

2. 12~18歳 : NICE guideline [NG134]. Depression in children and young people: identification and management. Published: 25 June 2019

12歳から18歳の軽度のうつ病に対する心理療法

デジタルCBT (オンラインCBTまたはコンピュータCBTとしても知られる)、**グループ療法 (集団CBT、集団対人精神療法 (IPT)、集団非指示的支持療法 (NDST))**、個人CBT、家族療法が、待機群または無治療群と比較して、治療終了時および6ヵ月後までにうつ病の症状の軽減や機能的状態の改善をもたらした。

デジタルCBTと**グループ療法（CBT、IPT、NDST）**で推定された平均コストは、個人CBTや家族療法のコストよりも低かった。効果の大きさ、推定コスト、エビデンスの大きさを考慮し、委員会は、**デジタルCBT、グループIPT、グループNDST、グループCBTのいずれかを最初に提供すべきであるという合意に至った。**

行動活性化は、推奨される他の心理療法ではカバーできない一部の子どもや若者のうつ病のニーズを満たす可能性があるという結論に至った。具体的には、CBTの概念が苦手な子どもや若者、学習障害や神経発達障害のある子どもや若者に適している可能性がある。行動活性化の唯一のエビデンスは、行動活性化と通常のケアの間に差がないことを示した1件の小規模な研究（参加者60人）である（行動活性化と通常のケアとの間に差がなかったが、これは研究規模が小さかったためかもしれない）。

入院では、薬物療法、個人および**グループの心理療法**、家族支援などの様々な介入が可能である。

【Germany】

S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression, 2. Auflage, 2015. Version 5.

- ・ 個別の認知療法と集団の認知療法の効果の違いは体系的に研究されていない。
- ・ うつ病の治療に関連する集団精神療法の概念は、本質的に、個人精神療法で使用されている概念に対応している。ドイツ語圏では、様々な患者集団に対する8～16回の各2時間のセッションで構成される**集団CBTの構造化プログラムを示すマニュアルがいくつも公開されている**（全て書籍で内容を閲覧できず）：

- ・ 796. Hautzinger M. Depression im Alter. Erkennen, bewältigen, behandeln. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm. Weinheim: Beltz; 2000.
- ・ 797. Hautzinger M, Kischkel E. Psychotherapeutisches Behandlungsprogramm für Depression (Handbuch und Materialien). Kompetenznetz Depression; 1999.
- ・ 798. Herrle J, Kühner C. Depression bewältigen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm nach PM Lewinsohn. Weinheim: BeltzPVU; 1994.
- ・ 799. Ihle W, Herrle J. Stimmungsprobleme bewältigen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm zur Prävention, Behandlung und Rückfallprophylaxe depressiver Störungen im Jugendalter nach Clarke und Lewinsohn. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie; 2003.
- ・ 800. Kühner C, Weber I. Depressionen vorbeugen. Ein Gruppenprogramm nach R. F. Munoz. Göttingen: Hogrefe; 2001.

- ・ 心理療法の一般的な効果要因：

治療的關係（最も確立されている要因）、リソース（問題に対処するために役立つ患者個々の動機や能力等の特性）の活性化、現実の問題の変容（問題が患者に直接具体化される）、効果的な問題解決（積極的な対処行動をとる、感情的な理解が進む）、動機付けの明確化（経験と行動への洞察を得るという目標を促進）

【USA】

American Psychiatric Association. Guideline Development Panel for the Treatment of Depressive Disorders. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts.

Adopted as APA Policy Feb. 16, 2019

1. 小児

初期治療で以下の心理療法を推奨するには十分なエビデンスがない：

行動療法、認知療法、CBT、家族療法、プレイセラピー、問題解決型セラピー、力動的な精神療法、支持的な精神療法

2. 思春期

初期治療でCBTまたは青年期のIPT（IPT-A）を行うことを推奨。

3. 成人

* 初期治療として、以下を推奨。

- 行動療法
- 認知療法、認知行動療法、マインドフルネス・ベース・コグニティブ・セラピー (MBCT)
- 対人関係療法 (IPT)
- 力動的的精神療法
- 支持的的精神療法

・ 抗うつ薬との併用を検討する場合、CBTまたはIPTを推奨。

・ 上記すべてが不可/受け入れられない場合は、人間関係の悩みを抱えている患者に対して、問題解決型のカップルセラピーも提案。

・ CBASP (認知行動分析システム精神療法)、短時間の問題解決型セラピー (≦10回) については推奨するための十分なエビデンスがない。

* 初期の抗うつ薬治療に無反応/部分反応

抗うつ薬に以下のいずれかを追加することを提案。

対人関係療法、認知行動療法、精神力動的療法

* 寛解後の再発予防

抗うつ薬や通常の治療ではなく、心理療法 (CBT、MBCBT、IPT) を提案。

4. 高齢者 (≧60歳)

* 初期治療で以下を推奨：

・ **単独または通常のケアに、Group-life-review therapyまたはGroup-CBTを追加する。**

(IOMまたはAMSTARの要件を満たしたレビュー文献によると、これらは十分な有効性のエビデンスがある唯一の介入であった)

・ 薬物療法 + 対人精神療法 (IPT) > IPT単独

* 推奨される治療法が不可であれば、薬物療法との併用としてCBT (個別) やIPT (個別) を提案。

((* 高齢者のHIV+うつ病患者に対して、**Coping improvement (group)**を実施してもよい。

その際臨床的な問題が生じていないかどうかを3回の短い電話連絡で評価))

* 再発防止のために推奨：

IPT + 薬物療法 or 支持的的精神療法 + 薬物療法

→ それらが不可であればIPT (個人) を提案。

※ CBTは推奨するための十分なエビデンス無し。

・ 心理療法 (Norcross、2011) の共通の側面[例：hope, expectancy, therapeutic alliance]が、最適な治療結果に密接に関係していることを示唆する文献が増えている。

・ 治療形式 (個人、**グループ**、電話ベース、コンピューターを使った配信、読書療法など) が**有効性に影響を与えるかどうかを判断するためのデータは非常に限られていた。**

【Malaysia】

HTA DoH (MY). Management of Major Depressive Disorder (Second Edition). 2019.

メタアナリシスでうつ病性障害に対するグループ心理療法（患者が3名以上参加）が評価され、**グループCBT+TAUは、TAU単独と比較して、治療直後（1週間以内、SMD=-0.55, 95%CI -0.78~-0.32）および中長期（3カ月以上、SMD=-0.47, 95%CI -0.87~-0.08）の抑うつ症状の軽減に有効であった。**

別の分析では、7つのRCTで、治療直後は**グループCBTよりも個人CBTの方が効果的であることが示され(SMD=0.38, 95% CI 0.09~0.66)たが、短期および中長期の追跡調査では有意ではなかった。**

他の3種類の集団心理療法（DBT、IPT、self-controlled therapy：自己統制法？）については、はっきりとした結論は出ていない。ただし、質の低い一次論文も含まれていた。

(文献：Huntley AL, Araya R, Salisbury C. Group psychological therapies for depression in the community: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2012;200(3):184-190.)

【Finland】

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä.

Depressio. Publication Date: 08/01/2020, partially updated 11.03.2021

・軽度から中等度のうつ病の急性期治療では、以下の短期療法の単独または組み合わせが有効であることが示されている。

- 認知行動療法
- 行動活性化
- 対人関係療法
- 精神力動的療法

これらの治療の中には、集団療法も一つの選択肢とみなすことができるものもある。短期個人療法よりも若干良好な結果を示したが、長期のフォローアップ後に有意差はなかった。集団療法を選択する場合は、個別のモニタリングに特別な注意を払う必要がある。

<エビデンス：うつ病の治療における集団療法>

Näytönastekatsaus. Julkaistu: 08.01.2020 Tulosta. Olavi Lindfor

表示レベル：A

・短期のグループ療法は、短期の個人療法と同程度の効果でうつ病を治療することができることが明白。

①155件のRCT（N = 15,191）に基づくメタアナリシス

急性期の治療における認知行動療法（個人、集団、遠隔、自助士ガイダンス）の有効性と受容性を比較した。ガイダンスを伴わない自助を除いて、すべての治療法は、待機群や標準治療群よりも効果的であった。グループベースの認知行動療法は、ガイド付き自助よりも効果的であった（SMD 0.25; 95%CI 0.01-0.49）。
研究の質：高品質 適用性：良好

②1966年から2007年の間に発表された673人の患者を対象とした15件のRCTのメタアナリシス

うつ病に対する心理療法の有効性とうつ病症状の軽減を比較した。治療の大部分は、さまざまな形態の認知行動療法であった。

個別療法は集団療法よりも抑うつ症状を軽減した（ES（効果量）= 0.20; 95%CI 0.05-0.35、p <0.01）が、その差は臨床的に重要ではない可能性がある。より長いフォローアップでは、結果の違いは観察されなかった。

12 件の研究によると、治療の中止は個別療法が集団療法よりも有意に低かった (OR = 0.56; 95%CI 0.37-0.86、 $p < 0.01$)。

研究の質：高品質 適用性：良好

③うつ病の治療における問題解決療法の有効性

1986 年から 2004 年までの 13 件の RCT を含むメタアナリシス (N = 588)。個人またはグループの問題解決療法の有効性を、標準治療群や待機群と比較。

標準化された平均 ES (効果量) は、グループ (5 研究) の問題解決療法 (ES = 1.56; 95%CI 1.15-1.97) よりも個別療法 (8 研究) (ES = 0.20; 95%CI 0.05-0.34) で有意に低かった。ただし、研究の質は非常に高度に不均一性で、結果の信頼性と一般化可能性に制限がある。

研究の質：高品質 適用性：良好

④システマティックレビュー

1981 年から 2010 年の間に発表された 23 件の RCT (19 件は認知行動療法、4 件はその他の個別療法) に基づき、初期治療における簡単なグループ療法と、標準治療 (n=19) または個別の認知行動療法 (n=7) の、うつ病に対する効果を比較。

治療終了時点で抑うつ症状は標準治療よりも集団療法でより減少し (-0.55; 95%CI -0.78~-0.32)、6 つの研究で有効性は数ヶ月のフォローアップの間持続していた。治療終了時、個別の心理療法は集団療法よりも良好な結果をもたらしたが (0.38; 95%CI 0.09-0.66)、フォローアップで差は観察されなかった。

研究の質：高品質 適用性：良好

文献：

- ・ Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E ym. Effectiveness and Acceptability of Cognitive Behavior Therapy Delivery Formats in Adults With Depression: A Network Meta-analysis. JAMA Psychiatry 2019;76:700-707.
- ・ Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Are individual and group treatments equally effective in the treatment of depression in adults? A meta-analysis. Eur J Psychiatry 2008;22:38-51.
- ・ Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. Eur Psychiatry 2007;22:9-15.
- ・ Huntley AL, Araya R, Salisbury C. Group psychological therapies for depression in the community: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2012;200:184-90.

- ・ 青年期の軽度から中等度のうつ病の初期治療として、心理療法的治療を推奨。

認知行動療法の個人および集団療法は、青年期のうつ病の急性期治療に効果的。

【Nederland】

NHG-STANDAARD. NHG-werkgroep Depressie. KNR nummer M44. Versie 3.1.mei 2019

認知行動療法、行動療法、対人関係療法を推奨。

- ・ 前景に否定的な考えを持っている患者や不安もある患者に CBT、他者との関係の問題が前面に出ている場合に IPT を特に推奨
- ・ 実施形式についての明確な言及なし。

- ・ CBT（おそらく個人セッション）は約1時間の約12～16回の治療を想定、最大10回までの短期集中型も可能。
- ・ 特定のモデル・マニュアル・プロトコルの明言なし。

以上