
第 12 回日本認知療法学会に初めて参加して

国立精神・神経医療研究センター精神診療部 蟹江絢子

第 12 回日本認知療法学会および第 13 回認知療法研修会は、2012 年 11 月 23～25 日に東京ビッグサイトで「多職種による協働をめざして一チームによる認知療法」と題して開催されました。2 名の海外講師を招聘し、大会に約 900 名、研修会に 1,300 名強が参加するという予想以上に大規模な学会でした。

Stefan G. Hofmann 先生の「不安障害のための現代の認知行動療法」は、認知行動療法（以下、CBT）の統合的な見方や最新の知識の臨床への活かし方についての講演であり興味深かったです。質問が多く講師と会場が一体となっており、学会の初日のスタートにはふさわしい基調講演でした。

古川壽亮先生の「From this patient to that trial, to those trials, and back～精神療法の実践にエビデンスを活かす～」では、エビデンスがあるから CBT が効果的なのではなくて患者さんにあわせてエビデンスをどのように使うのかという方策を目の前で見せてくれたのが印象的でした。

2 日目の堀越勝先生の「ソクラテスの耳」では、著書の『精神療法の基本』にもあるように、「ソクラテスの耳」という例えを使ってどの職種にも共通するコミュニケーションの重要性を誰が聞いても理解しやすい形で話されました。

朝一番で行われた認知行動療法センターのトレーニングの紹介では、CBT のための基本的なコミュニケーション技法をしめすために大会場を巻き込んでロールプレイをする場面が圧巻でした。楽しみながら聴くことのできる実践的な講義であったと感じました。

Katharine Larsson 先生の「CBT を超えて：身体疾患に対する連携治療に用いられる統合的行動医学」では心理士はもちろんのこと医師、看護師、作業療法士、理学療法士、ソーシャルワーカーなどの参加が多かっ

第 62 号の発刊にあたって

2012 年 11 月 23・24 日に第 12 回日本認知療法学会が、25 日に認知療法研修会が、東京ビッグサイトで堀越勝会長（国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター）のもと開催されました。学会そのものにもまして研修会が盛会であったようで、日本における認知療法への関心の高まりには目を見張るものがあります。

そこで本号では今回の認知療法学会の紹介文と、また海外とのつながりという意味で 11 月 15～18 日に米国で開かれました行動認知療法学会やカバットジンのワークショップの見聞録をご投稿いただき、また実証的基盤を生涯学習するためのジャーナルクラブの投稿をいただきました。

たように思います。このことは学会のテーマをよく反映したものだと考えました。また、自主企画、口演、ポスターの数も多くどの会場も熱気に包まれていました。

大野裕先生の市民講座「みんなで認知療法の練習をしませんか」は新聞に記事が掲載されたこともあり、550 名の方が参加され会場は 8 割がた埋まっているようでした。今回の学会は非常に幅広いプログラムで構成されており、CBT の専門家から初学者まで誰もが参加できるように考え抜かれたものでした。

11 月 25 日は研修会であり 21 ものワークショップが 9 時から 20 時半まで行われました。講義形式ではなく参加型であり、実践にすぐに役に立つものが多いと感じました。臨床に携わるものにとって、有意義な時間になったと思います。

*日本認知療法学会事務局
E-mail jact-admin@umin.ac.jp
URL <http://jact.umin.jp/>

最後に、「多職種による協働をめざして一チームによる認知療法」を実現するのに必要なものが、国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センターの運営スタッフの温かい笑顔の中にみられたように感じた学会でした。2013年はアジア認知行動療法会議と日本認知療法学会と日本行動療法学会が同時開催されるとのことで今から楽しみにしております。

第46回アメリカ行動認知療法学会(ABCT)に参加して

名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学
小川 成

11月15日から18日までアメリカのナショナルハーバーで開催された第46回アメリカ行動認知療法学会(ABCT)に参加してきましたので報告させていただきます。

ナショナルハーバーはワシントンDCの南にあります。2008年にできた新しいリゾート地とのことで、確かに街並みはきれいで新しい建物ばかりといった印象でした。その一角に学会会場のゲイロード・ナショナル・リゾート&コンベンションセンターがあります。ホテルとコンベンション会場が一体化した巨大な施設です。

ABCTは大規模な学会であり、様々なテーマのシンポジウムやパネルディスカッション、ワークショップが開かれ、口演やポスターの演題数も圧倒的に多い(ポスターだけで約1,500)ので毎回多くのことが学べます。

初日はワークショップのみで、中でも大規模に行われるのがClinical Intervention Trainingです。1つはACT (acceptance and commitment therapy)、もう1つはDBT (dialectical behavior therapy) でした。ACTは2日かかりで1日8時間のセッションを2回やるというものでした。昨年のトロント大会でも同じ組み合わせでしたので、ACTとDBTに対する臨床的なニーズの高さを感じました。

2日目からはシンポジウムやパネルディスカッショ

ンなども始まりました。ポスター等の研究発表の演題では、やはりmindfulnessに関するものが目立ちました。最近はタイトルに“mindfulness”とある論文はアクセプトされやすいと聞いたことがありますが、臨床だけでなく研究においてもブームになっているのでしょうか。また、HIV感染者に対するCBT、復員兵のPTSDや薬物依存等の問題、カップルセラピーやメタ認知療法等の発表が目立つのも印象的でした。

また、不安障害の難治例のケース分析と治療方略に関するワークショップに出席しました。講師はDavid A. ClarkとJonathan S. Abramowitzで、認知再構成や曝露療法が奏功しない難治例に対する介入の選択肢の1つとしてACTやDBTの併用をあげていました。Michelle Craskeも別の講演で同じことを言っており、第2世代CBTの技法のみで治療が完結しない場合は、柔軟に第3世代の技法も取り入れていくというのは最近のトレンドなののでしょうか。もう1つACT + exposureのワークショップにも参加しましたが、ハンドアウトがなくスライドもあまり充実していなかったため、私の英語力では理解困難でした。ペアを組みお互いに見つめ合うロールプレイをやりましたが、言葉を介してはいけないと指示されていたので、英語力のない私にはその点は助かったかな……。

ポスター発表ではCBT施行後のパニック障害患者における回避とQOLとの関連につき報告しました。残念ながら、時間帯が昼食時と重なりあまり通る人もおらず隣のプレゼンターと話をしていました。彼女の発表は復員兵のマリファナ使用がパニック発作を誘発しやすくするという趣旨のもので、日本人から見るとマニアックな発表に思いましたが、アメリカの場合州によってはマリファナは合法化されているので、極めて実際の発表とのことでした。

マインドフルネスフォーラム 2012に参加して

広島大学総合科学研究科行動科学講座 杉浦義典

2012年11月に、Mindfulness-Based Stress Reduction

(MBSR)の創始者、Jon Kabat-Zinn博士の来日ツアー、マインドフルネスフォーラム2012 (MF2012)が行われました。13日はシンポジウム、14日は1日ワークショップ、16～18日は曹洞宗大本山總持寺でのワークショップです。第12回日本認知療法学会 (JACT2012)が23日からでしたので、気温とは裏腹にホットな11月でした。双方に参加できた体験を言葉にしてみます。

マインドフルネスは、CBTでは第三の波として広がっています。私は、これは新旧の対立や革命ではなく、「シームレスな拡張性」というCBTの特徴の現れだととらえています。JACT2012の基調講演でStefan Hofmann博士が語った脳科学やマインドフルネスなどを取り入れた「モダンCBT」の考えとも整合すると思います。JACT2012ではマインドフルネスによる介入例や、マインドフルネスにインスパイアされたと思われる報告も多く見られました。しかし、Kabat-Zinn博士はしばしば、MBSRはCBTではないと明言します。MBSRは1979年に身体疾患（慢性疼痛）の患者さんを対象に創始され、歴史的にもCBTとは別の出自をもっています。今回、個人的には「違い」もある程度感じました。

近年のCBTでも注意のコントロールが重視されています。例えば、メタ認知療法では注意を一点に集中させるところから訓練を始めます。それが、不快な考えから距離をおくことを助けてくれる。一方、Kabat-Zinn博士の場合、ともかくもオープンな気づきを強調します。体の各部の感覚や呼吸に注意を向けるのですが、それらに集中することよりも、その瞬間に生じているあらゆることに気づき、抱きとめることが重視されます。人はすぐに言葉や概念を当てはめてしまいがちですが、ただそれとして気づく、ということです。例えば、耳には常に色々な音が入ってきます。「電車？ いや飛行機？ それともトラック？」これもすでに概念なのです。電車や飛行機という前に、ただそこに音がある、それだけです。

ワークショップでは参加者とKabat-Zinn博士とのユーモアあふれるやり取りが冴え渡ります。参加者「呼吸に退屈してしまいました」。博士「では、親指

を鼻の穴に当てて、人差し指で鼻の横を押さえてください。次の息がすごく楽になるでしょう？」。体験を共有するために、グループであることが本質的な意味をもちます。瞑想をすると眠くなることがあります。しかし、マインドフルネスとは目覚めること（仏陀＝目覚めた人）。博士のアドバイスは睡眠はきちんとするのが良い、というもの。瞑想をする前には十分に睡眠と休養が取れると良いでしょう。アクセプタンスという概念もおなじみですが、Kabat-Zinn博士は暖かい愛にあふれたトーンで「体験を抱きとめる」という言葉をよく使います。1日ワークショップの終わりには、参加者が皆で輪になって手をつなぎます。「欧米だとみんなでハグしてもらおうのですが」。そこは日本流。皆でお互いにお辞儀をしましたが、暖かい気持ちに包まれました。

参加された方々の実践領域もかなり違うようです。JACT2012では、「多職種による協働をめざして」というテーマのとおり、心理士、精神保健福祉士、看護師、など多様な方々が集いました。一方、MF2012ではヨガの専門家の方々などにお会いしました。Kabat-Zinn博士は、マインドフルネスは医療のみでなく学校などへも普及すると良いだろうと言います。ヨガ教室はたいていどの町でもありますので、CBTとはまた異なった普及の可能性があるでしょう。オランダの空港でごく自然に（授乳室などと並んで）瞑想室があったのを思い出しました。Kabat-Zinn博士「人生は瞬間の連続。マインドフルネスは人生そのものなのですよ」。

エビデンス・ベイスト・ジャーナルクラブ

京都大学大学院医学研究科医学専攻 今井必生
健康不安（心気症）に対する、マインドフルネス認知療法と無制限の医療使用の無作為化比較試験

[McManus, F., Surawy, C., Muse, K.: A randomized clinical trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80: 817-828, 2012.]

論文サマリー：対象者は、18歳から65歳のDSM-IV-TRの心気症に該当するもので、介入群には無制限の医療使用に加えマインドフルネス認知療法（Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT）を、対照群には無制限の医療使用（Unrestricted Services: US）のみを8週間行った。介入直後と1年後のフォローアップで心気症の診断に該当するかどうかを評価項目としたところ、Cohen's dは介入直後0.48、1年後のフォローアップでも0.49であり、心気症患者にとって、MBCTをUSに加えることは有用であるだろうと結論された。

内的妥当性の検討：無作為化の方法と割り付けの隠蔽化は、独立した統計学者がコンピュータを用いて割り付けしており適切である。実際に被験者の基本的な背景情報は試験開始時点で有意な差は認められなかった。割り付けられた被験者の脱落はCONSORTダイアグラムによって適切に開示されている。治療者と被験者の盲検化は実際上できないが、評価者は割り付けに対し盲検化されており最大限の努力がされている。MBCTを行う以外はUSをゆるさされており被験者は介入以外では不均等な医療を受けているが、本研究は実際の場面を想定した研究であるためこの点は研究デザイン上避けられない。全体として内的妥当性は高い研究といえる。

結果の概要：脱落者は反応しなかったものとしたITT分析の結果、心気症の診断に該当しなくなったものはMBCT+US群で介入直後で50%（36人中18人）、1年後フォローアップ時点で64%（36人中23人）に対し、USのみ群では介入直後で21%（38人中8人）、1年後フォローアップ時点で24%（38人中9人）であった。これはNNTにして介入直後で3.5（95%CI: 2.0-12.4）、1年後のフォローアップ時で2.5（1.6-5.1）であった。介入群の脱落者を反応しなかったもの、対照群の脱落者を反応したもののみとしたワーストケースシナリオでも、NNTは介入直後で4.2（2.2-46.1）、1年後のフォローアップ時で2.9（1.8-7.3）であった。



京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻 小川雄右
全般性不安障害に対する、インターネットによる精神力動的vs認知行動的セルフヘルプの無作為割り付け比較試験

[Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P. et al.: Internet-Based Psychodynamic versus Cognitive Behavioral Guided Self-Help for Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81:344-355, 2012.]

論文サマリー：

P（対象）：全般性不安障害の患者

E（介入）：インターネットによる認知行動療法（ICBT）、インターネットによる力動的認知療法（IPDT）

C（比較対象）：待機リスト

O（結果）：Penn State Worry Questionnaire（PSWQ）、Generalized Anxiety Disorder Questionnaire IV（GAD-Q-IV）、Clinical Global Improvement Scale（CGI）など

著者の結論：3群の間で各種評価尺度のスコアに有意差はみられなかった。

内的妥当性の検討：治療への割り付けは無作為に行われており、かつ、割り付けは隠蔽化されていた。また、臨床試験にエントリーされた全ての患者が試験の終了時点でどうなったかについてCONSORTフローチャートに示されている。またアウトカム評価者が治療についてブラインドに置かれている。以上より、内的妥当性が高い研究であるといえる。

結果の数量的表現：CGI-Iにおける、very muchもしくはmuch improvedを良好なアウトカムと定義し、脱落者をnon-responderとみなした単純なITT分析を行うと、ICBT対待機リストでは、NNTが6.8となり、ICBTを行うと待機リストよりも7人に1人、余分に改善が得られるということになる。しかし、このNNTの95%信頼区間を計算すると、-∞～-8.66、2.43～∞となり、有意な結果ではなくなった。