インターネットを用いた認知行動療法の最新の レビューと今後の展望

博士課程 1年 菅 沼 慎一郎
博士課程 3年 梅 垣 佑 介
修士課程 1年 安 婷 婷
博士課程 1年 小 倉 加奈子
教授 下 山 晴 彦

問題と目的

コンピュータ・ベースや Web ベースで認知行動療法 (CBT) を提供するサービスは CCBT (Computerized CBT) や iCBT (internet-based CBT) と称され、コスト削減やアクセシビリティの拡大などさまざまな長所を有する (以下、CCBT と総称)。CCBT の有効性に関しては多くのエビデンスが存在し、うつ病、パニック障害、強迫性障害など様々な精神障害に対応したサービスが開発されている。特にうつ病・抑うつに対する有効性のエビデンスの蓄積により、CCBT は軽度から中等度のうつ病に対して推奨される心理的援助技法の一つになっている (NICE, 2009)。

既存の CCBT サービスを概観した研究として梅垣ら (2012) がある。同研究は国内外の CCBT や関連サービスをレビューし、その特徴や限界を指摘している。CCBT サービスには利用者・提供者双方のコスト削減やアクセシビリティの改善、従来援助を提供できなかった対象への提供可能性をもつなど多くの長所があるが、一方でコンピュータ・プログラム単体では治療同盟が形成されないこと、利用者のドロップアウトが多いことなどが限界として挙げられていた。

梅垣ら (2012) は我が国において CCBT サービスをレビューした最初の学術論文と思われるが、同研究に掲載された情報のいくつかは最新のものではなかった。さらに、同研究がレビューした CCBT サービスには 2013 年 1 月現在利用できないものが多い。現在は各国の研究機関が競って CCBT サービスを開発・展開しており、日進月歩の様相を呈している。そこで本稿では、梅垣ら (2012) をアップデートする形で CCBT を取り巻く最新の情勢を概観し、うつ病・抑うつに対する最新の CCBT サービスのレビューを行った上で、今後の展開可能性を論じる

こととする。

梅垣ら (2012) のアップデートと本論考の視座 初めに、梅垣ら (2012) に記載された情報のアップデートを行った上で、最新の CCBT サービスの内容や提供方法を検討する際の本論考の視座を提示する。

(1) パッケージ特異的でない CCBT の有効性の認可

英国で開発された CCBT サービスの一つに Beating the Blues (以下、BTB) がある。梅垣ら (2012) は、NICE の 2006 年ガイドライン (NICE, 2006) に従って BTB が NICE に推奨された CCBT サービスであると紹介しているが、その後発行された最新のガイドラインからは BTB の名前はなくなり、CCBT そのものの有効性を認める表記に代わっている (NICE, 2009)。これは特定の CCBT パッケージが有効であるというより、コンピュータ・ベースや web ベースで提供される CCBT 自体の有効性を NICE が認可したことを示すものと言える。

(2) 援助者によるサポートの重要性

対面式の心理援助と同程度の有効性を示す CCBT (Kaltenthaler et al., 2006; 2008; Foroushani et al., 2011) については、対面式援助と同程度の治療同盟の成立を示す研究 (Preschl et al., 2011) や、利用者が CCBT パッケージに対して生身の援助者に対するのと同程度の信頼感や温かみを感じるとする研究 (Ormrod et al., 2010) があり、有効性をもたらす要因についての検討が不可欠である。CCBT が有効性を持つ上でサービス利用の動機づけや援助者によるフィードバックなど何かしらのサポートが必要とされており (Andersson & Cuijpers, 2008; Gellatly et al., 2007)、こういった機能が治療同盟とどのように関連するかを検討が必要である。本稿では、有効とされる CCBT サービスの概観を通して、治療同盟

と同等の機能を持ち有効性をもたらすと考えられる CCBT の要素について考察する。

(3) CCBT への選好性

プライマリケアを受療する患者は CCBT を選好しないことが報告されている (Woodford et al., 2011)。これは、受療行動自体が対面式の治療・援助を求める選好性の現れであるためと解釈できるが、そうであれば CCBT を選好するのはそもそも受療行動をとることができない潜在的な患者群と考えられる。受療患者に対して CCBT サービスを提供する場合には生身の援助者によるサポートを手厚くするなどの配慮が必要であろうし、逆に受療行動をとることができない者に対する CCBT の展開可能性には大きなものがあるであろう。この点に関しても、最新の CCBT サービスのレビューを踏まえた上で考察する。

CCBT 関連サービスのレビュー

本章では、最新の CCBT 関連サービスのレビューを行う。各サービスの概要を表に示す。

MoodGYM MoodGYM (以下、MG) は、軽度うつ病の予防・改善を目的とし、CBT と対人関係療法に基づく援助を web 上で提供するインタラクティブなサービスである。利用者は設定された状況について自分の体験に基づいて回答することが求められ、それに応じてフィードバックがある。MG の治療効果は複数の研究によって実証されており、その一部は梅垣ら (2012) において紹介されているが、同サービスは外傷性脳損傷 (Topolovec-Vranic et al., 2010) や多発性硬化症 (Hind et al., 2010) といった身体疾患を持つ人を対象とした研究においても

表. CCBT 関連サービスの概要

サービス名	<u>MoodGYM</u>	<u>BluePages</u>	<u>CATCH-IT</u>	<u>THIS WAY UP</u>	<u>SPARX</u>	<u>Good days ahead</u>
関連 URL	http://moodgym.anu.edu.au/welcome/	http://www.bluepages.anu.edu.au/	http://catchit-public.bsd.uchicago.edu/	https://thiswayup.org.au/clinic/	http://sparx.org.nz/	https://www.gooddaysahead.com/
提供元 (国名)	Australian National University (豪)	Australian National University (豪)	The University of Chicago (米)	St Vincent's Hospital (豪)	Auckland University (新)	Empower Interactive Inc. (米)
提供言語	英・蘭・中・諾	英・諾	英	英	英	英
対象	若者～成人	子ども～老年	若者	成人	若者	成人
利用料	無料	無料	無料	55 ドル (一部無料)	不明 (開発中)	20 ドル (一部無料)
人的サポート	—	—	・プライマリ医による動機づけ面接	・精神科医によるサポート ・ディスカッション・フォーラム	—	・セッション中の質問への回答
その他の動機づけ装置	・セッションごとのフィードバック	・自身の状態についてのフィードバック	・オンラインチャット	・成功者の体験談 ・コミックの活用 ・サービスの定期利用の勧奨	・キャラクターの存在 ・ゲームに基づくデザイン	・ビデオの活用 ・自身の状態についてのフィードバック
備考	—	情報提供が主眼	臨床家によるサポート (オプション) あり	—	—	—

注. 人的サポートとは、援助者やそれに準ずる者によるサービス提供者側からのサポートを指す。

抑うつ症状の改善などの効果が報告されているのが特徴である。

Farrer et al. (2011) は豪州の電話カウンセリング・サービスに電話した人を対象に RCT を行い、電話連絡による利用勧奨がある場合の MG の効果を検討した。MG と BluePages (情報提供サイト; 後述) を合わせた介入を行う Web 群、Web+電話連絡群、電話連絡のみ群、統制群の 4 群に分けて効果を検討したところ、Web 群と Web+電話連絡群いずれにおいてもうつ症状の改善が見られた。電話連絡によるアドヒアランスの改善は得られず、逆に Web+電話連絡群におけるドロップアウト率が Web 群を上回る結果が得られた。この結果から、電話カウンセリング・サービスの利用者に対して定期的な電話連絡を行った上で CCBT サービスの継続を促すことは負担が大きくなりすぎることが示唆されたと言える。

BluePages BluePages (以下、BP) はうつ病の症状、診断、予防、治療と抑うつ時の体験に関するエビデンスに基づいた最新の情報を提供するウェブサイトである。基本的には情報提供サイトであるが、抑うつ・不安に関するスクリーニングのスコアが表示されるなどインタラクティブな機能を有する。

BP には抑うつ症状の軽減効果があり、利用後一年は維持されることが Christensen et al. (2004) によって示されている。同研究は 18~52 歳のキャンベラ市民 (525 名) を対象とし、MoodGYM を利用する MG 群 (182 名)、BP を利用する BP 群 (165 名)、統制群 (178 名) の 3 群に分けて効果を検討した。プログラムを完了したのは各群で 121 名、136 名、157 名であり、MG 群と BP 群においてうつ症状の改善が見られた。また、BP 群は MG 群と統制群と比較し、薬物療法、心理療法やその他の療法に関する知識の有意な向上が見られ、エビデンスに基づいた有効なうつ病治療に対する理解にも有意な改善が見られた。この結果から、インターネットを媒介した CBT サービスだけでなく、心理教育に重点を置いた情報提供もうつ症状の改善に効果的であることが示された。また、BP はドロップアウト率が低く (Ackerson et al., 1998; Jamison et al., 1995)、うつ病に対するスティグマの軽減にも有効である (Griffith et al., 2004)。

Lintvedt et al. (2011) は、スクリーニングにより心理的苦痛を感じていると評定された大学生を対象とし、サポートやリマインダーといった人的関与の全くない環境下で MG と BP が大学生のうつ症状とネガティブな自動思考の軽減に効果的であることを示している。研究参加者の三分の二は心理的問題を抱えていながら援助要請

ができていない者であったことから、MG と BP の併用による援助は専門的・非専門的援助を普段求めない人たちのセルフ・ヘルプの動機づけに繋がることを示唆された。

CATCH-IT CATCH-IT は、閾値下のうつ症状を示す若者を対象とし、うつ予防と改善を目的としている。プログラムの前後でプライマリケア医によって導入とフォローアップのための面接が行われる。サービスは CBT、行動活性化療法、対人関係療法に基づき、各 20 分程度の 14 のモジュールから構成されている。

Van Voorhees et al. (2009) は、閾値下うつを示す 14~21 歳の若者 84 名を対象とし、プライマリケア医による個別の動機づけ面接 (MI) の後に CATCH-IT を行う MI 群と、プライマリケア医による短い指示的なアドバイスの後に CATCH-IT を行う BA (Brief Advice) 群に分け、効果を検証する RCT を行った。プログラムへの参加率は良好 (MI 群 91%、BA 群 76%) で、CES-D-10 得点は介入の 12 週間後に有意に減少していた。両群における介入の効果量は $d=0.69$ で、MoodGYM、BluePages (Christensen et al., 2004) 等と同程度であった。MI 群では BA 群と比較して絶望感、うつ病エピソードにおける症状数が有意に減少していたが、CES-D 得点は 2 群間で有意差はなかった。効果はプログラム終了後 6 カ月が経過しても持続していた (Hoek et al., 2011)。なお、MI 群には 100 ドル、BA 群には 75 ドルが研究参加への報酬として支払われた。同サービスの効果をもたらした要因について、著者らは動機づけ面接により若者のアドヒアランスが高まり、ストレス・イベントに対してコーピング・スキルを積極的に用いて対処しようと思うようになったのではないかと考察している。

Iloabachie et al. (2011) は CATCH-IT の治療効果をもたらす要因を量的・質的両側面から検討している。14 歳から 21 歳の若者 10 名の介入前の面接内容と介入中の自由記述を GTA により分析した結果、若者は CATCH-IT を通してうつに関する正確な知識を得て、不利なイベントの発生そのものと、その影響を減らすことができるようになることが示唆された。量的研究では、若者に対して介入の 4~6 週間後に、うつの改善に対する有用性と介入法に対する選好性も評価された。その結果、介入の前後で、うつはストレスフルな環境の結果であり行動を変えることでうつ状態を変えることができる、と考えるようになっていた。また、介入法に関してはカウンセリングを肯定的に評価するようになり、オンライン・チャットの重要性を高く評価した。メンタルヘルスに焦点を当てたサービス上での若年利用者間の相互作用が治

療的に働く」と著者は考察している。

THIS WAY UP THIS WAY UP (以下、TWU) は成人のうつ病を対象としており、利用者は精神科医のサポートを受けながら、8週間で6つのオンライン・レッスンと精神科医に質問ができるディスカッション・フォーラム、宿題に取り組む。レッスンは20分程度で、コミック形式でうつへの対処方法を学んだり、過去の参加者の成功体験を読んだりすることができる。利用開始には臨床医からの紹介が必要で、利用中はレッスン毎にその時の気分について回答してもらい、結果は担当の精神科医に報告される。

Pelini et al. (2009) は、TWUの効果に関するRCTを行っている。18歳以上のうつ病罹患患者45名を、精神科医のサポートを受けながらTWUを利用する介入群(27名)と統制群(18名)にランダムに分け、介入前後の変化を検討した。その結果、介入群ではBDI-IIおよびPHQ-9の得点が有意に低下していたが、統制群では変化がなかった。介入群での効果量は $d=0.98$ で、参加者は高い満足度を示した。

Titov et al. (2010) はサポートの提供元が非臨床家であってもPelini et al. (2009)と同様の効果が得られるかどうかを検証している。18歳以上のうつ病罹患患者141名を、①精神科医によるサポートを受けながらTWUに取り組む群(以下、A群)、②対人援助に関する資格のない非臨床家(精神科医からスーパービジョンを受ける)によるサポートを受けながらTWUに取り組む群(以下、B群)という2つの介入群と、③統制群に分けて比較した。介入群はどちらも、サポートのための連絡を毎週非臨床家からもらい、上述の6つのレッスンに取り組んだ。両群のプログラム終了率は高く(A群90%、B群89%)、BDI-II、PHQ-9の両方で顕著な改善が見られた。各群の効果量は、A群ではBDI-IIで $d=1.27$ 、PHQ-9で $d=1.54$ 、B群ではBDI-IIで $d=1.20$ 、PHQ-9で $d=1.60$ であった。これらの効果量は、4カ月後のフォローアップ評価においても1.0を下回ることがなかった。著者らは、ひとりの参加者に対して合計1時間程度のサポートがあれば、それが非臨床家によるものであったとしても、対面式援助と同等の臨床的効果が得られると述べている。

SPARX SPARXは、ロールプレイング・ゲーム形式のプログラムである。うつ症状を示す13~17歳の若者を対象とし、利用者(プレイヤー)は戦士となって7つのステージに取り組み、悲観と絶望の沼から世界を救い出すことで、自分自身がネガティブな思考から脱出することを目指す。1ステージの所要時間は40分程度で、ステー

ジには橋梁地帯(否定的な思考から抜け出す)や火山地帯(激しい感情と向き合う)などがある。また、一般的なゲームにあるようなインタラクティブな3D環境やパズル、クエストなどのエンターテインメント要素が取り入れられており、深刻になりすぎずに自身の問題に取り組むことが可能である。

Merry et al. (2012) はうつ症状を呈しクリニックやスクール・カウンセラーの元に受診・来談した12~19歳の子ども・若者187名を対象とし、SPARX群(94名)と一般治療(対面式心理援助)群(93名)に分けRCTを実施した。治療を完了したのはSPARX群で83名、一般治療群で85名であった。介入終了後、SPARX群では一般治療群と同等のうつ症状の改善がみられ、3カ月後のフォローアップ時点でも効果が維持された。また、治療開始時点でうつ症状が重い対象者に対しては、SPARXの方が効果的であった。この研究では、対象者のリクルート時と介入開始後1カ月時点での専門家による簡単な電話連絡のみにおいて援助者が関与しており、SPARXが少ない人的関与の下でも効果的であることを示した。ドロップアウトが少なかった背景には、ゲーム的要素が若年の利用者に魅力的であったことや、ステージ毎の舞台の変化が達成感や動機づけに繋がった可能性が考えられる。また、利用者が戦士となり自らアクションを起こすというSPARXのゲーム・デザインは、利用者の主体性と能動性を尊重し、動機づけに対してポジティブに働くのではないかと考えられる。なお、SPARXの治療効果が一般的な治療・援助と大差ないことは他の研究からも示されている(Fleming et al., 2011; Stasiak, 2008)。

Good days ahead Good days ahead (以下、GDA) は、18歳以上で軽度から中等度のうつ症状を示す人々を対象としており、各30分程度の8セッションからなる。セッションは、CBTに関する心理教育や自動思考への対処、行動実験、スキーマの修正が中心となっている。利用者の負担を軽減するために文字情報を少なくし、臨床家やうつ病患者役の俳優が登場するビデオを活用していること、選択肢形式のクイズによって、それまでの内容の理解を促す等の工夫がなされていることが特徴である。

Wright et al. (2005) は、GDAの効果に関するRCTを行った。第一著者が勤務するクリニックにてポスターと口頭で研究参加者を募集し、中等度のうつ症状を示す18歳から65歳45名を3群に分け、介入効果を検討した。3群はそれぞれ、①セラピストとの対面CBT(9セッション)とGDA(8セッション)を行うGDA群、②セラピストとの対面CBT(50分9セッション)のみを行う

CBT 群、および③介入を待機する統制群で、介入期間は 8 週間であった。GDA 群における対面 CBT は、初回が 50 分、それ以降の 8 セッションは各 25 分間で、研究協力者には各セッションの後に別室で GDA を受けてもらった。HDRS における GDA 群の効果量は $d=1.14$ 、CBT 群で $d=1.04$ で、統制群との有意差が認められたが、介入 2 群間での有意差は見られなかった。BDI、HDRS の得点で示されたうつ改善は、介入 2 群で 6 カ月後でも継続して認められた。しかし、GDA 群は CBT 群と比較して、認知療法的アプローチに関する知識および非機能的認知が有意に改善した。特に前者に関しては、GDA 群は CBT 群に比べてより早期に知識を身につけ、より長期に渡ってそれを保持していた結果が示された。GDA 群は CBT の概念や原理に関する知識の獲得に関して特に優れているという結果が得られたが、こうした結果を説明する要因として著者らは、①マルチメディア形式による学習の促進、②臨床家と比べて、コンピュータ・プログラムは一定して信頼できる学習環境を提供すること、③症状の背景にあるスキーマと非機能的態度の変化に焦点を当てたこと、の三つを仮説として挙げている。

考察

治療同盟の機能に関する検討 コンピュータ・プログラムにおいては、対面式の臨床面接と同等の治療同盟は構築されない(梅垣ら, 2012)。治療効果の 30% を説明すると言われる治療同盟 (Lambert, 1992) が構築されないにも関わらず、CCBT がうつをはじめとする多くの心理的問題や精神障害に有効であるのはどのような要因によるのだろうか。上記サービスのレビューの結果、CCBT サービスにおいては治療同盟に代わりうるいくつかの仕掛けが施されていたり、そもそも同盟の結ばれ方に違いがあることが示唆された。それらについて以下に論じる。

(1) サポート役の関わり

有効性が示されている CCBT サービスにおいては、援助者 (心理職・精神科医やその卵など) による直接・間接のサポートが存在する。直接的なサポートとしては動機づけ面接や、主にオプションとして提供される対面式の面接などがあり、間接的なサポートとしてはサービスの定期利用の勧奨 (自動でなされる場合にも担当者の名前が出る)、セッション中の質問への回答、セッションごとのフィードバック、自身の状態についてのフィードバック、ディスカッション・フォーラムにおけるコメントなどがある。こういった機能は治療同盟と必ずしも等価ではないだろうが、他者との関係性の成立が利用者の

サービス継続への動機づけに役立っている点はあると考えられる。人的サポートがあってこそ CCBT と言える。

(2) キャラクターの活用や他の利用者との交流

援助者によるサポートだけでなく、CCBT サービスにおいてはコミックやキャラクターを活用することで利用者の動機づけを高める装置が存在する。また、ビデオを利用して成功者の体験談を発信したり、オンライン掲示板などで他利用者との交流を促進することで、独りでサービスに参加しているのではないという集団セッション的な感覚や体験をもたらすことが可能と考えられる。特に日本人において、そのような個別主義的でない動機づけの方略が有効である可能性については梅垣ら (2012) も述べているとおりである。

(3) プログラムのインタラクティブ性

上記のような援助者の直接・間接的サポートに加え、CCBT サービスの多くはインタラクティブなデザインを採用している。例えば質問項目への入力時に、自動ではあるが回答に応じたフィードバックがあることが継続利用に関してオペラント条件付けとして働く可能性がある。一方向の情報発信にとどまらず、インターネットというツールの特長を生かした双方向的なサービスのデザインは継続利用性の向上につながると考えられる。

(4) プログラムのエンターテインメント性

近年は対象年齢に合わせた ICT を活用した CCBT サービスが展開されている。RPG ゲーム形式の SPARX の低い脱落率が示すように、若年者をターゲットとする観点からはエンターテインメント性やゲーム性を取り入れたプログラムが有効であろう。ただし依存性が問題になるゲームと、必要最低限の関わりが期待される治療・援助の混同は望ましいと言えず、エンターテインメント性を取り入れた CCBT の適用にあたっては予防的アプローチに限定するなど慎重になるべきと思われる。

(5) 利用者層の相違

近年の研究から、プライマリケアを受療する患者は CCBT のような非対面式援助を好まない結果が示されている (Woodford et al., 2011)。これは、受療行動自体が生身の治療者・援助者との対面式の治療・援助を求める志向性の表れであるためと考えられる。逆に考えれば、受療行動をとらない者は CCBT のような人的接触が限定される関わりならば受け入れやすい可能性がある。臨床面接のような濃密な対人関係をそもそも好まない利用者が、CCBT を選好すると考えることができる。

実際、電話カウンセリング・サービスの利用者を対象とした Farrer et al. (2011) の結果から、電話カウンセ

リングを求めた者に対して定期的な電話連絡を行った上で CCBT の継続を促すことは利用者にとって負荷が大きすぎる可能性が示されている。このことから、それまでにとられた援助要請行動から利用者の治療・援助サービスへの選好性を検討し、適切な援助方法を考慮することが重要であると考えられる。

CCBT は、インターネット上で援助を求めるような人々に対して最も有効であると示唆されている (Woodford et al., 2011)。従来の治療・援助へのアクセスが困難な者、例えば我が国においては引きこもり者などに対して、今後 CCBT のようなインターネットを通じた援助の提供が大きな意義を持つ可能性がある。

CCBT サービスの限界 ここまでうつ病・抑うつに対する最新の CCBT サービスをレビューし、その有効性を治療同盟に代わる機能と利用者の選好性の観点から検討してきた。うつに対する CCBT は、パッケージ特異的でない CCBT 自体の有効性が認められるようになっているが (NICE, 2009)、その展開にあたってはこれまでも言及してきた点に加え、いくつかの限界が指摘されている。

まず、CCBT が普及している英国では、CCBT が位置づけられている低強度の CBT と CCBT の内容の乖離が生じていることが指摘されている (Benett-Levy et al., 2010)。いくつかの CCBT サービスが、本来は低強度 CBT に位置づけられるにも関わらず、コア・ビリーブを扱うなど高強度 CBT に基づいた技法を採用しているのである。換言すれば、CCBT はエビデンスの示された援助技法という位置づけでありながら、その中身はエビデンスに基づいていない、という自家撞着が生じていることになる。CCBT サービスの開発・展開にあたっては、蓄積されたエビデンスに対して敏感であり、サービスの中身を定期的に精査する必要がある。

また、既存の CCBT の課題の一つとして挙げられるのが、身体疾患と併発するうつへのエビデンスの乏しさである。うつ病は身体疾患に併発するケースが多く (Mousavi et al., 2007)、身体疾患により援助資源への物理的アクセスが限られる罹患者において CCBT は大きなポテンシャルを持つと考えられる。しかし、著名な CCBT サービスである Beating the Blues は、多発性硬化症患者のうつに対して有効でなかったという (Hind et al., 2010)。この要因として、多発性硬化症に必然的に伴う悲しみを妥当なものとするアプローチがとられていないこと、用いられたサンプルの事例が多発性硬化症者において適切でなかったことなどが考えられる。身体疾患と併発するうつ病に対する援助サービスの開発は、CCBT

がその独自性・有効性を示すことができる一領域であると言え、今後の課題である。

CCBT サービスの可能性 上述の限界を踏まえ、CCBT サービスの今後の展開可能性として、いくつかの方向性が考えられる。

一つは、対面式の医療・相談サービスへの受療・来談行動をとらない対象者への適用の積極的な検討である。CCBT が最も効力を発揮するのは対面式の治療・援助を求めず、インターネット上で援助を求めるような人々であると考えられる。医療・相談機関に来ずともインターネット上でそのようなエビデンスのあるサービスを受けることができれば、援助対象の拡大につながり、サービスにおける需給のギャップを埋める一手段となりうる。具体的には、引きこもり者や身体疾患に併発したうつ病罹患者を対象とした CCBT サービスの構築が望まれる。特に若年者の引きこもりをターゲットにする場合には、エンターテインメント性を取り入れたサービスが有効である可能性がある。

もう一つは、診断名にとらわれず、様々な精神病理のメカニズムについて有効である超診断的な CCBT の開発である。うつ病だけでなく不安障害など複数の精神障害に共通する病理メカニズムを解明し、それに焦点化した CCBT サービスを開発することができれば、併存診断のあるケースなどへの適用可能性が拡大する。

CCBT は従来の臨床面接がもつ機能の一部を持たない一方、その強みを活用することでこれまでとは異なる対象や方法でエビデンスのある治療・援助を提供できる可能性をもつ。文化的背景からも精神障害や心の問題で苦しむ多くの人が専門的援助を求めないと考えられる我が国において、CCBT が秘める可能性は大きなものがあるだろう。

文献

- Ackerson J, Scogin F, McKendree-Smith N, et al: Cognitive bibliotherapy for mild and moderate adolescent depressive symptomatology. *J Consult Clin Psychol* 66: 685-690, 1998
- Anderson G, Cuijpers P: Pros and cons of online cognitive-behavioural therapy. *Br J Psychiatry* 193: 270-271, 2008
- Bennett K, Reynolds J, Christensen H et al: e-hub: an online self-help mental health service in the community. *MJA* 192: S 48-S 52, 2010

- Benett-Levy J, Richards DA, Farrand P: Low intensity CBT interventions: A revolution in mental health care. In: Bennett-Levy J, Richards D, Farrand P et al, ed. Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions. Oxford University Press, Oxford, pp. 3-18, 2010
- Calear AL, Christensen H: Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Med J Aust* 192: S 12-4, 2010
- Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF: Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *BMJ* 328: 265, 2004
- Christensen H, Griffiths KM, Mackinnon AJ, et al: Online randomized controlled trial of brief and full cognitive behavior therapy for depression. *Psychol Med* 36: 1737-46, 2006
- Farrer L, Christensen H, Griffiths KM, et al: Internet-Based CBT for Depression with and without Telephone Tracking in a National Helpline: Randomised Controlled Trial. *PLoS One* 6, 2011
- Fleming T, Dixon R, Frampton C, et al: A pragmatic randomized controlled trial of computerized CBT (SPARX) for symptoms of depression among adolescents excluded from mainstream education. *Behav Cogn Psychother* 40: 529-541, 2011
- Foroushani PS, Schneider J, Assareh, N: Meta-review of the effectiveness of computerized CBT in treating depression. *BMC Psychiatry* 11: 131-136, 2011
- Gellatly J, Bower P, Hennessy S, et al: What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med* 37: 1217-28, 2007
- Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF, et al: Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 185: 342-9, 2004
- Griffiths KM, O'Kearney R: The YouthMood Project: A Cluster Randomized Controlled Trial of an Online Cognitive Behavioral Program With Adolescents. *J Consult Clin Psychol* 77: 1021-1032, 2009
- Hind D, O'Cathain A., Cooper CL, et al: The acceptability of computerised cognitive behavioural therapy for the treatment of depression in people with chronic physical disease: A qualitative study of people with multiple sclerosis. *Psychol Health* 25: 699-712, 2010
- Hoek W, Marko M, Fogel J, et al: Randomized controlled trial of primary care physician motivational interviewing versus brief advice to engage adolescents with an Internet-based depression prevention intervention: 6-month outcomes and predictors of improvement. *Transl Res* 158: 315-325, 2011
- Iloabachie C, Wells C, Goodwin B, et al: Adolescent and parent experiences with a primary care/Internet-based depression prevention intervention (CATCH-IT). *Gen Hosp Psychiatry* 33: 543-555, 2011
- Jamison C, Scogin F: The outcome of cognitive bibliotherapy with depressed adults. *J Consult Clin Psychol* 63: 644-650, 1995
- Kaltenthaler E, Brazier J, De Nigris E et al: Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: A systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 10: iii, xi-xiv, 1-168, 2006
- Kaltenthaler E, Parry G, Beverley C et al: Computerised cognitive-behavioural therapy for depression: systematic review. *Br J Psychiatry* 193: 181-4, 2008
- Lambert MJ: Implications of outcome research for psychotherapy integration. *Handbook of Psychotherapy Integration*. Basic Books, New York, 1992
- Lintvedt OK, Griffiths KM, Sørensen K et al: Evaluating the effectiveness and efficacy of unguided internet-based self-help intervention for the prevention of depression: a randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother*. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com): 2011
- Mackinnon A, Griffiths KM, Christensen H: Comparative randomised trial of online cognitive-behavioural therapy and an information website for depression: 12-month outcomes. *Br J Psychiatry* 192: 130-134, 2008
- Merry SN, Stasiak K, Shepherd M, et al: The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ* 344: e2598, 2012
- Moussavi S, Chatterji S, Verdes E et al: Depression,

- chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *Lancet* 370: 851-858, 2007.
- National Institute for Health and Clinical Excellence: Computerized cognitive behaviour therapy for depression and anxiety: Information for the public. 2006
<<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11568/33191/33191.pdf>> (2012年1月19日アクセス)
- National Institute for Health and Clinical Excellence: NICE clinical guideline 90: Depression: The treatment and management of depression in adults. 2009
<<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45888/45888.pdf>> (2012年1月23日アクセス)
- Ormrod JA, Kennedy L, Scott J, et al: Computerised cognitive behavioural therapy in an adult mental health service: A pilot study of outcomes and alliance. *Cogn Behav Ther* 39: 188-192, 2010
- Perini S, Titov N, Andrews G: The Climate Sadness program of Internet-based treatment for depression: A pilot study. *E J Appl Psychol* 4: 18-24, 2008
- Perini S, Titov N, Andrews G: Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for depression: Randomized controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry* 43: 571-578, 2009
- Preschl B, Maercker A, Wagner B: The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry* 11: 189, 2010
- Richardson T, Stallard P, Velleman S: Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 13: 275-90, 2010
- Stasiak K: Computer-administered cognitive behavioural self-help intervention for adolescents with mild to moderate depressive symptoms: programme development and examination of feasibility, efficacy and acceptability. Unpublished PhD Thesis: University of Auckland, 2008
- Titov N, Andrews G, Davies M, et al: Internet treatment for depression: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PLoS One* 5: e10939, 2010
- Topolovec-Vranic J, Cuijen N, Michalak A, et al: Evaluation of an online cognitive behavioural therapy program by patients with traumatic brain injury and depression. *Brain Inj* 24: 762-772, 2010
- 梅垣佑介・末木新・下山晴彦：インターネットを用いたうつへの認知行動療法の現状と今後の展望. *精神医学* 54: 768-778, 2012
- Van Voorhees BW, Fogel J, Reinecke MA, et al: Randomized Clinical Trial of an Internet-Based Depression Prevention Program for Adolescents (Project CATCH-IT) in Primary Care: 12-week Outcomes. *J Dev Behav Pediatr* 30: 23-37, 2009
- Woodford J, Farrand P, Bessant M, et al: Recruitment into a guided internet based CBT (iCBT) intervention for depression: Lesson learnt from the failure of a prevalence recruitment strategy. *Contemp Clin Trials* 32: 641-8, 2011
- Wright JH, Wright AS, Albano AM, et al: Computer-Assisted Cognitive Therapy for Depression: Maintaining Efficacy While Reducing Therapist Time. *Am J Psychiatry* 162: 1158-1164, 2005
- Wright JH, Wright AS, Salmon P, et al: Development and Initial Testing of a Multimedia Program for Computer-Assisted Cognitive Therapy. *Am J Psychother* 56: 76-86, 200

(指導教員：下山晴彦教授)