

CQ21 周産期の抑うつ・不安に認知行動療法(CBT)は有効か？

推奨

1. 周産期の抑うつ・不安(軽度～中等度)に対して高強度 CBT は有効であり、実施環境が整っていることを前提として推奨する。(I)
2. 周産期の抑うつ・不安(軽度～中等度)に対して助産師・看護師・保健師が行う低強度 CBT は有効であり、実施環境が整っていることを前提として推奨する。(I)
3. 周産期の抑うつ・不安(軽度～中等度)に対してインターネットを用いた CBT やガイドブックを使用した低強度 CBT は有効であり、環境が整っている前提での実施が望ましい。(II)

解説

認知行動療法とは

認知行動療法(Cognitive behavioral therapy; CBT)とは、患者が現在抱えている問題に焦点を当て、認知(考え方)や行動へ働きかけることで、患者が自分自身で困難を乗り越えられるよう支援する精神療法(心理療法)である。CBT はうつ病や不安症、不眠症、統合失調症などの多くの精神疾患に有効であることが実証されている。

CBT では、思考、感情、身体感覚、行動が相互に関係し、非現実的あるいは役に立たない思考や行動から悪循環に陥っていると考える。CBT の治療では、非現実的あるいは役に立たない思考に目を向けて、それがどの程度、現実と食い違っているかを検証し、思考のバランスをとる。また、問題解決スキルを用いて問題を解決したり、不安や苦手なことから回避しないで立ち向かったり、行動変容を促す。CBT では患者と治療者が温かく良好な治療関係を築き、協働して問題解決に取り組むことを重視する。

高強度(High-intensity)CBT と低強度(Low-intensity)CBT とは

CBT は、高強度 CBT と低強度 CBT に分類できる。高強度 CBT は、一般的な臨床場面で医師やセラピストが1対1で行う形式で、1回につき45～50分間で、およそ15回前後のセッションで提供される。低強度 CBT は、より多くの人が容易に効果的な支援を受けられるように、メンタルヘルス以外の他の専門職が、CBT の治療原理に基づく短い時間の面接を何回か提供したり、書籍やインターネット等のセルフヘルプ資材の使用を手助けする等がある。このような高強度 CBT と低強度 CBT という分類は、英国の考え方に基づくものである。

我が国で受講できる高強度 CBT のトレーニングとして、主に厚生労働省認知行動療法研修事業で行われている CBT 研修がある。はじめに抑うつ病の認知療法・認知行動療法を受講すると CBT の基本から学ぶことができる。

周産期の抑うつ・不安に対する認知行動療法

海外の多くの研究では、周産期の女性に適した CBT プログラムが開発されているが、各研究グループの文化的背景や臨床現場によって、CBT プログラム内容や回数等に違いがあるものの、CBT の治療原理に基づいた介入が実施されている。総じて CBT の実施回数は、標準的な CBT と比べて少なく、短期間での介入が実施されている。周産期の抑うつ・不安に対する CBT において、妊産婦が身につけるスキルとして、セルフモニタリング、活動スケジューリング、リラクゼーション法、認知再構成(現実に即して柔軟に考える適応的思考を促す)、アサーティブコミュニケーション、問題解決スキル等がある。

周産期の抑うつ・不安(軽度～中等度)に対して高強度 CBT は有効であり、実施環境が整っていることを前提として推奨する。(I)

周産期の抑うつに対する CBT(高強度および低強度を含む)による治療や予防の有効性を検証したランダム化比較試験(Randomized controlled trial; RCT)は 55 編であった。そのうち 44 編で、通常ケアと比較して、CBT は抑うつ症状を有意に改善させたことが報告されている。つまり、周産期の抑うつに対する CBT の有効性を示すエビデンスが十分ある。

米国の RCT[12]では、うつ病(現在または過去)を有する妊産婦 78 名を対象に、通常ケア群(n=37)と集団 CBT 群(n=41)(毎週 1 回の各 2 時間、計6セッション)の治療効果について検証したところ、通常ケア群と比較して、集団 CBT 群では、治療終了後 1 週の抑うつ症状が改善し、高い治療効果が認められた。また、治療終了 6 ヶ月後で、通常ケア群よりも集団 CBT 群で抑うつ症状の再発が少なく、うつ病の予防効果が示され、CBT による抑うつ症状の改善が長期的に維持されたことが報告されている。

周産期の不安に対する CBT の治療効果を検証した RCT は少ないが、抑うつ症状とともに不安症状を副次的に評価している RCT が 25 編あり、そのうち 17 編で不安症状の軽減に効果を認めている。つまり、周産期の不安に対する CBT の有効性を示すエビデンスがある。

カナダの RCT[3]では、不安症と診断された妊産婦に対して集団 CBT(毎週1回の各 2.5 時間、計6セッション)を実施し、その治療効果を検証した。ウェイティングリスト対照群(n=42)と比較して、集団 CBT(n=44)群は治療終了後の不安症状が改善し、高い治療効果が認められた。また、過去に一度も妊娠したことのない原発性不妊症の既往のあった女性を対象に、

集団 CBT を実施したところ、妊娠期の不安症状に対する高い治療効果が報告され、ハイリスク妊婦を対象とした CBT の治療効果が示唆されている[2]。

周産期の抑うつ・不安に対する CBT において、個人療法と集団療法とともに、抑うつ症状や不安症状に治療効果を認めている。集団療法は、同じ悩みを抱える母親同士で、お互いの気づきから多くのことを学び、支えあえる利点がある。一方、個人療法は個々のニーズに応じた個別化された CBT を提供できる。実際の臨床では、現場の物理的および人的資源を考慮しながら、実現可能な方法を選択していくと良い。

周産期の抑うつ・不安に対する薬物療法と CBT の併用療法の効果を検証した研究を概観すると、産後の女性を対象とした RCT は 3 編のみで、いずれも CBT は薬物療法の治療効果を増強しなかった[7]。しかし、これらの研究は小規模であるため知見は限定的で、今後のさらなる研究が期待される。

以上の知見を踏まえると、周産期の抑うつ・不安に対する高強度 CBT に十分な効果が認められ、**実施環境が整っていることを前提として推奨する**。ここまで解説してきた RCT では、精神病症状や薬物乱用の既往、双極性障害、重篤な希死念慮のある妊産婦は対象者から除外されている。これらの症状や疾患の既往、重篤な抑うつや不安がある場合、特に専門医療機関と連携し、CBT の適応について精神科医師と相談した上で用いること。

1. 周産期の抑うつ・不安(軽度～中等度)に対して助産師・看護師・保健師が行う低強度 CBT は有効であり、実施環境が整っていることを前提として推奨する。(I)

短期間のトレーニングを受けた助産師・看護師・保健師・ソーシャルワーカー等による、周産期の抑うつ・不安に対する**低強度** CBT においても有効性を示すエビデンスがある。パキスタンの農村部で実施されたクラスター RCT では[10]、2 日間のトレーニングを受けた医療スタッフは、抑うつ症状のある妊婦を対象に訪問ケアに加えて CBT(産前 4 回と産後 12 回、計 16 回)を実施したところ、訪問ケアのみを実施した対照群(n=440)と比較して、CBT 群(n=463)は産後 6 ヶ月で抑うつ病への罹患率が有意に低く、これが産後 12 ヶ月まで維持されていた。

看護師による CBT の有効性を検証した RCT[4]では、エジンバラ産後抑うつ病自己評価票(EPDS)で 9 以上 13 点未満を示すハイリスク初産婦を対象として、看護師による 6 週間の CBT を実施したところ、通常ケア群(n=112)と比較して、CBT 群(n=113)で抑うつ症状、不安症状、睡眠への自覚的評価が有意に改善し、産後抑うつ病発症率も有意に低下した。その他に、20 時間の CBT トレーニングを受けた助産師が、電話による簡易 CBT を産後 5 週間までに毎週 1 回実施したところ、簡易 CBT を受けた産婦は産後 6 週で抑うつ症状が有意に改善したという報告がある[9]。

これらの知見を踏まえると、短期間の CBT トレーニングを受けた非専門職による、周産期の抑うつ・不安に対する**低強度** CBT に効果が認められる。また、助産師や保健師が通常業務として行う保健指導や訪問ケアに、**低強度** CBT を組み合わせ導入していくことで、出産や育児によって外出が制限され、治療を求めにくい環境にある妊産婦に、必要とされるメンタルヘルスケアを提供しやすい点で有益である。

ただし、日本での非専門家による低強度 CBT については、トレーニングや実施環境の整備など、今後の発展が期待される。

2. 周産期の抑うつ・不安(軽度～中等度)に対してインターネットを用いた CBT やガイドブックを使用した低強度 CBT は有効であり、環境が整っている前提での実施が望ましい。(Ⅱ)

周産期の女性は、出産や育児で外出が制限されることから、セルフヘルプのためのインターネットを用いた CBT (Internet-based CBT; iCBT) やガイドブックが役立つ。周産期の抑うつ・不安に悩む女性は、その精神症状および治療を求めることに抵抗感を示し、自ら求めず、適切な支援へつながることが難しい傾向がある[1][8]。セルフヘルプのガイドブックは物理的にも心理的にもアクセスしやすく、コストの点においても有用性が高い。

iCBT の RCT では、オーストラリアの Loughnan らは抑うつ症状あるいは不安症状を有する産婦 131 名を対象に、産後抑うつと不安に対する iCBT (4 週間の期間で 1 回 60 分、全 3 回)の有効性を検証した[5]。その結果、通常ケア群(n=62)と比較して、iCBT 群(n=69)は治療終了後 1 週で抑うつ症状および不安症状に高い治療効果が示され、その効果は治療終了後 4 週でも維持された。この iCBT では専門家による連絡やガイドが行われなかったが、治療への満足度は良好であった。また、CBT ガイドブックの RCT では、Lowndes ら(2019)が完璧主義傾向の高い妊婦を対象に、CBT に基づいたガイドブックの有効性を検証した[6]。CBT 群に割り付けられた妊婦は、ガイドブックに従って 4 週間にわたって CBT を自分自身で取り組んだ。その結果、CBT 群(n=30)では、介入前と比較して、介入後やフォローアップ 3 ヶ月後で抑うつ症状が有意に改善した。一方、ウェイトンリスト対照群(n=30)では有意な変化が認められなかった。

以上から、周産期の抑うつ・不安(軽度～中等度)に対してインターネットを用いた CBT やガイドブックを使用した低強度 CBT は有効であり、環境が整っている前提での実施が望ましい。

ただし、日本では周産期の抑うつ・不安のためのセルフヘルプのガイドブックや iCBT は未だ整備されていない現状にある。妊娠、出産による女性のライフステージの変化やこれに伴う不安や喪失感を踏まえた上で、抑うつ病や不安症に対する標準的な CBT を導入する方法も考慮する。

引用文献

- [1] Dennis, C.-L., & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth, 33*(3):323-31.(4), 323-331. doi:10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x
- [2] Golshani, F., Hasanpour, S., Mirghafourvand, M., & Esmaeilpour, K. (2021). Effect of cognitive behavioral therapy-based counseling on perceived stress in pregnant women with history of primary infertility: a controlled randomized clinical trial. *BMC Psychiatry, 21*(1), 278. doi:10.1186/s12888-021-03283-2
- [3] Green, S. M., Donegan, E., McCabe, R. E., Streiner, D. L., Agako, A., & Frey, B. N. (2020). Cognitive behavioral therapy for perinatal anxiety: A randomized controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry, 54*(4), 423-432. doi:10.1177/0004867419898528
- [4] Liu, H., & Yang, Y. (2021). Effects of a psychological nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period: a randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry, 20*(1), 2. doi:10.1186/s12991-020-00320-4
- [5] Loughnan, S. A., Butler, C., Sie, A. A., Grierson, A. B., Chen, A. Z., Hobbs, M. J., Newby, J. M. (2019). A randomised controlled trial of 'MUMentum postnatal': Internet-delivered cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in postpartum women. *Behav Res Ther, 116*, 94-103. doi:10.1016/j.brat.2019.03.001
- [6] Lowndes, T. A., Egan, S. J., & McEvoy, P. M. (2019). Efficacy of brief guided self-help cognitive behavioral treatment for perfectionism in reducing perinatal depression and anxiety: a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther, 48*(2), 106-120. doi:10.1080/16506073.2018.1490810
- [7] Misri, S., Reebye, P., Corral, M., & Milis, L. (2004). The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry, 65*(9), 1236-1241. doi:10.4088/jcp.v65n0913
- [8] Moore, D., Ayers, S., & Drey, N. (2016). A Thematic Analysis of Stigma and Disclosure for Perinatal Depression on an Online Forum. *JMIR Ment Health, 3*(2), e18. doi:10.2196/mental.5611
- [9] Ngai, F. W., Wong, P. W., Leung, K. Y., Chau, P. H., & Chung, K. F. (2015). The Effect of Telephone-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Postnatal Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom, 84*(5), 294-303. doi:10.1159/000430449

- [10] Rahman, A., Malik, A., Sikander, S., Roberts, C., & Creed, F. (2008). Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, *372*(9642), 902–909. doi:10.1016/s0140-6736(08)61400-2
- [12] Tandon, S. D., Leis, J. A., Mendelson, T., Perry, D. F., & Kemp, K. (2014). Six-month outcomes from a randomized controlled trial to prevent perinatal depression in low-income home visiting clients. *Matern Child Health J*, *18*(4), 873–881. doi:10.1007/s10995-013-1313-y