

第108回日本精神神経学会学術総会

**教育講演**

## うつ病の認知療法・認知行動療法

大野 裕<sup>1)</sup>、藤澤 大介<sup>2)</sup>、中川 敦夫<sup>3)</sup>、菊地 俊暁<sup>4)</sup>、佐渡 光洋<sup>3)</sup>1) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター、2) 国立がんセンター東病院、  
3) 慶應義塾大学、4) 杏林大学

認知療法・認知行動療法とは、人間の情緒が認知のあり方（ものの受け取り方や考え方）の影響を強く受けることに注目して、つらい気持ちになったときの認知に働きかけて心を楽にしたり、問題解決を手助けしたりする構造化された精神療法である。認知療法・認知行動療法の効果はわが国でも広く知られるようになり、2010年には診療報酬の対象となった。本稿では、定型（高強度）および簡易型（低強度）を用いながら、認知療法・認知行動療法の実際について紹介した。

&lt;索引用語：認知療法，認知行動療法，うつ病，定型，簡易型&gt;

## はじめに

## ——認知療法・認知行動療法とは——

認知療法・認知行動療法とは、認知のあり方に働きかけて、思考のバランスをとり問題解決を図ることによって、情緒状態を変化させることを目的とした短期の構造化された精神療法であり、1960年代初頭に精神科医 Beck, A. T.<sup>1,2)</sup>が提唱したものである。Beck はまずうつ病性障害に対する効果研究を行い、うつ状態のときには否定的認知の3徴候（negative cognitive triad）と呼ぶ自己、世界、将来の3領域における悲観的な考えが強まっていることを明らかにして、認知療法の治療理論を構築した。つまり、うつ病性障害の患者は、「自分はダメな人間だ（自分に対する否定的な考え）」「まわりの人たちは自分を負担に感じている（周囲に対する否定的な考え）」「これからもずっとこのつらい気持ちは続く（将来に対する否定的な考え）」といった考えに支配されている。

Beck は、こうした認知過程、つまり情報処理過程に焦点をあてて、その極端な偏りを修正することで抑うつ患者を治療することを考えた。そして、これまでの認知を準拠枠として精神療法の長所を取り入れながら、一種の統合的精神療法である認知療法を提唱し、その効果を実証していったのである。その後、Beck をはじめとする多くの研究者や臨床家が不安障害や精神病性障害、双極性障害やストレス関連障害などの精神疾患の治療に効果的であるという科学的根拠を示して世界的に注目されることになり、アメリカ精神医学会のレジデント研修でも重要な位置を占めることになった<sup>6,7)</sup>。わが国でも、平成16年度に始まった厚生労働科学研究「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」とそれに続く「精神療法の有効性の確立と普及に関する研究」の成果<sup>3,4)</sup>を受けて、平成22年の診療報酬の改定で健康保険の対象となった<sup>5)</sup>。

第108回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012年5月24～26日、会場：札幌コンベンションセンター、札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たなる連携と統合——多様な精神医学・医療の展開を求めて——

教育講演 うつ病の認知療法・認知行動療法 座長：中野 倫仁（北海道医療大学心理学部臨床心理学科）

認知療法は、周囲の状況や自分の状態を主観的に判断し続けている私たちの認知過程に着目する。認知過程が最もよく現れるのが、その時々私たちの頭に浮かんでいる考え、自動思考である。そのとき自動思考として現れている認知過程は、私たちがそのとき体験している情緒状態や行動と深く関連している。つまり、認知(思考)-感情-行動はセットで動いており、喪失の認知はうつと退却行動に、危険の認知は不安と回避行動に、不当という認知は怒りと攻撃行動と相互に関連し合っている。多くの場合、そうした関連は適応的に働いているが、ストレス状況下などで認知過程が極端になると、精神的苦悩や問題と言われる行動が生じてくる。認知療法ではこのような現実と判断のずれ、つまり認知の偏りに注目しながら、現実にそった判断ができるように認知を修正していく。

このときに重要になるのが、Beckが大切に考えていた「肌で体験すること」の重要性である。認知療法・認知行動療法という考えを切り替えることにばかり目が向けられがちであるが、それは単なる頭の体操ではなく、体験を通した気づきの積み重ねから得られる考えの広がりなのである。そのためには、行動することで考えを検証する行動実験が大事であり、認知療法が認知行動療法と呼ばれるようになってきた一因はそこにある。この「肌で体験すること」の大切さを患者に伝えるところに認知療法・認知行動療法の真骨頂があると、筆者は考えている。

こうした行動実験が行えるようになるためには、治療者の共感的寄り添いが不可欠である。認知療法・認知行動療法という認知にばかり目が向けられがちであるが、情緒的に寄り添えて初めて治療関係が安定し、患者が認知や現実に目を向けることが可能になるのである。また、マニュアルにとらわれすぎない柔軟性も必要である。基本的な型としてのマニュアルを身につけておくことは大切であるが、患者の状態に応じてスキルを使い分ける治療的柔軟性もまた重要なのである。

認知療法・認知行動療法に限ったことではない

が、専門家の役割は傍にしていることである。それが患者にとって大きな力になる。それは、家族でも友人でもいいが、治療に来る患者の場合、その存在が目に入っていないことが多い。そのために、まず少し距離のある人が傍に続け、それによって患者が次第に「自分一人ではないんだ」と考えられるようになることが必要である。それ自体が認知の修正であるが、そうならば、家族や友人にも目が向くようになってくるし、患者もそうした人たちの力を借りながら自分で現実に目を向けていけるようになる。それが認知療法・認知行動療法の重要な達成目標の1つである。

### Ⅰ. 認知療法・認知行動療法のアプローチ

上述したような認知(思考)-感情-行動の悪循環を断ち切るためには経験を通した認知の修正が必要になる。その認知過程の修正を、できるだけ短期で、しかも構造化された形で行うのが認知療法である。その際の構造化は、セッションごとの構造化と治療全体の構造化がある。

まず各セッションの構造化であるが、導入部、認知療法・認知行動療法を活用した対話、まとめの3つに分けられる。これは5~10分の外来の面接でも、45~50分の面接でも同じである。

導入部では、まず挨拶をした後に前回の面接以降に起きたことを話し合い、その中でホームワークについても振り返る。そうした過程を通して、その回のセッションで話し合う話題(アジェンダ)を患者と一緒に決める。45分のセッションの場合、このアジェンダ設定までの時間が5~10分である。1回に話し合えるアジェンダは1つか2つであり、基本的に患者が役に立つと考える話題を中心に一緒に話し合っただけで決めるようにする。ただ、自殺の危険性がある場合や治療に好ましくない行動を患者がしている場合、患者の生活に危険が迫っている場合には、治療者主導でそれをアジェンダとする。

次にそのアジェンダについて話し合うが、治療者はその内容に応じて、役に立つ認知療法・認知行動療法のスキルを柔軟に選択し適用していくこ

とが求められる。そうした治療技法には、根拠を検証する (examining evidence), 実験を計画する (set up experiment), 帰納的質問 (inductive questioning), 再帰属 (retribution), 代わりの方法や考えを作り出す (generate alternatives), 教育 (education), ロールプレイング (role playing), モデルの説明 (explaining the model), 行動活性化 (behavioral activation), エクスポージャー (exposure), 問題解決 (problem solving), スキルズトレーニング (skills training) など様々なものがあるが, その選択と適用のスキルはマニュアルを読むだけで身につくものではなく, スーパービジョンを通した臨床経験を積み重ねることが不可欠である。

45分のセッションでは, アジェンダについて話し合った後, セッションの終盤では, 5~10分を使って面接を振り返り, ホームワークを決める。ホームワークの出し方も大切であり, 画一的に週間活動記録表や非機能的思考記録表を書かせるのではなく, 面接の内容を踏まえて治した患者が話し合っただけで決めていく必要がある。ホームワークはあくまでも面接で話し合ったことを実生活で確認するものなのである。

面接の最後には, 患者から面接に対する印象などのフィードバックを求めて終わりにする。患者からのフィードバックは, 面接の終わりだけでなく, 面接の中で適宜求めて, 患者と治療者の理解を共有するようにすることが大切である。

次に, 治療全体の流れを認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル<sup>4)</sup>に沿って説明する。その概略は表に示してあるが, 行動から認知へというのが基本的な流れである。最初から認知を話題にしても患者はついてこれられないことが多く, かって負担に感じてしまい, 治療が進まなくなる。したがって, まず行動に目を向けながら徐々に考えに目を向けていく方が効果的であることの方がずっと多い。そうした理解を共有した上で, 認知療法・認知行動療法の全体的な流れを紹介する。

次に, 治療初期, 中期, 後期, 終結期に分けて認知療法・認知行動療法の進め方について説明する。

## 1. 治療初期：患者理解を基礎とする良好な治療関係の確立

治療初期の基本的な課題は, ①問題点の洗い出しと症例の概念化, ②治療方針の決定, ③問題点と治療法についての教育的説明と必要に応じて参考になる読み物やサイトの紹介, ④治療の枠組みの提供と良好な治療関係の確立, である。

治療初期には, 患者を一人の人間として理解した上で, 安定した治療関係を築きながらまず行動に目を向け, 徐々に認知の非適応的な部分を話題にしていくようにする。その際に, 治療者は, 一方的に教えるのではなく, 患者が現実に関心を持って目を向けながら徐々に自分の認知の非適応的な部分に気づけるように手助けしていくようにする。

こうしたアプローチが効果を上げるためには, 症例の概念化を通して患者の問題と強みを把握しておく必要がある。つまり, 認知療法・認知行動療法では, 患者のこれまでの生活史や発症の誘因, 症状の持続因子などをもとに患者のスキーマを想定し, 面接の中で患者がどこに気づき, どのような長所を活かせば治療効果が上がり, 予防に役に立つかという仮説を立て, 治療方針を決めていくのである。

また, 認知療法・認知行動療法では良好な治療関係を重視する。良好な治療関係を作り上げるには, 治療者の言葉, 態度に対する患者の反応に気を配りながら, 暖かい雰囲気の中で相互交流を促進する必要がある。そのためには, 患者からこまめにフィードバックを得ることが大切で, 患者の気持ちや考えを積極的に聞くようにしなくてはならない。そのときに, 治療者と患者が一緒に作り上げた仮説を「科学者」のように検証していく協働的経験主義 (collaborative empiricism) と呼ばれる関係が重要である。治療者は, 発見への導き (guided discovery) ないしはソクラテス的問答と呼ばれる質問の仕方をする。質問に答えていくうちに患者自身が自分の確信に疑問を抱くように話を進めていくのである。

表 認知療法・認知行動療法マニュアル (うつ病)

ステージ	セッション	目的	アジェンダ	使用ツール・配布物
1	1~2	症例を理解する 心理教育と動機づけ 認知療法へsocialization	症状・経過・発達歴などの問診 うつ病, 認知モデル, 治療構造の心理 教育	うつ病とは 認知行動療法とは
2	3~4	症例の概念化 治療目標の設定 患者を活性化する	治療目標 (患者の期待) を話し合う 治療目標についての話し合い 活動スケジュール表など	問題リスト 活動記録表
3	5~6	気分・自動思考の同定	3つのコラム	コラム法——考えを切り替え ましょう
4	7~12	自動思考の検証  (対人関係の解決) (問題解決技法)	コラム法  (オプション: 人間関係を改善する) (オプション: 問題解決)	バランス思考のコツ 認知の偏りとは 人間関係モジュール 問題解決モジュール
5	13~14	スキーマの同定	上記の継続 スキーマについての話し合い	「心の法則」とは 心の法則リスト
6	15~16	終結と再発予防	治療のふりかえり 再発予防 ブースター・セッションの準備 治療期間延長について決定する	治療を終了するに当たって

※患者の病態・理解度により, 進展は異なる

2. 治療中期: 実体験を通じた認知の歪みの修正  
認知療法・認知行動療法で用いられる技法は大きく行動的技法と認知的技法に分けられるが, 行動と認知は影響し合っていることを考えると, 行動的技法は認知に, 認知的技法は行動に影響を与えている。例えば, 「できない」と考えていた行動が行動的技法によって可能になると, 「できる」という認知に修正され, それによって次の行動が可能になってくる。

#### 1) 行動への働きかけ

日常活動記録表を用いて, より達成感のある活動や楽しめる活動を増やしていく行動活性化, 問題解決技法, 主張訓練などの技法を用いるものであるが, 認知療法では, 行動それ自体よりも, 行動を通して気づきを促し, 認知を修正するところにポイントがある。

患者特有の認知を現実の生活の中で検討していくためには, 患者が自ら行動し体験することが大切である。前述したように, 認知療法・認知行動療法は実生活の中での体験を通じた肌で感じる気

づきを重視し, 行動的技法を併用して認知の修正を図る。その意味でも, 次回までの面接の間に患者にしてきてもらうホームワークの設定が重要な意味を持つことになる。

行動的技法の1つである行動活性化は, 楽しい行動ややりがいのある行動を増やすことで抑うつ症状の軽減を図る治療技法である。そのために, 週間活動計画表を用いて行動の計画を立て, その行動を実際に行って感じた達成感や快感を記入していく。これによって患者は, 事前の予測と実際の体験とのずれを数的に認識し, 認知の偏りに気づくことができる。また, その結果を参照することによって, 患者が楽しみや満足感を得ることができる活動を計画の中に増やし, 苦痛な活動を減らしていくことができる。

こうした行動を始めることに患者が躊躇する場合には, 認知的技法を用いて, 行動を妨げる原因になっている認知を修正する必要がある。治療場面で浮かんでいる考えから患者の否定的な予測を明らかにしたり, 実際にそれを行っている状



況を患者にイメージしてもらい、そこでどのような心理的な体験をするかを報告してもらったり(イメージ法)、ロールプレイを用いて対応を考えたりするのである。この他、系統的脱感作を用いたり、漸進的筋弛緩法や自律訓練法を用いてリラックスする方法を教えたり、行動や空想を用いて注意を他にそらして不快な気持ちから離れられるような対処法(distracton technique)を学習してもらうのも1つの方法である。

## 2) 認知への働きかけ

行動を通して認知を修正しながら、徐々に認知そのものに焦点をあてるようにする。その際に治療者は、「そのときどのような考えが浮かんでいましたか」と問いかけ、そのように考えるようになった具体的な根拠や、その考えに合わない事実(反証)について話し合っていく。ここで大事なことは、患者の考えに反論することではなく、根拠と反証を並べた上で患者にどのような気づきがあるかを見ていくことである。あくまでも、現実を見ながら気づいていくのは患者であり、治療者はそれを手助けするだけの役割である。

その際に、まず患者の気持ちに共感し寄り添うことを忘れないようにしないといけない。認知への入り口は感情であり、感情が伴わない認知を話題にしても治療効果は期待できない。しかも、考えを変えることを話題にしすぎると、患者の考え方が悪いという否定的なメッセージを伝えることになるので注意しなくてはならない。

認知の修正技法で最も一般的なアプローチが認知再構成法である。つまり、思考記録表を用いて、自動思考とそれを裏づける事実、反対の事実をもとに、より適応的でバランスのとれた考え方を身につけていく方法である。

例えば、「そのときどのような考えが浮かんでいましたか」と問いかけることから始まり、さらに次に挙げる3つの視点からの質問を続ける。

- (1) 証拠を探す：患者の考えを裏づける事実とどのようなものがあり、逆の事実とどのようなものがあるかを明らかにする。
- (2) 結果を推測する：最もうまくいったときにどの

ようになり、最悪の事態ではどのようなようになるかを考え、より現実的な予測を立て、そのときの利点と問題点を明らかにする。

- (3) 代わりの考えを見つける：これまでの硬直化した考えに代わる現実的な考えを見つけ出す。これは、単にAからBに考えを変えろということではない。問題にとらわれすぎて自分にとって大切なことが何かを見失っている、その視野を広げて現実に応じたしなやかな考え方を取り戻すということにポイントがある。

こうした作業を進める際に、非適応的思考記録(dysfunctional thought record)と呼ばれる方法が役に立つことがある。これは、不快な感情が起きたり、望ましい行動がとれなかったり、何かをしようという気持ちが起きてこなかったりしたときに利用するものであり、状況、情緒、自動思考、適応的思考、結果の5つのコラムを基本としている。その他に行動、(自動思考の)根拠と反証、今後のプランなどのコラムを追加することもある。

これは最初は治療者主導で行われることが多いが、次第に患者が自分一人でするように手助けしていくようにする。こうした思考記録表は、私たちが日常生活の中で人の相談に乗ったり、自分の気持ちを整理したりするときの考えの流れの型を示すものであり、役に立つ場面は多いが、治療として必ずしも必須ではなく、患者の希望に合わせてツールや方法を工夫していくことも少なくない。

## 3. 治療後半：スキーマへの気づき

治療の後半では、患者に特有のテーマやスキーマを整理して、それを活かす方法を考えるようにする。その場合、次に挙げる2つの側面からのアプローチを行う。1つは、スキーマ通りに行動しないとどのようになると患者が考えているかを明らかにして、それに従わなかったらどのようになるかを現実の行動を通して明らかにしていく方法である。もう1つは、現在の行動の中から、スキーマに反する行動や態度を取り出し、それが必ずしも患者が予測するほど悪い結果にはならないということを明らかにする方法である。もっとも、

パーソナリティの問題が大きくない限りこうしたスキーマにまで踏み込むことはなく、スキーマの気づきで十分な場合も少なくない。

#### 4. 治療の終結

治療集結の段階では、それまでの治療の経過を振り返り、治療を通して獲得したことを再確認し、治療中にやり残したことや治療後に会う可能性のある問題について話し合うことで、再発予防に役立つ。なお、この段階では、治療から離れて立ち去っていくことに対する不安が強まるものである。こうした場合には患者の極度に否定的な認知が再活性化されていることが多いので、それについて話し合うようにする。

## II. 認知療法・認知行動療法とエビデンス

認知療法・認知行動療法を治療法として用いるときに、私たちは、認知療法・認知行動療法がエビデンスに裏づけられた治療法であるという創始者 Beck の指摘を常に心にとどめておかななくてはならない。筆者が Beck に最初に会ったのは、彼がうつ病の認知療法の効果を実証し、パニック障害をはじめとする不安障害の治療効果の検証を始めた 1980 年代半ばである。そのときに彼は、うつ病のように効果が実証されている疾患に関しては治療として認知療法を提供してよいが、まだ効果が実証されていない疾患に対して認知療法を提供する場合には、まだ効果が実証されていない実験段階であることを患者にきちんと伝え、その上で認知療法を提供すべきであると繰り返し話していた。

私たちは、生身の患者を治療している。精神疾患に苦しんでいる患者に精神医学的治療を提供する以上、その治療にきちんとしたエビデンスの裏づけがなくてはならないという Beck の指摘は、ごく当たり前のことのように思える。その当たり前のことができていなければ、認知療法の発展は望めない。しかし、欧米でも日本でも、その当たり前のことができていない場合が実に多いのも事実である。

筆者は、精神療法に要求されるエビデンスには

少なくとも 3 つのレベルがあると考えている。それは、実施している認知療法の治療効果が実証されているということ（治療効果に関するエビデンス）、その治療法をきちんと身につけて効果的に提供できるということ（治療者の力量に関するエビデンス）、そして、その治療法を身につける研修が効果的に行われているということ（研修の効果に関するエビデンス）である。

治療効果に関するエビデンスは、症状の改善を目的とした治療である以上当然必須の条件である。患者は、症状を改善したいと考えて受診するし、効果のある治療法を期待している。臨床家は、その期待に応える義務がある。

次に、治療者の力量に関するエビデンスであるが、ある治療法をきちんと身につけて効果的に提供できるようになるためには、知識を身につけるだけでなく、実践を通して指導を受ける必要がある。つまり、講習会や本で勉強するだけではまったく不十分で、効果が実証された方法論に則ってマニュアルに準拠したスーパービジョンを受けて初めて責任のある治療者になれるのである。講習会や本で勉強するというのは、運転免許に例をとれば、講習を受けただけで単独での路上運転を許可するようなもので、危険きわまりない。運転免許の取得には、講習を受けた後は教習所内での、そして実地での実技練習が必要である。

そのためには、研修を提供する指導者が、自分自身がきちんとした方法論と経験を身につけていなくてはならない。これが、研修の効果に関するエビデンスである。これらの 3 つのエビデンスをわが国で実証でき実践できて初めて、認知療法・認知行動療法がわが国に定着していくと私たちは信じて、臨床と研究、研修を続けている。

## III. 定型（高強度）と簡易型（低強度）の 認知療法・認知行動療法

ここまで定型（高強度）認知療法・認知行動療法について説明してきたが、面接時間が限られた外来診療や地域の精神保健では、定型（高強度）認知療法・認知行動療法だけでは対応しきれな

い。そうしたときには、欧米の研究でその効果が実証されている簡易型（低強度）認知行動療法を活用することが望ましい。協働的経験主義、構造化、心理教育の重視、実践的手法、ホームワークなどの認知行動療法のアプローチを使えば、一般外来や地域で認知療法・認知行動療法を有効に活用できるからである。以下に、わが国で応用可能なアプローチを紹介する。

- (1)当事者のサポートグループ：当事者同士のつながりや支えあいを目的とした集団での心理教育や集団認知行動療法を提供する。専門家の支援は必要であるが、こうしたグループへの参加は一般外来診療を補完するものとなりえる。
- (2)認知行動療法の原則に準拠した資料に基づく個人のセルフヘルプ：セルフヘルプ用の書籍を当事者や家族に紹介し、自分で問題に対処する力を伸ばせるように支援をする。ちなみに筆者らは、図書館や書店に行って実際にいくつかの書籍に目を通して見て、読みやすいと感じたり役に立つと思えたりする本を利用するように患者に勧めている。治療者の場合と同じように、書籍にも相性があるからである。また、書籍に書いてあることがすべて正しいと思えないときは、疑問に思ったり納得できなかったりしたときには、信頼できる人や主治医に相談するように伝えておく。
- (3)行動活性化と身体運動活動：行動活性化はうつ病に対して治療効果があることから注目された治療技法である。うつ病では引きこもりや回避が強まるために、ポジティブな体験ができなくなり、症状が悪化したり持続したりすることになる。そこで、毎日の生活を振り返って、楽しめる活動ややりがいのある活動を、優先順位をつけて行って気分の改善を図る。
- (4)コンピュータ支援型認知行動療法：独立したコンピュータもしくはウェブを用いるアプローチで、まず認知行動療法について説明した上で、受診時以外にも思考の修正や行動モニタリングを行うように勧める。コンピュータ支援型認知療法・認知行動療法は、上手にえば人が行う

認知療法・認知行動療法に匹敵する効果があるだけでなく、一定の作業をコンピュータに任せられることもあってより効率的に認知療法・認知行動療法を提供できるという利点がある。筆者は、認知療法・認知行動療法「うつ・不安ネット」（モバイル・ウェブともに <http://cibtjp.net>）を監修し、有用性に関する検証を続けている。ウェブ版の内容を簡単に紹介すると、①「簡易抑うつ症状尺度 QIDS-J」によるうつ度チェック、②認知再構成（コラムに困った状況、感情、自動思考、自動思考の根拠と反証を書き込むと、適応的思考の案が自動返信されてきてバランスの良い考え方をする手助けをする）、③「こころ日記」を使って自分の心に目を向けながら毎日の生活を整理したり、「こころ温度」（ムードグラフ）や「こころの天気図」（活動記録表）を使って生活を立て直す、④問題解決の技法を用いて効果的で実行可能な解決策を考える、⑤うつ病や不安障害、認知療法のスキルやリラククス法、マインドフルネス・ウォームアップが動画などで解説されている、⑥定期的にメルマガが配信される、といったものである。

## おわりに

最後に、精神療法では良好な治療関係を維持することが重要であるが、認知療法ではとくに、患者を温かく受け入れると同時に、患者の考えや思いこみを治療者と患者が一緒になって「科学者」のように検証していく協働的経験主義と呼ばれる関係を重視する。そのときに治療者は、患者が自分の意見を表現しやすい雰囲気を作り出しながら、患者が自分で答えを見つけ出し出していけるようなソクラテスの質問と呼ばれる質問技法を用いる。こうした技法に基づく安定した治療関係の重要性を強調して本稿を終えることにしたい。

なお、本発表に関連して開示すべき利益相反はない。

## 文 献

- 1) Beck, A. T.: Cognitive Therapy and Emotional

Disorders. International Universities Press, New York, 1976 (大野 裕監訳：認知療法—新しい精神療法の発展. 岩崎学術出版社, 東京, 1990)

2) Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., et al.: Cognitive Therapy of Depression. Guilford Press, New York, 1979 (坂野雄二監訳：うつ病の認知療法. 岩崎学術出版社, 東京, 1992)

3) Fujisawa, D., Nakagawa, A., Tajima, M., et al.: Cognitive behavioral therapy for depression among adults in Japanese clinical settings : a single-group study. BMC Res Notes, 3 ; 160, 2010

4) 大野 裕：認知療法・認知行動療法治療者用マニュアルガイド. 星和書店, 東京, 2010

5) Ono, Y., Furukawa, T. A., Shimizu, E., et al.: Cur-

rent status of research on cognitive therapy cognitive therapy/Cognitive behaviour therapy in Japan. Psychiatry Clin Neurosci, 65 ; 121-129, 2011

6) Wright, J. H., Basco, M. R., Thase, M. E., et al.: Learning Cognitive-behavior Therapy. An Illustrated Guide. American Psychiatric Publishing, Arlington, 2006 (大野 裕訳：認知行動療法トレーニングブック. 医学書院, 東京, 2007)

7) Wright JH, Sudak, D. M., Turkington, D., et al.: High-yield Cognitive-behavior Therapy for Brief Session. An Illustrated Guide. American Psychiatric Publishing, Arlington, 2010 (大野 裕訳：認知行動療法トレーニングブック, 短時間の外来診療編. 医学書院, 東京, 2007)

---

## Cognitive Therapy/Cognitive Behavior Therapy for Depression

Yutaka ONO<sup>1)</sup>, Daisuke FUJISAWA<sup>2)</sup>, Atsuo NAKAGAWA<sup>3)</sup>, Toshiaki KIKUCHI<sup>4)</sup>, Mitsuhiro SADO<sup>3)</sup>

1) *National Institute for Psychiatry and Neurology*

2) *National Cancer Center East*

3) *Keio University*

4) *Kyorin University*

Cognitive behavior therapy (CBT) is a structured short-term therapy designed to change the patient's negatively distorted cognition. The effectiveness of cognitive therapy/cognitive behavior therapy has been increasingly recognized not only by professionals and academics but also by the public, and in April, 2010, this therapy started to be covered by the national health insurance in Japan. In this article, the author described the high-intensity and low-intensity CBT from the practical point of view.

<Authors' abstract>

<**Key words** : cognitive therapy, cognitive behavior therapy, depression, high-intensity, low-intensity >

---