

第112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
——誤解を正す——

大野 裕 (大野研究所)

こころの情報処理過程に焦点をあてて気分や行動をコントロールする力を伸ばす認知行動療法の方略(スキル)は日常的に使われているストレス対処法をわかりやすくまとめたものであり、うつ病などの精神疾患の治療としてはもちろん、一般身体疾患での精神的苦痛や、さらには日常生活でのストレスへの対処法として広く用いることが可能である。しかし、そのように利用可能な領域が広いだけに誤解される部分も多く、十分な訓練を受けないまま安易に用いられる可能性もある。そこで、本稿では、うつ病の認知行動療法について誤解されやすいポイントを示しながら、具体的なアプローチについて紹介した。

<索引用語：認知行動療法，ケースフォーミュレーション，アジェンダ，治療関係>

はじめに

認知療法・認知行動療法(以下、認知行動療法)は、認知つまり心の情報処理過程に焦点をあてることで気分や行動をコントロールする力を育て、問題に適切に対処できるように支援する問題解決志向型の精神療法である。認知行動療法では、認知に焦点をあてた認知再構成法などの方略(スキル)が目まぐるしく注目が集まる傾向があるが、こうした方略(スキル)は日常的に使われているストレス対処法をわかりやすくまとめたものであり、うつ病や不安障害などの精神疾患の治療としてはもちろんのこと、一般身体疾患での精神的苦痛や、さらには日常生活でのストレスへの対処法として広く用いることが可能である⁵⁾。

しかし、広く用いられるようになってきているだけに、認知行動療法が誤解されたり誤用されたりすることも少なくない⁴⁾。そこで本稿では、認知行

動療法に対する誤解を解きながら、実践的な認知行動療法について紹介していくことにしたい。

I. 認知行動療法はエビデンスに裏づけられた治療法か？

認知行動療法が医学領域で注目されるようになったのは、実証的な研究を通してその効果が裏づけられたからである。これは、密室で何をしているのかわからないと批判が多かった精神療法の立場を一気に高めることになった。決して場あつたりのでない、秘伝の術でもない、再現性と信頼性がある治療的アプローチであったからこそ、認知行動療法は発展してきたのである。

しかし、だからといって、わが国で認知行動療法の効果が十分に検証されているということではない。これまで報告されているエビデンスの大半は、あくまでも海外でのエビデンスである。向

精神薬とは比較にならないほど社会文化的背景の影響を強く受けると考えられる精神療法では、薬物療法以上に慎重にわが国での有用性を検証しなくてはならない。そこで私たちは、厚生労働科学研究事業の研究班において過去 10 年以上にわたって効果を検証し²⁾、均てん化の方法論を研究してきた。

なお、厚労省の研究班では、著者が精神療法で重要と考える 3 つの科学的根拠について研究を積み重ねてきている。それは、実施している認知療法の治療効果と有害事象の有無が実証されているということ（治療効果および有害事象に関する科学的根拠）、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科学的根拠）、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科学的根拠）である。

II. 認知行動療法は表面的な治療法か？

認知行動療法が表面的な治療法ではないかと批判されるのは、認知行動モデルにのみ焦点をあてる治療者がいるからである。たしかに認知行動療法で認知行動モデルは重要であるが、それと同時に患者をひとりの人として見立てる姿勢がそれ以上に重要である。つまり、認知行動療法を実践する際には、患者が抱えている悩みや症状、その症状の誘因や維持要因、その背景にある生まれ育ちと同時に、その人がもっている人間としての強みや長所、レジリエンスにも目を向ける必要がある。

こうした治療的姿勢は、認知行動療法だけでなく、精神科医療の治療論としても重要である。カテゴリー診断ばかりが目されがちなアメリカ精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル第 5 版 (DSM-5) も、第 I 部で症例の定式化の重要性を指摘し、第 II 部で挙げられている診断分類は診断の一部でしかないことを強調し、そのうえで、「症例定式化の最終目標は、利用可能な経過上の診断にかかわる情報を使って、精神症状に苦しむ人の文化的、社会的文脈に基づいた包括的な治療計画を構築することにある」と記している¹³⁾。

III. 認知行動療法は治療関係を取り扱わないか？

認知行動療法は認知だけを話題にして治療関係を積極的に取り扱わないといわれることがあるが、これもまた誤解である。認知行動療法では、ほどほどの陽性転移は取り扱わないが、それが強くなりすぎた場合や、いわゆる陰性転移が強くなって治療関係が不安定になったりした場合には、それを積極的に取り上げるようにする。なお、認知行動療法では、ほどよい陽性転移に基礎づけられた治療関係を重視するだけに、過去には、認知行動療法の治療効果は転移性治癒によるもので根本的な治療になりえず、効果が長続きしないと批判されることもあった。しかし、前述したように、認知行動療法は再発予防効果が高いことから、そうした批判は次第に影を潜めてきた。

そもそも、安定した治療関係が治療の経過に好ましい影響を与えることはさまざまな研究で明らかになっている。そのことは認知行動療法でも十分認識されていて、認知行動療法の質を評価する国際的な尺度である認知療法尺度 (Cognitive Therapy Rating Scale : CTRS) でも、いわゆる非特異的要素が多くを占めている。CTRS は Aaron Beck と Jeffry Young が開発したもので、面接の録画ないしは録音をもとに、①アジェンダ、②フィードバック、③理解力、④対人能力、⑤共同作業、⑥ペース調整および時間の有効使用、⑦誘導による発見、⑧重要な認知または行動への焦点づけ、⑨変化に向けた方略、⑩認知行動的技法の適用、⑪ホームワークの 11 項目を 0~6 点の 7 段階で評価するものである。このうちの半数以上の項目、つまり①から⑥までがいわゆる非特異的要素を評価する項目になっている。

IV. 認知行動療法は治療関係を考慮しない治療法か？

認知行動療法は考えを切り替える練習をする治療法だから治療関係はさほど重要ではないという誤解もある。そのために、精神分析的な精神療法のように転移や逆転移を扱うことはないと考えられることもある。

しかし、前述した CTRS の評価項目をみれば、認知行動療法が治療関係を重視していることがよくわかる。それを読めば、専門家として患者の話を耳を傾け、共感し、理解し、協働作業を進めていく治療者の態度が、認知行動療法特有の技法と同じように重要視されていることがよくわかる。

臨床家は、患者の話をきちんと理解しなくてはならない。それが、③理解力であり、臨床家は、患者の話に十分に耳を傾け、その考えや気持ちに共感するようにする。そのように自分が理解したことを患者に伝えて、力を合わせて治療を進めていくようにする。その際に臨床家は、患者が言葉で表現したことだけでなく、その背景に隠されている考えや気持ちにまで目を向けなくてはならない。

④対人能力というのは、臨床家が人としてきちんと患者に向き合う力である。患者に人間的な関心を持ち、気持ちを思いやり、専門家として信頼できる態度で接するようにする。患者の言葉に耳を傾け、患者の提案を治療のなかに取り入れる努力をする。ときには、ユーモアのある言葉かけをして、その場を和ませたりする。こうした人間的な触れ合いが治療的意味をもつ。だからといって、患者の希望を一方的にかなえてしまうのは好ましいことではなく、専門家として必要なことは、きちんと患者に伝えるようにする。

認知行動療法では、患者と臨床家と双方向的な協働関係を基盤に、患者と臨床家がストレスに対処する姿勢を重視する(⑤共同作業)。これを可能にするために、臨床家は治療目標を患者と共有し、臨床家は温かく共感的な態度を保ちつつ、患者の希望と臨床家の専門的な判断とのバランスをとりながら、そのときどきの患者の状態にあわせて方略(スキル)を柔軟に使い分けていくようにする。こうした人間的かかわりの基礎があつてはじめて、認知行動療法特有のスキルが生きてくる。

良好な治療関係のためには安定した治療構造も大切である。それは物理的な治療構造だけでなく、心理的な治療構造でもある。

認知行動療法の臨床家は毎回、使える時間をで

きるだけ有効に使って、患者の気づきを助けていく。そのためには、面接の構造化やペース配分、時間の使い方が大切になる。短時間でも効果的な面接を行うために、臨床家は、患者の理解度や吸収度を判断しながら、大切な課題(「①アジェンダ」)を取り上げ、その患者にあつたスピードで面接を進めていくようにする。定型的な認知行動療法では原則として5分以内(遅くても10分以内)にアジェンダを設定する。

診察で話し合う話題を診療の最初の段階で決めておくと、患者が現実的な問題に対処するのを比較的短期間で手助けできることが多い。課題は、前回の診療以降の生活や出来事、そのときの気持ちや行動などをもとに、患者と相談して決める。まず、その回のセッション中に話し合った方がよい課題をいくつか選ぶ。それは、気力の低下や抑うつ気分、集中力低下などのうつ病の症状や、夫婦間の問題や仕事上の問題、子育て、経済的な問題など、さまざまである。そして、問題の優先順位を決めて、その診療で話題にする課題を1つか2つ決定する。

次に、20～30分間アジェンダについて話し合い、残り10分でまとめとフィードバックという枠組みを守って、45～50分でセッションを終わるようにするが、この「導入・話し合い・まとめ」という構造は、5分、10分の短時間の診察でも意識しておく役に立つ。

治療を構造化したなかでもう1つ重要な作業が「ホームワーク」である。ホームワークというのは、その面接で話し合ったり学んだりしたことを日常生活に応用したり、気づきを深めたりするために行動実験として実施するものである。患者の考え方や受け取り方が変わるのには、患者が肌で感じながら体験を通して気づきを得るからであり、ホームワークはセッションを日常生活のなかに拡大するものである。

ホームワークを上手に使えば、認知行動療法に限らず一般外来でも各回の診察がホームワークを通してつながりを持ち、連続性をもちながら治療面接を進めることができる。したがって臨床家

は、そうしたホームワークの意味を患者にわかりやすく説明して、そのときどきで役に立つホームワークを出すようにする。

V. 認知行動療法はマニュアルに沿って型どおりに進める治療法か？

認知行動療法がマニュアル化されていることから、そのマニュアルに沿って型どおりに面接を進めれば認知行動療法の効果を得ることができると誤解されることがある。たしかに認知行動療法にはマニュアルがあるが、これはあくまでも型の提示であり、面接の進め方のガイドである。

型やガイドがあれば、私たちは大きく道を踏み外すことはない。基本型がわかっていれば、あまりに型から外れた面接をしないで済むし、臨床的に必要で型からはずれてもそれを意識して行うことができる。

その一方で、うつ病の認知行動療法では患者の状態に応じた話の展開を重要視する。とくに、アジェンダ設定は、認知行動療法が効果的に見えるかどうかを左右する。認知行動療法では、セッションごとに話し合う課題（アジェンダ）を決める。アジェンダ設定は、セッションの導入部で、抑うつ尺度、前回のセッションと生活、ホームワークの振り返りをしたうえで、そうした情報全体を参照しながら概念化に基づいて行う。そのときに、患者の主体性を尊重しながら決めていくことはもちろんであるが、それと同時に、どのような方略（スキル）を用いるかを想定してアジェンダを決め、それに沿って話を進めていく。

このときに注意しないといけないのは、アジェンダ設定は、方略（スキル）を決めることではないという点である。時に、治療者がそのセッションで使う方略（スキル）をあらかじめ決めておいて、患者の状態や出来事に関係なく一定の方略（スキル）を使う練習を押しつけることがある。また、治療者によっては、いつも同じ用紙を渡してドリルのように練習させることがある。しかも、面接場面だけで納得させようと「認知のゆがみ」を盾に治療者の解釈を押しつけることがあるが、

これはまったく間違いである。

マニュアルで取り上げられている基本型はあくまでもガイドであり、そのときにどのような方略（スキル）を使うかは、患者の状態をみながら、そして症例の概念化に基づきながら柔軟に決めていく必要がある。その意味でも、認知行動療法は、きわめて高度な臨床判断を必要とする柔軟な治療法なのである。つまり、実際の臨床では、そのときどきの課題（アジェンダ）や患者の気づき、臨床家の理解に応じて方略（スキル）を選択し、そこで使った方略（スキル）の目的などを言葉に出して説明することで、患者がそれを自分のものに行えるようにする。

認知行動療法では、患者の気づきが広がり深まるように手助けしていくが、そのときのかかわり方を⑦誘導による発見と呼ぶ。つまり、臨床家は、患者を一方的に説得するのではなく、患者が体験を通して理解したり問題を解決したりできるように、手助けしていく。患者が思い込みのために可能性を狭めていることはないか、いまの行動が問題を解決するのに役立つのか、いま体験していることを現実以上に大きな問題だと考えていないか、自分の力や周囲からの支援、将来の可能性を否定的に考えすぎていないか、逆に役に立つ工夫をしているのに自覚していないことはないかなど、実生活の体験を通して気づけるようにしていくのである。

VI. 認知行動療法は考えを切り替える治療法か？

考え方をプラスに切り替える治療法であるというのをもた、認知行動療法につきものの誤解である。認知行動療法は考えに注目しながら治療を進めていくが、それは、そのときの情報処理のプロセスの問題が思考に一番現れるからである。そして、直接変えることのできない感情とは対照的に、思考は意識によって変えることができるし、それによって感情に働きかけることができるからである。考えを切り替えるのは手段であり、目的は問題解決を通して悩み苦しんでいる人のこころを軽くすることであり、単にプラス思考をするよ

うに勧めることではない。

また、現実是不変だから認知行動療法を使って考えを変えるしかないといわれることもあるがこれも誤解である。認知行動療法は、現実が本当に変わらないのかを検証することから始まる。現実是不変という考えが現実的であるかどうかを検証し、もし問題が解決できる可能性があるようであれば解決の手立てを考えていく必要がある。

いわゆる認知の偏りというのは、問題に目を奪われすぎて、現実全体に目を向けられなくなって、情報処理に偏りが出て問題に適切に対処できなくなっている状態である。そうした情報の偏りの最大の原因は情報不足であり、それを修正するためには、決めつけないで情報をバランスよく集めなくてはならない。そのためには「肌を通して体験する」こと、つまり情緒的な気づきが重要になる。そのプロセスは、単に考えを切り替えることはまったく別物である。

だからこそ、認知行動療法ではホームワークを重視する。ホームワークも、ドリル形式の練習をする学校の宿題のように誤解されがちであるが、決してそうではない。それは、そのセッション中に話し合った内容を実生活で確認したり、セッション中に使ったスキルを練習したりするもので、画一的に活動記録表や思考記録表を「宿題」としてやってこさせるものではない。時に、患者がホームワークをしてこないとぼす治療者がいるが、それはこうしたホームワークの意義を理解せず、患者の理解度や準備状態を考慮せずに、学校の宿題のようにホームワークを一方的に出してしまうためであることが多い。

認知再構成法と並んで使われることの多い行動活性化技法も、単に楽しいことをさせればよいといわれることがある。しかし、これもまた誤解であり、うつ病のときの回避行動に気づいて、問題解決につながる可能性のある行動に置き換えていくところにポイントがある。

Ⅶ. 認知行動療法は薬物療法に代わる治療法か？

薬物療法は、うつ病治療で中核となるアプローチである。だからといって、薬物療法は万能の治療法ではない。人によっては、さまざまな副作用に苦しむこともある。こうしたことから、とくにマスコミを中心に、薬物療法が批判され、薬物療法に代わるうつ病の治療法が次々と紹介される。

その代表が認知行動療法であるが、果たして薬物療法に代わるだけの効果を認知行動療法が発揮できるかというとはなはだ心許ない。薬物療法は、どのような医師が処方しても、一定の効果が期待できる。もちろん、プラセボ効果はあるが、安心できる治療関係を構築できれば、特殊な精神療法のトレーニングを受けていなくても安定して効果が期待できる。

それに対して、認知行動療法などの精神療法を安定的に提供できるようになるには、十分なトレーニングが必要である。何年もトレーニングを受け、自らも研鑽することで、ようやく一人前の治療者になれる。逆にいえば、スーパービジョンなどのトレーニングをきちんと受けずに本を読んだだけで認知行動療法を行うことは、危険でさえある。そうしたことを避けるために、私たちは、厚生労働省の認知行動療法研修事業を地道に行っている。

薬物療法に代わる治療法と安易に喧伝するのではなく、それぞれの治療法の特徴や問題を認識したうえで、最大限の治療効果が得られるように工夫する技量が、専門家には求められる。うつ病の病態や原因が解明されていない現状では、治療は総力戦になるべきである。

おわりに

認知行動療法は、注目されているだけに、学問的な批判や誤解に基づく批判をさまざまに受けてきた。しかも、専門家と称する人たちが誤解したまま認知行動療法を行い、それが誤解に拍車をかけるということも起きている。本稿が、その誤解を解く一助になれば幸いである。

なお、本論文に関連して、開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed : DSM-5. American Psychiatric Press, Washington, D. C., 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野裕監訳 : DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 2014)
- 2) Nakagawa, A., Mitsuda, D., Sado, M., et al : Effec-

tiveness of supplementary cognitive behavioral therapy for pharmacotherapy-resistant depression : a randomized controlled trial. J Clin Psychiatry (in press)

- 3) 大野 裕 : 精神医療・診断の手引き—DSM-IIIはなぜ作られ, DSM-5 はなぜ批判されたか. 金剛出版, 東京, 2014
- 4) 大野 裕 : うつの認知療法・認知行動療法に対する誤解を解く. こころの科学, 177 ; 37-40, 2014
- 5) 大野 裕, 田中克俊 : 簡易型認知行動療法実践マニュアル. きずな出版, 東京, 2016

Cognitive Behavioral Therapy for Depression

Yutaka Ono

Ono Institute

Cognitive behavioral therapy (CBT) is a form of psychotherapy that improves dysfunctional cognition, and enhances the ability to manage problems in daily life. Not only CBT techniques, such as behavior activation, cognitive restructuring, and problem solving, but also case formulation and therapeutic relationships are important in CBT, which are useful for psychiatrists who work at a general hospital.

< Author's abstract >

< **Keywords** : cognitive behavior therapy, case formulation, agenda, therapeutic relationship >
