不安に対する支持的精神療法・動機づけ面接とは？
――ランダム化比較試験におけるプラセボ反応から――

原井　宏明

精神療法の種類は数多く，さらに新しいものが増え続けている．それぞれが特有な技法と理論的背景，作用機序をもつと主張している．本稿では精神療法をこうした特有の要素をもつ本物精神療法（bona fide psychotherapy）と，それ以外のものに 2 分した．それ以外のものの典型がいわゆる支持的精神療法である．医薬品におけるプラセボのように，特有の技法や理論的背景をもたない精神療法は素人の仕事のようにみえ，効果も乏しいと思われているが，本稿は，それは誤解であり，また場合によっては本物精神療法よりも害が少ないことについて説明する．その証拠として，精神療法を比較したメタアナリシスや薬物療法におけるプラセボ対照ランダム化比較試験の例を取り上げた．最後に精神療法における非特異的な要素を取り上げ，足し算ではない引き算の精神療法の重要性を論じ，その 1 つが動機づけ面接であることを説明した．

索引用語　支持的精神療法，本物精神療法，動機づけ面接，プラセボ反応，ランダム化試験

はじめに

精神分析や森田療法，認知行動療法など精神療法の種類は数えきれないほどある．さらにマインドフルネスやメンタライジングのように新しい療法が増え続けている．そして，それぞれが特有な技法と理論的背景，作用機序，適応，習得法をもっていると主張する．また，その精神療法の名前を冠した学会が組織されているときもある．そうした学会のほとんどはワークショップを開催しており，それに参加すればその精神療法が実践できることになっている．教育普及のために書籍や教育動画，具体的なマニュアルやガイドラインを作っているところが多い．さらに，ワークショップのような受動的な学習では不十分で，正規の指導者によって所定のスーパーバイズを受ける必要がある精神療法もある．

こうした精神療法を本物精神療法（bona fide psychotherapy）と呼ぶことにしよう．医薬品でいえばレキサルティ® のようにブランド名がついた新薬であり，何か新しい作用機序があり，他の既存の治療と比べて優れていると主張するのに似ている．ちなみにレキサルティ® の販売元である大塚製薬は次のように説明している[10]．

ブレクスピプラゾールは大塚製薬が自社研究所で新規に創製した化合物で，ドパミン D_2受容体およびセロトニン $5HT_{1A}$受容体に強く結合してパーシャルアゴニス

著者所属：原井クリニック/株式会社原井コンサルティング＆トレーニング
編　注：本特集は第 119 回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに永田利彦（壱燈会なんば・ながたメンタルクリニック）を代表として企画された．
doi：10.57369/pnj.24-085

トとして働き，セロトニン $5HT_{2A}$受容体にはアンタゴニストとして働く Serotonin–Dopamine Activity Modulator（SDAM）と呼ばれる新しい作用機序を有しています．

同じく，新しい作用機序をもたない昔からの既存精神療法は，新薬に対する後発医薬品のようなものだといえるだろう．過去には後発医薬品に対して「ゾロ薬」という蔑称がつけられることがあった．精神療法についても目新しい作用機序や技法をもたないものや，特有の作用機序をもっているとしても，他と比べて優る点はないものを想定することができる．本稿では目新しさに欠けた，まるで後発医薬品のような精神療法を，あえて本物に対する「偽物（プラセボ）精神療法」と呼ぶことにしたい．この療法が特有の治療メカニズムをもつとすれば，「何らかの治療を受ければ良くなるだろう」という患者側の期待ぐらいである．期待を高める要素には治療者との良好な対人関係も含まれるだろう．そのような治療法の代表として支持的精神療法を考えることができる．ブランド名はもちろん，目新しさもない．だから人を集めることもできない．2013 年に日本マインドフルネス学会，2017 年に日本メンタライゼーション研究会が設立されたが，「支持的精神療法学会」が今後もできることはないだろう．

「偽物精神療法」というと蔑称に聞こえるが，理論的背景やマニュアル，ガイドラインが一切なく，無資格者が行っても構わないものをそう呼ぶのであるから，本物精神療法の啓発・普及に尽力している人からすれば侮蔑の対象になっても仕方がない．しかし，素人が行う「偽物精神療法」には効果がないのだろうか？　また，本物精神療法は偽物よりも効果が勝り，副作用が少ないのだろうか？　これが，本稿が提起しようとしている臨床的疑問である．

本稿では，精神科医が行う精神療法は薬物療法も同時に行うことが多いため，本物の向精神薬ではないもの，治験におけるプラセボ（偽薬）や臨床における本来の適応はないが，患者の訴えに合わせて，とりあえず処方される胃薬やビタミン剤，一部の漢方薬のような薬も偽物（プラセボ）として捉えている．

Ⅰ．支持的精神療法とは

一般に支持的精神療法はどのように定義されているのだろうか？　日本精神神経学会のホームページから引用する．

【精神療法とはどのような治療ですか？　私の主治医の 10 分程の診察も精神療法なのでしょうか？】

（中略）私たちは精神療法を大きく 2 つに分けて考えています．対象となる人のパーソナリティや考え方の変化や成長を積極的に目指していく治療と，そうした変化は目指さず，その人が現在持っている資質を十全に活かせるようにすることで適応力を挙げることを支援する治療です．

前者の例としては，力動的精神療法，認知行動療法，森田療法や内観療法などが挙げられます．これらの説明については Q2．以降に譲りますが，これらは一定の訓練を受けた治療者でないと充分に効果的な介入を行えないという事情や，精神療法を受ける側にも積極的にチャレンジする意欲が求められるというような事情があり，常に実施可能なものではありません．

一方，後者は，わが国では「支持的精神療法」と呼ばれることが多いのですが，普段の診察場面でも主治医によって幅広く実施されています．私たちは診察場面が話しやすい雰囲気になるよう気を遣っていますし，「薬を飲みたくない」と言う人がいれば一体何を心配しているのかを明らかにして，その解決を試みます．医師からの直接的働きかけを好むように感じられる場合には「○○しましょう」と明確な指示や指導を行ってみますし，直接指示されることを好まないと推定される場合では選択肢を示唆する程度に留め，本人の積極性を引き出そうとします．短時間の診察であっても，主治医はこうした精神療法的配慮のもとで，伝えるべき言葉を取捨選択しています[5]．

上記を言い換えると，支持的精神療法とは，力動的精神療法，認知行動療法，森田療法や内観療法などにあたらないものである．もっぱら患者との関係が良くなるように努め，患者側の積極性を引き出そうとする．このなかには治療への期待も含まれるだろう．治療者側では特別な訓練を受ける必要がなく，受ける側にも特定の準備や教育は不要である．これは他の精神療法よりも実施できる場面が多いことを意味する．言い換えると，関係性を良くして患者側の期待を高める以外には特有のメカニズムをもたない偽物精神療法のみが行える臨床場面があることになる．それはどんな場面だろうか？　これに答える前に著者の経歴について紹介させていただきたい．

1. 著者について

著者は精神科開業医である．1980年代に国立肥前療養所（現・国立病院機構肥前精神医療センター）で山上敏子先生から行動療法を学び，2019年から東京駅近くで強迫症専門のクリニックを経営している．経歴の前半は国立の精神科病院の医師・臨床研究部長であり，そのころは国立病院が担うべき政策医療の1つとして物質関連症の専門外来も担当していた．このときに動機づけ面接（motivational interviewing：MI）を知り，トレーナーになった．2008年から名古屋の駅前ビル診療所の院長になり，それから不安症と強迫症に治療対象を絞るようになった．

また，国立病院機構菊池病院の臨床研究部長であったとき，これも政策医療の一環として医薬品の治験に積極的に取り組んだ．治験は東京で開業してからも継続している．これまでかかわった治験は30件を超え，そのほとんどがプラセボ対照ランダム化比較試験（以下，プラセボ対照RCT）である．

著者にとっての精神療法とは行動療法とMIになる．行動療法を知らなければ強迫症を専門にすることはできなかったし，MIを知らなければトレーナーとして老人性難聴や糖尿病，関節リウマチなどへ仕事の幅が広がることもなかった．しかし，著者に精神療法の本当の意味を教えてくれたものは行動療法でもMIでもない．プラセボ対照RCTにかかわっていなければ著者は精神療法について根本的に誤解したままになっていたと思う．社交不安症に対する選択的セロトニン再取り込み阻害薬（selective serotonin reuptake inhibitors：SSRI）の治験では，思っていたよりも薬物の効果が高いことに驚かされた．そしてSSRIによる改善度は著者が当時行っていた認知行動療法よりも良かったのである[2]．また無効であるべきプラセボで寛解する患者がおり，しかも寛解率は実薬の場合と大差がないことを実際に経験した．このことは著者による治療の結果だと思っていたことが，実は患者自身の自己治癒力や偶然の結果であることを思い知らせてくれた[3]．

2. プラセボ対照RCTとは

薬剤が本当に目標とする疾患に効くかどうかを検定するための標準的な方法がプラセボ対照RCTである．プラセボによる治療とはその方法に効果があることも，逆に悪化させることも立証できず，想定もできない治療である．全体としてのプラセボ治療は，外見上，通常の治療と見分けがつかない．すなわち，薬剤の試験の場合には，色も形も試験対象の薬剤とまったく見分けがつかない薬剤をつくり，それをプラセボと呼ぶ．精神療法の場合も同じで，理論的に効果があるとされる治療要素を外したもので疾患が治ることがある．何か特別な治療をこれから受けるという患者の期待感だけでも，良くなる人がいるのである．電気けいれん療法や経頭蓋磁気刺激法のような物理的な治療でもプラセボがあり，この場合はシャム刺激と呼ぶ．薬物療法や精神療法，中枢神経刺激法でもその治療法に効果があると主張するためには，その治療法による反応がプラセボ反応よりも安定して優位に立つことが必要である．

そして，プラセボ反応は侮れない．うつ病の場合，50%以上重症度が改善した場合を反応と定義すると，35〜40%の患者がプラセボのみで反応する[1]．1つの臨床試験のために数十億円という大金を投資している薬品会社にとって，プラセボ反応は大敵である．プラセボ反応をなくすために臨床試験のプロトコルに工夫が行われてきた．2000年代初めのころの試験中では，他の抗うつ薬の併用を禁止する程度であった．次第に厳しくなり，抗不安薬の使用を禁止し，さらに睡眠薬も禁止するようになった．今日では一部の睡眠導入剤の限定的な使用以外はすべての向精神薬の併用が禁じられる．併用禁止薬のなかにはセントジョーンズワートのようなハーブも含まれる．力動的精神療法や認知行動療法，森田療法などの本物精神療法ももちろん不可である．有効性が少しでも実証されている治療法はすべて禁止である．

さらに，2010年代からは，「placebo run-in」が使われるようになった．これは，患者が治験への参加を希望しても1〜2週間，まったく無治療，あるいはプラセボを投与しながら，状態を観察することである．患者から「説明を聞いてよくわかりました．治験を受けてみます」と言われて，「では，1週間，効き目のある薬は何も飲まないで同じ状態のまま堪えてください．もし，この間に良くなったら，残念ですが治験には参加できません」．こんなことを真顔で患者に伝えるためには治療者-患者関係が良好であることが必須だろう．

しかし，こうやって初期にプラセボだけで改善した患者を試験から除外しても，やはりプラセボで反応する患者は反応し，プラセボ反応は一定である[1]．偽物精神療法，すなわち支持的精神療法が効果をもたらしたというほかない．この偽物精神療法についての研究はあるのだろうか？

Ⅱ．動機づけ面接（MI）とは

MIとは「協働的なスタイルの会話によって，その人自身が変わるための動機づけとコミットメントを強める方法である（p. 17）」[8]．最初は物質関連症に対する治療法としてスタートした面接法だが，今は他の精神疾患だけでなく生活習慣病や終末期の意思決定にも使われるなど幅広く知られるようになった．しかし，もともとのスタートは地味なものである．米国のNational Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism（NIAAA）が1989年に始めた大規模多施設共同研究である，Project MATCH[12]のなかで，認知行動療法と12のステップに並ぶ第3の介入法としてMIが採用された．他の2つの治療法は具体的な段階とマニュアルをもち，完了するのに12セッションを要した．それに比べるとMIに必要なセッションはせいぜい4つで，他の2つの治療法と比べるとプラセボのような位置づけであった．

Project MATCHは各精神療法の間の効果を比較するだけでなく，名前のとおり，患者の特性に応じてどのような精神療法が最適なのかも探ろうとした野心的な試みであった．結果的にはどの治療法でも同等なアルコール使用量の低下があり，3者間の優劣はつけられなかった．クライエント個人と治療法の組み合わせ効果においてある程度はっきりしたのは，怒りっぽいクライエントほどMIのほうがうまくいくというものであった[6]．

MIの創始者であるMiller, W. R. とRollnick, S. の論文に「Ten things that motivational interviewing is not」と題するものがある[7]．歴史的経緯から混同されやすい10の精神療法や考え方を取り上げたものである．具体的には次のようなものがある．1）変化のトランスセオレティカルモデル（transtheoretical model：行動変容段階モデル），2）催眠のように，さまざまな仕掛けをすることで人を思うままに操作する方法，3）コラム法や瞑想，決断分析のような技法，4）認知モデルに基づく認知行動療法，5）クライエント中心療法，などである．MIは物質関連症に対する行動療法のRCTの経験のなかから生じてきているが，その結果自体はnegative study，すなわち期待外れの結果だった．そもそも「動機づけ」と名付けていながら，動機づけに関する理論やモデルが最初から欠損している．認知行動療法と12のステップなどと比べると，特定のモデルや理論，技法をもたないMIのスタートはとても地味なものだった．

一方，この無理論的姿勢のおかげか，他の精神療法や薬物療法などとの併用が容易であり，実際に併用されることのほうが多い．例えば，糖尿病のような慢性疾患に対する薬物療法へのアドヒアランスを高めるMIの効果を示したメタアナリシスがある[14]．また，MIが唯一，他の精神療法よりも優れたところがあるとすれば，MIの技能を評価するコーディングシステムをもち，それに基づいたトレーニング方法を発展させてきたことだろう[9]．

MIのように余計な介入をしない，クライエント自身が決定し，自ら変わっていくのを尊重するような精神療法は，他の本物精神療法からみれば「引き算の精神療法」と呼ぶことができるだろう．

Ⅲ．パニック症におけるプラセボ効果

1．パニック症に対するプラセボ対照試験から

パニック症に対するプラセボ対照RCTにおいて，著者が経験したことについて述べてみたい．以下，著者の経験をもとに，よくあるパニック症の経過を創作症例で提示する．

患者は40歳代の女性である．30歳ごろに最初のパニック発作があり，広場恐怖も発症した．このときからメンタルクリニックを受診し，抗不安薬とSSRI，スルピリドを服薬していた．治験に参加したときも，週に3，4回，症状限定性パニック発作が起こり，抗不安薬を時々頓服していた．治験参加時に治験期間（8週間）は治験薬以外は服用できないこと，症状が悪化し，抗不安薬の頓服が必要になった場合は，治験を中止して以前の治療に戻ることを説明した．最初の「placebo run-in」中に，やはり症状限定性パニック発作が起きたが，頓服薬なしで乗り切り，順調に第5週目まできた．ある日の夜，患者がクリニックに電話をかけてきた．

患者：今度は本当にひどいパニック発作が起こったので，前からもらっていた発作止めの抗不安薬を飲んでもいいですか？
著者：はい，どうしてもというときは構いません．治験を止めることになりますね．
患者：発作に耐えられそうにないんです
著者：（患者の不安を聞き返す．今度の発作が今までの人生で最高にひどいと思っているらしい．しかし，今までと同じパニック発作だとわかっていて，手持ちの抗不安薬を

飲む前に電話で相談している．このことを褒める）
患者：やっぱり治験も続けたいんです，ここまで発作止めの頓服を飲まずに頑張ってきたし．
著者：そうですね，前みたいに急に家族と一緒にクリニックに来るとかがなくなりましたね．このまま治験を継続するか，発作止めを飲むかはご本人の選択です．
患者：わかりました．治験を続けます．

その後，患者は症状限定性発作も起こさなくなった．8週間が無事に経過し，そこで治験薬をプロトコルどおりに漸減し，10週後には薬を中止した．その後も，2，3回クリニックに顔を見せてくれたが，パニック発作の再発はなく，そのまま治療が終結になった．10年間メンタルクリニックに通い続けた患者が，治験をきっかけに患者であることもやめてしまったのである．

2. パニック症における認知行動療法ネットワークメタアナリシス

パニック症は，精神科外来ではポピュラーな疾患である．認知行動療法を行っている治療者も多いと思われる．厚生労働省のホームページには治療者用マニュアルも用意され，広く実践されているものと考えられる[13]．このなかにはリラクセーションやイメージ再構成，注意トレーニング，スキーマワークなど多数の技法が入っている．これら一つひとつは認知行動療法の技法として以前からよく使われているものである．前に示した40歳代女性に行われた薬物療法で考えれば，抗不安薬とSSRI，スルピリドなどのポピュラーな薬を組み合わせて使っていることと似ているといえるだろう．一方，薬物の多剤併用と同じで，これらの技法のすべてがパニック症の治療に役立っているかどうかは疑問である．

この疑問への答えをPompoli, A.らが，パニック症に対する認知行動療法のネットワークメタアナリシスの形で出してくれている[11]．それぞれの技法がパニック症の寛解にどの程度寄与するかの結果をまとめたものを表に示す．

表が示すように，プラセボ（患者側の治療効果に対する期待）よりも優れているのは上の4つに限られる．第三世代はアクセプタンス＆コミットメントセラピー[4]を指している．これは一般的には自分のなかにあるありのままの思考や気持ちを受容（アクセプタンス）し，目標を決めて行動に移す（コミットメント）ことである．効果が最も高いようにみえるが，95%信頼区間がきわめて広い．これは治療結果にばらつきが大きいことを意味している．内部感覚エクスポージャーはパニック発作そのものを治療場面で経験してもらうものである．

呼吸再訓練は腹式呼吸などを指導することであり，パニック発作中に過呼吸になることが多い患者に対してよく使われる方法である．しかし，著者の経験では，患者がかえって呼吸を意識しすぎて発作を誘発することがあった．リラクセーションも同様だった．現実エクスポージャーは，例えば，公共交通機関を怖がる広場恐怖の患者に対して，実際に地下鉄などに乗車させることである．著者も長く行ってきており，それなりの効果は経験し，通院が困難な患者に対しては使わざるをえない場面がある．しかし，パニック発作自体を止めることはできず，発作が再発すると効果が失われることを著者も繰り返し経験してきた．

精神療法は技法によっては症状を悪化させる．それでも必要な場面はあるが，パニック症の場合，寛解をめざしているとすれば，かえって治療を長引かせる原因になっている．これは先述した40歳代女性に対して10年間行われていた抗不安薬の頓服処方に喩えるとわかりやすい．頓服の処方も臨床ではよく行われていることであり，場面によっては必要である．しかし，寛解をめざすならば，抗不安薬はプラセボよりも害が大きい．

表　パニック症に対する認知行動療法のネットワークメタアナリシスの結果

治療法	iOR	95%信頼区間
第三世代	1.97	(0.34～14.44)
内部感覚エクスポージャー	1.49	(0.94～2.36)
対面	1.27	(0.57～2.66)
認知再構成	1.11	(0.73～1.73)
プラセボ	0.97	(0.35～2.48)
呼吸再訓練	0.84	(0.54～1.26)
心理教育	0.84	(0.45～1.52)
支持的精神療法	0.79	(0.34～1.90)
現実エクスポージャー	0.78	(0.50～1.22)
VR エクスポージャー	0.71	(0.25～1.99)
リラクセーション	0.59	(0.40～0.90)
治療待機群	0.38	(0.12～1.23)

iOR：incremental odds ratio
その治療法を追加した場合に効果が高まる可能性を示す．数字が大きいほど効果が高い．
（文献11より著者作成）

おわりに

薬物療法ではしばしば多剤処方が問題になる．精神療法においては精神療法の技法の併用が問題にされることはまずない．しかし，パニック症に対する認知行動療法マニュアルがそうであるように，多数の技法をセットにした足し算のようなやり方が，より高い効果があるといえる証拠は全くなく，むしろパニック症の寛解を妨げるような技法が含まれていることがある．この場合，さまざまな精神療法を追加しながら治療することは，経過をいたずらに長引かせることにつながるかもしれない．

逆にプラセボ対照 RCT の事例のように，余計な治療を受けさせない，引き算の精神療法が結果的に寛解をもたらすこともある．治療に難渋する困難な症例に接すると，薬物療法だけではなく，精神療法についてもさまざまな治療を試してみたくなるだろう．つい治療の足し算をしたくなるとき，一歩引いて，引き算を考えてみてもよいと思われる．関係性を重んじ，余計なことをせず，患者の積極性を引き出すことに焦点をあてるという精神療法は本稿でいう偽物精神療法であり，支持的精神療法である．固有の名前も学会もないこうした精神療法について学ぶことは実際には難しいことであるが，技法の習得の仕方に特徴をもつ MI を学ぶことがその助けになるかもしれない．

利益相反

本稿に関連し，原井宏明は以下の企業と COI 関係がある．

（受託研究費）大塚製薬株式会社，塩野義製薬株式会社，ヴィアトリス製薬株式会社，（顧問料）中外製薬株式会社，デマント・ジャパン株式会社，一般社団法人公心会

文献

1）Furukawa, T. A., Cipriani, A., Atkinson, L. Z., et al.：Placebo response rates in antidepressant trials：a systematic review of published and unpublished double-blind randomised controlled studies. Lancet Psychiatry, 3（11）；1059-1066, 2016
2）原井宏明：社会不安障害の診断と治療―治験実施施設における臨床経験より―．分子精神医学，5（2）；212-214，2005
3）原井宏明：治験責任医師の仕事から学んだこと―プラセボ反応と臨床家のバイアス―．行動科学，45（2）；3-12，2006
4）原井宏明：アクセプタンス・コミットメント・セラピー（ACT）の利点は何か．精神医学，54（4）；352-356，2012
5）池田暁史：日本精神神経学会 精神療法委員会に「精神療法について」を訊く．2021（https://www.jspn.or.jp/modules/forpublic/index.php?content_id=58）（参照 2024-01-13）
6）Karno, M. P., Longabaugh, R.：What do we know? Process analysis and the search for a better understanding of Project MATCH's anger-by-treatment matching effect. J Stud Alcohol, 65（4）；501-512, 2004
7）Miller, W. R., Rollnick, S.：Ten things that motivational interviewing is not. Behav Cogn Psychother, 37（2）；129-140, 2009
8）Miller, W. R., Rollnick, S.：Motivational Interviewing, 3rd ed. Guilford Press, New York, 2012（原井宏明監訳：動機づけ面接〈第 3 版〉上・下．星和書店，東京，2019）
9）Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., et al.：Assessing competence in the use of motivational interviewing. J Subst Abuse Treat, 28（1）；19-26, 2005
10）大塚製薬株式会社：新規抗精神病薬「レキサルティ® 錠」統合失調症の適応で国内で新発売．2018（https://www.otsuka.co.jp/company/newsreleases/2018/20180418_1.html）（参照 2024-04-13）
11）Pompoli, A., Furukawa, T. A., Efthimiou, O., et al.：Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder：a systematic review and component network meta-analysis. Psychol Med, 48（12）；1945-1953, 2018
12）Project MATCH（Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity）：rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. Alcohol Clin Exp Res, 17（6）；1130-1145, 1993
13）関　陽一編著，清水栄司監：パニック障害（パニック症）の認知行動療法マニュアル（治療者用）．2016（https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000113842.pdf）（参照 2024-01-14）
14）Zomahoun, H. T. V., Guénette, L., Grégoire, J. P., et al.：Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases：a systematic review and meta-analysis. Int J Epidemiol, 46（2）；589-602, 2017

Motivational Interviewing for Anxiety：
Lessons Learned from Placebo Responses in Randomized Controlled Trials

Hiroaki HARAI

Harai Clinic

Harai Consulting & Training Inc.

New types of psychotherapy are being discovered. Each type has specific techniques, theoretical background, and mechanisms of action. Herein, we divide psychotherapy into two categories：authentic psychotherapy（bona fide psychotherapy）, which has specific elements；and other types of psychotherapy, such as supportive psychotherapy, without specific techniques or theoretical background.

Supportive psychotherapy is assumed to be ineffective and unsuitable for professional use；however, I argue that this is a misconception, and, in some cases, supportive psychotherapy is less harmful than bona fide psychotherapy. This paper discusses examples from meta-analyses comparing psychotherapies and placebo-controlled randomized controlled trials of pharmacotherapy in which the use of bona fide psychotherapy was strictly prohibited. We suggest the importance of nonspecific elements of psychotherapy and assert that they are subtractive rather than additive. Furthermore, we investigate Motivational Interviewing as a form of subtractive psychotherapy.

Author's abstract

Keywords supportive psychotherapy, bona fide psychotherapy, motivational interviewing, placebo response, randomized controlled trial