

個別化治療と認知行動療法的概念化

大野 裕

Precision medicine に関する研究は精神医学においても生物学的視点から行われることが多いが、精神疾患が脳の病気であると同時に、社会や対人関係の病気でもあることを考えると、臨床場面での precision medicine は精神療法的視点を欠かすことができない。個別化された治療のためには、家庭を含む社会のなかに生きる個人の苦しみを理解する必要があるからであり、発症の背景や契機、症状の持続などは、環境との相互作用を評価し、概念化しなくてはならない。それと同時に、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。さらに、個別化された治療の成果を評価する場合には、個別化されたりカバリーを意識して、個々の患者らしい生き方を短期的な成果だけでなく、長期的な視点からも評価しなくてはならない。本稿では、これらの点について、精神療法、特に認知行動療法の立場から論じた。

索引用語

精密医療、概念化、定式化、認知行動療法

はじめに

個々の患者に対して最適な治療を提供したいという思いは、臨床家であれば誰もが抱いている。しかし、精神疾患の生物学的背景の解明がなお途上にある精神医学の領域で、個別化治療を提供することは今なお困難な状況にある。

精神疾患の生物学的研究を目的とし開発された Feighner 診断基準³⁾に準拠して『DSM-III 精神障害の診断・統計マニュアル第3版』¹⁾が作成された1980年前後の時期は、脳科学と遺伝子解析の発展によって精神疾患を克服できるという、精神医学における生物学的楽観論が高まってきた時代だった。遺伝子研究や脳科学研究を進めることで精神疾患の解明が進み、新たな治療法が開発されると多くの専

門家、さらには非専門家が考え、その成果を期待していた。しかし、その後、多くの貴重な研究成果が発表されているにもかかわらず、精神疾患を治癒させる画期的な治療法の開発には至っていない。

そうした状況をふまえて、著者は、現状では精神医学と精神医療は区別して考えたほうがよいと考えている⁹⁾。精神疾患に関する生物学的な、そして薬理学的な精神医学的研究が重要であることは論を俟たないが、治療としての精神医療は、より多面的な視点から行う必要があると考えるからである。そうした立場から、本稿では、精神療法、特に認知行動療法の考え方を生かした個別化治療について論じることにした。

著者所属：一般社団法人認知行動療法研修開発センター

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齋藤正範（帝京大学医学部附属溝口病院精神神経科）を代表として企画された。

doi: 10.57369/pnj.24-097

I. 症例の定式化

DSM-IIIが開発された頃に期待されたようには精神疾患の解明が進まず、画期的な治療法も開発されていないことから、『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』²⁾は、その開発過程で多くの批判を浴びることになった⁵⁾。そうしたこともあってだろう、DSM-5の導入部では臨床症例の定式化の重要性が明記され、それはDSM-5-TRにも引き継がれている。

DSM-5-TRの「本書の使用法」の最初の項「臨床症例の定式化の方法」では、「DSM-5の主な目的は、研修を積んだ臨床家が各個人の治療計画書を作成するにあたり、症例の定式化のための評価の一環として精神疾患の診断を援助することにある」と書かれ、精神疾患の診断では、診断基準に取り上げられている症状に目を向けるだけでは不十分である、と指摘している。個々の患者を理解し、適切な治療法を提供する症例の定式化ないしは概念化には、詳細な臨床病歴をとり、発症に寄与した社会的、心理的、生物学的要因を理解し、「素因、誘発要因、持続要因、保護要因」を把握し、患者の文化的、社会的背景を考慮した包括的治療計画を立てることが臨床家医には求められるというのである。

ここに書かれているように、個別化治療を適切に行うためには、いわゆる精神疾患と呼ばれる状態の脳機能の解明だけではなく、患者と呼ばれる人たちの生きてきた軌跡や、そこから読み取れる強みと弱み、その人たちがおかれている環境など、複合的な視点から理解し、支援することが不可欠である。精神疾患の治療方針を立てるためには、単に症状の有無だけでなく、それが生活にどのような影響を与えているかということまで含めて確認する必要がある。

うつ病を例に挙げて考えてみよう。相談者が抑うつ症状を訴えている場合、DSMなどの操作的基準を使って診断すると、(i)抑うつ気分、(ii)興味または喜びの著しい減退、(iii)体重の減少または増加、食欲の減退または増加、(iv)睡眠障害、(v)精神運動焦燥または制止、(vi)疲労感、または気力の減退、(vii)無価値感または強い罪責感、(viii)思考力や集中力の減退、または決断困難、(ix)死についての反復思考、反復する自殺念慮、自殺企図、または明確な自殺の計画の9つの症状のうち、(i)または(ii)を含む5つ以上の症状が、ほぼ毎日、ほぼ1日中存在している必要がある。

しかし、これは必要条件であって、十分条件ではなく、うつ病と診断されるためには機能障害を伴っている必要があり、他の精神疾患に由来している可能性についても検討しなくてはならない。また、仮にうつ病と診断されたからといって治療方針が決まるかというと、決してそうではない。抑うつ症状が現れるようになった背景を理解し、その背景にある問題にも取り組む必要がある。Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D)研究で知られるRush, A. J.¹⁰⁾が、STAR*Dの単一の治療効果の比較研究を行った時代から、多角的な治療の重要性を指摘し、難治性うつ病概念を提唱しているのはそのためである。

II. 個別化治療のための多角的な視点

個別化治療や多角的な治療の重要性を著者が最初に意識したのは、Frances, A. らが著した『精神科鑑別治療学』⁴⁾を読んだときだった。すでにそのとき彼らは、精神医学と他の医学との違いを認識して、「他の医学の分野では、病因、病理、治療効果についての知識が進歩するにしたがって、診断は治療行為に直結するようになった。(中略)しかし、精神医学で診断に直結するような治療法はほとんどない」と書いている。臨床家は、同じ診断名であっても、治療の選択肢は複数あり、診断名だけでなく、治療の場、形態、学派、所要時間、投薬、治療併用法など、患者のさまざまな要因に十分な注意を払いながら治療法を決定すべきだというのである。しかも、その決定は臨床家が一方的に行うのではなく、患者と協働的に行う必要がある。「ある人が他の人に対して何かを計画しようとするとき、その決定の過程で相手の人が自らも参画していると心から感じられなければ、計画は決して成功しない」⁴⁾からである。

さらに、治療の介入は、患者個人ではなく、患者を取り巻く環境に対しても行われる必要がある。例えば、北村⁶⁾は、ADHDを例に挙げ、環境に働きかける重要性を指摘し、「診断名がつくのは子どもたちではなく、その子どもたちが生活している『ADHD 惹起性環境』と呼ぶべき環境である」と書いている。その理由として、「ADHDの症状は環境によって大きく異なる」からであり、「子どもに対する親の対応を改善することでADHDや行為障害を治療・予防できる」からであるという。

以前に、世界保健機関(World Health Organization: WHO)の仕事をしていたときに、担当者から、世界でう

つ病が一番多い場所は難民キャンプだと聞いたことがある。その担当者は、そうした人たちに対して最も効果的な治療法は、難民キャンプから助け出すことだと言っていた。確かに、厚生労働省の大規模研究「自殺対策のための戦略研究」の地域介入班の研究⁸⁾でも、地域のコミュニティの再構築が自殺対策に有効であることを示唆する結果が得られており、これも環境の治療的効果を示すものである。こうしたことから、著者は、東日本大震災のときには宮城県女川町で「聴き上手ボランティア」を軸にしたコミュニティの再構築の活動を行った。

一方、環境は患者から独立して存在しているわけではないことも意識しておく必要がある。われわれは、誰もが環境の影響を受けるだけでなく、環境に影響を与え、環境を変化させている。環境に治療的に働きかける場合には、その相互作用にも目を向けておくことが重要である。

ここまで著者は、臨床家にとって精神疾患の診断名は大事だということを認めたうえで、臨床的にかかわりのためには診断名だけでは不十分であり、患者と呼ばれる人たちを全人的に理解し、その環境も視野に入れた、定式化ないしは概念化と呼ばれる作業が不可欠であると述べてきた。そこで次に、認知行動療法の立場から、症例の定式化、概念化について紹介することにしたい。認知行動療法については、マニュアルに沿って患者の非適応的な思考を、より柔軟な適応的な思考に変える構造化された心理的アプローチと理解されていることが多いが、これはきわめて不正確な理解であり、誤解と言ってもよい。確かに、認知行動療法では患者の非適応的な思考に目を向けるが、それは、その極端な考えのために心理的問題が生じ、苦痛が強くなっているからである。

しかし、認知行動療法の目的は、単に考えを変えることにあるのではない。認知行動療法の創始者である Beck, A. T. は認知行動療法について、ツールボックスではなく architecture (建築物) だと表現している。認知行動療法の目的が、極端で柔軟性を欠いた考えに目を向けながら、個々の患者が自分らしく生きていく工夫ができるように、それぞれの人の力を引き出すことにあるからである。Beck とともに最初期の認知行動療法の効果研究にも取り組んだ Rush は、著者との個人的な会話のなかで、「薬物療法は症状緩和に役立つが、認知行動療法は患者が自分らしく生きる手助けをする」と語っていた。

認知行動療法では、患者を全人的に理解するために、縦断的概念化と横断的概念化を行う。縦断的概念化では、患者の生まれや育ちに目を向け、その人の特徴を理解する。精神疾患の発症にも関係する性格は遺伝的要因の影響を受けており、それが生育過程をとおしての体験と相互に影響し合って形成される。著者は、双生児研究をとおして、抑うつ状態が環境的要因の影響を強く受けていることを報告した⁷⁾。患者の人となりを理解するためには、生物学的要因に加えて、対人環境を含む環境要因に目を向けることが不可欠である。

だからと言って、受診初期の情報だけで患者を理解できるわけではない。患者が語る過去が必ずしも信頼できる事実であるとは限らないからである。患者が過去を想起するときには、そのときの感情に合致する出来事を強く思い出す傾向があり、ネガティブ感情が強いときには、その感情に関連したネガティブな出来事を思い出す傾向が強くなる。

個別化治療では、レジリエンスなど、患者のもつポジティブな面にも目を向けることが重要である。患者も医療スタッフも問題に目を向けがちで、ポジティブな側面に目を向けにくい傾向がある。その結果、問題点や悩みにばかり目が向いてしまいやすい。そうすると、患者が本来もっている力を治療に生かせなくなる。

しかし、こうした性格は、患者にとって役に立つ面があるので、それが今まで続いてきたと考えられる。それに、同じ性格傾向でも、ネガティブに働くこともあれば、ポジティブに働くこともある。性格は使い方によって強みにも弱みにもなるのだ。完璧主義は、それが極端になると融通性や柔軟性のなさにつながるが、その一方で、物事にきちんと対処できるという長所にもなる。そそっかしい性格は、根拠がないまま結論を出してしまったり行動してしまったりする短所にもなるが、素早く行動できるという長所にもなる。

こうした患者自身もっている心理的強みやレジリエンスは、治療や支援でとても重要な働きをする。それには、その人の感受性や人間関係指向性も含まれる。精神症状の発症や改善に大きな影響を及ぼす人間関係を改善していくためには、そうした感受性が適切に働く必要があるからである。このように精神症状に苦しむ人の力を信頼する治療者の姿勢は、精神症状に苦しむ人が自信を取り戻すきっかけ

けにもなり、そのように自分を信頼して見守る医療者に対する精神症状に苦しむ人側の信頼感を高め、それがよりよい治療関係を作り上げる基礎になる。

ストレス症状に苦しむ人のプラスの面にも目を向ける治療者の姿勢は、相談者のロールモデルにもなる。ストレス症状に苦しんでいる人が、自分の問題やマイナス面ばかりに目を向ける視野狭窄状態から抜け出して、自分の良い面と改善すべき面に冷静に目を向けることができるようになることは、精神症状から抜け出す大きな第一歩になる。

ただ、自分に対して否定的になっている人に良い面を強調しすぎると、相談者が、自分のつらさをわかってもらえていないと考えて、さらに悲観になる可能性もあるので注意が必要である。そうしたことを避けるためには、医療者は自分の対応が押しつけになっていないかどうかについて配慮しながら、悩んでいる人が、自分の良い面に気づいていけるように話を進めていくようにする。このような患者の力を信頼する医療者の姿勢は、患者が自信を取り戻す契機になるし、医療者に対する患者側の信頼感を高め、治療関係を安定させ治療効果を高めることにもなる。

IV. 横断的概念化

横断的概念化では、その人の性格特徴を含めて、精神医学的問題の誘因となった活性化要因や、症状を持続させている維持要因を理解する。その場合には、症状の発生過程だけでなく、症状の推移にも目を向けるようにする。

活性化要因には、人間関係の破綻や別離、夫婦間の葛藤、仕事の失敗、失業、重篤な一般身体疾患の発症などさまざまなものがあり、精神疾患が発症するときには、複数の誘因が存在していることが多い。一方、生物学的要因が強く影響している精神疾患では誘因が認められないこともある。また、同じストレス要因を体験しても精神疾患を発症することもある。したがって、精神症状に苦しむ人が、どのような理由で、どのような経過をとって発症するまでにいったかを丁寧に検討することは、治療計画を立てるためにきわめて重要である。

維持要因は、家族や配偶者との不和、仕事のプレッシャー、不安症状を再発させる誘因への曝露といった出来事など、症状を悪化させたり日常生活での支障を引き起こしたりしていると考えられる要因で、治療を進める過程では、認知行動変容アプローチを活用して患者の対処能力を高めるとともに、外的な負荷を解消していくようにする。

認知行動療法では、このようにして患者が解決に向けて取り組んだほうがよい心理的課題と強みについて明らかにしながら、患者が将来的にどのようなになりたいと考えているのか、患者自身の言葉で語ってもらい、長期的な治療目標と短期的な治療目標を一緒に決めていくようにする。こうした作業を行うことで、患者は将来に目を向けることができるようになる。そのうえで、患者とともに、どのような認知や行動、環境要因などが目標の達成を妨げているかを明らかにして患者と共有する。これが作業仮説と呼ばれるもので、その作業仮説に基づいて、薬物療法や環境調整とともに、阻害要因になっている認知や行動を修正して目標に近づくための方向性を決めていく。

実際の治療場面では、体験のどのような側面に目を向ける傾向があるか（focus）、その背景にはどのようなとらわれ（belief）があるのか、こうした認知のためにどのような行動（behavior）をとるようになっていくのかを意識できるようにしていく。「とらわれ（belief）」に関しては、遺伝要因と幼小児期の体験に基づいて形成されてきた情報処理のパターンと、精神疾患の発症に伴って顕著になってきた「とらわれ」とを区別する必要があるが、こうした視点は、単に認知行動療法を行う場合だけでなく、個別化した治療でも重要である。

おわりに

精神医療における個別化治療のためには、生物学的背景だけでなく、発症の背景や契機、症状の持続などは、環境との相互作用を抜きにして語ることはできない。精神疾患が脳の病気であると同時に、社会や対人関係による病気でもあり、個別化された治療のためには、家庭を含めた社会のなかに生きる個人の苦しみを理解することが不可欠だからである。それと同時に、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。症状を和らげ悩みを軽くするには、悩み苦しんでいる人の力を利用するのである。逆に言えば、その人がもっている力と手を結んで、その力を活かす心の環境が整わなければ、真のリカバリーへと進むことはできない。

パーソナルリカバリーとも呼ばれる個々の患者にとってのリカバリーが、症状の有無にかかわらず、自分らしく生きることであることは広く共有されるようになってきた。精神疾患の病因が解明しきれていない現状では、症状の改善が期待できないこともあるからである。そのような状況

で個別化された治療の成果を検討する場合には、個別化されたリカバリーを意識しなくてはならない。そのためには、個々の患者らしい生き方を指標にした治療の成果をどのように評価するかを検討することが必要である。しかも、短期的な治療成果だけでなく、その人のその後の人生を視野に入れた長期的な治療成果を評価することも重要である。

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 Disorder 3rd ed (DSM-III). American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1980
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric publishing, Arlington, 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)
- 3) Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., et al. : Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry, 26 (1) ; 57-63, 1972
- 4) Frances, A., Clarkin, J. F., Perry, S. : Differential Therapeutics in Psychiatry : The Art and Science of Treatment Selection. Brunner/Mazel, New York, 1984 (高石 昇監訳 : 精神科鑑別治療学—理論と実際—. 星和書店, 東京, 1989)
- 5) Frances, A. : Saving Normal : An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life. Harper Collins Publishers, New York, 2013 (大野 裕監, 青木 創訳 : 〈正常〉を救え—精神医学を混乱させる DSM-5 への警告—. 講談社, 東京, 2013)
- 6) 北村俊則 : 精神に疾患は存在するか. 星和書店, 東京, 2017
- 7) Ono, Y., Ando, J., Onoda, N., et al. : Dimensions of temperament as vulnerability factors in depression. Mol Psychiatry, 7 (9) ; 948-953, 2002
- 8) Ono, Y., Awata, S., Iida, H., et al. : A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan : a novel multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J. BMC Public Health, 8 ; 315, 2008
- 9) 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
- 10) Rush, A. J., Sackeim, H. A., Conway, C. R., et al. : Clinical research challenges posed by difficult-to-treat depression. Psychol Med, 52 (3) ; 419-432, 2022

Precision Medicine and Cognitive Behavior Conceptualization

Yutaka ONO

Center for the Development of Cognitive Behavior Therapy Training

Although research on Precision Medicine in psychiatry often focuses on a biological perspective, it is crucial to recognize that mental disorders are not solely a brain disease. Instead, it is a complex condition with social and interpersonal dimensions. Therefore, Precision Medicine, when applied in clinical settings in psychiatry, we need a comprehensive understanding of the suffering experienced by individuals living within society, including their family dynamics. It's essential to evaluate and conceptualize how environmental factors contribute to the onset and persistence of symptoms. Simultaneously, we should consider the individual's unique strengths, advantages, and resilience. Moreover, when assessing the outcomes of individualized treatment, we must take into account personalized recovery journeys. This entails evaluating not only short-term results but also considering long-term perspectives, based on indicators specific to each patient's unique way of life. This paper discusses these aspects from the perspective of psychotherapy, with a particular emphasis on cognitive-behavioral conceptualization.

Author's abstract

Keywords

precision medicine, conceptualization, formulation, cognitive behavior therapy