

コンサルテーション・リエゾン領域における 認知行動療法の活用と今後の展望

久我 弘典[✉]

うつ病の治療法として開発された認知行動療法（CBT）は精神疾患のみならず，慢性疼痛，神経疾患，悪性腫瘍などの身体疾患に伴ううつ症状や不安症状の改善にも効果があることが報告されている。最近では，新型コロナウイルス感染症後遺症による身体症状に対して身体科からの紹介も増えており，認知行動療法の有効性を検証したエビデンスも散見されている。CBTは患者の身体疾患への反応に働きかけることによって気分や生活の質（QOL），ウェルビーイングの改善を図る。痛みやしびれなどの身体疾患から発生する身体的な感覚や不具合を「苦痛」，その身体疾患を患うことで生じる「症状がどんどん進行している」などの悩みを「苦悩」，そして，その疾患特有の行為や活動を「行動」，さらにこれらは「感情」によって結び付けられている。CBTは認知への介入や行動への介入を中心に据えることで，苦悩を減らし感情の改善をめざす。身体疾患の治療を全方位的に実施するためには，従来の薬物療法やリハビリテーションによる介入に加え，リラクセーションやアクティビティペーシングなども含め，CBTによる苦悩への介入が有益である。また，コンサルテーション・リエゾンの現場では多領域・多職種がかかわることが多く，症状に苦しむ患者やその家族に関与するすべての医療従事者が，CBTのエッセンスを活用することも非常に有用である。本稿では，コンサルテーション・リエゾン精神医学領域における介入について，特に慢性の痛みをきたす疾患を例にCBTの視点から概説したい。また，近年では，効率型認知行動療法などの短時間で実施可能なCBTの開発も進んでおり，今後の展望として，デジタルツールを用いた心理支援の普及や多職種による連携介入の重要性を述べたい。

索引用語

身体疾患，認知行動療法，恐怖回避モデル，コンサルテーション・リエゾン，デジタルツール

著者所属：国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

編 注：本特集は第120回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに池田暁史（大正大学）を代表として企画された。

✉ E mail：hirokuga@ncnp.go.jp

受 付 日：2024年11月4日

受 理 日：2025年6月9日

doi：10.57369/pnj.25-115

はじめに

認知行動療法 (cognitive behavioral therapy : CBT) は、認知・気分 (感情)・行動・身体反応が互いに影響し合うというモデルに基づき、認知や行動への働きかけを通じて気分や身体反応の改善をめざす心理療法である。1970 年代に米国の精神科医 Beck, A. T. により開発され¹⁾、うつ病や不安症をはじめとした精神疾患に対する治療効果と再発予防効果を裏付けるエビデンスが多く報告されたことから、欧米を中心に世界的に広く活用されるようになった。うつ病に対する CBT は、これまでの無作為化比較試験のメタアナリシスにおいて抗うつ薬と同等の効果があると報告されている¹²⁾。国内においてもその効果が実証されており⁸⁾、英国国立医療技術評価機構 (National Institute of Health and Care Excellence : NICE)、米国精神医学会 (American Psychiatric Association : APA)、日本うつ病学会を含む国内外のうつ病治療ガイドラインにおいて、治療の選択肢として推奨されている。日本では 2010 年から医師による CBT が保険診療として認められ、2016 年からは医師と看護師が共同で行う CBT も保険診療として認められた。また、最近では、過敏性腸症候群⁵⁾、非特異的腰痛症⁹⁾、神経疾患^{11,16)}、悪性腫瘍^{3,6)}などの身体疾患にも応用されている。本稿では、慢性の痛みに対するケースを例に、コンサルテーション・リエゾン領域における CBT の活用と今後の展望を論じる。

Ⅰ. 身体疾患領域における CBT

人がある出来事に対して出会った際にどのように反応するかは、遺伝や性格、育った環境、それまでに身につけた態度によるところが大きい。そして、そのように身につけたものを変えることは容易ではない。人がある出来事に出会ったその瞬間に判断することを自動思考というが、CBT の基本的な考え方は、その自動思考が、感情、行動、身体反応に影響するというものである。変容の方法として、まず物事や症状に対する現在の反応に焦点をあてる。患者の現在の反応を 4 つの部分 (一般に認知行動モデルと呼ばれる) に分け、これらの反応が互いにどのように関連しているかを客観化し、潜在的な悪循環を特定し、介入の糸口を見つけることができる。すなわち、出来事に反応する 4 つの部分とは、(1) 自動思考、(2) 気分と感情、(3) 行動、

(4) 身体反応である。

身体疾患、とりわけ慢性の痛みをきたすような疾患において、痛みなどの身体疾患から発生する身体的な感覚や不具合を「苦痛」、その身体疾患を患うことで生じる「一生治らないのではないか」「もう自分では何もできない」などの破局的な思考を「苦悩」、そして、疾患により活動が制限されるという「運動制限」の問題、さらにこれらは不安やうつといった「感情」の問題によって結び付けられている¹⁰⁾。身体的な側面に対して医療的介入を行うのに対し、CBT は患者の身体疾患への反応に働きかけることによって気分や生活の質 (QOL) やウェルビーイングの改善を図る。薬物療法は身体疾患患者の苦痛部分を中心に介入するが、運動制限に対しては、リハビリテーションなどが併用される。CBT は認知への介入や行動への介入を中心に据えることで、苦悩を減らし感情的な改善をめざす。身体疾患の治療を全方位的に実施するためには、従来の薬物療法やリハビリテーションによる介入に加え、CBT による苦悩への介入が有益である。

CBT の基本モデルを使って呼吸苦を訴えるがん患者についての認知行動モデルを図 1 に示す。呼吸苦への第 1 の対応は、原因への対処や薬物療法であるが、CBT の有用性も実証されている¹⁷⁾。患者は呼吸苦により、「このまま死んでしまうのではないか」という破局的な思考、つまり「苦悩」が生じ不安や恐怖といった感情が生じる。このような不安や恐怖がさらに交感神経を亢進させ、呼吸を早めることになり息苦しい感覚が増す。苦悩によりさらに症状に注目すると、呼吸苦がますます悪化することになる。また、「動く症状が出るかもしれない」と考えると、患者はできるだけ体を動かさないようになり、QOL や ADL が低下してしまう。結果として、これらの反応が習慣化し悪循環を生じさせると考えられている。CBT では、破局的な思考、つまり認知の問題には認知再構成などの認知的介入、交感神経亢進症状にはリラクゼーション法、そして、行動の問題にはアクティビティペーシング (活動量や活動時間を自己調整することで持続可能な日常生活や行動パターンを構築する方法) などの行動的介入などを用いて治療を行う。

Ⅱ. コンサルテーション・リエゾン領域における CBT の実際

コンサルテーション・リエゾン精神医学領域における介

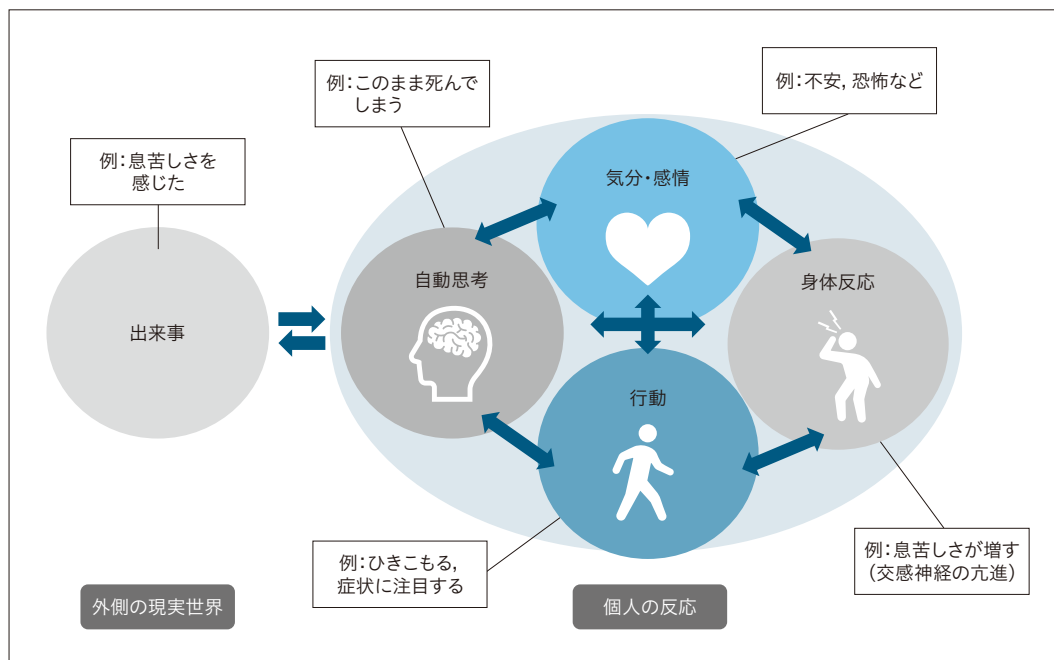


図1 呼吸苦を訴えるがん患者における認知行動療法の基本モデル

入に関して、CBTの視点から概説するために、架空の症例を提示し考察を行う。コンサルテーション・リエゾンの現場で生じうる、他科より紹介を受けてCBT専門家が治療を行う症例と、CBT専門家の支援のもとで他科の主治医が治療を行う症例を紹介する。

1. 慢性の痛みをきたす疾患の2症例

【症例1：慢性腰痛】50歳代、主婦の女性

夫と大学生の娘と3人暮らし。基礎疾患はなかったが、2年前から原因不明の腰痛症状を認めドクターショッピングを繰り返し、整形外科を受診した。あまり心配をしてくれない夫に対するストレスも背景にあると考えられ、精神科へコンサルテーションとなった。もともとは娘と一緒にショッピングに行くことを楽しみに生活していたが、全身に激痛が走ったことを思い出し、自宅にひきこもりがちとなっていた。また、痛みに対する意識や執着が強いことがわかった。夫から迎えに来てほしいと頼みごとをされても、「運転をしたら痛くなるに違いない」と考え夫を避けるようになった。

慢性痛に対するCBTを導入し、1回40分程度のセッションを8回施行した。まずは、患者の感情の起伏を受容し、本人の訴えに共感しながら、(1)体を動かすことを過剰に恐れさまざまな状況を回避してしまうこと、(2)家庭内での孤立状態、(3)痛みを過剰に訴え夫の注意を惹きつ

けようとする行動、といった問題を本人と共有した。CBTは心理教育的アプローチやリラクセーションから開始し、患者の痛みや痛み関連行動を引き起こす前後の状況についてのセルフモニタリングを行った。同居している娘にも受診に付き添ってもらい、娘と一緒に買い物に出かけるモチベーションを高めた。こまめに休憩を挟むなどのアクティビティペーシングを行いながら、少しずつ活動範囲を拡大した。痛みとともに生活ができる工夫を徐々に増やすという好循環を見だし、痛みの訴えはあるものの、1人でも行動できる範囲に広がりを見せた。夫に向けられた怒りや将来に対する不安な気持ちを訴える場面においても認知の変化がみられた。その後、痛みによって夫の注意を惹きつけるような行動も減少し、回避行動の改善につながった。

【症例2：過敏性腸症候群】40歳代、バス運転手の男性

慢性的な腹痛を主訴に総合病院消化器内科を受診した。身体所見上の明らかな異常を認めず、整腸薬を処方して様子を見ることとなった。しかしながら、その後も症状は改善せず食事の摂取も困難となったため、画像検査や内視鏡検査を実施したが器質的な異常はみられなかった。便秘や下痢などの便通異常を伴うことから、混合型の過敏性腸症候群と診断され薬物療法が開始された。原因として心理的疲労によるものも考えられ同院心療内科を受診し、心身症型自律神経失調症と診断された。向精神薬が追加されたものの、腹部症状は不安定な状態が続いていた。腹部の違和

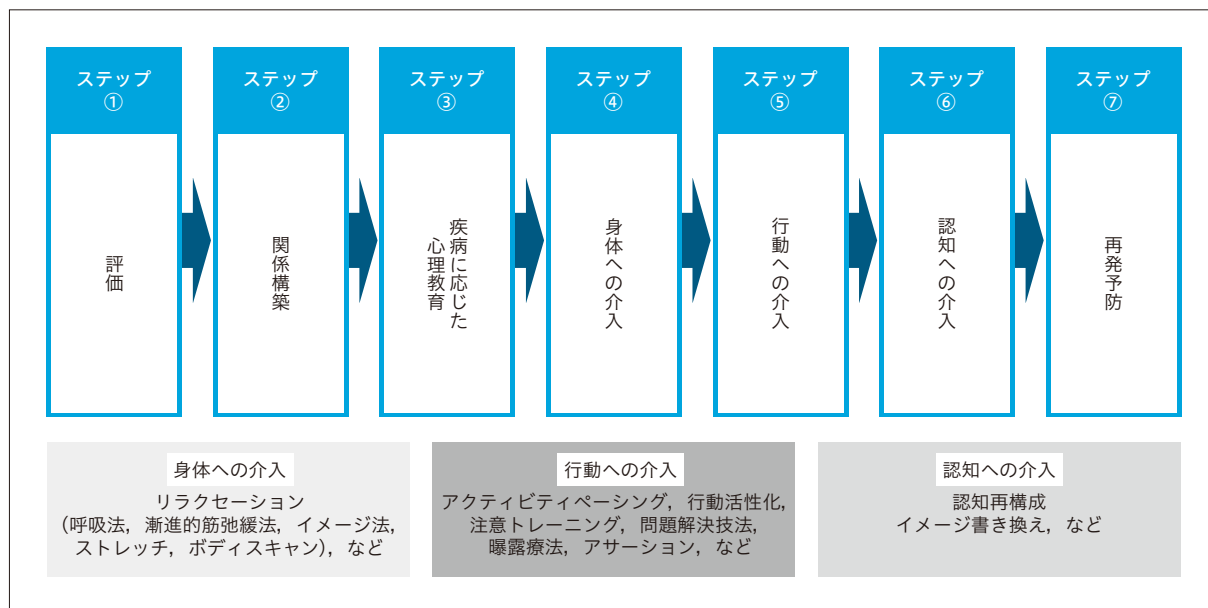


図2 身体疾患に対する認知行動療法の1クルルの構造

感から、仕事中に腹痛が起こるかもしれないと考えると不安になり、徐々に仕事も休みがちとなっていた。

CBTを専門とする精神科医の遠隔コンサルテーションを受けながら、週に1回の診察の際に、消化器内科の主治医による短時間の認知行動的なアプローチを開始した。主治医と精神科医との遠隔コンサルテーションのなかでは、主治医が短時間の診察のなかで取り組みそうな技法についての打ち合わせが入念になされ、患者とのセッション前にロールプレイを行った。患者背景としてメンタルヘルス面の問題がある可能性を考え患者に問診をしたところ、「腹痛が出現する直前に長年連れ添った飼い犬が死んでしばらく眠れない日が続いていた」ことがわかった。患者と「復職をする」という目標を設定し、まずは痛み日記をつけてもらうなどセルフモニタリングを行った。その後、リラクセーションや注意トレーニングにより、少しずつ腹部の違和感が気にならなくなった。さらに、腹部の違和感に対して内部感覚曝露などの行動実験を行い、バスの試運転をするなど現実曝露を行った。段階的に仕事の日数を増やすことができ休まずに出勤できるようになった。

2. 慢性の痛みをきたす疾患に対する CBT ケースに対する考察

身体疾患における一般的な CBT の介入ステップ (図2) は、患者の評価後に、関係構築、疾病に応じた心理教育、身体への介入、行動への介入、認知への介入、再発予防と

なる。必要に応じて、リラクセーション (漸進的筋弛緩法や呼吸法など) やアサーションを加える。また、神経難病患者などにおいては、家族などの介護者への CBT を組み込むことで、介護者を患者の問題解決の協力者とし、介護者のストレス対処にも役立てるように計画されることがある。慢性痛患者を対象にした CBT プログラムに関しては、国内では Hosogoshi, H. ら²⁾が開発している。疾患理解や CBT に関する心理教育、リラクセーションやアクティビティペーシングなどの行動的技法、認知再構成から構成され、40分程度を1セッションとした計8回のプログラムとなっている。

症例1および2の基本モデルを図3、4に示した。症例1のように、慢性的な痛みがある状態では、ある出来事に対して、「運転したら痛みが出るに違いない」「夫の迎えに行けず自分は駄目な人だ」「誰も自分の痛みを理解してくれない」といった認知からなるさまざまな悩みが生じてくる。そして、気持ちが落ち込み、不安や怒りがこみ上げる、という感情が生じる。そのために楽しんでいた外出や人と会うことなども諦めるといった行動となる。逆に、痛みがないときに無理して過剰に頑張る、ということがさらなるストレスを増悪させることにもつながる。痛みの慢性化につながるパターンとして、「恐怖回避モデル」が提唱されている。例えば、症例2のように「少しでもお腹に負担をかけるとお腹の症状が悪化するに違いない」と考え (認知)、体を動かすことに恐怖心を抱き (感情)、活発な活動

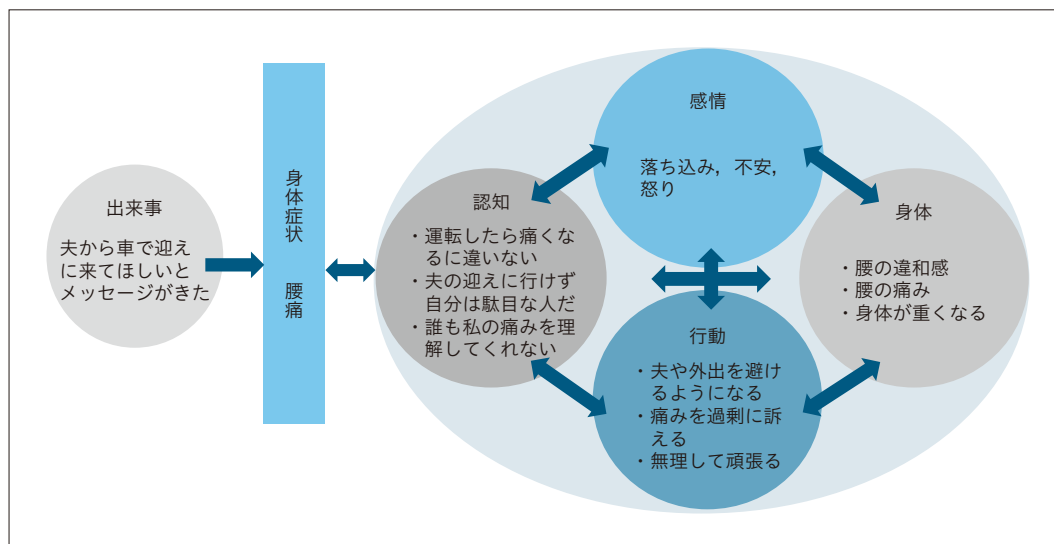


図3 認知行動モデルからみる慢性腰痛例の患者理解

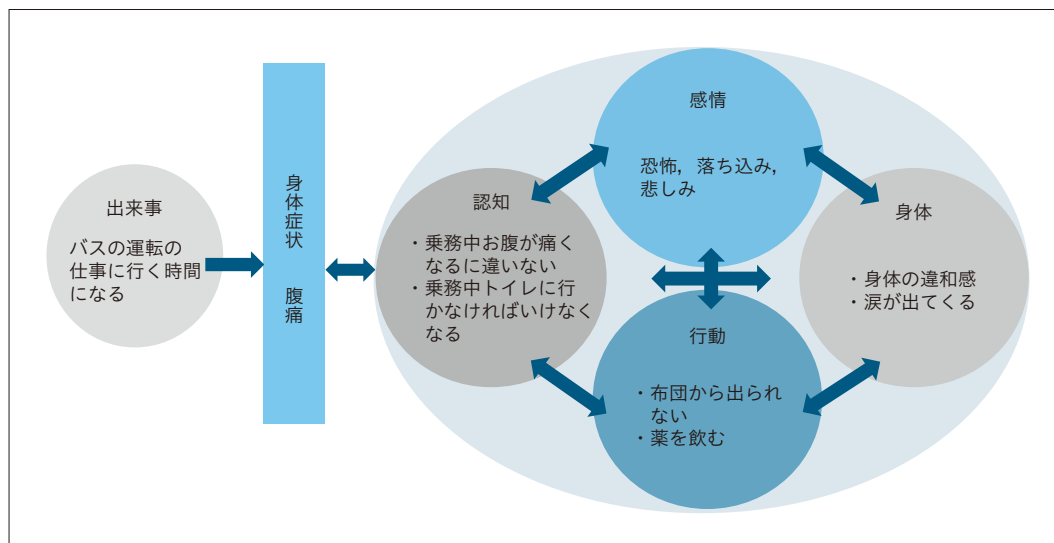


図4 認知行動モデルからみる過敏性腸症候群例の患者理解

を控えるようになる（行動）。行動が制限されることで気分が落ち込むと、痛みに対して過剰に注意が向けられさらに症状が悪化する（身体的反応）。そして、「体を動かしてしまったから状態が悪くなったのだ」と思い込むことで、ますます活動への恐怖心が強まり、さらなる活動の回避へとつながり、症状は悪化の一途をたどる。

アクティビティペーシングを行うことで、活動を時間や量で区切り無理なく活動に従事できる方法を探る。ペーシングの導入により、過活動に伴う極端な痛みや疲労の増悪を体験する頻度が減少し、患者はより余裕をもって日常生活を送ることができるようになる。注意トレーニングで

は、注意を柔軟にコントロールする方法の訓練を行う。腹部などの痛みの部位に注意が集中すると、普段なら気付かないような違和感も認識してしまうという経験は多くの人がされたことがあるのではないだろうか。時計の音や鳥のさえずりなどに意識を集中させることで、注意を向ける先を切り替えることが可能となる。その結果、腹部への過剰な注意を分散させることができるようになる。さらに、曝露療法（エクスポージャー療法）として、現実曝露と内部感覚曝露の2つの方法を用いることがある。いずれも、患者が回避してきた対象に繰り返し曝露することで、それらは自身が考えていたほど危険ではなく、対処できるものだ

と、徐々に認識を改めてもらうことをめざす。現実曝露では、体を動かすなど、患者が恐怖を抱いている状況（例：自動車の運転や通勤など）を実際に体験し、何が起こるかを観察する。一方で、内部感覚曝露は、患者が苦手としている身体感覚（例：腹部膨満感や動悸など）を意図的に再現し、その状況に慣れる訓練を行う方法である。本症例2では、腹痛や腹部膨満感を恐れており、あえてベルトをきつく締めてそれらを誘発してみようかという行動実験を行った。このように、現実曝露は「外的状況への曝露」、内部感覚曝露は「内的感覚への曝露」と位置付けられ、それぞれの特性に応じて適切に使い分けられる。

症例1は精神科医が、症例2は精神科医との連携のもとで消化器内科医が、CBTあるいはCBTの考えを用いた介入を試みた。すべてのコンサルテーション・リエゾンの現場においてCBT専門家が対応するのは難しく、現場の主治医がCBT専門家の支援のもとでCBTの考えを用いた介入を実践することも有用である。慢性の痛みに対する介入方法としていくつかのCBTの技法を紹介したが、患者の身体疾患に対してのメンタルヘルスの問題にある背景を知り、患者の訴えを聴く姿勢が重要なのはいうまでもない。

Ⅲ. 課題と今後の展望

これまで述べてきたように、CBTは、精神疾患のみならず身体疾患のメンタルヘルスの問題に対しても効果があるが、通常のCBTは1回のセッションに40～50分ほどかかり、精神科の平均診察時間が短いわが国の医療現場において、CBTの実施負担が大きいことが指摘されている⁷⁾。実際のコンサルテーション・リエゾンの多くの現場においても、そのような長い時間の診察を頻回に行うことは非常に困難だと思われる。CBTには、自身で行うセルフヘルプCBTといった低強度のものから、簡易型CBTや集団CBTといった中強度のもの、さらには、訓練を受けたセラピストが個人で実施する、1回40～50分程度の高強度のものまで、段階的なケアモデルがあり、英国NICEでは症状の重症度に応じて段階的に心理援助を行うことを推奨している。

コンピュータなどのデジタルツールを活用したCBT（computer-based CBT：cCBT）は、定型的なCBTと同様の効果が示されており^{13,14)}、セラピーの時間を3分の2程度にまで減らすことができるという報告もある¹⁵⁾。著者らは、厚生労働科学研究「認知行動療法の技法を用いた効率的な精神療法の施行と普及および体制構築に向けた研究」

の助成を受け、適切な見立てに基づき効率的にCBTあるいはCBTの考えを用いた介入を実践することを可能とする「効率型認知行動療法（Streamlined Cognitive Behavioral Therapy：SCBT）」の開発を行った¹⁰⁾。SCBTは、動画やワークシートなどのデジタルツールを活用することで、対面面接の時間を短縮し、面接時間外でのセルフヘルプ形式によるCBTの補助を行う。身体疾患のメンタルヘルスの問題に対して対応する職種は、必ずしも精神保健医療従事者とは限らず、多職種でのアプローチを必要とされることも少なくない。患者と一緒に散歩をしたりベッドサイドで短時間の会話をし、あるいは、理学療法や作業療法を行う際などに、英国NICEが提唱している低強度から中強度のCBTを提供することは有用である。SCBTで開発された動画やワークシートはこれらの補助として使用することができ、インターネット上で誰でも利用できるよう「認知行動療法マップ（<https://cbtmap.ncnp.go.jp>）」というプラットフォーム⁴⁾に収載されているため多くの方に活用していただきたい。

おわりに

近年、CBTはその適用を広げ、精神疾患の治療だけでなく、身体疾患に伴う精神症状、QOLやパーソナル・リカバリーの改善に効果をあげている。リエゾンとは「つなぐ」という意味であるが、症状に苦しむ患者やその家族、そして、多領域・多職種の医療従事者がお互いにつながるうえで、CBTのエッセンスを活用することは非常に有用である。このように、コンサルテーション・リエゾン領域におけるCBTは、精神科と身体科をつなぐ共通言語となりうる可能性を有しており、患者理解に非常に役立つ心理療法である。本稿で紹介した慢性の痛みに対する症例のように、各身体疾患における特徴的なメンタルヘルスの問題や認知傾向などをふまえ、心理教育を含めたCBTプログラムの医療現場でのさらなる普及が望まれる。また、デジタルツールを活用したCBTをコンサルテーション・リエゾン現場に導入することは、診療の効率化や質の均てん化に寄与すると考えられ、ひいては1人でも多くの患者に心理支援が届くことを期待したい。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

- 1) Beck, A. T. : Thinking and depression : idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry*, 9 (4) ; 324-933, 1963
- 2) Hosogoshi, H., Iwasa, K., Fukumori, T., et al. : Pilot study of a basic individualized cognitive behavioral therapy program for chronic pain in Japan. *Biopsychosoc Med*, 14 ; 6, 2020
- 3) Johnson, J. A., Rash, J. A., Campbell, T. S., et al. : A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy for insomnia (CBT-I) in cancer survivors. *Sleep Med Rev*, 27 ; 20-28, 2016
- 4) 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター：認知行動療法マップウェブサイト (<https://cbtmap.ncnp.go.jp/>) (参照 2025-08-01)
- 5) Laird, K. T., Tanner-Smith, E. E., Russell, A. C., et al. : Comparative efficacy of psychological therapies for improving mental health and daily functioning in irritable bowel syndrome : a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 51 ; 142-152, 2017
- 6) Lin, C., Tian, H., Chen, L., et al. : The efficacy of cognitive behavioral therapy for cancer : a scientometric analysis. *Front Psychiatry*, 13 ; 1030630, 2022
- 7) Nakagawa, A., Williams, A., Sado, M., et al. : Comparison of treatment selections by Japanese and US psychiatrists for major depressive disorder : a case vignette study. *Psychiatry Clin Neurosci*, 69 (9) ; 553-562, 2015
- 8) Nakagawa, A., Mitsuda, D., Sado, M., et al. : Effectiveness of supplementary cognitive-behavioral therapy for pharmacotherapy-resistant depression : a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 78 (8) ; 1126-1135, 2017
- 9) Richmond, H., Hall, A. M., Copsey, B., et al. : The effectiveness of cognitive behavioural treatment for non-specific low back pain : a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 10 (8) ; e0134192, 2015
- 10) 梅本育恵, 久我弘典 : 認知行動療法と神経疾患領域におけるその適応—短時間でも実施可能な「効率型認知行動療法」の開発と普及に向けて—. *Annual Review 神経* 2023. 中外医学社, 東京, p.68-74, 2023
- 11) Vizcarra, J. A., Lopez-Castellanos, J. R., Dwivedi, A. K., et al. : OnabotulinumtoxinA and cognitive behavioral therapy in functional dystonia : a pilot randomized clinical trial. *Parkinsonism Relat Disord*, 63 ; 174-178, 2019
- 12) Weitz, E. S., Hollon, S. D., Twisk, J., et al. : Baseline depression severity as moderator of depression outcomes between cognitive behavioral therapy vs pharmacotherapy : an individual patient data meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72 (11) ; 1102-1109, 2015
- 13) Wright, J. H., McCray, L. W., Eells, T. D., et al. : Computer-assisted cognitive-behavior therapy in medical care settings. *Curr Psychiatry Rep*, 20 (10) ; 92, 2018
- 14) Wright, J. H., Owen, J. J., Richards, D., et al. : Computer-assisted cognitive-behavior therapy for depression : a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 80 (2) ; 18r12188, 2019
- 15) Wright, J. H., Mishkind, M. : Computer-assisted CBT and mobile apps for depression : assessment and integration into clinical care. *Focus (Am Psychiatr Publ)*, 18 (2) ; 162-168, 2020
- 16) Zhang, Q., Yang, X., Song, H., et al. : Cognitive behavioral therapy for depression and anxiety of Parkinson's disease : a systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract*, 39 ; 101111, 2020
- 17) Zhao, I., Yates, P. : Non-pharmacological interventions for breathlessness management in patients with lung cancer : a systematic review. *Palliat Med*, 22 (6) ; 693-701, 2008

The Use of Cognitive Behavioral Therapy in the Consultation and Liaison Area and Future Prospects

Hironori KUGA

National Center for Cognitive Behavior Therapy and Research, National Center of Neurology and Psychiatry

Cognitive behavioral therapy (CBT) was originally developed as a treatment for depression ; however, it has been reported to be effective not only for mental disorders, but also for improving symptoms of depression and anxiety associated with physical disorders, such as chronic pain ; neurological disorders ; and malignant tumors. Recently, there has been an increase in referrals from departments of physical medicine for physical symptoms caused by post-coronavirus disease 2019 syndrome. There is evidence that suggests the effectiveness of CBT for the treatment of such patients. CBT aims to improve psychiatric symptoms, quality of life, and well-being by working on the patient's response to their physical illness. The physical sensations and problems that arise from physical illnesses, such as pain and numbness, are referred to as 'distress', whereas the worries that arise from having such illnesses, such as that caused by the rapid progression of symptoms, are referred to as 'anguish'. CBT aims to reduce distress and improve emotional well-being by focusing on interventions for anguish and behavior. In order to provide comprehensive treatment for physical illnesses, it is beneficial to use CBT to intervene in distress, in addition to conventional pharmacotherapy and rehabilitation interventions, including relaxation and activity pacing. Although CBT is being validated in the field of physical medicine, it is not easy to provide CBT to all patients who are referred to consultation liaison. The word "liaison" means "to connect" ; therefore, incorporating the essence of CBT is highly effective in fostering connections between patients and their families dealing with symptoms, as well as healthcare professionals from various fields and disciplines. This study outlines interventions in the field of consultation-liaison psychiatry, particularly from the perspective of CBT, using the examples of diseases that cause chronic pain.

Author's abstract

Keywords physical illness, cognitive behavioral therapy, fear avoidance model, consultation-liaison, digital tools