

認知行動療法の紹介

檜村 正美 野村 俊明

日本医科大学医療心理学教室

Introduction to “Cognitive Behavioral Therapy”

Masami Kashimura and Toshiaki Nomura

Department of Medical Psychology, Nippon Medical School

Abstract

Several psychological and behavioral treatments have been gaining attention recently for their effectiveness in improving common diseases, such as depression and anxiety. Cognitive behavioral therapy (CBT) is particularly notable in this context, as considerable evidence of its efficacy has been presented. In this paper, we introduce the basic concept of CBT and offer evidence of its effectiveness. We believe that CBT is an effective intervention and hope that it will become widely used to deal with patient distress.

(日本医科大学医学会雑誌 2016; 12: 57-60)

Key words: cognitive behavioral therapy, depression and anxiety, medical settings

わが国の医療政策において特に重点が置かれるガン、脳卒中、心臓病、糖尿病の4大疾病に、精神疾患を加えた5大疾病を厚生労働省が2011年に発表したことは記憶に新しい。2008年に実施された厚生労働省の患者調査によれば、精神疾患の患者数はおよそ323万人とされており、4大疾病の中でも最も患者数が多い糖尿病の患者数（およそ237万人）を大きく上回っている。精神症状を呈する患者が訪れる医療機関は精神神経科に限らず、例えばうつ症状を示す患者が初診診療科として最も受診することが多いのは内科などの身体診療科であるといわれている¹。うつ症状に限らず、不安や不眠といった症状を呈する患者は様々な診療科において広く見られることから、こうした精神症状は医療機関における common disease であると考えられる。精神症状に対するアプローチとして第一選択となるのは薬物治療であるが、これに加えて心理カウンセリング、あるいは精神療法を併用することで

症状の緩和が期待できることを示す研究報告が多数上がってきている。そこで本稿では、うつ、不安、不眠に有効であるとされる認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy；以下CBT）を紹介する。

CBTの基本的な考え方

CBTとは、人間の心理を「認知、感情、行動、身体」という4つの要素に分け、それらの相互作用から理解し、問題解決を試みようとする精神療法の1つである(図1)。CBTの考え方は非常にシンプルであり、人間の行動や感情は認知(思考)に強く影響を受けると考える²。例えば、喉が渇いた状態でコップ半分の水に対して「もう半分しかない」と見るか、「あと半分もある」と見るかでその後の気分は違ったものになるだろう。うつや不安などの症状を理解する際、CBTではこうした症状の中心に状況や出来事に対して誤っ

Correspondence to Masami Kashimura, Department of Medical Psychology, Nippon Medical School, 1-7-1 Kyonan-cho, Musashino-shi, Tokyo 180-0023, Japan

E-mail: muramasa@nms.ac.jp

Journal Website (<http://www.nms.ac.jp/jmanms/>)

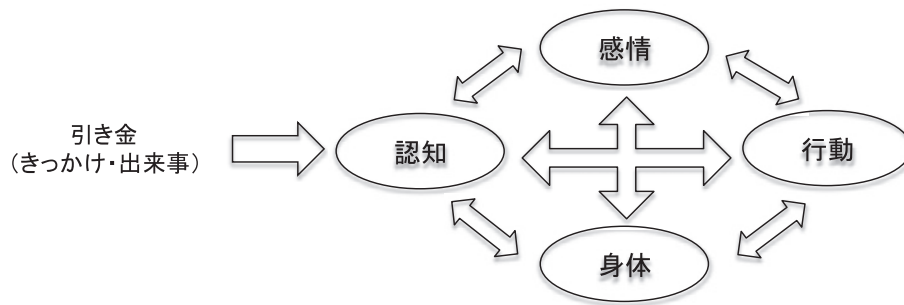


図1 認知行動モデル

た解釈を行ってしまう「歪められた認知」があると仮定する。悲観的で後ろ向きになりがちな考え方によって、苦痛な感情や不快な身体感覚がもたらされたり、非機能的な行動につながったりすることにより症状が維持・強化される。このため、CBTの介入では直接扱いにくい感情そのものではなく、認知や行動といった側面に特に注目し、患者に根づく考え方の癖や習慣づいた非機能的な行動パターンの修正を行ったり、リラクゼーション技法を用いて不快な身体反応を鎮めたりしながら不快な感情体験を軽減させ、患者が徐々に適応的な生活習慣を身につけていくことができるように支援する。

この認知行動モデルによる考え方は心理学的な理論に基づくが、近年ではCBTの治療機序が神経科学の領域において説明されるようになってきている²。これによれば、ネガティブな感情喚起をもたらす出来事を再評価することが高次皮質構造（背側/腹側左側前頭葉皮質と背側/内側前頭葉皮質）の活性化と、扁桃体の活動低下と関連するという知見から、CBTで行う「認知再構成」という考え直しの作業が認知機能に関与する高次皮質過程を活性化し、その結果として原始的な皮質下の領域（感情）を抑制すると考えられている。

CBTの構成

CBTは比較的短期間で行われる、構造化された精神療法である。個々の患者にあった治療技法を組み合わせ介入を行い、主に現在の問題に焦点を当て、治療者と患者の協働関係の下で患者自身の気づきを促し、最終的には治療者なしでも患者がセルフケアをすることができるようになることを目指す。各セッションでは、患者と協力しながら治療者が必要だと思うことと、患者がその場で話したいことの両方を加味した双方向的なアジェンダを設定してそれに取り組み、セッ

ションの最後には患者の理解とスキル習得を促すためのホームワークが出される。

以下では、CBTで実施する主な介入内容について簡単に紹介する。

1) 心理教育

治療ターゲットとなる症状の発生や維持に関わるメカニズムについて、認知行動モデルを用いて患者に情報提供を行う。引き金となるストレスによって、心身にどのような影響が出るのか、日常生活において症状がどのように維持、悪化しているのかについて患者が理解できるように支援する。また、問題となる症状や気分を数量化し（例えば症状の強さを0点から10点で患者に評価させる）、日々の症状や気分の変動を観察させる。

2) 行動活性化

認知行動モデルのうち、ここでは特に「感情と行動」の関連性に注目し、「行動が変わると気分が変わる」ことを体験してもらおう。例えばうつ病の場合、気持ちの落ち込みによって何もしたくなくなるなどの行動不活性がよく見られるが、何も行動できない自分を嘆いたり批判したりすることでさらに抑うつ気分の悪化を招きやすい。行動活性化のセッションでは、一週間単位で意識的にある活動に取り組むことで自分の気分が変化することを検証するために、「自分のしたいこと」を治療者と一緒に探し、それをどのようにして実行に移すかについて検討を行う。生活の中で患者が楽しいと思える活動の数を増やし、楽しくない活動や活動しない時間を減らすことを目標とするかなりシンプルな介入だが、この介入は急性期のうつ病に対する単独の治療法として、CBTや薬物療法と比べて同等あるいは優れて有効であることが報告されている³。

3) 認知再構成

ここでは特に「感情と認知」の関連性について注目し、「考えが変わると気分が変わる」ことを学ぶ。例えば不安が強い患者においては、「この先もっと悪いことが起こるかもしれない」などと考えやすく、特に強い不安は何も手につかなくなるなどの行動の抑制につながりやすい。こうした「最悪のシナリオ」と呼ばれる患者の不安は、適切に事態に対処することを妨げてしまい、その結果患者の予想通りの最悪の結果を招いてしまうため、不安を増悪させる考えが強化されてしまう。認知再構成では、まずは自分の考え方の癖に気づき、そこから「そのように思う根拠は何だろうか、そうならないかもしれない根拠はあるだろうか」といった根拠を探すワークを行ったり、「同じ悩みを持つ友人にそのことを相談されたら、あなたはその友人に何と言葉かけをするだろうか」といった別の視点で物事を捉えるワークなどを利用して、患者が自分のおきまりの考え方に少しずつチャレンジできるように支援する。

ここで目指されることはあくまで「バランスのとれた適応的な考え方」の獲得であり、常に前向きでいられるようなポジティブ思考になることだけを指すのではない。患者が訴える不安の理由はいずれも一理あるものであり、患者の否定的な考え方を全否定してしまえば一方的な主張をする治療者に対する不信感が生まれ、良好な治療関係の構築は難しくなるだろう。

4) ブースターセッション

CBTセッションの最終回では、これまで取り組んできた内容の振り返りを行い、いまだ習得が不十分なスキルはないかどうかを確認しながら、今後患者が一人でも自分の問題に取り組み続けられるように計画を練る。

厚生労働省が示すCBTの実施ガイドラインでは心理教育から始まり、次に行動活性化、そして認知再構成を行う流れで1回30分以上の対面式面接で行う、全16~20回のセッション構成が紹介されている。ガイドラインはあくまで目安であり、患者のニーズに応じて構成を組み直したり、実施期間や回数を設定するなど実施の柔軟性も求められるケースも多い。実際に、現在の対人関係の改善に焦点を当てるコミュニケーションに関するモジュールや、現実の問題にどのように取り組むと良いかを検討する問題解決のモジュールもガイドラインに追加項目として用意されている。また、呼吸法や筋弛緩法、イメージ法を利用したりラクセッションのセッションを加えたりするな

ど、患者の抱える問題に応じてセッションをデザインする。セッション前には患者にうつや不安など、治療ターゲットとなる症状を簡易測定する自記式質問紙に回答してもらい、症状のモニタリングを行いながらセッションを進行する。これにより、治療者と患者双方において治療の進捗状況を客観的に評価できる。

CBTのエビデンス

これまでにCBTの効果検証に関する多くの研究が報告されている。例えば、大うつ病性障害に対するCBTは多くの臨床試験により支持されており⁴、特にCBTは再発率が少ないのが特徴であり⁵、薬物療法単独治療とほぼ同等の効果を示すという結果も報告されている⁶。不安に関しては、全般性不安障害やパニック障害、強迫性障害⁷、社交不安障害⁸など、いずれのメタアナリシス研究においてもCBTの実施後に有意な不安症状の低減が示されている。また、薬物療法とCBTを併用することによって薬物単独治療よりもうつや不安の低減効果が強まることや⁹、CBT介入によって患者の薬物療法に対するアドヒアランスが向上する報告もある¹⁰。また、CBT介入による不眠の有意な改善とその持続的な効果が報告されており¹¹、CBTは薬物療法の代替治療としても注目されている。近年では、ほかにも統合失調症、恐怖症、パーソナリティ障害、摂食障害、物質使用障害、性問題、慢性疼痛、認知症の精神症状など、CBTの適用範囲はかなりの広がりを見せている。

今後に向けて

日本では、2011年度からうつ病に対するCBTの保険診療報酬化が認められ、多くの関心が寄せられている。しかし、現行の制度ではうつ病などの気分障害の外來患者を対象にした場合にのみ点数が算定される制限があり、CBTの実施には一定のトレーニングが必要であるため、人材の確保やCBTの質の担保も大きな課題である。加えて、厚生労働省が示すCBTの標準セッション数は16~20回の対面治療であることから時間的なコストもかかる。多くの注目が集まりつつあるものの、CBTの普及にはまだ時間がかかると考えられる。特にCBTの質の担保は非常に重要な課題であり、十分な知識や技術、経験を持たずにCBTを実施することで患者の治療へのモチベーションの低下や治療抵抗、治療者や治療に対する不信感、抑うつ症状の悪化や人間関係の悪化などを招き得る¹²。CBTと

いう治療法のエビデンスは広く認められているものの、CBTを実施する治療者のエビデンスは認められていないとの批判をよく耳にする。CBTの適正な実施を心がけるためにも、症例のアセスメントや治療計画を綿密に行い、定期的なスーパービジョンを受ける必要があるといえる。

文 献

1. 三木 治：プライマリ・ケアにおけるうつ病の実態と治療. 心身医学 2002; 42: 585-591.
2. Hofmann SG: An introduction to modern CBT: Psychological solutions to mental health problems. 2011; Wiley-Blackwell, Oxford, UK. (ホフマン SG: 伊藤正哉, 堀越 勝 (訳) 現代の認知行動療法—CBTモデルの臨床実践— 診断と治療社 2012).
3. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, et al: Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2006; 74: 658-670.
4. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT: The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. Clinical Psychology Review 2006; 26: 17-31.
5. Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarrett RB: Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2009; 75: 475-488.
6. Cuijpers P, van Straten A, van Oppen P, Andersson G: Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. Journal of Clinical Psychiatry 2008; 69: 1675-1685.
7. Hofmann SG, Smits JA: Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Journal of Clinical Psychiatry 2008; 69: 621-632.
8. Mayo-Willson E, Dias S, Mavranezouli I, et al: Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry 2014; 1: 368-376.
9. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Anderson G, Beekman AT, Reynolds CF: Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: A meta-analysis. World Psychiatry 2014; 13: 56-67.
10. Sudak DM: Combining CBT and Medication: An evidence-based approach. 2011; Wiley & Sons, Hoboken, NJ. (スダック DM: 貝谷久宣 (監訳) 認知行動療法・薬物療法併用ガイドブック 金剛出版 2013).
11. Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, Rajaratnam SM, Cunnington D: Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: A systematic review and meta-analysis. Annals of Internal Medicine 2015; 163: 191-204.
12. 菊地俊暁：認知行動療法の副作用を評価するツールの開発. 平成 25 年度厚生労働省科学研究「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究 (主任研究者: 大野裕)」総括・分担研究報告書. 2012; 厚生労働省.

(受付：2015 年 12 月 25 日)

(受理：2016 年 3 月 26 日)