
【総 説】

日本における認知療法の拡がり

福居 顯二 土田 英人 西藤 直哉 前林 佳朗 井上 和臣

認知療法研究

第1巻 2008年

別 刷

日本認知療法学会

日本における認知療法の拡がり

福居 顯二¹⁾ 土田 英人¹⁾ 西藤 直哉¹⁾ 前林 佳朗²⁾ 井上 和臣³⁾

要約：Beck, A.T.により創始された認知療法は、まずうつ病において用いられた。その後、不安障害、統合失調症、物質関連障害、嗜癖行動障害など多くの精神疾患にも応用され、徐々に、その有用性のエビデンスが蓄積されつつある。また、うつ病や不安障害治療によく用いられ、日本で創始された森田療法との共通点や相違点について簡単にふれた。

さらに、われわれは日本における認知療法の拡がりを見るために、日本の大学医学部・医科大学の精神医学講座において、「教育と臨床」という観点で認知療法がどの程度浸透しているかのアンケート調査を行った。研修医は認知療法を含めた精神療法のトレーニングをある程度受けていたが（31.4%）、医学生では教育プログラムに組み込まれているのは18.6%であった。また、外来・入院を含む精神科臨床においては、認知療法の適用は54.3%であった。

認知療法の普及が十分でない要因として、専門家不足、教育時間の少なさ、診療の多忙さをはじめ、医師国家試験ガイドラインや診療報酬への未収載などが指摘された。今後、短縮した形でより簡便に実施できる認知療法も開発し、認知行動的技法を他の治療法と併用することなどが必要であると考えられた。

認知療法研究, 1; 26-32, 2008

キーワード：認知療法、拡がりと浸透、日本、教育カリキュラム、臨床実践

1. はじめに

「認知療法」という言葉が、広く精神医学・心身医学・臨床心理の領域で使われるようになってきた。実際に、臨床現場で治療として使われる機会も増えてきた。筆頭著者が認知療法という言葉を知ったのは、共同執筆者の井上がペンシルベニア大学のBeck教授のところから帰国してからである。その後、20年あまりが経過し、認知療法も少しずつ日本の精神医療・心理療法の中に浸透してきた感が十分ある。対象とする疾患・病態も確実に増えてきている。これには、日本で認知療法を紹介し実践してきた日本認知療法学会の主要なメンバーと会員の努力の賜物であると考えられる。

1998（平成10）年にスタートした日本認知療法研究会と東京、京都、徳島、高知など、各地で開催されてきた研究会やセミナーが母体となって、2001（平成13）年10月26～27日、第1回日本認知療法学会が京都で開催された。末尾に記載しているように、本総説はそのときの会長講演（福居, 2001）に加筆したものである。

本稿ではまず、うつ病における認知療法について述べ、日本で創始された森田療法との共通点と相違点に簡単にふれる。次いで、以前にわれわれが、日本における認知療法の拡がりを知るために、全国の大学医学部・医科大学精神医学講座へのアンケート調査を行った結果を紹介し、これからのわが国の認知療法の拡がりや今後の発展へ向けた課題についてふれる。

¹⁾ 京都府立医科大学精神機能病態学

²⁾ 大津市民病院精神・緩和医療科

³⁾ 鳴門教育大学臨床心理士養成コース

2. うつ病における認知療法

認知療法の出発点は、うつ病に対する新しい治療法（精神療法）の開発であった。このことから、「うつ病における認知療法」について述べるにあたっては、認知療法誕生の過程から説明するのが妥当と思われる。

認知療法は、1960年代にアメリカの精神科医 Beck, A.T. (1963) によって考案された。精神分析家としての訓練を受けた Beck は精神分析的な立場からうつ病の研究を行っていたが、自身の仮説を検証することができず、精神分析によるうつ病治療の限界を感じた。その後、研究の過程で、うつ病患者に見られる特徴として悲観的・否定的な思考を持ち、さらにこうした否定的な思考にはしばしば論理的な誤りが認められることを見出した。

そこで彼はうつ病を、「感情の病」としてではなく、「思考の異常」として捉えなおした。すなわち、「ある状況下における患者の感情や行動は、その状況に対する意味付け・解釈である患者の認知によって規定される」という理論的仮説（認知モデル）をうつ病の治療に応用したのである。認知の特徴的なパターンに関する理論的仮説は、病的な不安や抑うつなどの障害を、認知の障害という視点から説明しようとする理論である。

そして、否定的な思考に見られる論理的な誤り（認知の歪み）を修正することがうつ病に対する新たな治療的アプローチであるとして、認知療法が誕生した。ただし留意すべきは、認知療法の目標とは、認知の障害そのものを修正することではなく、認知という側面からアプローチして認知のパターンを修正することを通して、不快な感情の改善を図ろうとするものである（土田・井上, 2004）。

うつ病に対する認知療法の効果については、これまでいくつかの EBM に基づいた報告があり、急性期治療、継続期・維持期治療について検討されている。また、うつ病の再燃・再発防止につい

ては、成人のうつ病の場合、複数の文献から得た平均再燃率は認知療法が 29.5%であったのに対し、抗うつ薬では 60%であるという報告があるものの、すべての研究が「急性期治療としての認知療法」後の再燃・再発防止効果を支持しているわけではない。今後、明確な再燃・再発防止効果を得るには、「急性期治療後の残遺症状への介入」や「継続期・維持期治療としての認知療法」を実施することが必要である（柏木ら, 2000）。

うつ病の診療指針については、米国精神医学会のガイドライン（American Psychiatric Association: APA, 1993）に、精神療法的介入の1つに認知行動療法が記載されているが、2000年の改訂版（APA, 2000）では、薬物療法の中心に SSRI が登場し、精神療法的介入では認知療法と対人関係療法が重要視されるようになってきた。

うつ病に対する認知療法と薬物療法、およびそれらの併用療法における治療効果の比較に関しては、いまだ明確な結論は出ていない。現時点では、併用療法が各単独療法に比して有意に効果的であるとは言えない。ただし、薬物療法と併用療法は認知療法に比べて効果がより速やかであるが、再燃・再発率は認知療法が薬物療法および併用療法より低いことが示唆されている（Blackburn et al., 1986）。今後さらに抗うつ薬の種類や用量、うつ病患者の年齢層や罹病期間、症状の重症度などを詳細に分類して検討する必要があると思われる。

3. 認知療法と森田療法

うつ病・神経症患者の悲観的、否定的、心気的な症状に対しては広く精神療法が用いられてきた。なかでも森田療法は、これらの訴えについて、その悪循環を説明し、症状に対するつきあい方を伝えてきた。精神療法としての認知療法および森田療法は、それぞれ別個に米国（1960年代）と日本（1920年代）で創始されたものであるが、両者のアプローチの根幹では共通点が多い。実際、われわれの日常臨床においても、認知療法の詳細は知らなくても認知理論を頭のどこかに描いて治

療を行っているし、同様に森田療法そのものを行っていないなくても、治療者は森田理論の知識を持って接しているのが常であるといっても過言ではない。細かい手技はそれぞれの専門書を参考にしていただき、ここでは認知療法と森田療法との共通点と相違点についてふれる。

認知療法と森田療法の共通点については以前より優れた総説があり（高橋祥友，1992）、最近では第23回日本森田療法学会（京都，2003）、24回同（浜松，2004）、第3回日本認知療法学会（大阪，2005）でもシンポジウム「森田療法と認知療法の対話」などで取り上げられ、議論されるようになった。

共通点については、まず、両者とも精神分析療法で行われるような過去の体験に遡るのではなく、現実の問題を取り上げるという点である。また不安に至る基礎理論として、認知療法では「認知感情・身体感覚の歪み」を、森田療法は「精神交互作用」という、いずれも「悪循環」の概念を援用している。また自己評価法として前者が「思考記録」を用い、後者でも「日誌」を利用し、自己の感情を文章に留めて自己の行動を見つめなおす方法を取り、治療の役割の程度は異なるものの、自らが治療に参加し、治療者まかせではないところにも共通点が見られる。

一方、相違点としては、不安への取り組みや自己注目などに違いが見られる。不安に対して、認知療法では「誤った認知」として合理的に修正・除去に向うのに対して、森田療法では不安は人間の生の本来の姿であり自然な感情として理解し、排除するのではなく「あるがままに受け入れる」という不安受容モデルが考えられ、あくまで体得的である点が異なっている。また、認知療法が不安の症状の緩和が目標であるのに対して、森田療法では、その緩和を通じて、とらわれから脱却し、個々の生き方、人生の意味を問い直す側面をも有している（高橋徹，2006；中村，2007）。

また、自己注目という点から考えると、注意を自己から外界へ転導することが認知療法の基本であり、これに対して森田療法では注意をそらす刺

激を最小限にして自己をみつめさせ、症状のコントロールは不可能であり固執することの無意味さを体得し、不適応的な自己注目を解消し注意を柔軟にすることを伝えている（井伊，1998）。一方、前者が認知の合理性を検証するのに対して後者は「身をもってわかる」「身に沁みる」といった体得的である点が異なっている。

以上のように、認知療法と森田療法は共通性も多く、「相互補完」「相互補強」を可能にすると考えられている（高橋徹，2006）。さらに、最近紹介されているマインドフルネスに基づく認知療法（MBCT：Mindfulness-Based Cognitive Therapy）は、認知療法と森田療法の橋渡しの方法として注目されている（中村，2007）。

4. わが国における認知療法の普及の現状 （アンケート調査）

日本認知療法研究会が1998年3月に発足し現在まで活動を続けているが、医療現場においては認知療法の適応と考えられる患者に対し、十分なサービスが提供されている状況とは言えない。認知療法の普及を進める目的で、日本の大学医学部・医科大学精神医学講座において、認知療法がどのように教育され実践されているかの実態調査を行い、下の3つの仮説に検証を試みた。

認知療法の普及が十分でないとして、その仮説に、①学生・研修医に対する認知療法教育に費やすことのできる時間が少ないのではないか、②研修医の診療は入院患者中心であり、認知療法を用いた診療に触れる機会が少ないのではないか、③定型な認知療法の診療スタイルは、多忙な日々の診療に組み込むことが難しいのではないか、の3点を挙げ、以下の方法でアンケート調査を行った。

1) 対象と方法

大学医学部・医科大学での認知療法の実際について全国の80大学医学部・医科大学の精神医学講座に対し、電話あるいはファックスによるアン

表1 医学生・研修医に対し、認知療法の教育が行われている大学医学部・医科大学の割合

	医学生	研修医
認知療法が教育プログラムに含まれている	2.9 18.6*	15.7 31.4*
認知療法が教育プログラムに含まれていない	97.1 81.4*	84.3 68.6*

単位 %
*緩やかな基準に基づく場合

ケート調査への協力を依頼し、以下の主旨に沿った質問を行った（2000（平成12）年）。質問内容の主旨は下記の4点である。

- ①貴大学における医学生・研修医に対する教育内容に認知療法は含まれていますか。
- ②貴講座所属の精神科医師は臨床場面において認知療法を行っていますか。
- ③認知療法の浸透が十分でないとする、何が認知療法の教育や実践のマイナス要因になっていると考えられますか。
- ④将来、認知療法は精神科臨床においてどのような位置付けになると思われますか。

2) 結果

アンケートの回答率は87.5%であった。

医学生・研修医に対し、認知療法の教育が行われている大学医学部・医科大学の割合を示した（表1）。認知療法が教育プログラムに「含まれている」のは、医学生で18.6%、研修医31.4%であり、「含まれていない」と答えた施設が、学生で約4倍、研修医で約2倍に上回った。

一方、精神科臨床において認知療法が「行われている」大学医学部・医科大学の割合は、外来診療・入院診療ともに、54.3%であり、「行われていない」を上回った（表2）。

「医学生や精神科研修医の教育プログラムに認知療法を導入できないのはなぜか」の質問には、下記の具体的な回答があった。

- ・認知療法の専門家の数が少なく、教育に携わる精神科医師自身が認知療法に触れる機会が少ない。
- ・精神医学教育に費やすことのできる時間が減

表2 精神科臨床において認知療法が行われている大学医学部・医科大学の割合

	外来診療	入院診療
行われている	54.3	54.3
行われていない	45.7	45.7

単位 %
*認知療法は単独で実施されているとは限らない。

少しているにもかかわらず、教えるべき内容が増えているため、認知療法について教育する時間を確保できない。

- ・精神医学教育において、精神療法よりも薬物療法の重要性が強調されている。
- ・精神療法の科学的根拠に対する疑問が存在する。
- ・認知療法が医師国家試験のガイドラインに掲載されていない。
- ・精神医学の教科書に認知療法を詳細に述べているものが少ない。
- ・初心の精神科医師には、積極的に患者の訴えを傾聴する支持的精神療法が勧められ、認知療法を含めた特殊な精神療法が勧められることは少ない。

「精神科医療の現場において認知療法の普及のマイナス要因は何か」の質問については、以下に主なものを挙げる。

- ・認知療法の専門家が少ない。
- ・認知療法の実践には精神科医師の意欲と能力が要求される。
- ・精神科医師が認知療法のトレーニングを受けられる機会が少ない。
- ・毎週1セッションに1時間を必要とするような認知療法は、多数の患者が訪れる、多忙な外来診療において適当とは言えない。
- ・精神科診療の中の選択肢として認知療法を知っている患者はわずかである。
- ・精神科診療において認知療法より薬物療法が重要と考えられている上に、他の精神科治療法と比べ臨床上の有効性がよく知られてはいない。
- ・患者がかかえている問題に対して認知療法の

適応が少ない。

- ・認知療法は治療選択肢の1つとして保険診療報酬に収載されていないため、認知療法を行った治療者に特別な診療報酬が支払われるわけではない。
- ・認知療法の技法は、他の精神療法の技法と併用する形で用いられている。
- ・認知療法は標準的な方法でなされなければならないという思い込みが、認知療法の使用を躊躇させている。

「将来、認知療法は精神科臨床においてどのような位置付けになると思われるか」の質問には、「プラス要因」として、

- ・認知療法の有効性を証明するデータが蓄積されてきている。
- ・認知療法は構造化された精神療法である。
- ・認知療法によるアプローチはマニュアル化されており、学びやすい。
- ・認知療法は症状を逆に悪化させるようなことが少ない。

などがあった。

一方、「マイナス要因」として、

- ・精神疾患のうち、適応となるものが少ない。
- ・認知療法は所要時間が長い。
- ・認知療法は保険診療報酬上、単に精神療法という扱いでしかない。
- ・認知療法に治療者が接する機会が少ない。
- ・認知療法は医師国家試験のガイドラインに記載されていない。

などがあった。

3) 考察

以上のアンケート結果から、認知療法の普及を妨げる障害を乗り越えるための戦略として、以下のことが重要であろうと考えられる。

- ①教育面では、認知療法に関連する文献を充実させ、医師国家試験ガイドラインに認知療法が精神障害の治療法として収載されるよう働きかける。
- ②臨床面では、外来診療に適した短縮版認知療

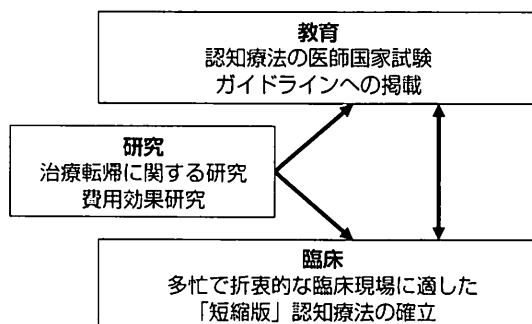


図1 認知療法の普及を妨げる障害を乗り越えるための戦略図

法（1セッションあたり20～30分程度）を確立するとともに、保険診療報酬上、本法が「認知療法」として支払われるよう働きかける。

認知療法の普及を拓げるための戦略図を図1にまとめた。なお、本アンケートは2000年に施行されたものであり、もちろん現状とは異なっている点をお断りして、早い時期に以前と同様の内容に加え、適応疾患の拡大、治療スタイルの修正の有無（各セッションの1回の時間、回数）など調査する必要があると考えている。

5. 認知療法の適応の拡がり

認知療法は、複数の精神障害に対する治療効果が実証されている短期的・構造的・問題指向型の精神療法である。前述したように、認知療法を開発した Beck (1963) の出発点はうつ病であった。当初、認知療法はうつ病や不安障害などを対象としていたが、1990年代には物質乱用・依存や人格障害をも対象に含まれるようになった。近年では、アルコールをはじめとする物質関連障害ばかりでなく（土田・井上, 2006）、病的賭博やインターネット依存、過食といった嗜癖行動障害も対象となってきている。また、安定した治療関係の継続が困難とされる境界型人格障害に対しても、これを「感情衝動のコントロール障害」として捉えなおした Linehan, M.M. (1994) によって提唱された「弁証法的認知行動療法」(Dialectical Be-

havior Therapy : DBT) というアプローチが高い治療効果を挙げている。

また、統合失調症 (Kingdon, 1994)、双極性感情障害など、従来認知療法の適応が困難か、もしくは薬物療法の補助治療として適応があるとされてきた精神疾患をも治療対象とするようになり、その有効性が確かめられるようになった (井上, 2003; 井上, 2005; 吉田・井上, 2006)。

統合失調症に対する認知行動療法では、薬物療法の補助治療として服薬アドヒアランスを向上させ、再発率を減少させるのみならず、直接的な治療効果として精神病症状に対する非機能的な感情・行動といった反応への対処を向上させることが示唆されている (Turkington et al., 2004)。統合失調症への認知療法の特徴の1つは、幻覚妄想は健常者でも過大なストレスに曝されると体験しうるものであると説明することで統合失調症の精神病体験に正当性を与え、患者の健康な部分すなわち患者の内なる治療者に働きかけて認知の障害を緩和していくというものである。

このように、認知療法は、うつ病に始まり不安障害や人格障害、双極性感情障害、統合失調症に至るまで適応が拡大されてきたが、認知療法の適応疾患が拡大してきた流れの特徴として小谷津 (2002) は、①治療対象となる精神障害の中でも難度の高い種類が増えたこと、②それら種々の精神疾患に対して定型的な適応ではなく、各疾患独自の認知モデルが考案・提唱され、創意工夫がさまざまに試みられてきたことの2点を挙げている。

今後も認知療法のさらなる適応疾患の拡大、そして、より短期的で治療効率のよい認知行動療法的技法が工夫・開発されることで、精神科領域においてさらに重要な治療法の1つとして確立されていくことが期待される。また、精神科以外的一般臨床医へも、身体疾患や生活習慣病などへの介入や予防の観点から、ますます普及していくことも期待される。しかしそこには、認知療法が、精神療法としての「共感」を大前提としており、また、認知療法の玉条とも言うべき「セルフヘルプ」と「共同経験主義」が重要な基盤として存在

していることを忘れてはならない。

本論文の一部は、国際行動認知療法学会 2001 (バンクーバー) と第1回日本認知療法学会 2003 (京都) において発表した内容に加筆を行ったものである。

引用文献

- American Psychiatric Association 1993 Practice guideline for major depressive disorder in adults. American Journal of Psychiatry, 150(Supplement)
- American Psychiatric Association 2000 Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (Revision). American Journal of Psychiatry, 157 (Supplement)
- Beck, A.T. 1963 Thinking and depression I : Idiosyncratic content and cognitive distortions. Archives of General Psychiatry, 6, 276-284.
- Blackburn, I.M., Eunson, K.M. & Bishop, S. 1986 A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. Journal of Affective Disorders, 10, 67-75.
- 福居顯二 2001 第1回日本認知療法学会プログラム・抄録集, Pp.25.
- 井伊智子 1998 認知行動アプローチから見た森田療法の意義: 「注意」に焦点を当てて. 森田療法学会雑誌, 9, 209-214.
- 井上和臣 2003 認知行動療法の適応拡大と技法の修正: 精神療法—その適応と技法の修正. 臨床精神医学, 32, 1179-1186.
- 井上和臣 2005 認知療法の臨床. 精神神経学雑誌, 107, 1110-1115.
- 柏木信秀・高橋徹・井上和臣 2000 うつ病における認知療法, 薬物療法, 併用療法の効果. 精神医学, 42, 281-289.
- キングドン, D.G. & ターキングトン, D. 原田誠一 (訳) 2002 統合失調症の認知行動療法. 日本評論社. (Kingdon, D.G. & Turkington, D. 1994 Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia. Guilford Press)
- 小谷津孝明 2002 日本認知療法学会第2回大会閉会のことは. こころの臨床, 21, 497-500.
- Linehan, M.M. 1994 Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Guilford Press.
- 中村敬 2007 認知行動療法の新しい流れと森田学派の立場. 日本森田療法学会雑誌, 18, 45-50.
- 高橋徹 2006 社会不安障害の外来症例: 認知療法

- の立場から. 日本森田療法学会雑誌, 17, 43-44.
- 高橋祥友 1992 認知療法と森田療法の比較検討に関する研究. メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告集, 5, 147-152.
- 土田英人・井上和臣 2004 認知療法. 日本医師会雑誌, 131, 78-79.
- 土田英人・井上和臣 2006 アルコール依存症の認知行動療法. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 41, 497-503.
- Turkington, D., Dudley, R., Warman, D.M. & Beck, A.T. 2004 Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: A review. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 5-16.
- 吉田卓史・井上和臣 2006 認知療法. 臨床精神医学, 35, 448-455.

Summary

Spread of Cognitive Therapy in Japan

Kenji Fukui¹⁾ Hideto Tsuchida¹⁾ Naoya Saito¹⁾ Yoshiro Maebayashi²⁾ Kazuomi Inoue³⁾

¹⁾ Department of Psychiatry, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine

²⁾ Departments of Psychiatry and Palliative Care Unit, Ohtsu Municipal Hospital

³⁾ Naruto University of Education

Cognitive Therapy (CT) is one of the psychotherapeutic approaches. Of these many psychotherapeutic approaches, the evidence of the effectiveness for CT has been accumulated.

CT was firstly applied to depressed patients by Beck, A.T. and has been shown to improve adherence to medication and reduce relapse rates in Depression. Recently, CT has been applied to various psychiatric disorders such as anxiety disorder, bipolar disorder, schizophrenia, substance-related disorders and many other psychiatric disorders. In addition, as for the anxiety disorder and depression, the similarity and difference between Morita Therapy originally established in Japan and CT was briefly discussed.

To investigate the actual situation of the medical curriculum and the clinical practice of CT, we sent out questionnaires to the medical department of universities in Japan. CT is applied to the medical students in 18.6%, and to the residents in 31.4% of the universities. 54.3% of the universities put CT into practice for both inpatients and outpatients.

As the strategy for more infiltration of CT, CT might be included in the guidelines of the national examination for medical practitioners, and we need the further investigation involving the cost effectiveness of CT and the modification of a more-shortened program of CT.

Japanese Journal of Cognitive Therapy, 1 ; 26-32, 2008

Key Words : cognitive therapy (CT), spread and infiltration, Japan, medical curriculum, clinical practice