

# エキスパートに聞く

# No.18

## 認知行動療法

お話

国立精神・神経医療研究センター  
認知行動療法センター長  
堀越 勝先生

聞き手

国立精神・神経医療研究センター  
トランスレーショナル・メディカルセンター長  
和田 圭司先生



## 認知行動療法（CBT）

認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy: CBT）は、70年代から軽度のうつ病への介入によって注目され、最近では、薬物療法とともにうつ病に対する治療の第一選択となっています。CBTは軽度のうつ病への介入を皮切りに、不安障害、重度のうつ病、不眠症、その他の不安障害（パニック障害、強迫性障害、PTSDなど）、最近では慢性疾患に併存するうつ病や不安などの精神的な問題、慢性疼痛や過敏性腸症候群などの身体化への介入法としても応用され奏功しています。さらに、糖尿病、慢性疼痛、心臓病、緩和ケアなどの治療ガイドラインにも身体疾患に併発するうつ病や不安への介入法として、また生活の質（QOL）、さらには疾患に伴う身体的な症状の改善法として推薦されています。

具体的な介入法は、まずCBTについて、また患者の問題についての心理教育から始め、問題を身体、考え、感情、行動に分け、それぞれがどのように関係し合っているかを同定します。その悪循環を主に認知と行動の部分へ介入（認知再構成や行動活性化）することで解消し、治療を行います。CBTは基本的に15回ほどの短期間介入で、面談の他に持ち帰り課題を普段の生活の中で実施してもらいCBTで習得した事柄を実生活に根付かせます。

**和田：**今回の「エキスパートに聞く」は、国立精神・神経医療研究センター（NCNP）認知行動療法（CBT）センター長の堀越勝先生にご登場いただきました。堀越先生、お忙しいところ、どうもありがとうございます。

**堀越：**ありがとうございます。

## 認知行動療法（CBT）との出会い

**和田：**まず、お聞きしたいところは、先生が認知行動療法というお仕事にどのようにして出会われたのかということですが。

**堀越：**私自身は、訓練もそれから実際の臨床の仕事も、ずっとアメリカで行ないました。初めは西海岸のカリフォルニア州でしたが、その当時は普通の精神科クリニックで働いておりました。英語と日本語の両方ができるということで働いていたのですが、日本人の患者のほとんどは俗にいう「身体的な問題」で来られることが多かったんです。つまり、不安ですとかうつでというような本来の意味の精神的な問題というよりも、理由が分からないけれども体が痛いとか、何らかの身体的、または不定愁訴で来られ、本当は不安やうつ病が原因だったということが多かったということです。

そこで、体と心の問題を、メンタルだけではなくもう少し勉強しようと考えたわけです。博士号は取得してましたので、今度はポスト・ドクという形でどこかで勉強しようと考えて、ハーバード大学を受け、精神科の行動医学というところに入りました。お薬を使わないで介入することを行動医学というのですが、ケンブリッジ病院などで実際の患者さんに接しつつ、ハーバード大学で勉強するという形でした。前はクリニックで精神力動的療法とか精神分析とかを行っていたのですが、ハーバード大学の教育病院では認知行動療法ができないと仕事にならないことがわかりました。そこで、徹底的に認知行動療法の訓練を受けることになりました。ケンブリッジ病院で5年くらい、そのあとリエゾン・サイキアトリー（Liaison Psychiatry）の発祥の地であるマサチューセッツ総合病院で訓練を受けました。

**和田：**先生はアメリカにはどれくらいおられたのですか？

**堀越：**25年ぐらいいました。

**和田：**すごいですね。ケンブリッジ病院では認知行動療法をやらないと仕事にならないということは、精神分析とかそういうものは、そこで行われていなかったのですか？

**堀越：**全く行われていないわけではなかったですが、精

神分析をやろうと思うと時間とある程度お金がかかるので、保険診療の患者さんはできなかったんです。つまり保険診療の方はもうほとんどが認知行動療法をやり、自費で何とかするという方々に関しては精神分析的なこともできるという状況でした。

## 認知行動療法とは考え方を变化させる治療法

**和田：**認知行動療法ですが、具体的にはどういう治療法なのでしょうか？

**堀越：**認知行動療法は、もともとは精神分析の流れを汲んでいるものです。よく認知行動療法は精神分析と対立していると考えられる方も多いのですが、実際は精神分析を行っていたアーロン・ベックという人が1950年代ぐらいにペンシルバニア大学で始めたものです。考え方や行動などから手を着けて、最終的にはうつ病を治そうという方法を系統的に作り上げていったわけです。実証的には夢分析ではうつ病はそれほどよくなっていなかったということもあり、無意識や夢という見えないところからスタートするのではなく、見えるところからスタートしようとしたわけです。

認知行動療法では、内や外のきっかけによって考え方が動かされ、結果として感情や行動が出てくると考えます。つまり、認知再構成と呼びますが、もともとの考え方を变化させることによって、結果として出てきている症状、例えば行動とか感情とかそういうものへ介入するというやり方をするわけです。



認知行動療法の応用にはいろいろあります。初めは軽度のうつ病に対して応用されていたのですが、実証的に良い結果が出てきましたので、不安障害にも応用されていきました。さらに、パニック症や痛み、過敏性腸症候群などの原因不明の身体化や慢性の病気にも応用されるようになりました。実証的なエビデンスもあり、皆さんも分かりやすく短い期間でできるというようなこともあり、いろいろなガイドラインの中で認知行動療法を推薦、推奨されるということが最近起こっています。

## 認知行動療法 ～治療の流れ～

**和田：**なるほど。そういう背景があったんですね。短い期間と言うと、どれくらいの長さなのでしょう？

**堀越：**プロトコルはだいたい15回ぐらいのセッションですので、毎週ということになると、約3カ月ぐらいの時間になります（図1）。最近では1週間に2回とかの方が効果も上がるという場合もありますので、その場合は1カ月半ぐらいで終わるといった形になります。

**和田：**15回のセッションですが、具体的にはどのように行うのでしょうか？

**堀越：**一番初めに良い関係作りをします。次に治療同盟を結び、ある程度測れる形で問題を見える化します。つまり、客観的な指標となる標準化された尺度を使ったり、時には生理指標も使ったりして、この人は今どういう状況にあるのかが数値として見えるようにするわけです。そして次に、心理教育を行います。例えばうつ病であればこの病気がどういった機序で形成されるのかということをお患者さんに理解していただくわけです。要するにうつ病になる公式のようなものを先に見せるわけです。

あなたはこの公式の通りになっていますか、どうですかということ逆を聞いて、その公式に合えば、あなたはうつ病になっています。であればこうすれば良くなりますということを示します。次に普段の生活の中でモニターをしてもらって、うつ病の公式が示す悪循環に、はまり込んでいるということをお本人に理解してもらいます。そして、この悪循環のどこの部分から介入していきましょうかと話をするわけです。ほとんどの場合は考えかたへの介入か、または行動への介入を実施しています。考えかたへの介入は認知再構成と呼びますが3回、4回行

います。行動への介入は、行動活性化といいます。例えばうつ病の方はだんだん行動しなくなっていきますので、それをもう一度行動させるというようなことを行います。

一番大事なことは再発予防です。うつ病では、薬物治療と同等ぐらいの効果量が認知行動療法にはあります。薬物療法に勝る部分があるとすると、再発率です。つまり一回良くなった人がまたうつ病になるという点に関して、認知行動療法は強いということです。

その人を苦しめるコアの考え方を理解してもらって、同時に良くなってもらう方法を覚えていただきます。自分で何か問題が起こったときには、自分で良くなる方法を行なってもらうということになります。中国の老子の格言に、「魚をあげるよりも魚の釣り方を教えたほうが良い」という言葉があります。ちょっと似た考えですね。

## 認知行動療法 ～薬物療法との併用～

**和田：**なるほど、よくわかります。薬物療法との併用についてお教えいただけますでしょうか？

**堀越：**はい。併用することができたら併用したり、または薬でうまくいかないのであれば認知行動療法でやりましょうということが基本かと思えます。

認知行動療法の場合は、先ほどのように問題解決のスキルを覚えていただきます。例えば怒りがある場合は怒りの調整とか、そういったようなものをスキルとして覚えていただきます。薬というのは、病状を回復させることはありますがスキルはアップしません。つまり薬を使用した場合は、一回落ちたところから元へ戻ってくることはありますが、それ以上のものを薬は作ることはでき

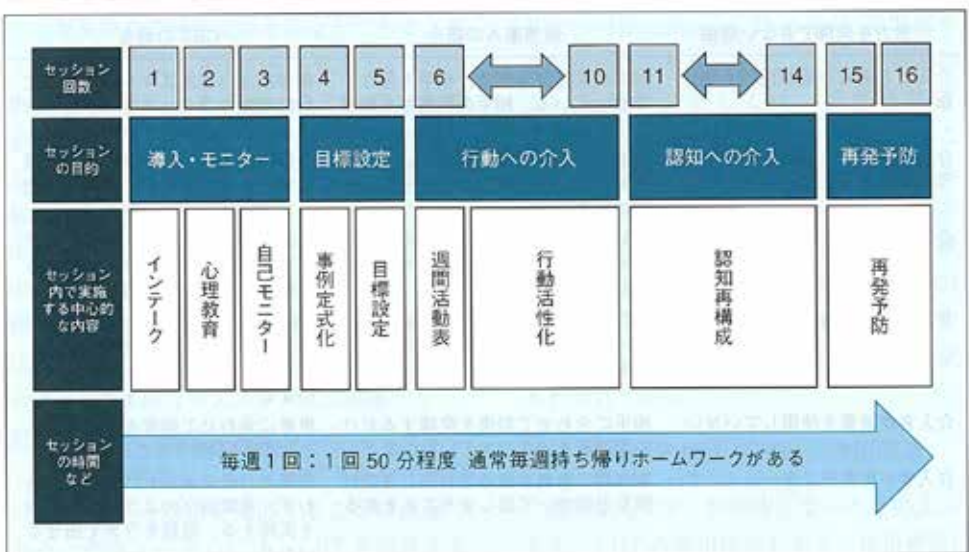


図1 標準的な認知行動療法 (CBT) の全体構造 (引用 最新医学2016年 7月増刊号 P 107-114)



ません。そこに、そのスキルを足していくという点で、認知行動療法は貢献します。一緒に使うことによって回復させるところまではお薬で、そのあとさらに成長させるという点については、認知行動療法で、ということになります。

認知行動療法のもう一つの重要な使われ方として、薬のアドヒアランスに関するものがあります。実は、薬は本来正しく飲むべきなのですが、きちんと飲んでいないという人がすごく多いということが分かってきています。勝手に自分で量を調整したり、勝手に自分で中断しているという患者さんが多い訳です。慢性の患者さんに対してアドヒアランスのための認知行動療法、つまりきちんと治療をしましょう、薬を飲みましょう、という認知行動療法も最近は用いられています。

## 認知行動療法における脳画像解析の最近の研究動向

**和田：**よくわかりました。最近脳イメージング技術が発達してきていますが、認知行動療法における脳画像の解析に関する最近の研究の動向についてお教えいただけないでしょうか？

**堀越：**日本でも最近、認知行動療法を行なうことでどのように変化が現れるのかということについては、何カ所かで研究がスタートしています。私たちも、PTSDなどの患者さんで認知行動療法を実施した方々の脳画像を撮っています。ただ、今解析途中ですが、少し変化が出る部分があるという感触を得ています。認知行動療法の脳画像解析はまだまだ新しい分野だと思います。

**和田：**わかりました。では、もう少しミクロと言いますか、分子的と言いますか、認知行動療法を行うと、例えば神経伝達物質のリリースが変わるとか、そのような研究はあるのでしょうか？

**堀越：**そこまで細かく進んでいませんが、この辺は本当に実際にやりたいと思っている分野です。海外では費用の問題などもあって簡単に脳画像は撮れないので、たぶんそれを行なうのだったら日本のほうがやりやすいだろうと海外の専門家から言われています。同様に認知行動療法と分子的な研究も進められたらと思います。

**和田：**先ほど、身体化のほうにも認知行動療法が広がってきていると言われましたが、それ以外にもこういうところに発展が期待できるという分野は何かありますか？

**堀越：**今関心が高まっているのは、NCNP 病院でも実際に行っていることなのですが、パーキンソン病患者のう

つ病や不安、ジストニア（持続的または不随意的に筋肉が収縮したり固くなったりすること）、イップス（スポーツ選手が集中すべき場面で、プレッシャーのために極度に緊張すること）、ヒステリー球（ストレスなどにより喉の詰まり感・違和感を生じること）、などに対するものです。ストレスが理由だといわれているようなものに対して、私たちのほうでは認知行動療法を試みています。また、認知症患者、その介護者に対する CBT 介入、携帯やタブレットなどの端末を使った査定や介入にも着手しています。

## 10 分間 CBT は色々な症状に応用ができる

**和田：**それは、発展が期待できますね。あと、今後の展望、あるいは皆さまに伝えたいことがございましたら教えてください。

**堀越：**エビデンスがあるということはどういうことかということですが、そのエビデンスが出たように行なえば、かなりの確率で同じ結果が出せるという意味になります。ある程度きちんと精神療法の訓練を受けた方や、認知行動療法のマニュアル通りに行なえば、一定の結果が出ます。

ただ、マニュアル通りという意味をはき違えてしまいますと、例えば運転手がマニュアルを見ながら車を運転しているようなもので、とてもお金が取れるような状況ではないと思います。マニュアル通りに行なえば結果が出ますよという意味は、マニュアルをまず徹底的に頭にたたき込んでもらわないとだめだということです。ある程度次に何をすればよいかということが頭の中に入っていないと問題です。逆に言いますと、そこがうまくできるようになれば、どなたでもできるようになると思います。

もう一点お伝えしたいのは、いわゆる 10 分間 CBT というものです。認知行動療法というのは、ほとんど 1 回 1 時間位の時間が基本なのですが、普通の医者診察時間からすると 1 人の人に 1 時間というのはかなり大変な話になります。普通の診療の中でできるような形に変更されたものが 10 分間 CBT です。簡単に言いますと簡易版の認知行動療法です。海外では、よくプライマリーケアなどで使われています。10 分間で行なう診療、15 分間で行なう診療の中に組み込めるようなものもあります。日本でもこれからそういったものが紹介され、これは深刻なケースだという場合は、認知行動療法を本格的にしている人に紹介するというような仕組みになるので

はないかと考えています。10分間CBTの対象疾患には睡眠障害や痛み、不定愁訴もあればパニック障害もあります。いろいろな症状に応用できますので、ベースとしてそういう形のものを覚えていただければ、いろいろな方がCBTを使っていただけるようになるのではないかと考えています。

**和田：**服薬か認知行動療法かという選択については、いかがでしょうか？

**堀越：**個々のケースで、この人は認知行動療法より薬のほうがいいのか、あるいはこの人には認知行動療法の方がいいのか、ということがあります。ただ、両輪で互いに補い合うということをするれば、もっと治療効果は全般的に上がっていくのではないかと考えます。

## 認知行動療法 ～今後の人材育成～

**和田：**非常に重要で、今後も発展が期待される認知行動療法ですが、今日日本で認知行動療法がきちんと行える人材というのは何人ぐらいいるのでしょうか？

**堀越：**認知行動療法については2010年にまず、うつ病に対して保険点数化されました。その保険点数化に伴って、じゃあ誰がやるのかということで、厚労省の委託事業で認知行動療法が行なえる人の訓練が始まりました。すでにもう5年ぐらいたっているわけですが、訓練のやり方としては実際の患者さんに対して行っているものを指導者が助言を与えていくというスタイルです。スーパービジョンですね。いま、30人ぐらいのスーパービジョンをできる人たちがいて、その下でちゃんと訓練を受けた人は何百人かいると思います。

今年からは不安障害に対する保険点数化が可能になりましたので、同じような形で訓練が始まっていきます。認知行動療法の実施者ですが、今年から看護師がやっても大丈夫ということになってきました。ただ、要求水準がかなり高いですが。私は、NCNPでは訓練ができると思っています。人材が増え、徐々に裾野は広がっていくのではないかと考えています。

**和田：**分かりました。その裾野という点では、大学あるいは専門学校等における教育プログラムの中に、認知行動療法というのは入っているのですか？

**堀越：**今度、公認心理士というのができます。ただ、大学などで公認心理士の資格を取るのに6年かかります。今まで臨床心理士だった方々は6年待たない間に試験がある予定で、そこで公認心理士に変わっていきます。ただ、公認心理士のカリキュラムの中に認知行動療法とい

うクラスがあるかという点、それは疑わしいところだと思います。つまり、ほとんどの方は卒業した後に、個人的に認知行動療法の訓練を受けるということになると思います。日本認知療法学会、認知行動療法学会などが独自に訓練をして、ひとつの資格制度のようなことを考えようかという機運が高まりつつあります。大学に話を戻しますと、そういう訓練が大学でできるかという点、限られた大学ではできるかもしれませんが、どこの大学でも行なえるようにはなっていないというのが現状だと思います。

## NCNP 認知行動療法センターは 世界でも珍しい研究機関

**和田：**では最後に先生、何かメッセージがございましたらお願いします。

**堀越：**恐らく私たちのNCNP認知行動療法センターというのは、ある意味、非常に日本では珍しいし、海外的にも珍しいと思います。珍しい部分があると申しますと、海外の研究機関というのはほとんど不安、強迫性障害などに特化したものが多いのですが、私たちの認知行動療法センターはうつ病、不安、痛み、過敏性腸症候群、強迫性障害、認知症患者さんを抱えるご家族など幅広い対象を研究しています。しかも、ただの前後比較とかではなく、無作為割付試験も行っています。それから前に述べたように、かなり幅広く認知行動療法を行なっているところが、私たちの特長でもあります。NCNPには病院もありますので、年間2000回以上のCBT面談が行われています。より詳しく知りたい方は、ぜひ連絡を取っていただければと思います。

**和田：**日本の中心としてのNCNP認知行動療法センター、それから先生ご自身のご研究のご発展をお祈りしております。本日はどうもありがとうございました。

**堀越：**ありがとうございました。

(収録：2016年9月14日)



幅広い対象者に認知行動療法を行なっているというところが、NCNP認知行動療法センターの特長だと思います。

(対談中の堀越先生(右)と和田先生(左))