



特別企画：心身医学を専門とする医師に知ってもらいたいこと 心理学から

## 心身医学を専門とする医師に知ってもらいたいこと

—特に、認知行動療法の立場から—

坂野雄二\*

抄録：認知行動療法（CBT）はその誕生以来約半世紀以上を経て、大きな進歩を遂げ、わが国においても、医療や教育、発達支援、福祉、司法といったさまざまな文脈で、さまざまな疾患や問題を対象とした心理社会的治療法の第一選択肢として適用されるようになった。しかしながら、普及とともに、CBTの原理原則が十分に理解されないまま形式的に適用することで、その効果を十分に享受できないことも見受けられる。そこで本稿では、協働的経験主義、行動原理といったCBTの基本概念を整理し、心身医学の現場でCBTを実践するときの留意点を指摘した。

**Key words**：認知行動療法、協働的経験主義、行動変容、行動原理、治療同盟

### はじめに

筆者がわが国で初めての認知行動療法（cognitive behavior therapy：CBT）の成書を上梓してから四半世紀が経過した<sup>1)</sup>。また、筆者がCBTに関する論文を初めて発表したのは1980年のことである<sup>2)</sup>。翌年CBTに関する展望論文を発表したが<sup>3)</sup>、それからすでに40年が経過した。当時、CBTは欧米ではすでに一般的な治療法となっていたが、わが国の臨床現場でCBTが論じられることはきわめてまれであり、日本行動療法学会（現在の一般社団法人日本認知・行動療法学会）を中心にさまざまな議論の口火が切られ始めた頃であった。

わが国のCBTは大きな進歩を遂げた。Table 1に示すように、医療や教育、発達支援、福祉、司法といったさまざまな文脈で、さまざまな疾患や問題を対象とした心理社会的治療法の第一

選択肢として適用されるようになった<sup>4)</sup>。また、Hofmannら<sup>5)</sup>は、2000年～2011年9月までに発表されたCBTの効果を検証した269編のメタアナリシス論文を対象として「メタ・メタアナリシス」を行いCBTの有効性をまとめているが、その中で心身医療に関連する領域に注目すると、Table 2に示すようにさまざまな疾患の改善にCBTが有効であることが示されている。このようにさまざまな疾患の改善に対するCBTの有効性が報告されてきた背景には、CBTの効果の発現機序に関する基礎研究、臨床研究の成果が蓄積され、それに基づいて新しい治療マニュアルが作成・紹介され、多くの人がCBTのトレーニングを受ける機会が提供され、サービスとしてCBTを実施する機関が増えたことが指摘される。医療従事者や研究者のみならず患者さんやそのご家族を含め多くの人がCBTに関心をもつようになった。

しかし同時に、CBTの基本的発想や原理の理解がないまま、マニュアルに従って行うだけの「CBTもどき」が闊歩しているという好ましくない現象がみられることも事実である。

\*医療法人社団五稜会病院札幌CBT & EAPセンター（連絡先：坂野雄二，〒002-8028 北海道札幌市北区篠路8条6丁目7-6）

Table 1 CBTの有効性が実証されてきたさまざまな問題<sup>4)</sup>

<b>医療領域</b>
認知症のBPSD, 高次脳機能障害, 物質関連障害, 統合失調症, 気分障害, 不安症, 摂食障害, パーソナリティ障害, 怒りと攻撃性
<b>身体疾患/心身症</b>
生活習慣病, 心疾患, 腎疾患, 関節リウマチ, がん患者の生活管理, アトピー性皮膚炎, 緊張型頭痛, 舌痛症, 歯科心身症, 睡眠障害, 心因性頻尿
<b>産業精神保健・産業カウンセリング・健康支援領域</b>
うつ病患者の復職支援, 労働者のメンタルヘルスケア, ストレスマネジメント, 禁煙指導
<b>発達障害・療育・特別支援教育領域</b>
自閉性障害, アスペルガー障害, 学習障害, 療育支援, ペアレントトレーニング, 地域コンサルテーション, 成人の発達障害
<b>学校・教育相談領域</b>
不登校, 学校カウンセリング, 保護者のエンパワーメント, 子どもの社交不安, ひきこもり, 教員へのコンサルテーション, 学校支援, 学生相談, キャリア支援
<b>司法・矯正領域</b>
反社会的行動, 病的ギャンブリング, 薬物依存, 触法精神障害者の再犯防止
<b>社会支援</b>
障害者就労支援, 社会復帰支援, ステイグマ解消の試み, 災害とこころのケア, 育児支援, 地域における精神保健支援

BPSD : behavioral and psychological symptoms of dementia

Table 2 心身医療に関連するCBTの有効性を探る (Hofmann, et al<sup>5)</sup>から抜粋)

<b>摂食障害</b>
・BNに対するCBTの効果サイズは中程度
・むちゃ食い障害に対するCBTの効果は, 薬物療法に比べて効果サイズが大きい
<b>不眠</b>
・他の治療法, 統制条件に比べてはるかに治療成績がよい
<b>慢性疼痛と疲労</b>
・標的となる身体部位によって異なるが, おおむね中程度の効果サイズをもって有効
<b>一般的な医学的条件に伴う苦悩</b>
・非潰瘍性消化不良, 多発性硬化症, 非てんかん性発作, 脳震盪後遺症, 高血圧症, 慢性閉塞性肺疾患, II型糖尿病, 舌痛症などの改善に有効
・がん, HIV, 脊髄損傷などの後のケアに効果的
<b>うつ病</b>
・CBTは統制条件に比べ, 中程度の効果サイズをもって有効である
・CBTと問題解決療法, 対人関係療法との比較では, 結果は一貫していない
・慢性うつ病に対しては薬物療法と同等の効果があり, 効果サイズは中程度より大きい
・CBT単独に比べ, CBTと薬物療法の併用療法のほうが効果が大きい

## 「制度」としての認知療法・認知行動療法

医療現場で患者さんのニーズに応え適切な医療サービスとしてCBTを提供することができるためには, CBTに含まれる最低限の原理原則を適切に理解しておく必要がある。このとき, CBTは2つの側面から理解することができる。

第一は, いわば「制度」としてのCBTである。医療現場でCBTを行うことができるために

は, 一定の条件の下で診療報酬化された標準的な「認知療法・認知行動療法」に関する知識と技術を身につける必要がある。いってみると, 「制度」として規定されているCBTを習得する必要がある。

令和2年度診療報酬点数(医科第2章第8部第1節)によれば, 精神科専門療法としての「認知療法・認知行動療法」は, 「入院中の患者以外のうつ病等の気分障害, 強迫性障害, 社交不安

障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害又は神経性過食症の患者に対して、認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって治療することを目的とした精神療法をいう」と定義されている。また、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師（または看護師）が各疾患別に準備されたマニュアルに従って実施することが求められている。したがって、ここでは認知療法・認知行動療法とは、「認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって治療することを目的とした精神療法」を指し、その実施にあたってはマニュアルに準拠することが求められている。

## 「普遍的治療論」としての認知行動療法

しかし、Table 1で示したようにさまざまな場面で活用されているCBTをこのようにだけ理解することは適切なのだろうか。CBTでは認知の偏りを修正することにだけ着目してよいのだろうか。また、CBTは巷間しばしば考え方をポジティブに変える治療法であるといわれるが、そのような理解で適切なのだろうか。その答えは否である。CBTを適切に理解し、臨床の現場で有効に活用することができるためには、さまざまな文脈で疾患の治療や問題の改善に適用されている一般的な治療法としてのCBTに関する知識が必要であり、同時に、CBTを行うことができる準備条件として、その基本的発想、および基礎となる理論に関する知識を身につけておくことが必要である。言い換えるならば、普遍的な治療の方法論としてのCBTを適切に理解しておくことが大切である。

CBTとは、認知行動理論に基づいて、非適応的な振る舞いや考え方を、合理的に修正し、患者さんがセルフコントロールを体系的に学び、自立した生活を送ることができるよう援助する心理学的治療法の体系と定義される<sup>1)</sup>。それが、①社会的スキルの改善をねらった social skill training (SST)、うつ病に対する認知療法、睡眠

障害の改善をねらった CBT for insomnia (CBTI) などのように、特定の問題の改善を目的として作成されたものであっても、②海外で作成されたプログラムの翻訳版であっても、同じ目的をもってわが国独自で開発されたものであっても、③個人を対象として実施されるものであっても、④認知療法や論理療法のように、特定の個人が開発した治療法の体系であっても、いずれも行動心理学・行動科学を中心とした認知行動理論に基づく治療法・援助法であり、総称してCBTと呼ばれている。

このように、CBTと総称される治療法はきわめて多岐にわたるが、それらはいくつかの基本的発想を共有している。古典的な精神療法のモデルでは、着眼点として心の原因を探ろうとする。認知行動モデルは、比喩的で文学的な心の理解ではなく、操作的に観察可能な事象を取り上げ、客観的事実として行動や認知を扱う。そして、「悪習慣」や「困った問題」であっても、それは決して個人の意志の弱さや性格の欠点のせいではなく、適切だといわれる態度や行動、生活習慣、考え方も、問題だといわれる態度や行動、生活習慣、考え方も、個人の経験の成果として獲得されたもの（学習の成果）であると考え。その結果、治療的な働きかけは、患者さんに新しい適応の仕方を積極的に学んでもらおうという発想を取る。CBTが teaching and learning therapy と呼ばれるゆえんである。また、Clarkら<sup>6)</sup>はCBTの基本的な着眼点は、①CBTでは、考え方を变えることも重要であるが、それにも増して行動の変化が重要であると考え、つまり、行動すなわち問題に対する反応の仕方を変えることが重要であると考え、②単に考え方に注目するのではなく、感情に関係する思考や信念に着目し、感情の修正をねらう、③考え方をポジティブな方向に修正するのではなく、日常生活での脅威をより正確に、現実即して評価できるスキルを患者さんに学習

してもらることが治療の主眼とされる、というところにあるとしている。

このようにCBTの基本的な着眼点をみると、患者さんにかかる言葉の一つひとつにも行動原理が働いていることがわかる。例を2つ挙げてみよう。

第1の例は、肥満者に対して減量指導を行う場合である。対象者の減量への意欲を高めたいと考えたとき、どのように相手に声をかけるとよいのだろう。従来の健康指導場面ではしばしば、「体重を落とさないといろんな病気になっちゃうよ」と最悪を予想させることによって健康行動を起こさせることが少なくなかった。しかし、最悪を予想し、少し先に嫌な出来事が起こりそうだと予測すると、われわれは嫌な出来事を避ける行動（回避行動）を取ることを、おそらくは幼少期から学習している。そのため、減量をしないと最悪のことが起きるかもしれないと情報が与えられ、それを回避するためには減量をしなければならないと指摘しても、遠い将来の嫌な出来事よりも、目の前にいる指導者から嫌なことを指摘され、小言を言われるという、今その場で体験している嫌な経験に対する回避行動のほうがまず生じる。その結果、対象者が面談に来なくなったり、ドロップアウトする確率は高くなり、自発的に減量の工夫を考えるとという行動の生起確率は高くない。最悪を予想させて望ましい行動をとらせようとする試みは決して成功しない。

第2の例はパニック発作を経験し乗り物に乗ることに恐怖を感じる患者さんに対し、乗り物に乗る練習を行う（エクスポージャー療法）際の言葉かけである。患者さんをエクスポージャー療法に導入するとき、しばしば、「まずは一駅だけでも、乗ってみましょう。怖いかもしいけど、我慢するのですよ」などと声をかけたりする。エクスポージャー療法の目的に照らし合わせると、「一駅だけ乗ってみましょう」「我慢しましょう」と言うのは決して適切ではない。

エクスポージャー療法の目的は一駅乗る経験をすることでもなく、ましてや我慢することでもない。不安場面にさらされても、その場にとどまっていると不安は自然に消失するということを学習するのがエクスポージャー療法のねらいである。その点を考えると、「乗り続けてると元に戻るから、〇〇駅まで乗ってみましょう。怖くなりますが、時間が経つのを待つのですよ。どのように元に戻るかを確かめて、次回、私に教えてください」といった言葉かけが適切な教示の例である。

これらの例からわかるように、CBTでは、常に、患者さんが何を学んでいるかに注目する。「不適切」だといわれる考え方を「適切」だといわれる考え方に置き換えるだけではない。また、認知の偏りを修正することがねらいではない。患者さんが、「考え方を変えたら気分が変わる」という新しいルールを学ぶことが肝要であり、問題を解決し、生活改善を行うことができるようになるためには、どのような振る舞いや考え方、環境などを手に入れるとよいかを考えていくのである。そして、新しい適応のスタイルを身につける（学習する）ために、強化の原理、強化スケジュールの知識、刺激般化の理論、過剰学習、内発的動機づけといった行動変容の原理原則を活用するのである。行動変容の原理原則に関する知識と技術の中にCBTの治療効果をより一層大きくさせるヒントが隠されている。

## 認知行動療法の前に必要なことは何か

それでは、CBTを適切に活用するために留意しておくべき点をまとめてみよう。

### 1. ケースフォーミュレーションと心理教育

CBTを上手に行うには、ケースフォーミュレーションを行い、その結果に基づいて心理教育を行い、そして、単にマニュアルに従うのではなく、マニュアルの中身を目の前の個人にい

かに適合させるかが大切であるとよくいわれる。本当にそうなのだろうか。何かを忘れてはいないだろうか。

ケースフォーミュレーションは、治療開始前に問題を発生・維持させている仕組みを理解するために行われる症例の概念化であるといわれる。なぜか図式化して表され、作成された図式にしたがって心理教育が行われる。しかし、治療の初期、患者さんの話を聴取するだけで、問題を発生・維持させている仕組みをいとも簡単に理解できるのだろうか。また、なぜ心理教育からスタートするのだろうか。心理教育という名のもとで患者さんに説教を始めてはいないだろうか。ケースフォーミュレーションは本来、患者さんの訴えや困りごと、希望に含まれている問題を体感し、具体的に理解する段階からスタートし、アセスメントの方略を立て、その結果に基づいて問題解決をどのように治療ターゲットに置き換え問題解決の見通しを立てていくかを患者さんとともに考え、どのように治療戦略として構築していくかを考える双方向のプロセスであり、患者さんの状態を常に観察し、柔軟に治療プランに修正を加えながら治療を協働的なプロセスとして進めていく作業である<sup>7)8)</sup>。形式にとらわれず、問題の改善に向かって柔軟に対処する姿勢を忘れてはならない。

## 2. 魚の釣り方を教えるのか？

CBTのねらいを理解するとき、「飢えた人に魚をあげるのもよいが、魚の釣り方を教えることのほうがよい」という例え話がよく引用される。果たしてそのとおりなのだろうか。「魚の釣り方を教えることのほうがよい」というところだけに注目して、やたらと「心理教育」に走る治療者がいる。

CBTのキーワードに「協働的経験主義(collaborative empiricism)」がある。これは、治療プロセスは、患者さんと治療者が治療同盟を形成することによって協働して問題を発見し、問題解

決の方策が適切であるかどうかを協働して経験的に検証する作業であるとする治療理念である<sup>9)</sup>。また、Nezuら<sup>10)</sup>は、患者さんの現在の状態と、患者さんがこのようにありたいと願う状態の間にある不一致をなくするための問題解決の試みを行うことがCBTであり、認知行動療法家は患者さんとともに問題を解決するproblem solverであると指摘しているが、これもCBTに携わる人の基本的姿勢を指摘したものである。

Teaching and learning therapyという視点を持ち、単に教えるのではなく、患者さんが何を学んでいるかという視点をもつことが重要であることを考えると、CBTのねらいは、「魚の釣り方を教えるのではなく、魚の釣り方を一緒に考えるほうがよい」としたほうが適切かもしれない。CBTの技法を習得し、マニュアルを活用しようとする前に、心理療法の基本である「患者さんと治療者が協働して」という協働的経験主義を改めて確認したいものである。

## 3. 初めに新しいものに飛びつかない

CBTには、機能分析に基づくCBT、動機づけ面接、マインドフルネス、acceptance and commitment therapy(ACT)など、「第三世代のCBT」と呼ばれたり、「新しいCBT」と呼ばれるものがある。熊野<sup>11)</sup>は、1990年前後から、マインドフルネスとアクセプタンスという介入要素を導入する、統一的な基礎理論を提供する、ケースフォーミュレーションを重視する、エビデンスに基づくという点を特徴とした新たな流れ、「第三世代のCBT」が生まれてきたと指摘している。しかしながら、これらは本当にCBTの新しい発展形なのだろうか。

例えば、「マインドフルネス」という術語は用いていないものの、同じ発想や介入の技法はCBTが行動療法と呼ばれていた頃から認められている<sup>12)</sup>。同様に、「アクセプタンス」が精神療法の非特異的要素であり、CBTを行う治療者に必要な要件であることは、1950年代から指摘

Table 3 協働的關係構築に必要な基本的態度と方略<sup>14)</sup>

▶ ケースフォーミュレーションの共有	▶ 尺度の活用
▶ 治療効果に関する情報提供	▶ セッションの構造化
▶ 変化のための動機づけ	▶ アジェンダ設定
▶ 目標設定と問題解決	▶ セッションの振り返り
▶ 再発予防	▶ ホームワークの設定
▶ 協働的経験主義	▶ ガイデッドディスカバリー
▶ 課題設定	▶ 行動実験

されていた<sup>13)</sup>。ケースフォーミュレーションは行動療法のスタートのときから重視されており、重要性が指摘されたのは最近の話ではない。そして、エビデンスに基づく発想は行動療法の時代から世の常である。ことさらに第三世代といって初めから新しいものに取り掛かるのは適切ではない。むしろ新しいものに関心が向いたときこそ「古典」を見直し、基本的な発想をおさらいしたいものである。

#### 4. 対人援助と良好な人間関係

小関ら<sup>14)</sup>は先に、CBTにおける治療的協働関係を構築するために必要な治療者の基本的態度と方略をTable 3のようにまとめている。なるほどTable 3には、CBTを実施する際の着眼点や技法が網羅されているように思える。しかし、Table 3に示された基本的態度と方略はある種のパラドックスであり、よくみると奇妙なリストである。治療者と患者さんの「協働的関係の構築に必要な態度・方略」として、なぜいきなり再発予防やセッションの振り返り、行動実験といった項目が組み入れられているのだろう。これらの項目は協働的関係構築に必要な基本的態度なのだろうか。これらの技法を身につける前にやるべきことはないのだろうか。

Kottlerらがまとめた「Bad Therapy: Master Therapists Share Their Worst Failures (ベテランの治療者が語る失敗)」<sup>15)</sup>の中でCBTの先駆者であるLazarusは、セラピストが共感できていない、相手の痛みを思いやる気持ちがないのが最も酷い心理療法であると指摘している。治療者が患

者さんの話をきちんと聞くことなく、質問に質問で応答しているような関わり方も最悪である。そして、一番犯しやすい間違いは、しっかりとクライアントさんの話に専念していないこと、必要とされる思いやりが足りないことであると指摘している。

対人的な援助は、利用者にとって安心と安全が保障された環境の中で行われる専門的な活動でなければならない。それはCBTについても同様である。治療者が、患者さん自身と彼らが営んでいる生活に積極的に関心をもち、患者さんの苦痛を感じ、思いやり、そして、患者さんが経験している大変さに共感する中で、患者さんの安心と安全は保障されることになる。そうした守られた環境の中で、患者さんが自分を表現することができ、治療者との双方向の良好なコミュニケーションができてこそ良好な治療者-患者関係が成立する。CBTによるさまざまな専門的支援は、そうした良好な治療者-患者関係を基盤として行われなければならない。CBTを習得するにはマニュアルを自在に使いこなせなければならないなどと考えると、ややもするとCBTの技法にのみ目が向き、患者さんを理解することが困難になる。心身医学が病だけをみるのではなく、病をもつ人に目を向けようとしてきたことをCBTの実践においても肝に銘じたいものである。

本稿に関して申告すべき利益相反はなし。

## 文献

- 1) 坂野雄二：認知行動療法. 日本評論社, 1995
- 2) 坂野雄二：社会的学習と行動療法：モデリング療法と自己教示に関する一考察. 心理学評論 **21**：226-237, 1980
- 3) 山口正二, 坂野雄二：認知的行動療法に関する最近の研究. 千葉大学教育学部研究紀要(第1部) **30**：15-25, 1981
- 4) 坂野雄二(監)：60のケースから学ぶ認知行動療法. 北大路書房, 2012
- 5) Hofmann S, Asnaani A, Vonk IJ, et al：The efficacy of cognitive behavior therapy：A review of meta-analyses. *Cognit Ther Res* **36**：427-440, 2012
- 6) Clark DA, Beck AT：The Anxiety and Worry Workbook. Guilford, New York, 2012 (坂野雄二〔監訳〕：不安と心配の練習帳. 金剛出版, 2013)
- 7) Persons JB：The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy. Guilford, New York, 2008
- 8) Nezu AM, Nezu CM, Lombardo E：Cognitive-Behavioral Case Formulation and Treatment Design. Springer, New York, 2004
- 9) Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al：Cognitive Therapy of Depression. Guilford, New York, 1979 (坂野雄二〔監訳〕：うつ病の認知療法. 岩崎学術出版社, 1992)
- 10) Nezu AM, Nezu CM, D’Zurilla TJ：Solving Life’s Problems：A 5-Step Guide to Enhanced Well-Being. Springer, New York, 2007
- 11) 熊野宏昭：新世代の認知行動療法. 日本評論社, 2012
- 12) 赤木 稔：行動療法と心身症. 医歯薬出版, 1971
- 13) O’Donohue WT, Henderson DA, Hayes SC, et al：A History of Behavioral Therapies. New Harbinger, CA, 2001 (坂野雄二, 岡嶋 義〔監訳〕：認知行動療法という革命—創始者たちが語る歴史. 日本評論社, 2013)
- 14) 小関俊祐, 伊藤大輔, 小野はるか, 他：認知行動療法トレーニングにおける基本構成要素の検討：英国ガイドラインに基づく検討. 認知行動療法研究 **44**：15-28, 2018
- 15) Kottler JA, Carlson J：Bad Therapy：Master Therapists Share Their Worst Failures. Brunner-Routledge, New York, 2003 (中村伸一〔監訳〕：まずい面接. 金剛出版, 2009)

---

## Abstract

### Clinical Tips of Cognitive Behavior Therapy for Medical Experts in Psychosomatic Medicine

Yuji Sakano, Ph.D.\*

\*Sapporo CBT & EAP Center, Goryokai Medical Corporation

(Mailing Address：Yuji Sakano, 6-7-6 Shinoro 8jo, Kita-ku, Sapporo-shi, Hokkaido 002-8028, Japan)

More than a half century passed since cognitive behavior therapy (CBT) was born and CBT is a great success in various clinical settings including psychosomatic medicine. Effectiveness of CBT has been revealed through many meta-analyses and CBT became the first choice of treatments for many physical and psychological disorders. As the development and wide spread of CBT, however, misunderstanding and misuse are observed as well. In this article, the importance of several key concepts of CBT such as collaborative empiricism, therapeutic alliance, and principles of behavior modification were pointed out and the clinical tips of CBT were discussed.

**Key words**：cognitive behavior therapy, collaborative empiricism, behavior modification, behavioral principles, therapeutic alliance

---