

## 2. うつ病の精神療法

大野 裕\*

うつ病の治療に際しては、薬物療法などの生物学的アプローチや環境調整に加えて精神療法が重要な役割を果たすことは広く認識されているところである。わが国でも、現行の健康保険制度の枠組みによる縛りはあるものの、臨床家がさまざまな工夫を行って精神療法的アプローチを実践してきている。その一例としては、笠原嘉氏の「うつ病の小精神療法」が挙げられる。これは心理教育に近い側面をもつもので、わが国の多くの精神科臨床では一般的に用いられているものである。さらに、うつ病の治療では、より構造化された認知療法や対人関係療法などの精神療法が薬物療法に匹敵する効果があるというエビデンスも積み重ねられてきている。認知療法というのは、不適応的な認知（歪んだものの見方や考え方）の修正に焦点を当てた構造的短期精神療法であり、単極性、非精神病性の急性の外來抑うつ治療に関しては薬物療法と同等との効果が示されており、特に近年はうつ病の再発予防効果の観点からも注目されている。なお、認知療法では、非適応的思考を検討する思考記録票や、治療で習得したことを実生活の中で試してみるホームワークなども活用して治療を進めていく、対人関係療法は、うつ病の発症と経過に対人関係の問題が強く影響していることから、配偶者やパートナー、家族、親友など患者にとって重要な存在である他者との関係に焦点を当て、その問題を解決することによってうつ病を治療しようとするものである。治療を行う際には「原因」は詮索せず、もっぱら患者と「重要な他者」との間の現実的な問題の解決を図るもので、なかでも、悲哀 *grief*、対人関係上の役割をめぐる不和 *interpersonal role dispute*、役割の変化 *role transition*、対人関係の欠如 *interpersonal deficit* の4つの領域は特に重要であると考えられている。本稿は、こうした精神療法の概念を紹介しつつ、うつ病の治療について論じる。

### Psychotherapy for depression

YUTAKA ONO Keio University, Health Center



おおの・ゆたか：慶應義塾大学保健管理センター教授。日本認知療法学会理事長。昭和53年慶應義塾大学医学部卒業。同年同大学精神神経科学教室入室。昭和60年コーネル大学医学部留学。昭和63年ペンシルベニア大学医学部留学。平成14年より現職。主研究領域/臨床精神医学。

#### Key words

うつ病  
精神療法  
認知療法  
対人関係療法

## はじめに

2000年4月に American Journal of Psychiatry の supplement として出版された米国精神医学会のうつ病性障害の治療ガイドライン修正版<sup>1)</sup>によれば、とくに精神療法が治療上中心的な役割を果たすのは、軽度から中等度のうつ病性障害の場合であり、急性期や回復期、維持期など治療時期によって、その方針に大きな違いはないとされている。とくに、精神療法は、心理社会的ストレス因が明らかに存在している場合、精神内界の葛藤が認められる場合、対人関係に問題がある場合、パーソナリティの偏りがうつ病に影響していると考えられる場合には、精神療法を行うのが望ましいとされている。患者が精神療法的アプローチを希望する場合、妊娠中や授乳中の場合や妊娠を希望している場合には積極的に考慮する必要があるとされている。

うつ病性障害に用いられる精神療法で個人を対象としたものとしては、認知療法<sup>2,6)</sup>、対人関係療法<sup>3,4)</sup>、および行動療法が特に有効である。これらの治療法の効果を比較検討した6研究をメタ分析した研究によれば、認知療法が47%、対人関係療法が52%、行動療法が55%、精神力動的短期精神療法が35%の反応率が得られている。

もちろん、実際の臨床場面で我々臨床家は、特定の精神療法だけを用いるということは少なく、いくつかの技法を折衷的に用いる必要があるし、「非特異的因子 nonspecific factors」と呼ばれる治療関係治療関係や治療環境、治療への期待、環境の調整が治療予後重要な役割を果たすことも治療技法とともに重要である。

非特異的要素は、言語的内容としてではなく非言語的雰囲気の中で伝わる部分が多い。そこでは、臨床家の態度や声の音調やイントネーション、その言葉を発するタイミングな

ど表に現れた様々なものはもちろん、患者を思いやりよりよい治療を提供しようとする内的な態度とでも呼べるものが重要になってくる。

このことを前提とした上で、次にうつ病の精神療法の代表的なものについて次に概説する。

## 1. 精神療法の実際

### 1) 認知療法

認知療法は最も広くその効果が研究されている精神療法であるが、これは人間の情緒が認知のあり方によって大きく影響を受けることから、認知のあり方に働きかけて認知の偏りを修正し、問題への対象能力を高め、情緒状態を改善させることを目的とした短期の構造化された精神療法である。認知療法の創始者のアーロン・ベックは、抑うつ状態と歪曲された認知過程/思考過程、特にうつ病に特徴的な否定的認知の3徴候 negative cognitive triad と彼が呼ぶ自己、世界、将来の3領域における悲観的な考えとの関係に注目し、その悲観的認知を修正することによって抑うつ気分が改善することを実証した。

こうした思考/認知過程の歪曲を認知療法では、表層の自動思考 automatic thought と深層の仮定 assumption もしくはスキーマ schema という2つのレベルに分けて考えている。自動思考とは、ある状況で自然にそして自動的に沸き起こってくる思考およびイメージをさし、その時々感情を規定する。一方、スキーマは、その人の基本的な人生観や人間観であり、心の底に気づかれぬままより深層に存在している個人的な確信である。こうした自動思考やスキーマは私たちの瞬間的な判断を助ける適応的な働きをしているが、なんらかの要因でそのバランスが崩れるとそれに関連した非適応的なスキーマが賦活化さ

れ、その影響で極端な認知の歪みが生じてきて、思考や行動、感情、身体各領域に問題が生じてくる。

こうした思考 感情 行動 身体各領域に生じる問題を解決するために、認知療法では思考（認知）に焦点を当て、否定的な自動思考やイメージを明らかにして認知の歪みを修正しながら、より柔軟性のある適応的な形に修正していくようにする。なお、認知の修正には、5つのコラム法と呼ばれる方法を用いて精神的に動揺した場面、そのときの感情とそれに関係した思考やイメージ、より適応的な代替りの思考、などを書き出すようにする。また、患者個人に特徴的な思考パターンに気づき修正できるようにするために患者が日常生活で行うことができるホームワークを課すことも重要である。このような現実での認知の修正には行動療法技法が多く使われることから、こうしたアプローチを認知行動療法と呼ぶことも多い。

認知療法の治療効果に関しては、対照群を設定した実証的研究が数多く行われ、薬物療法に匹敵するほどの効果があるとされており、特に軽度のうつ症状に対しては薬物療法を上回る効果を報告している研究もある。

## 2) 対人関係療法

対人関係療法は、対人問題がうつ病性障害の発症と進行に関与するという理解のもとに抑うつ症状と現在の対人関係の問題に焦点を当ててその問題を解決し治療することを目的としたものである。治療では、患者と「重要な他者（家族・恋人・親友など、その人の情緒にもっとも大きな影響を与える他者）との関係に注目し、患者が直面している現実の人間関係の問題に焦点を当て、最も影響が現れている領域を明らかにする。なかでも、悲哀 grief、対人関係上の役割をめぐる不和 interpersonal role dispute、役割の変化 role transition、対人関係の欠如 interpersonal deficit の

4つはとくに重要視されている問題領域であり、精神療法の過程ではその中から1つか2つの問題領域を選択して問題を解決していくようにする。

対人関係療法は、認知療法や薬物療法に匹敵する効果が報告されており、前述したNIMHの精神療法効果研究によれば、とくに重症のうつ病に対して認知療法以上に効果的であり、薬物療法と同程度の効果が認められている。また、最近の研究ではHIV陽性者のうつ病に対しても効果的であることがわかっている。なお、強迫的なパーソナリティの偏りのある患者や単身者に対しては認知療法よりも効果的であるとされている。

## 3) その他の精神療法

認知療法や認知行動療法、対人関係以外にも、多くの精神療法がうつ病の治療で用いられている。たとえば、行動療法としては、活動計画、自己コントロールの獲得、社会技能訓練、問題解決法があり、メタ分析によればウェイトニング・リストで精神療法が行われていない場合よりは効果的であるし、薬物療法や認知療法に匹敵する効果が認められたという報告もある。また、思春期の患者の場合には、親が参加している場合のほうが効果的とされている。この他にも、精神力動的精神療法、夫婦療法や家族療法、支持的な集団療法なども症例によっては効果が認められる。

## おわりに：一般臨床への応用

精神療法はともすれば時間をかけた面接のみが想像され、忙しい外来診療の中では難しいと考えられがちである。しかし、本稿で述べたような認知や対人関係に焦点を当てることによって、短時間に問題を明確化し解決の手助けをすることが可能であると筆者は考えている<sup>5)</sup>。さらに、外来診療における薬物療法や精神療法などの心理的アプローチに地域

介入<sup>7)</sup>などの社会的アプローチを併用することによって、幅の広い効率的な治療を提供することが可能になると考えられる。

本論文の一部は、平成 17 年度厚生科学研究費こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」の成果に基づいて書かれている。

#### 〔文献〕

- 1) American Psychiatric Association : Practice guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder( revision ). *Am J Psychiatry* 157( 4, Supple ) 2000
- 2) Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, *et al* : *Cognitive Therapy of depression*. 1979, New York : Guilford Press.

(坂野雄二監訳『うつ病の認知療法』,岩崎学術出版社)

- 3) Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, *et al* : *Interpersonal Psychotherapy of Depression*, Basic Books, New York, 1984(水島広子・嶋田 誠・大野 裕 訳: うつ病の対人関係療法, 岩崎学術出版社, 東京, 1997)
- 4) 水島広子: 対人関係療法(IPT). *精神療法* 1997: 23, 25-32,
- 5) Ono Y, Berger D : Zen and the art of practical psychotherapy : brief session cognitive therapy. *J Practical Psychiatry and Behavioral Health* 1995 : 1 : 203-214,
- 6) 大野 裕: 認知療法. *精神医学*, 1989. 31 : p. 794-805; 大野 裕, 認知障害とその治療 臨床(認知療法), *精神医学大系年刊版* 89. 1990, 中山書店
- 7) 大野 裕(主任研究者): 厚生科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「うつ状態のスクリーニングとその転機としての自殺の予防システム構築に関する研究」報告書, 2001