

付録2 うつ病の精神療法

I. はじめに

うつ病の治療は抗うつ薬を中心とした薬物療法が一般的であるが、エビデンスに基づいて作成された米国精神医学会のガイドライン(1)によれば、軽度から中等度のうつ病の治療では精神療法が中心となること、中等度から重度のうつ病の場合や、これまで単一の治療で部分的な効果しか得られなかった場合には薬物療法に精神療法を併用することが望ましいとしている。精神療法的アプローチは急性期でも回復期や維持期でも基本的な方針には大きい違いはないという。

とくに精神療法が中心になりうるのは軽度から中等度のうつ病の場合である。また、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、精神療法を積極的に行うことを考慮する。こうした精神医学的所見に加えて、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も精神療法を考慮する必要があるという。また、服薬遵守性に疑問がある場合には、薬物療法と精神療法の併用によって服薬遵守性を高めるようにすることが望ましいと考えられる。

個人を対象としたうつ病の精神療法としては、認知療法、対人関係療法、精神力動的短期精神療法、行動療法が知られている。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、これらの精神療法に対するうつ病患者の反応率はそれぞれ、47% (認知療法)、52% (対人関係療法)、35% (精神力動的短期精神療法)、55% (行動療法) という結果が得られている。このことからもうつ病の治療には認知療法ないしは認知・行動療法と対人関係療法がとくに有用であると考えられることができるが、これらの介入技法は地域介入プログラムでも役立つと考えられることから、ここで詳しく紹介することにする。

II. 認知療法 Cognitive Therapy (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)

認知療法 Cognitive Therapy とは、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という理解にもとづき、認知のあり方に働きかけることによって情緒状態を変化させることを目的とした短期の精神療法である。認知療法は、うつ病に対する精神療法として開発されたが、その後、神経症性障害、ストレス関連障害、精神病性障害、さらにはリエゾン・コンサルテーション領域などその適用範囲は広がりを見せている。また、リハビリテーション場面における気持ちのコントロールや、行動への働きかけの際にも有用なアプローチである。

認知療法の基本的な考えは、ものの考え方や受け取り方を変えることによって抑うつ感や不安感をやわらげようとするところにある。認知療法の近縁の治療法のひとつに、行動療法的技法を重視する認知行動療法があるが、認知療法は行動療法だけでなく、精神分析療法などの精神力動的な精神療法なども取り入れた統合的な精神療法である。

うつ病患者が悲観的な考え方をすることは臨床的によく知られた事実であったにもかかわらず、それが精神科治療で本格的に利用されるようになったのは、アーロン・ベックが抑うつ状態と歪曲された認知過程との関連、とくに彼が否定的認知の3徴と呼ぶ自己、世界、将来の3領域における悲観的な考えとの関連を明らかにしてからのことである。

人間は、自分が置かれている状況を絶えず主観的に判断し続けている。これは、半ば自動的にそして適応的に行われているが、強いストレスを受けるなど特別な状況下では非適応的な反応を示すようになってくる。そして、そのために抑うつ感や不安感が強まり、さらに認知の歪みを引き起こすことになる。

たとえば、自分の努力が報いられず大切なものを失ったと考えた場合には、気持ちが沈み込んでくる。そして気持ちが沈み込んだ結果、考え方や受け取り方がますます悲観的になり、行動が非適応的になり、それがまた気分に影響するという悪循環が生まれる。不安は、危険に直面しているという考えと、その危険に対処するだけの力が自分にはないという判断から生じてくる。他の人から不公平な扱いを受けたと判断すると、怒りを感じる。

こうした反応は現実に基づいている場合もあるが、かなり主観的に現実を歪曲している場合もある。そ

の思考／認知過程の歪曲は、大きく二つのレベルに分けて考えていく。それは、自動思考 **automatic thought** と、仮定 **assumption** もしくはスキーマ **schema** である。自動思考というのは、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である。つまり人は、意識する意識しないにかかわらず、その状況や自分の態度を自分なりに分類し、解釈し、評価し、意味付けしている。そして、それによって、その個人の行動的および情緒的反応が規定されてくる。

一方スキーマは、生得的要因と環境的要因の影響を受けながらそれまでに体験したことがらに基づいて形成された、心の底に気づかれないまま存在しているすぐれて個人的な確信である。そしてこれが、周囲からの情報を取捨選択する基準を提供する。「自分には力がない」と思っている人は他の人からの支えに敏感になるし、「自分は強い」と確信している人は危険に対する評価が甘くなる。「世の中は危険だ」と考えている人は危険の兆候を見逃さないようにしようとするし、「世の中の人みんな優しい」と信じている人は、他人の否定的な反応も肯定的に解釈しがちになる。「人から愛されなければ生きていく価値がない」と思うと愛に対して過敏になるし、「人から嫌われてもどうってことはない」と考えると人の反応に鈍感になる。

上述したような思考—感情—行動の悪循環を断ち切るためには認知過程の修正が必要になる。その認知過程の修正を、できるだけ短期で、しかも以下に述べるような構造化された形で行うのが認知療法である。症例によっては長期にわたることも少なくないが、いずれの場合も、精神療法の全体的な流れは「起承転結」の形で考えることができる。「起」の段階では、問題点を洗い出して治療方針を立てることが主要な課題になる。次の「承」の段階では、自動思考に焦点をあて後述するような認知の歪みを修正していく。

① 根拠を探す（「そう考える根拠はどこにあるのか」）

まず第一に、気持ちが動揺したときに患者が考えていたことを少し丁寧に見返すようにすすめる。そして、「いったい何を根拠に自分はこのように考えたんだろう」、「それを裏付ける事実にはどのようなものがあるんだろうか」、「逆の事実はないものだろうか」と心に問いかけてみて、そのように考える根拠を探してみるのである。そうすれば、考えが少しずつ現実的なものになり、視野が広がってくる。

② 結果について考える（「だからどうなるというんだ」）

しかし、どうしても自分の判断が正しいように思えるときがある。その場合には、結果について再検討する。「それが本当だとして、どんなひどいことが起こるんだろう」「それはどの程度重要なんだろう」「違った行動をすれば、何か困ったことが起きるんだろうか」と、考えてみるのである。客観的に考えることで対処法を見つけだすようにするのである。

③ 代わりの考えを探す（「別の考え方はないものだろうか」）

そして、最後に、いままでの硬直化した考えから解放されて、現実的で柔軟な考え方を見つけだすようにする。そのときには「五つのコラム法」が役に立つ。それは、紙に線を引いて五分割にし、第一のコラムにその場の状況を、第二のコラムにそのときの感情や気持ちを、第三のコラムにそのとき瞬間的に浮かんで来た考えを、第四のコラムにはその自動思考に代わる考えを、第五のコラムには考えを変えて気持ちがどのように変化したかを書き込んでみて、ものの見方や考え方をより現実的なものに変えていくようにする。

最後になるが、一般的にはこうした精神療法的アプローチだけでなく、薬物療法も同時に行う方が望ましい。なお、薬物療法に導入する際にもうつ病患者は、「こんなやり方で治るはずがない」、「薬は効かないに決まっている」など、治療に関してもゆがんだ認知をしていることが多いことから、薬物療法などの治療に関する悲観的な認知を修正して治療順守性を高めるためにも認知療法は有効であると考えられている。

そして、「転」の段階では、より心の奥底にあるスキーマに焦点を当て、「結」の段階で治療終結に向けて進んで行くことになる。もっとも、実際の治療では、「起承転結」ときれいに分けられることはまれで、それぞれに重複しながら進んでいくものである。

なお、一回の面接の中でも、こうした起承転結の流れを頭において話を進めて行くのがよい。このとき、セッションで話し合う話題が拡散するのはできるだけ避けるようにして、一つか二つの話題について集中的、多面的に話し合った方がよい。また、認知療法ではセッションとセッションの間に患者が行動し体験

することを重視するので、面接の終わりにはその回に話し合われたことを生かすようなホームワークを出すこともある。

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80以上行われている。その結果、認知療法は薬物療法に匹敵するほどの効果があり、とく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。また、回避性人格障害などのパーソナリティの偏りを伴ううつ病にも認知療法は効果的であるとされている。しかし、米国精神保健研究所(NIMH)が実施した大規模な効果比較研究によれば、重篤なうつ病に対しては、イミプラミンと臨床マネジメントお併用療法、および対人関係療法の方が、認知療法よりも効果的であるという結果が得られている。この他にも、失業者、男性、非機能的態度、および睡眠脳波の異常、視床下部下垂体-副腎皮質機能の障害、T4上昇などの異常検査所見などが認められる場合には、認知療法の効果が現れにくいとされている。

Ⅲ. 対人関係療法(10、11、12、13)

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。実際の治療にあたっては、「原因」は詮索せず、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これら4つのうち1つか2つを選択して問題の解決を図ることになる。

悲哀は、対象喪失後の悲哀の仕事をうまく進めることができなかつた場合に治療の対象になる。私たちは、自分にとって重要な意味を持つ人と別れたり価値のあるものを失ったりしたときには否認→絶望→脱愛着のプロセスを通して喪失体験を克服するが、それが進まなくなると異常な悲哀となって、抑うつ症状が現れる。別れた人やなくしたものの価値を過剰に高く評価したり、逆に低く評価したりしていることもある。そうしたときには、対象喪失が起きた前後の気持ちを思いだして整理することによって別れた人との関係をもう一度自分の体験の中に位置づけなおし、新しい人間関係を築いたり活動を始めたりするようにする。つまり、別れた人を良いところも良くないところもあるひとりの人間として経験の中に位置づけられるようにすることが大切となる。

対人関係上の役割をめぐる不和は、人間関係の中でお互いに期待する役割にずれがあるために問題が生じ、解決できなくなっている状態である。そうした不和はその程度に応じて、①お互いのずれに気づいて積極的に解決しようとしている「再交渉」の段階、②ずれを解消しようと努力するのをあきらめてお互いに沈黙してしまっている「行き詰まり」の段階、③不和が取り返しのつかないところまできている「離別」の段階、の3段階に分けて、段階に応じた治療を行うことになる。つまり、再交渉の段階では関係者たちの気持ちを落ち着かせて問題解決が促進するように援助し、行き詰まりの段階では食い違いをはっきりさせながら再交渉が可能な状態にするようにする。また、離別の段階では適切な別れができるように喪の作業を進めるように手助けすることが重要になる。

役割の変化は、妊娠・出産などのように生物学的な形で役割の変化が起きた場合にも、入学・卒業・就職・退職・結婚・離婚などのように社会的な形で役割の変化が起きた場合にも問題領域として治療の対象になりうる。その場合の治療戦略は、古い役割と新しい役割のそれぞれについて良い面と悪い面も含めたバランスの良い見方ができるようにすることが中心になる。

対人関係の欠如は、満足できる対人関係を患者が持てなかつたり、すぐに人間関係が破綻してしまつたりしている場合に問題領域として選ばれる。この対人関係の欠如の問題が中心を占めている患者の治療は難しく、対人関係療法では、その問題を解決するというよりはむしろ人間関係を持つところまでを治療の目標とする方が妥当であると考えられる。その際には、過去の重要な人間関係や現在の治療関係の中で患者の特徴的な人間関係パターンを明らかにして改善していくことになる。

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。

IV. 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リング・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方が効果的とされている。

精神力動的精神療法は、寝椅子を使って毎日分析を行う精神分析療法やそれに準じた形で対面法を用いた週2、3回の精神分析的な精神療法に代表される無意識の葛藤の解決を目的とした療法で、患者と治療者の転移と逆転移の解釈を中心に治療が進められる。精神力動的な精神療法は一般に長期にわたることが多く、それもあってうつ病に対する効果研究がほとんど行われておらず、その有効性を論じることはできない。なお、問題の焦点を絞った短期の精神力動的な精神療法に関する研究はいくつか行われており、ウェイトリング・リストで待っている患者群よりは改善しているが、その程度は他の精神療法に比べると少ないと考えられている。

夫婦関係や家族関係の問題はうつ病の誘因になるだけでなく、症状の持続因子ともなりうる。また、うつ病の結果として、家庭内の人間関係が不安定になることも少なくない。夫婦療法や家族療法は、そうした家庭内の問題を解決する目的で行われるが、家庭内の問題が明らかに存在している場合には効果的であるとされている。

うつ病の集団療法に関するデータは少ないが、支持的な集団療法は有用であると報告されている。とくに、HIV陽性者や慢性疾患患者、近親者の死によって抑うつ的になっている人には有用であるとされている。また、対照群を設定した研究ではないが、支持的なグループは服薬維持にも有効であるようである。なお、うつ病の集団療法は、非専門家よりも専門家が中心に行った方が効果的であると報告されている。

V. おわりに

最後になるが、認知療法のような問題解決指向的な精神療法では、良好な治療関係を維持することがとくに重要になる。そして、患者を暖かく受け入れると同時に、患者の考えや思いこみを治療者と患者が一緒になって「科学者」のように検証していく協同的実証主義と呼ばれる関係を強調する。患者は、「今度の失敗は致命的だ」「友達は自分のことを疎ましく思っているにちがいない」といった極端な考えに支配されている。そうした考えの妥当性を、治療内外での患者の体験を通して一緒に検証し直すのである。そのときに治療者は、ソクラテス的質問と呼ばれるような、患者が自分で答えを見つけだしていけるような形の質問をしていく。そのためには、患者が自分の意見を表現しやすい雰囲気を作り出すように配慮することも大切である。治療者の言葉、態度に対する患者の反応に気を配りながら、暖かい雰囲気の中で相互交流を促進するようにするのである。

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: Cognitive Therapy and Emotional Disorders. 1976, New York: International Universities Press. (大野裕監訳『認知療法—新しい精神療法の発展』、岩崎学術出版社)
- 3) 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)

4) 柏木信秀、高橋徹、井上和臣：うつ病治療における認知療法、薬物療法、併用療法の効果比較—医療判断学的研究、精神医学 2000; 42: 281-289

5) 大野裕, 認知療法. 精神医学, 1989; 31: 794-805

6) 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 精神科一般臨床における認知療法的アプローチの総合的実践—統合的短時間認知療法. 認知療法ハンドブック, 大野 裕、小谷津 孝明 (編). 1996, p. 247-281. 星和書店

8) Ono Y and Berger D: Zen and the Art of the Practical Psychotherapy. J Practical Psychiatry and Behavioral Health 1995; 1: 203-214

9) 大野裕：「うつ」を治す、PHP新書、2000

10) 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)

11) 水島広子：対人関係療法(IPT).精神療法 1997; 23(1): 25-32

12) 水島広子：対人関係療法.心療内科 1999; 3: 112-116

13) 水島広子：「やせ願望」の精神病理」、PHP新書、2001