

MEDICAL PROFESSIONAL SUMMARY

精神療法の臨床思想と エビデンス・ベース

品川心療内科 院長・今 忠 先生のブログ「自由メモ5」より
— 医療者向け 構造化要約 —

対象

精神科医・心療内科医・心理士

出典

kontadashi05.sn0367129474.co
m

更新

2026年5月時点の論考要約

本要約は、著者の臨床的考察と、外部の検証済みエビデンスとを明示的に区別して提示する。

EVIDENCE

メタ分析・RCTで検証済み。
出典を末尾に明記。

AUTHOR HYPOTHESIS

著者の臨床的洞察。
体系的検証は限定的。

ESTABLISHED CONCEPT

学派・理論として既知。
効果量とは別議論。

臨床上の留意事項

- 本資料は教育目的の要約であり、診療指針を代替するものではない。
- 「温存的精神療法」は著者の造語的概念であり、確立された術語ではない。背景にある共通因子・関係性中心アプローチには相応のエビデンスがある。
- 中等症以上の大うつ病・双極性障害・統合失調症などには、ガイドライン準拠の薬物療法が第一選択であり、本論の射程外である。

AUTHOR HYP.

中心命題（著者の言葉）

「盆栽を見るように、人を見る。
枝はどちらに伸びるだろう？
この葉は、どんな形になるだろう？
— 内発の力と、まわりの環境を、
そっと感じ取ってみる。」

臨床的含意

Patient as bonsai：個別性・自然経過・環境因の重み付けを行い、
症状除去より「形の整い」を志向する観察姿勢。

著者の三項モデル：内発性／重力／日光

内なる治癒力 — 環境的支持 — 現実的制約 のバランス調整



内発の力

Self-healing capacity

patient's own resources, recovery trajectory



日光のかげん

Environmental support

social/relational support, therapeutic alliance



重力

Reality / constraints

biological substrate, life history, current realities

→ 統合的・力動的・心理生物社会モデル(BPS)に親和的だが、独自の臨床的言語化として位置付けられる。

AUTHOR HYP.

Preservation-oriented psychotherapy (著者造語)

操作的定義(著者)：侵襲・修正を最小化し、患者の自然回復力と発達文脈を温存しながら、対話・少量薬物・漢方・時間経過を組み合わせる治療姿勢。

外科における「臓器温存療法 (organ-sparing surgery)」のメタファーから命名されている。

Active modification ↔ Preservation : 臨床選択の対比

観点	Active modification	Preservation-oriented
介入志向	症状の早期除去・行動修正	症状の意味化・自然経過の観察
薬物使用	アルゴリズム準拠で増量・併用	最小有効量・漢方併用・離脱想定
時間軸	短期・成果指向	中長期・熟成指向
治療関係	技法の媒体	それ自体が治療因子 (IPT・関係療法)
主たる適応	中等症以上のうつ・不安、急性期	軽症～中等症、慢性化、治療抵抗、サイコセラピー希望例

注：両者は二項対立ではなく、症例ごとのスペクトラム上の選択として記述される。

EVIDENCE

Wampold contextual model / common factors

著者の「対話を中心に据える」姿勢は、共通因子研究と整合的である。

精神療法の効果分散の帰属（メタ分析的推定）

治療同盟	≈ 7.5%	Horvath et al. 2011 (r=0.275, k=190)
セラピスト効果	≈ 5%	Wampold 2015; Baldwin & Imel 2013
期待・プラセボ	≈ 4%	Constantino et al. (期待効果)
技法特異的因子	≈ 1%	Wampold 2015 (extra-therapeutic factors除く)

臨床的含意

- 技法（CBT・IPT・力動 等）の差は小さく、共通因子の説明力が大きい（Wampold 2015）。
- 治療同盟（working alliance）はNorcross & Lambert 2019で「実証的に効果あり（demonstrably effective）」と評価。
- 「庭師としての治療者」「対話中心」という著者の姿勢は、共通因子優位という知見と矛盾しない。
- ただし共通因子の重視は技法軽視を意味しない。技法はalliance形成と期待設定の足場である。

EVIDENCE

Interpersonal Psychotherapy – 著者が頻繁に言及する技法

IPTの4つの問題領域 (Klerman & Weissman)



Grief

悲哀・喪失



Interpersonal disputes

対人関係上の
不和



Role transitions

役割の移行



Interpersonal deficits

対人関係の欠
如

メタ分析・主要RCTエビデンス

Cuijpers et al. 2011

Am J Psychiatry 168:581–592

うつ病へのIPTメタ分析 (k=38, N=4,356)
効果量 $d \approx 0.63$ (vs control)、再発予防にも有効。

Cuijpers et al. 2016

Am J Psychiatry 173:680–687

うつ病性障害への包括メタ分析 (k=90, N=11,434)
対照群比 $g \approx 0.60$ 。CBTと頭打ち効果同等。

Bolton et al. 2003

JAMA 289:3117–3124

ウガンダ・群IPTのクラスターRCT。
うつ症状罹患率 54.7% → 6.5% (介入群、6か月後も維持:
Bass 2006)。

CONCEPT

Multicultural counseling / cultural humility

理論的枠組み

Sue & Sue (Counseling the Culturally Diverse) :

クライアントの文化的アイデンティティに即した介入。

RESPECTfulモデル (Hays) :

宗教・経済・性的指向・心理的成熟・民族・年齢・トラウマ歴等の多軸評価。

Cultural humility (Tervalon & Murray-García 1998) :

「習得」より「継続的自己省察」を旨とする姿勢。

著者の立場

「ひとつの治療法では拾えない」——
患者ごとに、CBT/ACT/IPT/精神分析的/マインドフルネスを使い分け、患者の言語・物語に近い形で提示する。

日本臨床への適用ポイント

- 「治す／治る」の語法：能動形よりも自然回復のニュアンスが言語的に強い。
- 漢方・東洋の身体観の併用ニーズ。
- 「察する」コミュニケーション — 直接的介入よりも文脈的理解を要する局面。

CONCEPT

Karl Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie* (1913)

了解 (Verstehen)

Empathic understanding

意味連関による把握。

感情・動機・物語を内側から追体験的に理解。

例：

「失職→絶望→自殺念慮」の意味的連結

説明 (Erklären)

Causal explanation

因果連関による把握。

生物学的機序・環境刺激の作用として外側から記述。

例：

セロトニン低下→気分症状、HPA軸亢進

臨床的含意

著者の臨床は両者の往還を要請する：診断（説明）と治療関係（了解）の二焦点性は、現代精神医学のBPSモデルとも整合する。

薬物療法は説明、対話・物語化は了解の領域に属する作業である。

AUTHOR HYP.

Spontaneous remission ・ 記憶再固定化との接続

「すべての傷を分析しなくてもよい。結局、ひとは自分で立ち直るのだと認め、その間お薬と対話で支え、流れていく時間そのものを信じる。」（著者要約）

EVIDENCE

自然軽快 (spontaneous remission)

うつ病の自然軽快率は対照群でも1年で約53%（Whiteford et al. 2013, Psychol Med）。

EVIDENCE

記憶再固定化 (reconsolidation)

Nader et al. 2000；想起→再固定化窓の存在。EMDR・物語療法の機序仮説の一部を形成。

AUTHOR HYP.

時間的距離化 (temporal distancing)

Bruehlman-Senecal & Ayduk 2015：将来視点の取り入れが反芻を緩和（小～中効果量）。

EVIDENCE

Expressive writing / narrative therapy

Pennebaker パラダイム

Pennebaker & Beall 1986
J Abnorm Psychol 95:274–281

- プロトコル：トラウマ的体験を15～20分間、4日連続で書く。
- 効果：身体症状受診・抑うつ症状の有意な低減（複数RCT）。
- メタ分析（Frattaroli 2006, Psychol Bull）： $r \approx 0.075 \sim 0.15$ （小効果量）。
- 効果機序：認知再構成・感情ラベリング・抑制の解除。

ナラティブ・アプローチ

White & Epston 1990
 外在化・再著述

- 問題の外在化：「私はうつである」→「うつが私を訪れる」。
- ユニークな結果（unique outcomes）の同定とドミナントストーリーの再著述。
- RCT水準のエビデンスは限定的だが、複数の準実験研究で抑うつ・トラウマ症状の改善を報告。
- 著者表現：「言葉にできた瞬間、距離がとれる」と一致する機序。

EVIDENCE

MBCT / MBSR – うつ再発予防

Kuyken et al. 2016 (JAMA Psychiatry) : 個別患者データメタ分析

k=9 RCT, N=1,258 (再発寛解期うつ)。MBCTは通常治療と比較して 60週時点の再発リスクを有意に低減 (HR 0.69, 95%CI 0.58–0.82)。

抗うつ薬維持療法と比較しても少なくとも同等。

臨床機序

- 脱中心化 (decentering) : 思考と自己の同一視を緩める。
- 反芻 (rumination) の遮断 : 自動的思考連鎖の中断。
- 受容 (acceptance) : 苦痛回避の二次反応の低減。

臨床上の注意点

- 急性期重症うつ・PTSDフラッシュバック例には慎重に。
- 解離傾向のある患者には接地 (grounding) を優先。
- Cebolla et al. 2017 : 副作用の体系報告 (不安増悪・解離様症状)。

CONCEPT

Author's stated practice + guideline alignment

薬剤クラス

著者の運用方針

エビデンス・ガイドライン

SSRI/SNRI

必要最小量で。導入時の不安・嘔気を丁寧の説明し継続性を確保。

中等症以上のうつで第一選択（NICE, APA）。軽症では精神療法と同等以下。

EVIDENCE

ベンゾジアゼピン

短期・限定使用。依存形成への警戒を著作中で明示。

長期使用は推奨されない（Lader 2011；NICE）。

EVIDENCE

漢方薬
(加味逍遙散・抑肝散等)

気・血・水のバランス調整として併用。心身一如の身体観と整合。

個別RCTあり（例：抑肝散の認知症BPSD）。一般化には更なる検証必要。

CONCEPT

気分安定薬・抗精神病薬

適応症例では原則通り使用。「温存」を理由に省略することはない。

双極性障害・統合失調症ではガイドライン準拠が標準。

EVIDENCE

CONCEPT

Safety-first decision rules

以下の状況では、「待つ」「温存」よりもガイドライン準拠の積極的介入が優先される。

自殺念慮・自傷リスク

C-SSRSや自殺企図歴で評価。
入院・薬物・連携の閾値を下げる。

精神病症状

幻覚妄想・現実検討の障害。
抗精神病薬とアセスメントが先行。

重症大うつ・双極性

メランコリア・双極性うつ。
ガイドライン薬物療法 + ECT考慮。

急性ストレス・PTSD急性期

「沈黙して書く」は禁忌になり得る。
安定化が第一。

依存・摂食障害

行動化が先行する病態。
専門治療プログラムを優先。

器質性・身体疾患鑑別未了

甲状腺・電解質・薬剤性などを除外し
てから精神療法的介入へ。

1

中核命題は概ねエビデンスと整合する

対話・関係性・期待・時間を治療の主軸とする姿勢は、Wampold以降の共通因子研究および各種精神療法のメタ分析（Cuijpers系）と矛盾しない。

2

「温存的」概念は造語であり、用法に注意

教科書的標準術語ではない。患者・他職種への説明では「個別性重視・段階的介入」など、より共有されやすい言語化と併用するのが安全。

3

適応の限定を明示することが重要

重症例・自殺リスク・精神病症状・身体疾患未除外例には、ガイドライン準拠の介入が先行する。「温存」は軽～中等症の慢性期や治療希望例で意義が大きい。

1. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, et al. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2011;168(6):581-592.
2. Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, et al. Interpersonal psychotherapy for mental health problems: a comprehensive meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2016;173(7):680-687.
3. Bolton P, Bass J, Neugebauer R, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;289(23):3117-3124.
4. Bass J, Neugebauer R, Clougherty KF, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: 6-month outcomes. *Br J Psychiatry*. 2006;188:567-573.
5. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*. 2015;14(3):270-277.
6. Norcross JC, Lambert MJ. Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*. 2018;55(4):303-315.
7. Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*. 2011;48(1):9-16.
8. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, et al. Efficacy of MBCT in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(6):565-574.
9. Pennebaker JW, Beall SK. Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *J Abnorm Psychol*. 1986;95(3):274-281.
10. Frattaroli J. Experimental disclosure and its moderators: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2006;132(6):823-865.
11. Whiteford HA, Harris MG, McKeon G, et al. Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2013;43(8):1569-1585.
12. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. 1913. (西丸四方訳『精神病理学総論』)
13. Sue DW, Sue D. *Counseling the Culturally Diverse: Theory and Practice*. 8th ed. Wiley; 2019.
14. Tervalon M, Murray-García J. Cultural humility versus cultural competence. *J Health Care Poor Underserved*. 1998;9(2):117-125.
15. 出典ブログ：今 忠『品川心療内科 自由メモ5』<https://kontadashi05.sn0367129474.com/>