

丹野義彦（東京大学 総合文化研究科）

認知行動療法への3つの誤解 ーエビデンスをあげて反論するー

2014年3月23日

日本でも最近、臨床心理士の間に認知行動療法が普及してきたが、まだいろいろな誤解が見られる。ここでは、そうした誤解を3つあげ、それに対して、科学的エビデンスをあげて反論してみたい。ここで取りあげる誤解は以下の3つである。

誤解1. 「認知行動療法は医師がおこなうものであり、臨床心理士とは無関係である」

誤解2. 「認知行動療法のような技法よりも、治療同盟のような共通要因のほうが大切である」

誤解3. 「認知行動療法は西洋の発想であるので、日本では通用しない」

1. 「認知行動療法は医師がおこなうものであり、臨床心理士とは無関係である」という誤解への反論

1-1. こうした誤解を生む背景

「認知行動療法は医師がおこなうものであり、臨床心理士とは無関係である」という誤解を生む背景には、歴史的背景がある。

心理療法の歴史を辿ると、1900年頃にフロイトが精神分析療法を確立し、1960年代にロジャースのクライエント中心療法が一世を風靡した。1980年代には認知行動療法がさかんになった。日本には、これまで精神分析療法とクライエント中心療法が輸入され、現在の臨床心理学の中心をなしているが、新しい認知行動療法の導入は遅れた。

日本に認知行動療法を導入したのが大野裕氏や井上和臣氏といった精神科医だったため、また、創始者のベックが精神科医であったため、日本の臨床心理士にとって、「認知行動療法は医師がおこなうもの」という誤解が生じたかもしれない。

しかし、世界的にみると、認知行動療法は臨床心理士と医師が共同して開発したものである。ベックが活躍したペンシルバニア大学には、多くの臨床心理学者がいて、認知療法の理論や技法を共同して開発した。また、イギリスでは、クラークやサルコフスキスといった臨床心理学者が不安障害への認知行動療法を確立した。アメリカ認知行動療法学会やイギリス

認知行動療法学会をみると、会員の大多数は臨床心理士が占めている。日本認知療法学会や日本認知・行動療法学会でも同じような状況である。認知行動療法の成立の歴史的経緯については、拙著『認知行動アプローチと臨床心理学』（金剛出版）を参照いただきたい。

もうひとつ、「認知行動療法は医師がおこなうものである」という誤解の背景にあるのは、医療保険の診療報酬である。2010年から、うつ病に対する認知行動療法に診療報酬がつくようになった。30分を超えた場合420点が請求できる。ただし、「医師が実施した場合のみ」という制限があり、臨床心理士が実施しても点数にならない。だから、臨床心理士の間でも認知行動療法に対する関心がわかないのかもしれない。

なぜ臨床心理士が実施しても保険点数がつかないかというと、その理由は、第1に、臨床心理士が国家資格でなく、民間資格であるため、公的な保険適用が難しいこと、第2に、臨床心理士の間にまだ認知行動療法がそれほど普及していないこと、などがあげられる。

しかし、現実の問題として、多くの患者を診療し多忙な医師が、長時間の心理療法をおこなう余裕はない。うつ病で悩む多くの患者に認知行動療法を実施するためには、臨床心理士が認知行動療法を実施する必要がある。

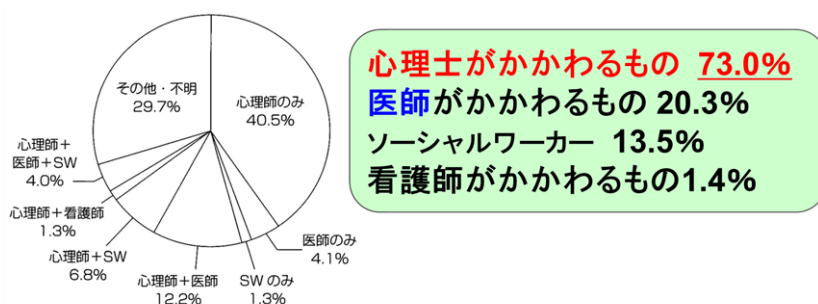
そこで、臨床心理士がおこなう認知行動療法の効果を調べ、臨床心理士がおこなう認知行動療法には確かな治療効果があることを見いだした（丹野ら，2011）。以下、この論文を紹介したい。それによって、「認知行動療法は医師がおこなうものであり、臨床心理士とは無関係である」という誤解に対して反論したい。

出典：丹野義彦・奥村泰之・上野真弓・高野慶輔・星野貴俊・飯島雄大・小林正法・林明明・磯村昇太『心理師が実施するうつ病への認知行動療法は効果があるかー系統的文献レビューによるメタ分析』認知療法研究，4，8-15. 2011.

1－2．臨床心理士は認知行動療法を実施しているか

この論文では、うつ病に対する認知行動療法の効果研究74本を調べた。
どの職種が認知行動療法を実施しているかを調べると、下図のようになった。

どの職種が認知療法をおこなっているか



**認知療法の効果研究の4分の3は
心理士が実施。認知療法の実証
は心理士によって支えられている**

73.0%の研究では、心理士（臨床心理士）が実施していた。心理士のみが認知行動療法を実施した研究は全体の40.5%であり、医師のみが認知行動療法を実施した研究は4.1%であった。ここでいう「心理士」とは、免許を持つ臨床心理士だけでなく、心理学の博士修了のインターン生、心理学の博士課程・修士課程の学生なども含まれている。

医師のみが実施している論文は3本（4.1%）であった。そのすべては精神科医であった。ソーシャルワーカーのみが実施しているものは1本（1.3%）であった。

また、いくつかの職種の共同で実施されていたものも多かった。図に示すように、臨床心理士と医師の共同は9本（12.2%）であり、臨床心理士とソーシャルワーカーの共同が5本（6.8%）、臨床心理士と看護師の共同が1本（1.3%）、臨床心理士と医師とソーシャルワーカーの共同が3本（4.0%）であった。

各職種が認知行動療法を実施した論文数を調べると、全74本のうち、臨床心理士がかかわっていることが明確であった論文は54本（73.0%）、医師がかかわっているものは15本（20.3%）、ソーシャルワーカーがかかわっているものは10本（13.5%）、看護師がかかわっているものは1本（1.4%）であった。このように、効果研究の4分の3の論文では、臨床心理士が認知行動療法を実施していた。うつ病に対する認知行動療法の効果は実証されていると言ってよいが、その実証の多くの部分は臨床心理士によって支えられているわけである。

こうした分析からわかるように、「認知行動療法は医師がおこなうものであり、臨床心理士とは無関係である」という見解は誤解である。

ただし、ここで調べた74本の効果研究は、アメリカ合衆国、イギリス、カナダ、オーストラリアといった英語圏がほとんどであり、日本の研究はなかった。今後、日本でも認知行動療法のできる臨床心理士を育てていくことが課題である。

1－3：臨床心理士が実施した認知行動療法は効果があるか：治療前後を比較した効果量

それでは、臨床心理士が実施した認知行動療法には果たして効果はあるのだろうか。

臨床心理士のみによって認知行動療法が実施された論文について、効果量を算出した。まず、認知行動療法を実施する前から後にかけての効果量としてGlassのdを算出した。効果量は、その治療法の効果の大きさをあらわす指標である。ここでは、dがプラスの大きい値であるほど、症状がより改善されることを示している。

その結果、14個の効果量dが算出でき、その値は0.66～3.29の範囲であった。全体の重み付け平均はd=1.45であった。一般に、dの値が0.8以上の場合は効果が大きいとされており、1.45は十分大きな値であると言える。

ここから、臨床心理士がおこなううつ病への認知行動療法には大きな効果があると結論できる。

ちなみに、医師のみによって認知行動療法が実施された3本の研究のうち、効果量を算出できたのは1本だけであった。

1－4．臨床心理士が実施した認知行動療法は効果があるか：対照群と比較した効果量

次に、臨床心理士によるうつ病への認知行動療法が、待機対照群や他の治療法と比べて有効かどうかを調べた。各論文において、対照群として①待機対照群、②他の心理療法、③薬

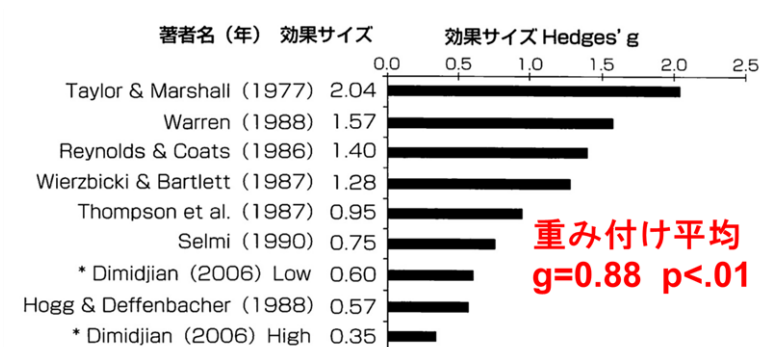
物療法を設けて、認知行動療法と比較している場合は、効果量としてHedgesのgを算出した。効果量gは、値がプラスの大きい値であるほど、認知行動療法の効果が高いことを示す。

1-4-1. 待機リスト群との比較

待機リスト群と比較すると、9個の効果量が算出できた。これを下図に示す。

心理士がおこなう認知療法に効果はあるか

1. 待機リスト群と比較した効果サイズ



心理士がおこなう認知療法は、待機リストよりも有意に大きな効果あり(p<0.01)

効果量の値は0.35～2.04の範囲であり、重み付け平均はg=0.88であった。

下の表に示すように、認知行動療法は、待機リストよりも有意に大きな効果があった (p<0.01)。

心理士がおこなう認知療法に効果はあるか

対照群	例数	効果サイズ Hedges' g
待機リスト	131	0.88**
他の心理療法	212	0.50*
薬物療法	100	-0.09

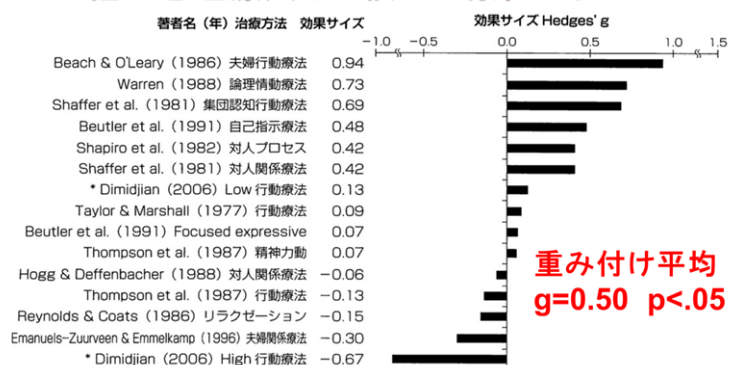
** p<0.01 * p<0.05

1-4-2. 他の心理療法との比較

認知行動療法と他の心理療法を比較した研究もある。15個の効果量が算出できた。対照群となったのは、精神力動療法、行動療法などさまざまな技法である。下図に示すように、効果量の値は-0.67～0.94の範囲であり、重み付け平均はg=0.50であった。上の表に示すように、認知行動療法は、他の心理療法よりも有意に大きな効果があった (p<0.05)。

心理士がおこなう認知療法に効果はあるか

2. 他の心理療法と比較した効果サイズ



心理士がおこなう認知療法は、他の心理療法よりも有意に大きな効果あり(p<0.05)

1-4-3. 薬物療法との比較

薬物療法群と比較すると、5個の効果量が算出できた。効果量の値は-0.77~0.94の範囲であり、重み付け平均はg=-0.09であった。効果量はマイナスの値をとるので、平均として、薬物療法より劣ることになるが、表に示すように、統計的な有意差は認められなかった。

なお、医師のみが認知行動療法を実施した研究で、対照群を設けていたのは、Vostanisら(1998) 1本だけであった。この研究では、通常治療群と比較した効果量はg=0.05であった。

1-5. 結論

以上をまとめると、臨床心理士がおこなう認知行動療法について、治療前後を比較した効果量を求めると1.45であり、大きな効果があった。また、対照群と比較して効果量を求めると、臨床心理士が実施した認知行動療法は、待機リスト (g=0.88) や他の心理療法 (g=0.50) より有意に効果が高かった。薬物療法と比較すると (g=-0.09) 有意差は認められなかった。

ここから、臨床心理士がおこなううつ病への認知行動療法には大きな効果があると結論できる。

「認知行動療法は医師がおこなうものであり、臨床心理士とは無関係である」という意見は誤りである。むしろ、「認知行動療法は医師だけがおこなうものである」という意見こそ、科学的エビデンスがない意見であるといえる。欧米でも、医師だけが認知行動療法をおこなった研究は少なく、医師と臨床心理士が合同で実施している研究がほとんどである。

ただし、ここで調べた74本の効果研究は、アメリカ合衆国、イギリス、カナダ、オーストラリアといった英語圏がほとんどであり、日本の研究はなかった。したがって、ここでの結論は、正確には、「英語圏では、臨床心理士がおこなううつ病への認知行動療法には大きな効果がある」とすべきである。

ここで紹介した論文は2011年のものだが、その後、2011以降になって、日本でも臨床心理士だけによる治療効果研究が多くおこなわれるようになり、日本でも臨床心理士が実施する認知行動療法の効果が確認された。これについては、本論の第3部『「認知行動療法は西洋の発想であるので、日本では通用しない」という誤解への反論』で述べることにする。

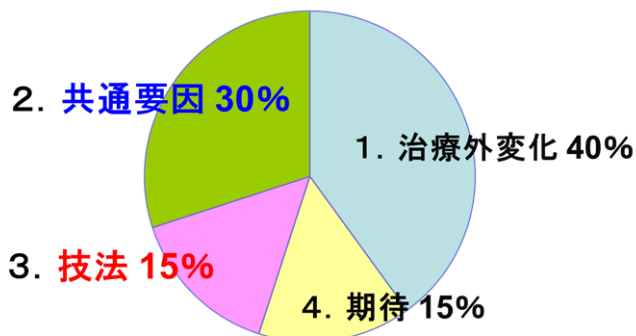
2. 「認知行動療法のような技法よりも、治療同盟のような共通要因のほうが大切である」という誤解への反論

2-1. こうした誤解を生む背景

「認知行動療法のような技法よりも、治療同盟のような共通要因のほうが大切である」という誤解のもとになっているのは、ランバートの論文（Lambert, 1992）である。

心理療法の「共通要因」というと、臨床心理学を学んだ人は、ランバート（Lambert, 1992）の「心理療法の効果の割合」というグラフを思い出すだろう。心理療法の効果全体を100%とすると、①治療外変化が40%、②共通要因が30%、③個別の技法が15%、④期待が15%であるとするものがある。

「心理療法の効果の割合」 Lambert (1992)



共通要因30%は、技法15%より大きい
⇒技法にこだわるより、共通要因（治療同盟）に力を入れた方がよい。しかし、これは本当だろうか？

出典：Lambert, M. (1992) Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectic Therapists.

Handbook of Psychotherapy Integration, (Eds) Goldfried, M. & Norcross, J., Basic Books, p. 94-129.

このグラフはよく引用される。このグラフを見ると、個別の技法は15%であり、共通要因30%の半分しかない。だから、「個別の技法にこだわるよりも、共通要因（治療同盟）に力を入れたほうがよい」というふうに主張されることもある。

しかし、私は新しい総説論文（丹野, 2014）において、このランバート論文を批判しつつ、われわれの調べたエビデンスから、こうした誤解への反論を述べた。以下、この論文を紹介したい。

出典：丹野義彦「心理療法の共通要因と認知療法ではどちらがうつ病に対して効果があるか：効果量の再分析」認知療法研究, 7, 1-5. 2014.

2-2. ランバートの「心理療法の効果の割合」への批判

ランバートの説は、科学的な根拠があるものとして引用されることがあるので、私はどのような根拠があるのかを調べたいと思った。20年以上前の古い本なので、なかなか手に入らなかったが、図書館で取り寄せて、やっと読むことができた。そしてとても驚いた。

まず、①治療外変化40%についていうと、これは自然回復率（spontaneous remission）の

ことを示すとしている。「自然回復率」とは、不安障害やうつ病などが、治療しなくても自然に良くなることであり、患者さん100人のうち、何人が自然回復するかというパーセンテージであらわされる。ランバートの論文では、過去の自然回復率の総説論文を引用して、自然回復率は研究によって18%~67%のばらつきがあるが、その中央値は43%だと述べる。ここからたぶん治療外変化は40%であるとしたようだ。

次に、②共通要因30%についていうと、セラピストとクライアントの「治療同盟」のことを指している。この論文では、「治療同盟」という変数が、治療効果の分散のうち何パーセントを説明するかについて調べている。治療同盟を扱った11本の実証研究を引用して、それを表にまとめている。「治療同盟」の変数と、治療効果の変数の相関係数を調べて、それを2乗した値が「分散説明率」である。その値を見ると、0%~51%とさまざまである。ここからなぜ30%という数字を出したのか、明確には書いていない。私が試しに、その表の単純平均を求めてみると23.4%であった。たぶんそのへんから30%としたのではないかと推測する。

おぼろげにでも数量的根拠が示されたのは、①と②だけである。しかし、この比較はあきらかにおかしい。①と②は次元が全く異なるからである。「自然回復率」というのは100人のうち何人が回復するかという「人数比」である。これに対して、「共通要因」は「分散説明率」であり、全分散のうち、その変数が何パーセントを説明するかという値である。したがって、①は「人数比」で、②は「分散の寄与率」です。人数比と分散寄与率という違う次元の値なのに、同じ次元のものとして、100%の円グラフに入れて書くというのは、非常に乱暴な話である。単位の次元がまったく違うわけである。例えば、100ドルと100円とを比べて200だとするようなものであり、科学的な推論とは思えない。この論文を今の専門誌に投稿したら、採択されることはないだろう。統計学の勉強を少しした人であれば、こんな乱暴な推論はしないはずである。

ランバートという人は、まともな心理学者であるから、こんな推論は論理的でないと自覚していたはずである。（実際に、ランバートの他の論文を見ると、統計的な知識は豊富であることがわかる。）だから、この論文（Lambert, 1992）では、ランバート自身が、このグラフの数字は「統計的な手法は使ったものではない。これらの数字は、やや厳密すぎるものであり、保証の限りではない」と明言している。

さらに驚くべきなのは、③個別の技法についてである。「個別の技法」とは、「特定の治療技法（たとえば、バイオフィードバック法、催眠法、系統的脱感作法など）に特異的な要因」だと書いてある。この変数が15%だとしているのだから、私はてっきりその根拠を出しているのだらうと思ったら、その根拠はまったく書かれていない。私は何日もかけて、何回も繰り返し読んで、15%という数字の根拠がないかと調べてみたのだが、一言も書かれていない。これを読まれた方は、ぜひその元論文を読んでみて確認いただきたい。（ちなみに、私の研究室のホームページで、ランバートの1992年の総説を抄訳し、その批判をまとめたので、参照いただきたい。）

このように、共通要因が30%で個別技法が15%とする根拠は、まったく示されていない。「個別の技法にこだわるよりも、共通要因（治療同盟）に力を入れたほうがよい」などという主張は、どこにも根拠がない。ここがこの論文で最も驚いた点である。

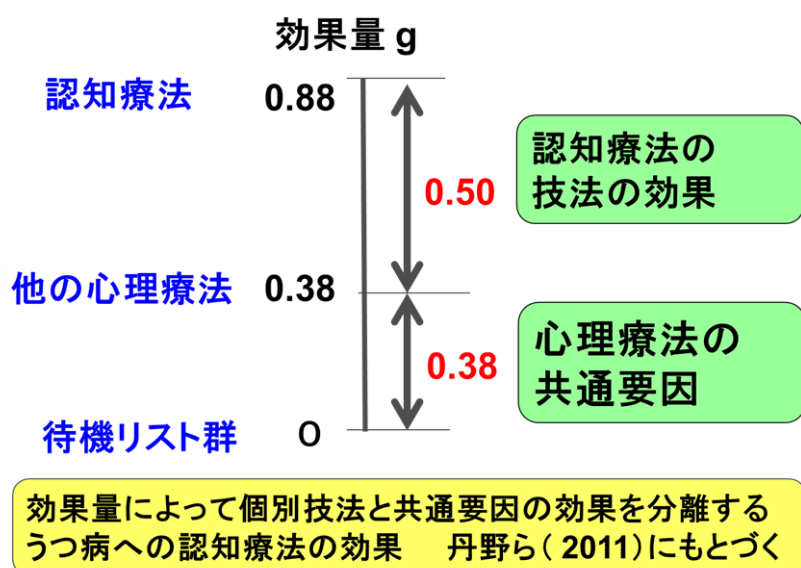
さらに、④期待とは「プラシーボ効果」のことだと書いてあるが、この根拠についてもまったく触れられていない。

結論として、ランバートの「心理療法の効果の割合」という図には、一部を除いて、ほとんど科学的な根拠がない。ここで提案したいことは、心理療法の効果の実証的研究としてランバートのグラフを無批判に引用しないということである。もし、引用する場合は、統計学的根拠のないイメージ図にすぎないことを明確にすべきである。

2-3. 「共通要因」と「個別技法」の効果量の分析

そこで、何か客観的な方法を用いて、個別技法と共通要因の効果を比べられないかと考えてみた。その元になったのは、本論の第1節で紹介したメタ分析である。

前述のように、臨床心理士によって認知療法が実施された論文について調べると、認知療法は、待機リスト群との間に $g=0.88$ の効果量があり、「他の心理療法群」との間に $g=0.50$ の効果量があった。「他の心理療法群」とは、認知療法の効果研究において「対照群」として設定された技法であり、さまざまな技法が含まれていた。この g の値を図にすると、次のようになる。

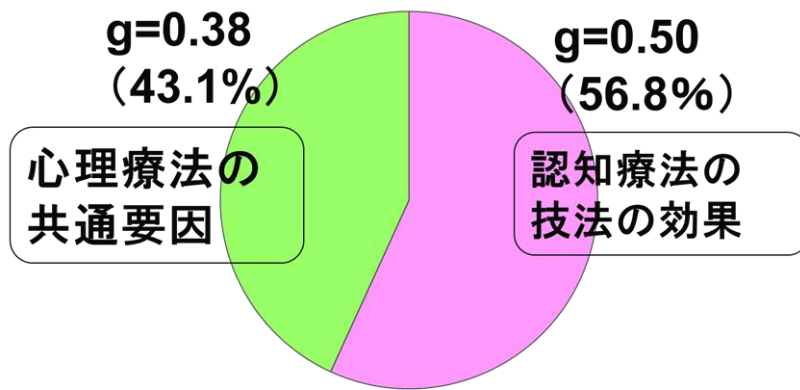


このグラフを見ていて、待機リスト群 $g=0.88$ と、他の心理療法 $g=0.50$ との差 $g=0.38$ はいったい何を意味するのか疑問に思った。

この差 $g=0.38$ は、待機リスト群より、他の心理療法がどれだけ効果があるかを示す数字ではないかと気がついた。つまり、これは心理療法一般の効果量、すなわち「心理療法の共通要因」の効果量と考えてもいいのではないか。こう考えると、心理療法の「共通要因」の効果量は $g=0.38$ であり、認知療法という「個別の技法」の効果量は $g=0.50$ となる。このように、効果量によって、「共通要因」と「個別技法」を分離できるのではないかと考えてみた。

その大きさを比べると、共通要因が $g=0.38$ で、個別の技法が 0.50 である。つまり、個別技法のほうが、共通要因よりも大きいのである。

先ほどのランバートは、共通要因は30%で、個別技法は15%としていたが、これとはまったく逆の関係にある。私の分析結果を円グラフで表してみますと次のグラフのようになる。明らかに技法の効果のほうが大きいと言える。



うつ病の認知療法においては、「技法の効果」のほうが「共通要因」よりも大きい 丹野ら(2011)にもとづく

2-5. 結論

以上のように、私たちの研究は、効果量という統計学的な根拠のある方法を用いて、うつ病に対して、認知療法という個別技法の効果が、心理療法の共通要因を上回ることを示した。

ランバートは「共通要因30%」より「個別技法15%」が大きいとしたが、これには全く統計学的根拠はなかった。これに対して、私たちの研究によると、うつ病に限定すれば、個別技法のほうが共通要因よりも大きい効果量がある。心理療法の共通要因はもちろん重要であるが、それ以上に、個別技法に力を入れたほうがよいのではないかという結論になる。うつ病について限定するならば、「認知行動療法のような技法よりも、治療同盟のような共通要因のほうが大切である」という考え方は、明らかに誤解である。

ただし、ランバートの論文と、私たちの研究にはいろいろな違いがあることを注意する必要がある。ランバートは心理療法全体の効果を論じているのに対し、私たちの研究は、うつ病という特定の対象に限定し、認知療法という特定の技法の効果を分析したので、心理療法全体について述べているわけではない。また、「共通要因」という用語についても、ランバートが治療同盟を重視するのに対し、私の研究では、認知療法以外の心理療法一般の効果量を表しており、共通要因の内容については触れていない。ランバート論文と直接の対比をすることは難しいかもしれないが、とはいえ、私たちの研究は、ランバートの一般論に対して、「反証」をあげたことにはなると思う。

3. 「認知行動療法は西洋の発想であるので、日本では通用しない」という誤解への反論

3-1. こうした誤解を生む背景

「認知行動療法は、西欧で生まれたので、西欧人には効果があるが、日本人には効果がない」という説を聞くことがある。

その根拠としてあげられるのは、西洋人は論理的思考が強いのに対して、日本人は情緒的な国民性なので、論理的思考の認知療法は日本人には向かない、といった文化相対主義的な考え方である。あるいは、西洋人は言語的な思考が強いのに対し、日本の文化は非言語的な思考が強い。だから、言語的な説得を主とする認知行動療法は、日本人には効果がない、といった考え方である。

しかし、このような言説に意味がないことは、日本の心理療法の歴史をみてもわかることである。というのは、精神分析療法にせよ、クライエント中心療法にせよ、もともとは西洋で生まれたものであり、それを日本人が輸入したのである。西洋で生まれた心理療法の技法が日本では効果がないという批判はそもそも成り立たない。とはいえ、歴史的な事情だけでは、心理療法の効果を直接知ることができない。そもそも精神分析療法やクライエント中心療法が日本人に対して効果があるという科学的エビデンスを見たことはない。どうしても、日本でおこなわれた認知行動療法のエビデンスを調べなければならない。前述の丹野ら（2011）のメタ分析では、日本国内でおこなわれた効果研究は見いだせなかった。

そこで、佐藤・丹野（2012）は、その後日本でおこなわれた治療効果研究について系統的レビューをおこない、その結果、認知行動療法には効果があることがわかった。つまり、上で述べたような説は根拠がないことが示された。以下、この論文を紹介しよう。

出典：佐藤寛・丹野義彦『日本における心理士によるうつ病に対する認知行動療法の系統的レビュー』行動療法研究, 38, 157-167, 2012

3-2. 日本でおこなわれたうつ病への認知行動療法は効果がある

佐藤・丹野（2012）は、日本で実施されたうつ病の認知行動療法の治療効果研究を検索した。その結果、12本の論文が見つかった。発表年は2008年～2012年であり、うち10本は2010年以降の新しいものであった。

治療前後の効果量としてCohenのdを算出した。抑うつ症状の自己評定尺度をもとに、効果量を算出した。それによると、Cohenのdは0.43～2.69の範囲にあった。全体の重みづけ平均はd=0.77であった。d=0.77という値は、中程度から大きい効果を示している。

また、抑うつ症状の臨床家評定尺度（Hamilton Rating Scale for Depression）をもとに効果量を算出した。それによると、Cohenのdは0.31～2.87の範囲であった。全体の重みづけ平均はd=1.35である。d=1.35という値は大きい効果を示している。

このように、日本においても、認知行動療法は抑うつ症状の改善に有効であることが自己評定尺度（d=0.78）と臨床家評定尺度（d=1.35）のいずれにおいても認められた。

前述のように、海外の研究では、治療前後における効果量（Glassのd）は、d=1.45であった（丹野ら，2011）。日本での値はこれに匹敵する。

3-3. 日本の認知行動療法の中心は心理士である

次に、12本の論文において、認知行動療法をおこなった職種を調べたところ、心理士が介入を担当した研究（91.7%）が最も多く、次いで医師（41.7%）、看護師（33.3%）、その他

(16.7%, 作業療法士, 精神保健福祉士, 保健師)の順であった。国内で蓄積されたエビデンスの多くの部分が心理士によって支えられてきたことがわかる。これは日本においてうつ病患者に認知行動療法を適用する際に心理士が多大な貢献を果たしてきたことを示す。

3-4. 結論

以上のように、日本で行われたうつ病への認知行動療法には中程度ないし大きな効果がある。上で述べた「認知行動療法は、西欧で生まれたので、西欧人には効果があるが、日本人には効果がない」という説は誤りである。

また、日本での認知行動療法を実施する上で、心理士が重要な役割を担っていることが示された。日本でも臨床心理士が積極的に認知行動療法をおこなうべきである。また、心理士による認知行動療法をうつ病の保険診療の対象とすることが急がれる。

ただし、12本のうち、10本は対照群を設定されない前後比較デザインに基づいており、ランダム化によらない対照群を用いた比較試験による研究は1本であり、無作為割付対照試験(RCT)による研究は1本にすぎなかった。今後、対照試験やRCTによる治療効果研究をおこなっていくことが必要であろう。

3-5. アジアにおける認知行動療法の普及

実際、認知行動療法は、西洋だけでなく、アジアにも着実に普及している。2006年に香港で開かれたアジア認知行動療法会議(ACBTC)は、2013年には第4回大会が東京で開かれ、アジアから多くの参加者があった。

私が印象的だったのは、2011年にトルコのイスタンブールで開かれた国際認知療法会議(ICCP)であった。この会議に出席してわかったことは、トルコやイランなどのイスラム教の国々でも、認知行動療法がさかんになっていることであった。2001年9月11日のアメリカ同時多発テロ以降、何となくアメリカや西欧の文化は、グローバリズムの産物として、イスラム圏から拒否されているのではないかと心配していた。アメリカやイギリスで発展した認知行動療法も、イスラム圏では受け入れられていないのではないかと思います。しかし、予想とは全く逆に、イスラム圏でも認知行動療法が受け入れられていた。

とくに目立ったのは、イランからの発表である。口頭発表とポスター発表の3分の1はイランからの発表である。テヘラン大学、テヘラン医科大学、アッラーメ・タバータバーイー大学、シャヘド大学、テヘラン精神医学研究所、マシャド大学、イスラミック・アザド大学など、多くの大学からの発表があった。

印象的だったのは、スカーフをした女性が多く参加して、発表したり、熱心に聞いていたことであった。

国際認知療法会議 ICCT 2011年 イスタンブール(トルコ)



大会のホームページより

「認知行動療法は、西洋で生まれたものなので、日本人には効果がない」という説は間違いであることを痛感した。認知行動療法は、良い意味のグローバル性をもつのではないかと思った。認知行動療法の普及は、世界の社会的地殻変動の結果なのであって、決して一時的な流行やバブルではない。