

認知行動療法の経験から

井上和臣

内海メンタルクリニック
認知療法研究所

はじめに

「治療のゆきづまり」について書き始めるや、「門」という言葉が脳裏をよぎった。

夏目漱石の小説「門」には、参禅が徒労に終わった主人公宗助が登場する。

彼は門を通る人ではなかった。また門を通らないで済む人でもなかった。要するに、彼は門の下に立ち竦んで、日の暮れるのを待つべき不幸な人であった。

拙稿では、「治療のゆきづまり」に直面した際の認知療法・認知行動療法（以下、認知行動

療法）の工夫を、とくに鑑別治療学の視点から述べようと思う。

鑑別診断学

治療に先行するのは、言うまでもなく、臨床診断である。

治療は診断と一組になっているものだから、治療のゆきづまりは鑑別診断をやり直し、診断の誤りを正すことを要求する。

最近の精神医学で例を挙げれば、反復性うつ病性障害と双極性感情障害（躁うつ病）の鑑別とか、神経症性障害における併存症の有無とか

である。古くは、身体的な基礎をもつ疾患（脳疾患や医薬原性疾患など）との鑑別や、前駆症段階での統合失調症の鑑別診断であろう。

選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）が不安にもうつにも適応があるように、認知行動療法の新たな動向として、不安とうつを区別しない、「診断を超えた統一治療」が提唱されているのは事実である。しかし、可能な限り鑑別診断はなされる必要がある。

鑑別治療学

精神医学領域における鑑別治療学は、主として精神科臨床での精神療法の選択にかかわるものである。表1に示したように、複数の観点から当該の患者に最適と思える治療を計画する。

「治療の場」には、外来治療、定時入院治療、終日入院治療がある。「治療の形態」としては、個人、家族・夫婦、集団がある。

「治療学派」は、①内的葛藤に関する理解を促す洞察的療法、②不適応行動を減じ適応行動を増加させる指示的療法、③治療的出会いを通じて自己実現に向かうことを重視する体験的療法に大別される（図1）。認知行動療法は、洞察的療法と指示的療法の境界にまたがっていると考えられる。

「治療の期間と頻度」には、危機介入に始まり、短期療法、時間制限療法、期間制限のない

長期の治療などがある。

「治療の併用」は、①精神療法と薬物療法の同時併用、②順を追っての薬物療法と精神療法の併用、③精神療法の併用がある。

「無治療」とは意外な印象を与えるが、今回の特別企画テーマである「治療のゆきづまり」との関連では無視できない選択肢であろう。一般には①陰性反応のおそれのある患者、②無反応のおそれのある患者、③自然治癒しそうな患者が対象となる。

「治療のゆきづまり」と治療の場

鑑別治療学にある外来治療、定時入院治療、終日入院治療は、それぞれ精神科診療所・クリニック、精神科デイケアやナイトケア施設、精

表1 精神科臨床での精神療法の選択 (文献2より筆者作成)

- ・治療の場
- ・治療の形態
- ・治療学派
- ・治療の期間と頻度
- ・治療の併用
- ・無治療

洞察的 ・精神分析 ・力動的精神療法 ・問題重点療法 ・認知行動療法	指示的 ・系統的脱感作法 ・正の強化 ・認知行動療法 ・問題解決法
体験的 ・クライアント中心療法 ・ゲシュタルト療法 ・心理劇	

図1 治療学派 (文献2より筆者作成)



写真1 有馬病院心療内科リワーク病棟「六甲」

精神科病院での治療に概ね対応すると思われる。

近年、うつ病などの気分(感情)障害のために休職中の人たちを対象に、職場復帰と再燃・再発防止を目的として、入院治療やデイケアを提供する医療機関がみられるようになった。

医療法人内海慈仁会の場合、二〇一一年秋に開設された有馬病院心療内科リワーク病棟「六甲」(写真1)と、二〇一二年春に診療を開始した内海メンタルクリニックの外来およびリワ

ークデイケアにおいて、気分(感情)障害の患者に対し、入院、外来、デイケアでの認知行動療法を切れ目なく一貫して提供することが可能である。

「治療のゆきづまり」の打開に治療の場の変更を含むことができるなら、治療者には朗報となるだろう。

症例・職場復帰に向けたうつ病の認知行動療法

外来における個人認知行動療法

症例は、数年前から休職を繰り返して、会社から長期で休むよう言われ、主治医の診療情報提供書をもって受診したうつ病の男性である。

リワークデイケアを勧めたが、これまでと同じように、二〜三カ月自宅で療養することを患者は希望した。主治医の意向も踏まえ、治療の場は外来、治療の形態は個人、治療学派は認知行動療法、治療の期間と頻度は一六週・週一回とし、治療の併用については薬物療法を主治医に委ねる形で治療を開始した。

仕事から離れたためか、睡眠・食欲は改善していた。しかし、仕事のことを考えまいとしても不安になり、外出しても人目を気にしがちだった。何よりも罪責感が著しかった。「すべて自分が悪い」といった、自己関係づけ (personalization) を特徴とする認知がみられた。

忙しく誤謬を許さない仕事に就いて以来、間

違うことがないよう完璧を求め、とことんやるタイプになったと患者は語った。人によく思われたく、人の顔色をみることが多いとも語った。うつ病関連の非機能的スキーマの存在が示唆された。

家庭での気分が安定し始めてから、職場を話題とした。復帰後の職場で予想される問題には、対人的な不安が契機となり、強迫的な完璧主義、優先順位の混乱などが重複して、作業効率の悪化、そして落胆に至る悪循環が関与していた。

ホームワークの思考記録からは、回避と先延ばしが明瞭だった。職場を話題にしたホームワークは患者の腰を重くさせた。

負を減らすことだけでなく、正を増やす工夫を提案した。患者は、抑うつのために想起できなかった職場でのよい出来事を複数列挙でき、達成感や感謝を述べた。ところが直後に肯定的側面の否認 (disqualifying the positive) がみられた。

会社の元上司に電話するという難題は診察室でなされた。「自分はどうでもいい存在だ」という認知が電話を先延ばしにさせていた。元上司は多忙で連絡できなかっただけだった。元上司と会い、安培したことがあった一方で、「お情けで復職させてもらっている」という負い目があることが明らかになった。気分の安定には職場関連の思考記録を書いていないことが役立

っているのかもしれない、そう患者は語った。罪責感をもちやすい状況について再帰属法を試みた。自己への原因帰属度がまだ高すぎたが、他の選択肢が考えられるようになっていった。

予定の個人認知行動療法は完了した。しかし、休職は延長となった。

デイケアにおける集団認知行動療法

三週間後、患者と主治医の了解を得て治療の場をリワークデイケアに移した。それは治療の形態を個人から集団に変更することでもあった。デイケア利用は三カ月、二一回に及んだ。

一二回目のデイケアで、患者は担当の看護師に復職の意思を報告した。デイケアを始める前に元上司と会って、復職時の選択肢(勤務地や勤務形態など)を聞いて気が楽になった、とも語った。

一四回目には参加したプログラムについて、患者はこう振り返った。

「他の人と接するのがよかった。心理教育もヒントがあった。模擬職場で共同してやれたのも楽しかった。コミュニケーションも勉強できた。しゃべるのが得意ではないので、デイケアに行かずに復職していたら、ぶつかってしまうこともあったと思う」

二〇回目の担当看護師との面接では、復職後のことも話題となった。

「以前休職した時より調子がいいと感じている。不安が出てくることもあるが、不安を流すこと、今考えないですむことは臨へおいておくことを練習したい。外来の認知行動療法と、デイケアでいろんな人とかかわれたことが大きかった。一人だけではここまでこられなかった」
BDII-II (ベック抑うつ質問票) は外来初診時二二点、デイケア開始時一〇点、一カ月後六點、終了時一二点であった。

入院治療の活用

デイケアでの集団認知行動療法を含むプログラムへの参加の他にも、「治療のゆきづまり」を乗り越える選択肢がある。入院治療である。

一見、入院から地域へ、という昨今の趨勢には逆行しているように思えるかもしれない。しかし、物理的に快適な環境における入院は、居ること (being) と為すこと (doing) を、一方に偏することなくバランスよく保障する治療の場となるだろう。適度な個別性を保つのに、ホテルに似た個室を準備しておくことは、入院当初はとりわけ有用である。集団への参加が自由であれば、患者は均質な病態の集団に守られながら治療を選択する主体となりうる。

精神科医から入院を勧められることは、患者のなかに多様な感情反応を生むだろう。しかし、病勢が進展して、入院がいわば最後の切り

札になるような形ではなく、比較的早期の段階での短期間の入院は推奨されてよいのではあるまいか。

たとえば、外来での個人認知行動療法が奏効したかみえたが、スキーマの修正が不十分であったためか、リハビリテーション出勤中や復職後に必要以上に仕事をかかえてしまい、過労の果てに再燃、そして再度の休職に至る例が少なくない。もちろん軽躁の関与が否定できない双極II型障害も含まれようが、単極うつ病でも病後の「借金返し」の機転による奔走と自己破産があるだろう。外来での個人認知行動療法のゆきづまりに直面した時、入院による集団認知行動療法を含む治療を勧めたいのは、こうした患者である。

表2にリワーク病棟「六甲」のプログラムを示した。有馬温泉での湯治やマインドフルネスは人気のプログラムである。集団認知行動療法や社会生活技能訓練は、リワークデイケアの雛型となったものである。認知リハ（認知リハビリテーション）は、傍目にはゲームに興じるだけにみえるが、職場での患者の感情・認知・行動特性を同定・修正するのに役立つだけでなく、認知行動療法の前段階としても有用である。

おわりに

外来での個人認知行動療法が所期の効果達成できず「治療のゆきづまり」に直面した時、

表2 リワーク病棟「六甲」プログラム

	月	火	水	木	金
A 10:00~ 11:30	写経	ヨガ	アニマルセラピー	音楽療法	DVD・料理
	認知リハ		認知リハ		認知リハ
B 14:00~ 15:20	湯治	自己分析	ディベートP	集団認知行動療法	社会生活技能訓練
	フリーP	フリーP	フリーP	フリーP	フリーP
C 15:30~ 16:15	生活デザイン	学習(不安、栄養、薬)	マインドフルネス	学習(認知行動療法等)	ミーティング
		キャリアカウンセリング			
	フリーP	フリーP	フリーP	フリーP	

* Pはプログラム

治療関係の再検討や治療技法の細やかな修正で対応することも可能であり、本特別企画が求めるものはそれであろう。しかし今回はあえて、治療の場の変換という形での効果増強の可能性を提案した。同時に、認知行動療法を個人から集団の形態に変更することが有益であろう。包括的な治療プログラムのなかに認知行動療法

法を一つの方法として位置づけ、複数の専門職が治療的関与を試みる。治療の場を外来だけにとどめず、入院施設やデイケアにまで拡大することは、治療者はもとより当事者・家族にとっても重要な選択肢となるであろう。もちろん物理的な病棟構造だけでなく、多職種チームが認知行動療法に通じ、認知行動的治療環境が醸成される必要があることも忘れてはなるまい。

【門】の宗助は、一九七〇年代のアメリカ映画「カッコーの巣の上で」の大男のように、門を越えていくことができるだろうか。

〔文 献〕

- デイビッド・H・パロウ、クリステン・K・エラード、クリストファー・P・フェアホルム他(伊藤正義、堀越勝訳)「不安とうつの統一プロトコル」診断を越えた認知行動療法ワークブック」診断と治療社、二〇一二年
 - A・フランシス、J・クラーク、S・ペリー(高石昇監訳)「精神科鑑別治療学―理論と実際」星和書店、一九八九年
 - 井上和臣、小谷友里、中澤千恵他「認知療法・認知行動療法の拡がり」外来治療から入院治療と復職デイ・ケアへ」『日本精神科病院協会雑誌』三二巻、二二〇一―二二五頁、二〇一二年
 - 夏目漱石「門」晋空文庫(Kindle版)
 - 芝伸太郎「うつを生きる」ちくま新書、二〇〇二年
- (いのうえ・かずおみ/精神医学)