

うつ病のころ——認知療法の視点から

井上 和 臣*

はじめに

「かの人はそのとき考えよう、『子どものことを思うと、わたしは心配でたまらない。子どもをもったとて、その子を失えば何になろう。いま、子どもたちを焼き殺してはならない』と。彼はそのとき手段を考える、『子どもたちは玩具に夢中になっている。』（中略）彼は子どもたちに言った、『坊やたち、お聴き。わたしは、いろんな種類の乗物をもっているんだよ。（中略）それらの車は、家の外にあるんだ。さあ、走って出てきて、それで遊びなさい。』（中略）子どもたちはこのような乗物のことを聴き、元気を出して急いで走り出てきた。みんなが戸外に出た途端に、子どもらは苦悩を免れることができた。』⁹⁾

今回の特集では、受診しないうつ病の人たちに向けてメッセージを送ることが求められている。小論は認知療法の視点からこれに答えようとするものである。

心の健康疫学調査

地域住民を対象とした調査⁷⁾によると、私たち

が一生涯においてうつ病を含む何らかの気分（感情）障害になる割合は、男性で5.4%、女性で11.8%である。しかし、そのうちで医療機関を受診するのは28.2%、カウンセラーや宗教家などに相談するのは13.4%に過ぎない。残りの58.4%は受診することもなければ相談することもない。重症のうつ病であれば受診・相談率は高くなるかということ、そうでもなく、62.2%が受療行動を起こさないのである。

なぜ受診の遅れや未受診が生じるのか、この調査から複数の理由が明らかになっている。受診しようと思ってから受診するまでに4週間以上かかった人では、多いものから「自力で問題に対処したかった」、「問題はひとりで改善するだろうと思っていた」、「その問題は最初それほど困らなかつた」という理由が続く。一方、4週間以上受診の必要性を感じながらも受診しなかつた人は、回答数が少ないが、「問題はひとりで改善するだろうと思っていた」、「どこに行けばよいか、誰に見てもらえばよいか、わからなかつた」、「交通手段、子どもの世話、スケジュールなど、治療に行くことに支障があつた」となる。

正常性バイアス

正常性バイアス (normalcy bias)¹²⁾ とは、地震、洪水、火災、戦争、テロリズムなどの災害に対する極端な認知的反応であり、災害の影響を過小評価することが特徴である。たとえば、「そんなこ

* 鳴門教育大学教育臨床講座

[〒772-8502 徳島県鳴門市鳴門町高島字中島748]

Kazuomi Inoue, M.D. : Department of Clinical Studies and Practice of Education, Naruto University of Education, 748 Nakajima, Takashima, Naruto-cho, Naruto-shi, Tokushima, 772-8502 Japan.

とが私たちに起こるはずがない」とか、「災害があったからと言って、生活が変わることはないだろう」といった信念が正常性バイアスである。正常性バイアスがあると、関係当局が災害計画を立案していなかったり、市民に適切な準備をするよう勧告しなかったりするため、被害が拡大することになる。

災害時だけでなく、健康に関連する行動にも正常性バイアスは悪影響を及ぼすことが考えられる。突然、強い胸の痛みに襲われたとき、「たいしたことはないだろう」といった具合に楽観視が過ぎると、急性心筋梗塞に対する適切な治療が遅れる結果になるかもしれない。

治療アドヒアランスに影響する認知

治療に対する認知（思考やイメージ）⁴⁾が治療を阻害することは想像に難くない。服薬に関連する非機能的認知の例をあげれば、自己の強さ・自己制御（「自分の力で病状を良くできなければならない」、「負けてはいけない」）、薬理作用に対する恐怖（「私は良くなれないだろう」、「私の場合はいつも副作用だけが起る」）、他人の反応（「上司に見つかれば、くびになるだろう」、「子どもたちには知られたくない」）、治療関係の問題（「私はただのモルモットだ」、「この医者信用できるだろうか？」）、疾患に関する誤解（「私の問題は現実のものだ。薬が役に立つだろうか？」、「私はただの負け犬だ。薬で変わりはしないだろう」）に関わる認知などが区別できるだろう。

しかし、もし「こんなことくらい自分一人の力で何とかできなければ」という認知を、「治療に専念すれば、回復の可能性も大きくなるだろう」という認知に転換できれば、治療アドヒアランス（adherence）も向上することだろう。治療アドヒアランスとは、患者が治療の意義を理解し能動的・積極的に治療に参加することである。単に医師の指示を遵守し、処方薬を受動的に服用することを意味するのではない。

医療や治療に関連する認知は過去の受療・闘病

体験などが基礎となって形成されると考えられる。もちろん、治療の対象となる基礎疾患・障害の重要性を認識しておく必要もあるだろう。うつ病の場合、否定的認知が治療法にまで及び、「どんな治療も私には効かないだろう」というふうにとらえがちである。自分のことを絶望的と考え、うつ病から解放された将来の生活を思い描くことができな患者が、治療の効果を信じることは困難である。うつ病に罹患することによって、治療に関する患者の病前の認知はさらに歪みを増幅させるようになるのだろう。

うつ病と認知

うつ病患者の愁訴を聴くとき、自己と世界・体験と未来に関する悲観的で否定的な認知が繰り返し表出される。

うつ病に伴う非機能的認知のうち、状況に依存して認められる自動思考を自動思考質問表（ATQ-30）²⁾からあげると、「私には何の取り柄もない」、「どうして一度として上手くやれないのか」、「誰も私のことをわかってくれない」、「周りの人をがっかりさせてきた」、「私は弱い人間だ」、「私の望んだように人生は行っていない」、「自分にひどく失望してしまう」、「面白いことなんて何ひとつしてない」、「もうこれ以上我慢できない」、「やろうにも出来そうにない」、「この場から逃れられたら」、「自分が嫌でたまらない」、「私には何の値打ちもない」、「このまま消えてしまえたら」、「私は負け犬だ」、「私の人生は滅茶苦茶だ」、「私は人生の落伍者だ」、「とうてい出来っこない」、「私に何か悪いところがあるはずだ」、「お先真っ暗だ」などがある。

一方、うつ病の脆弱性に関連する認知（スキーマ）³⁾としては、「何事にも妥協は許されない」、「他の人が私をどう評価するかということは、とても重要である」、「もし仕事や課題でうまくいかなかったら、私は人生の敗北者である」、「周りの人がかまってくれないと、孤独感に襲われるに違いない」、「何もしない日があってはならない」、

「もし他の人に自分の本当の姿を知られたら、軽蔑されるだろう」、「人並みの成績では満足してはいけない」、「私は良い人でなければならない」、「裏切られるかもしれないので、他の人を信頼できない」、「一度でも大きな失敗をしたら、挽回できない」、「もし他の人から嫌われたら、幸せにならない」、「自分の弱さを見せることは、恥ずべきことだ」、「同じ失敗は繰り返してはならない」、「人生には、後悔することがあってはならない」、「もし弱さを他の人に知られたら、拒絶されるだろう」などがあがっている。

「古典的」認知療法

「古典的」認知療法⁹⁾の基礎にある理論（認知モデル）は、非機能的認知が不快な感情（悲哀や不安など）と不適切な行動（制止や回避など）を規定する、と主張する。「古典的」認知療法は、患者が示す自己と世界・体験と未来に関する非機能的認知に介入することによって治療効果を得ようとする。治療技法としては、症状に関連する不適切な非機能的認知を把握し（catch）、その認知が現実を適切に反映するかどうかを内容面から吟味し（check）、もし不合理なところがあれば適切な認知（合理的反応）に修正する（correct）、という認知再構成法などがある。

非機能的認知に代わる合理的反応を導くためには、思考記録表を用いるとよい。思考記録表には状況、感情、自動思考、合理的反応、結果という欄が作られている。まず、問題となる不快な感情がみられた状況を第1欄に記入する。第2欄には、そのときの感情に名前をつけ、その強さを数値で示す。第3欄は、自動思考とそれに対する確信度を書き入れる。第4欄には、自動思考に代わりうる合理的反応を記入する。最後の第5欄では、得られた合理的反応がどのくらい最初の自動思考と感情に影響を与えるかを評価することになっている。

また、日常活動表はうつ病における行動の制止を修正するために用いられる。これは毎日の活動

を1時間ごとに記録するものであり、一般にホームワークの形で与えられる。もちろん、記録してもらうことが過剰な負担にならないよう、患者の能力に合わせて記録内容を適宜調整しておく必要はある。セルフ・モニタリングという課題が、かえって治療アドヒアランスを低下させることがあるからである。

急性期治療としての「古典的」認知療法

うつ病の治療は、①抑うつ症状の消退、②職業的・心理社会的機能の回復、③再燃・再発の防止を目的として実施される。寛解導入のための急性期治療から、再燃防止のための継続期治療、そして、再発防止のための維持期治療までを含む長期的視野に立った治療法の選択が必須になる。うつ病の治療選択には、重症度とともに、患者の意向や治療者の専門性などが影響する。

「古典的」認知療法はうつ病の急性期を中心に適用される。うつ病に対する「特殊な」精神療法として開発された「古典的」認知療法は、エビデンスに基づく医療という趨勢の中で実証性の高い治療法の1つとして認められている。複数のメタ分析によって、「古典的」認知療法は軽症から中等症のうつ病の急性期治療には、薬物療法と同等以上の効果が確認されている。そのため、「クリニカル・エビデンス」¹⁰⁾のうつ病性障害の項には、三環系抗うつ薬や選択的セロトニン再取り込み阻害薬と並んで、「古典的」認知療法は軽症から中等症のうつ病に「有益である」と記述されている。アメリカ精神医学会の診療ガイドライン¹¹⁾では、軽症から中等症のうつ病の場合、「古典的」認知療法を含む特殊な精神療法単独の初期治療を考慮してよいとされ、あわせて、患者の意向が重要な要因となることも明記されている。精神療法と薬物療法の併用については、心理社会的問題やパーソナリティ障害の並存する中等症から重症のうつ病で推奨されている。

「古典的」認知療法は少なくとも週に1回、定期的になされることが望ましい。治療後6週まで

にまったく効果がみられないときや、12週以内にはほぼ完全な症状の改善が得られなかったときには、薬物療法など他の治療について検討を加える。

「古典的」認知療法は構造的な精神療法である。1回あたり45～60分の治療セッションは構造化され、ホームワークの復習、話題の決定、認知的・行動的技法を用いた介入、ホームワークの設定、患者からのフィードバックという一連の形式で繰り返される。「古典的」認知療法はまた時間限定型の精神療法でもあり、通常15～25回のセッションで終結を迎える。短期間で効果を得るために、治療の全過程も一定の構造を有することになる。一般に、認知モデルへの導入から、自動思考の同定・検討・修正、スキーマの同定・検討・修正、そして再燃防止・治療終結に至る。治療は患者との共同作業であるので、予想される治療経過をあらかじめ患者に示すことは有用であろう。

維持期治療としての マインドフルネスに基づく認知療法

マインドフルネスに基づく認知療法 (mindfulness-based cognitive therapy)^{5,10)}は認知療法の新たな動向として注目されている。マインドフルネスとは、「意図的に、今という瞬間に、判断を交えず、独特の方法で注意を向けること」である。

うつ病の認知モデルでは、うつ病の再燃・再発に関わる脆弱因子として、スキーマとか信念と呼ばれる認知が注目されてきた。しかし、うつ病の反復を予測させる特定のスキーマが存在する、という仮説は立証されていない。うつ病スキーマはうつ病の急性期には明らかであっても、症状が消失し、寛解に至ると不明瞭になるのである。

マインドフルネスに基づく認知療法を基礎づける新たな仮説は、「私は無力だ」とか「私は愛されていない」というスキーマの内容を修正することが重要なのではない、と主張する。むしろ、うつ病の患者が自分の否定的認知に対してとる態度、つまり患者と認知との関係性に着目する。

マインドフルネスに基づく認知療法では、意識

の流れの中に現れる思考やイメージを明瞭に認識するように、しかし、その妥当性を吟味しないようにという教示がなされる。認知から距離を置くこと、認知は必ずしも現実の反映ではなく心の産物にすぎないと認識することが重視される。いわば不適切な非機能的認知にのみ込まれないようにすることが患者に勧められる。

認知モードとして、「する (doing)」モードと「ある (being)」モードという2種類が区別されている。非機能的認知を制御しようとするのは「する」モードに相当する。「する」モードは変化のモードである。一方、「ある」モードでは距離を置くこと、あるいは脱中心化が重要となる。「ある」モードは受容のモードと言える。

「古典的」認知療法は変化を求めようとする治療である。一方、マインドフルネスに基づく認知療法は受容を基礎にする。自らの認知を制御しようとするとき、どうしてもその認知を敵視しがちである。制御を基本とする治療では際限のない悪循環が生じるかもしれない。マインドフルネスに基づく認知療法では、問題を解決しようと躍起になるよりも、いたずらに否定的認知に反応せず、少し距離を置いて、自らの身体的・精神的体験に対し批判を交えない視点を保ち続けることが重視される。

マインドフルネスに基づく認知療法はうつ病の急性期には有効ではなく、薬物療法などが奏効し急性期症状が消失した寛解状態の患者に適用すれば予防効果が期待されることが明らかになっている¹¹⁾。通常、7～8名のうつ病寛解期にある人々に対し、「治療」というよりも「授業」の形で、合計8セッション実施される(表1)。効果研究の1例として、60週の研究期間中、通常治療群での寛解維持率が34%であったのに対し、マインドフルネスに基づく認知療法を加えた群では63%が再燃・再発をみていないことが報告されている。とくに、少なくとも3回以上うつ病を経験した患者の場合に効果が大きいようである。

表1 マインドフルネスに基づく認知療法（文献10をもとに作成）

第1回：自動操縦士
第2回：障害物を処理する
第3回：息のマインドフルネス（観照）
第4回：今という瞬間に留まる
第5回：あるがままにする
第6回：考えは事実ではない
第7回：自分を大切にす最良の方法とは
第8回：ここで学んだことを将来の気分に対処するために使う

表2 うつ病の簡易認知療法

・第1段階 Relabel：それは治療可能なうつ病である →うつ病およびその治療可能性を理解する（うつ病の心理教育）
・第2段階 Reattribute：うつ病には認知の問題が伴う →うつ病と認知の関連について理解する（うつ病の認知モデル）
・第3段階 Restructure：認知の問題は修正可能である →うつ病に伴う認知の問題を修正する方法を練習する（認知再構成法）
・第4段階 Revalue：新しい認知スタイルを実行する →新しい認知スタイルを日々の生活の中に生かしていく（スキーマ療法）

外来診療における簡易認知療法

心療内科・精神科などの幅広い医療において認知療法が十分に浸透し、多くの患者に利益をもたらすためには、工夫すべき点はいくつもあるだろう。何よりも通常の外来診療においては20～30分以上の長い診察時間を常時確保することが困難である。しかし、認知療法は患者にとって治療内容が理解しやすいという利点がある。ホームワークを活用することで診察時間を短縮できる可能性がある。

表2は、うつ病という「普通の」精神障害に対する「普通の」治療法として認知療法が位置づけられるための臨床的次元での工夫の1例である。「簡易認知療法」とでも表現しておくことにする。第1段階ではうつ病の心理教育を実施する。第2段階はうつ病の認知モデルに対する理解を促す段階である。第3段階では認知再構成法に習熟することが目指される。第4段階はスキーマに介入する段階である。

おわりに

うつ病は巷間、風邪に譬えられることもあるが、半数は一度だけの病相で終わることがあるものの、残りは再燃や再発を反復することのある慢性・再発性の病態である。うつ病は診断と治療が可能であるという臨床的事実に関して、多くの人たちの意識を喚起できれば、受診しないまま不幸な転帰をたどる人たちも減ってくれるだろう。小論では、認知療法の視点から、うつ病が私たちの心に及ぼす影響と、うつ病治療の選択肢について若干の解説を行った。いささかなりと特集の趣旨にかなえば幸いである。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. Second Edition. / http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/MDD2e_05-15-06.pdf
- 2) Hollon, S.D., Kendall, P.C. : Cognitive self-statements in depression : Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. Cognitive

- Therapy and Research, 4(4) : 383-395, 1980.
- 3) 家接哲次, 小玉正博: 新しい抑うつスキーマ尺度の作成の試み. 健康心理学研究, 12(2): 37-46, 1999.
 - 4) 井上和臣: 特集 うつ病治療 up-to-date. 治療 うつ病の認知療法. Pharma Medica, 20(3): 41-45, 2002.
 - 5) 井上和臣: マインドフルネスと認知療法. 認知療法 News 第 35 号 (こころの臨床 à·la·carte, 24 : 473-476 収載), 2005.
 - 6) 井上和臣: 認知療法への招待 (改訂 4 版). 金芳堂, 京都, 2006.
 - 7) 鹿児島県川薩保健所編: 自殺・うつに関する資料 編 . /www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/torikumi/kagoshima/sensatsu5.ppt
http://www.pref.kagoshima.jp/_filemst_/9720/05.ppt
 - 8) 日本クリニカル・エビデンス編集委員会 (監修): クリニカル・エビデンス ISSUE9 日本語版. 日経 BP 社, 2004.
 - 9) 坂本幸男, 岩本裕 (訳注): 岩波文庫 法華経 (上), 譬喩品. 岩波書店, p.193, 1976 (第 15 刷改訂版).
 - 10) Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. : Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression : A New Approach to Preventing Relapse. Guilford Press, New York, 2002.
 - 11) Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G. et al. : Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68 : 615-623, 2000.
 - 12) Valentine, P.V., Smith, T.E. : Finding something to do : The disaster continuity care model. Brief Treatment and Crisis Intervention, 2 ; 183-196, 2002.