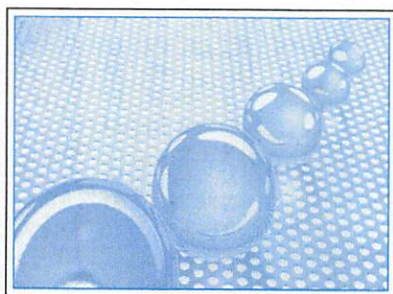


[現代のエスプリ]別冊

エビデンス・ベースト・ カウンセリング

Evidence-Based Counseling

編集 内山喜久雄・坂野雄二



至文堂

認知療法

はじめに

認知療法は、うつ病の認知的側面に着目した精神療法として、アメリカの精神科医ベックによって考え出された。爾来すでに四十年になる。うつ病の認知療法は、一九七〇年代後半からの無作為割り付け対照試験による治療転帰の研究によって、三環系抗うつ薬を用いた薬物療法との比較が精力的に実施され、臨床的有効性が実証されてきた。そのため、エビデンスに基づく医療という近年の動向のなかにあつて、ますます重要性を増し、注目を集めている。

井上和臣

小論では、専門家によるコンセンサス声明や学会の診療ガイドラインにおける認知療法の位置づけを紹介した後、認知療法の基礎理論である認知モデルと認知療法の特徴について述べ、症例をもとに具体的な治療の進め方を論じた。

コンセンサス声明・診療ガイドラインにおける認知療法

1 うつ病

アメリカ精神医学会の『うつ病の診療ガイドライン⁽¹⁾』では、最善の治療とは精神療法的管理あるいは精神療法を併

用した抗うつ薬療法である、と勧告されていた。しかし、精神療法の位置づけが低すぎるといふ批判を受けて、『うつ病の診療ガイドライン（改訂版）⁽²⁾』では、軽症から中等症の患者には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もよい、と修正された。また、薬物療法との併用療法が適応となるのは、中等症から重症の患者で対人関係の問題やパーソナリティ障害を有する症例とされている。

2 パニック障害

アメリカ国立衛生研究所の『パニック障害に関するコンセンサス声明』⁽³⁾によると、パニック障害に対する有効な治療法には、認知行動療法、薬物療法、両者の併用療法がある。

認知行動療法ではパニック発作と広場恐怖が標的とされる。その技法の一つとして、不適応的な思考過程の変更を行う認知再構成法がある。通常は呼吸調節法、内的感覚や外的状況への曝露法といった行動的技法が併用される。治療ではさまざまな技能を練習するための課題がそのつど出される。通常週一回のセッションが八〜一二週間実施される。

るが、初期の改善は治療開始後三〜六週以内で認められることが多い、という。

アメリカ精神医学会の『パニック障害の診療ガイドライン』⁽⁴⁾では、薬物療法とともに、症状に焦点を当てた認知行動療法の重要性が強調されている。認知行動療法は心理教育、パニック発作の持続的モニタリング、呼吸調節法、認知再構成法、曝露法などを組み合わせて実施される。このうち、認知再構成法は発作時の身体的・心理的变化に対する破局的意味づけの緩和を目的とする。曝露法では現実場面への曝露に加えて内的感覚への曝露がなされる。ガイドラインには、パニック障害に対する認知行動療法の有効性を検討した一二件の無作為割り付け対照試験の結果が記載されている。それによると、一二〜一五週間の認知行動療法に対する反応率は、治療終了例に関しては七八パーセントである。認知行動療法は、患者に時間的負担と治療への積極的な関与を強いるが、薬物療法の代替療法として患者が希望する治療法でもある。

3 強迫性障害

強迫性障害に関するエキスパートコンセンサスガイドラ

(5) インでは、成人や青年の比較的軽度の症例に対しては、認知行動療法（曝露反応妨害法と認知療法）による初期治療が第一選択として推奨されている。また、思春期前の小児例では、重症度に関わりなく、認知行動療法がまず選択される。

4 摂食障害

アメリカ精神医学会の『摂食障害の診療ガイドライン（改訂版）⁽⁶⁾』によると、急性期の短期治療として、症状と認知面に焦点を絞った認知行動療法が心理社会的介入の第一にあげられている。認知行動療法は抗うつ薬と併用された場合に高い寛解率をもたらすという報告がある。

5 物質使用障害

アメリカ精神医学会の『物質使用障害（アルコールおよび薬物乱用）の診療ガイドライン⁽⁷⁾』において、認知行動療法は心理社会的治療の筆頭に位置づけられている。認知行動療法による治療は、不適応行動をもたらす認知過程の改善、薬物使用に至る行動連鎖への介入、渴望を効果的に処理するための援助、寛解を維持するための生活技能や行動

の形成・強化を目的として実施される。認知療法については、うつ病の治療法として開発された認知療法の基礎には不適応的な思考様式を同定・修正することで否定的感情や行動を軽減・消失させられるという仮説があるが、物質使用障害の患者を治療するために技法の修正がなされてきたことが述べられている。

6 統合失調症

アメリカ精神医学会の『統合失調症の診療ガイドライン⁽⁸⁾』には「認知の矯正と治療」の項が設けられ、認知療法への言及もある。しかし、認知療法は有望な介入法というものの、有効性を明示する臨床研究が少なく、技法もなお修正途上にあるため、日常の臨床には勧められないとされている。

認知療法の基礎理論「認知モデル」

うつ病患者の訴えには、「私は無能なので、何をやっても無駄だ」「将来にはどんな希望もない」などという否定的・悲観的観念が頻繁に認められる。認知療法では、このような否定的認知がうつ病の諸症状を持続させると仮定す

る(うつ病の認知モデル)。

不安障害の場合には、「大変なことが起こりそうだが、私にはそれをどうすることもできない」という観念あるいは視覚的イメージがみられる。当該の状況下において知覚された脅威が過大評価されるとともに、自己の対処能力が過小評価されることから、不安の悪循環が生じる、と認知療法は想定する(不安の認知モデル)。

いずれにせよ、患者を悩ませる不快な感情や不適応行動は、患者が自分を取り巻く世界をどう見るか、どう考えるかによって規定される、という理論が認知療法の基礎にはある。

認知療法の特徴

認知療法は短期的・構造的・問題指向型の、わが国では比較的新しい精神療法である。

1 キーワードは感情

認知療法という言葉からは、認知の改変だけが究極の目的であると錯覚しがちだが、不快な感情の適正化こそが治療の要をなす。

2 原因論から維持論へ

認知療法は原因論に与しない。対象となる障害や問題がどのような原因で生じるのかという疑問には関わらない。認知療法では、問題が長く維持される機序に着目し、問題の持続を説明するための仮説をもとに治療は組み立てられる。うつ病の認知モデルは、認知の障害がうつ病を引き起こすと主張するわけではない。うつ病では、否定的な認知、不適切な行動、不快な感情が相互に影響しあい、悪循環を形成すると考えるのである。

3 過去ではなく現在と近未来に

認知療法では、問題をかかえる人の過去を治療上の話題としないのが一般的である。今、ここにある眼前の問題に焦点を当て、さらに近未来の再発防止を視野に入れながら介入はなされる。

4 無意識から意識されたものへ

認知療法は無意識に関わらない。私たちが語ることのできる意識的な現象や観察可能な行動に注目する。

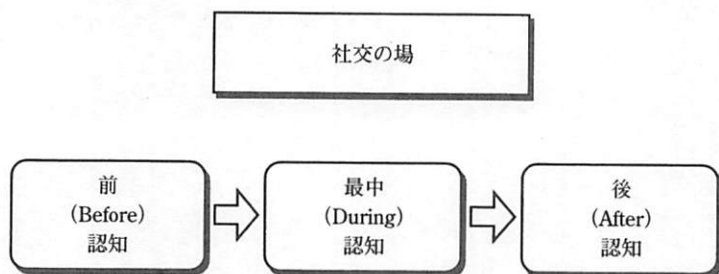


図1 対人状況と認知

5 問題の解決に向けて
 認知療法は当面する問題の解決をめざして実施される。
 人格の成熟は少なくとも初期の目標とはならない。

⑨ 対人不安に対する認知療法
 患者は三十五歳の男性で、衣料品の製造工場で監督とし

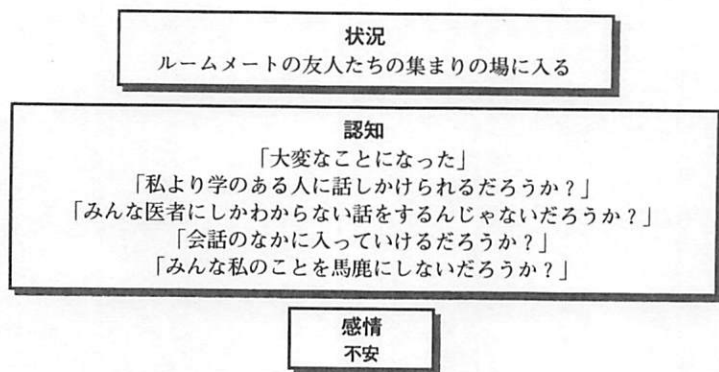


図2 会合の場に入る前の認知

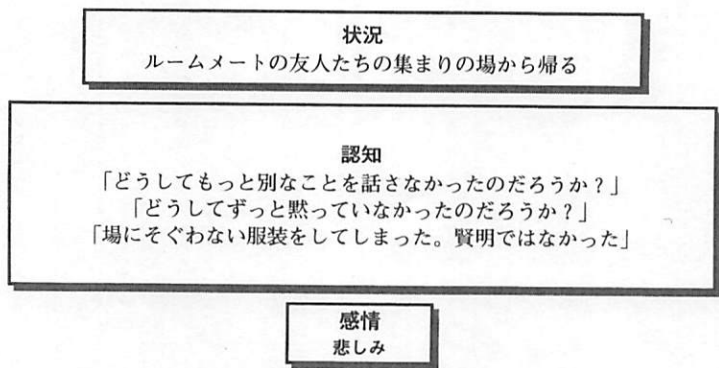


図3 会合から帰った後の認知

て働いている。彼の主な問題は対人場面での不安である。

問題となる状況を同定する

認知療法では具体性が重視される。患者は特定の状況下で問題に出会うからである。

「治療者」他人とのおつきあいの場面では、どういふことが起こるのですか。典型的な例をあげていただけませんか。

「患者」はじめての人に会うような例ですか。

「治療者」そうです。はじめての人に会わなければいけないのに、しりごみしてしまつたということが、最近ありましたか。

問題となる状況における認知・感情・行動を同定する

問題が生じる状況が特定できれば、次に、その状況において患者が何を考え、何を感じ、どう行動したかを明確にする。

「治療者」それでは、その集まりに出かけられたときのことですが、その場に足を踏み入れる直前に、どんなことが脳裏をよぎりましたか。

「患者」大変なことになつたぞ。みんな私なんかよりずっと賢いんだから。そんな人たちに話しかけられるだろう。会話のなかに入つていけるだろうか。

「治療者」そして会合から帰つてきた後、あなたはうまくやれなかつたと感じて、自分がいやになつてしまふ。

「患者」ええ、つくづく自分がいやになります。

「治療者」そんなときはご自分にどんなことを言つていますか。

「患者」どうしてもっと別なことを話さなかつたんだろう。馬鹿げたことを話しているという気がしたのなら、どうしてずっと黙つていなかつたんだろう。

「治療者」そんなふうに次から次へと自分を非難するわけですね。

認知療法を進めるには感情の変化に伴う認知を把握する必要がある。対人状況でみられる認知を時間経過に沿つて示すと(図1)、社交の場に入る前の認知(図2)、社交の場のまつただ中にいるときの認知、そして社交の場から去つた後の認知(図3)となる。

問題となる状況における認知の妥当性を検証する

〔治療者〕 もし誰かがあなたと同じように、人とのつきあいの場で不安になって、自分の能力に見合うことができなかつたとしたら、あなたはその人を非難して、「君は馬鹿で、間拔けて、能なしで、半人前だ」とおっしゃいますか。

〔患者〕 そんなことは言いません。

〔治療者〕 その人を気に入っているとしたら、どうか、「君は馬鹿で、間拔けて……」とおっしゃるでしょうか。

〔患者〕 いいえ、決してそんなことは言わないでしよう。

〔治療者〕 気に入っている相手に対しては、言わない。

〔患者〕 気に入っている相手であれば、たとえその人の誤りを正す必要があつたとしても、そんなことは決して言わないでしよう。

〔治療者〕 あなたはご自分のことが嫌いですか。

〔患者〕 いいえ、嫌いではありません。

〔治療者〕 ところが、あなたは、ご自分の好きな人には言わないようなことを、ご自分にはおっしゃる。

〔患者〕 そうです。

〔治療者〕 あなたの嫌いな相手に対しては、どうですか。その人をあなたは非難するでしょうか。

〔患者〕 いいえ、そんなことはありません。

問題となる状況における認知を修正する

〔治療者〕 私たちがしなければならぬことは、自己非難的な傾向に対して適切に反応し、そうした傾向を改善するように努めることです。気に入っている人に対してであれ、そうでない人に対してであれ、他人に關してであれば、非難するのは不適切に思える。ところが、ご自分にとつては、非難するのが理にかなつたことに思える。

〔患者〕 はい。自分に話すときにはそうです。

〔治療者〕 それでは、非難するのが本当に理にかなつたことかどうかを調べてみましょう。あなたはある場所に入つていくのですが、ご自分の実力に見合つたことができなない。その場から出てきた後、あなたはどんな否定的なことを言うのでしょうか。

〔患者〕 「どうしてもっとうまくやれなかつたのだろうか」といったことを言うでしょう。

〔治療者〕 それでは、「マーク、どうしてもっともっとうまくや

れなかったのだろうか」という言葉に答えてみましょう。どんな答えがありますか。

〔患者〕（無言）

〔治療者〕 それでは、私がマークです。あなたが答えを返してください。「マーク、どうしてもつとうまくやれなかったのだろうか」という問いに対する答えはどうなりますか。

〔患者〕 私が答えを返すとしたら……。『できるだけのことはしたんだから』と、ふつうは言うでしょう。

〔治療者〕 それは理にかなった答えですか。

〔患者〕 はい、理にかなった答えです。

認知の同定・検証・修正のためのホームワークを設定する

〔治療者〕 悪循環を断つためには、ご自分の否定的な批判に答え返す必要があります。これまでそうしたことがありましたか。

〔患者〕 これまでもときどき自分を苦しめた後に、「どうしてこんなことをまた思い出しているのか。そんなことは忘れてしまつて、先に進もう」と言いきかせた経験はあります。

〔治療者〕 あなたは批判の一つひとつに対して、答えを出すことができるのです。あなたがしなければいけないことは、紙を準備して、批判を書き出すのです。それから、どんなふうに批判に応じることができているか考えてみるのです。あなたといっしょにもう少しやってみましょう。そして、どんなことが後から一人でできるかをみてみましょう。

〔患者〕 はい。

〔治療者〕 本当に取り組む必要のあるのは、自分を非難する傾向についてです。もし自分を非難しなくなれば、いろいろな場面にも入っていきやすくなるでしょう。そして、肩の荷を降ろすことができれば、少しはのびのびと自然にふるまえるようになるでしょう。それから、自分を罰してばかりいないで、自分に褒美を与えられるようになるでしょう。

〔患者〕 あなたが言っておられることは、いろいろな状況の後で否定的なことを考え始めたら、それにチャレンジして、たとえば「なかなかたいたものだ」と言うわけですね。

〔治療者〕 否定的な考えにチャレンジして、否定的な考え

を評価して、「この状況を最後まで耐え抜くことが大切だ。そうすれば、恐怖を克服できるし、習慣化している自己非難を克服できるだろう」と言いよかせるのです。

「患者」習慣化しているパターンを打ち破って、先に進む必要がある。

「治療者」そうです。

「患者」わかりました。

おわりに

認知療法はアメリカ精神医学会の複数の診療ガイドラインにおいて推奨されているが、わが国では日常的に「処方」されるまで普及しているわけではない。今後は、わが国でのエビデンスを蓄積するとともに、認知療法を活用できる人材を養成する必要がある。日本認知療法学会はそのための活動を今世紀になって始めたばかりである。

【引用文献】

- (1) American Psychiatric Association: Practice guideline for major depressive disorder in adults. Am J Psychiatry 150 (suppl 4):1-26, 1993
- (2) American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (Revision). Am J Psychiatry 157 (suppl 4): 1-45, 2000
- (3) National Institutes of Health: Treatment of Panic Disorder. NIH Consensus Statement. Sep 25-27, 9: 1-24, 1991 (<http://consensus.nih.gov/cons/085/085statement.pdf>).
- (4) American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Am J Psychiatry 155 (suppl 5):1-34, 1998
- (5) March JS, Frances A, Carpenter D, Kahn DA: The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. J Clin Psychiatry 58 (suppl 4), 1997.
(大野 裕 エキスパートコンセンサスガイドライン 強迫性障害の治療 ライフ・サイエンス 一九九九)
- (6) American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (Revision). Am J Psychiatry 157 (suppl 1): 1-39, 2000
- (7) American Psychiatric Association: Practice

guideline for the treatment of patients with sub-

stance use disorders: Alcohol, cocaine, opioids. Am

J Psychiatry 152 (suppl 11): 1-59, 1995

(8) American Psychiatric Association: Practice

guideline for the treatment of patients with schiz-

ophrenia. Am J Psychiatry 154 (suppl 4): 1-61, 1997

(9) Anxiety: Cognitive Therapy with Dr. Aaron T.

Beck. Psychological & Educational Films.

(10) 日本認知療法学会事務局 (千七百二十一八五〇二一 徳

島県鳴門市鳴門町高島 鳴門教育大学教育臨床講座

井上和臣研究室内)

FAX 〇八八―六八七―六二九三

E-mail jact-admin@umn.ac.jp

URL <http://jact.umn.jp/>

【参考文献】

* 井上和臣 認知療法への招待 (改訂三版) 金芳堂 二

〇〇一

* 井上和臣 (編) 認知療法ケースブック 星和書店 二

〇〇三

【いのうえ・かずおみ 鳴門教育大学教育臨床講座教授】