

3. 各治療技法の概説

3. 認知行動療法

井上 和臣*

抄録：認知行動療法には、論理情動療法、認知療法、認知行動変容、生活技能訓練など、多様な治療法が含まれる。その一方の極には、非機能的認知の改変がとりわけ重要であると考えられる認知療法があり、もう一方の極には、認知とともに（あるいはそれ以上に）顕在行動の修正に焦点をおく立場が存在する。認知療法を中心に、その適応と禁忌、治療技法、治療過程、治癒像などについて、症例を交えながら概説した。

精神科治療学 13(増); 129-133, 1998

Key words: *cognitive-behavioral therapy, cognitive therapy, cognitive conceptualization, cognitive restructuring, Dysfunctional Thought Record*

I. はじめに

ここ十年ほどの間にわが国でも認知行動療法という術語が普及し、その名を冠した著訳書・論文が出版されてきた³⁾。ところが、この新しい治療法は、英語で表記した場合にも、cognitive behavioral therapyあるいはcognitive behavior therapyと一定しない。また、数年前に行動療法と認知療法の国際会議がはじめて共同開催されたときの学会名としては、behavioral and cognitive therapiesとある。名称の不統一は、認知行動療法を一義的にとらえることが困難であり、さまざまな認知行動療法が存在することを示している。たとえば、論理情動療法 (rational-emotive therapy)、認知療法 (cognitive therapy)、認知行動変容 (cognitive behavior modification)、生活技能訓練 (social skills training) がこれに含まれることになる。

小論では、多様な認知行動療法のなかから、とくに認知療法を中心に、その適応と禁忌、治療技法、治療過程、治癒像などについて、症例を交えながら概説する。

II. 適応と禁忌

認知療法の適応については、すでに別稿⁴⁾でも触れたように、認知療法が主たる治療法として用いられる場合と、補助治療としての適応がある場合とがある。前者には単極うつ病、パニック障害があり、後者としては躁うつ病、精神分裂病がある。また、痴呆や精神遅滞には一般に認知療法の適応はない。

III. 治療技法

認知行動療法とか認知療法という言葉からは、認知や行動の改変だけが治療の究極の目的であると錯覚するかもしれない。しかし、術語のなかに表現されていないことを理由に、感情の重要性を軽視してはなるまい。むしろ不快な感情の適正化こそ、治療の要をなすと思われる。

認知療法では、同定した信念や自動思考から仮定された認知的概念化 (cognitive concep-

Cognitive-behavioral therapy.

*鳴門教育大学人間形成基礎講座

[〒772-8502 徳島県鳴門市鳴門町高島]

Kazuomi Inoue, M.D.: Department of Human Development, Naruto University of Education, Takashima, Naruto, 772-8502 Japan.

tualization) に則って、認知の修正を促す治療技法が選択される。しかし、抑うつや不安といった苦痛な感情の緩和があつてはじめて、治療の効果は患者に実感され、治療への協力は得られやすくなり、セルフ・ヘルプの可能性も広がることになろう。

認知療法に対する批判として、折衷主義の悪弊に陥っているというものがある。たしかに、さまざまな領域の治療技法が混在する印象を与えがちだが、しかし、認知療法は治療技法の集合体と同義ではない。明確な理論的仮説に基づいて組み立てられた精神療法の体系なのである。そこで、治療者には、認知モデルと呼ばれる理論に準拠し、症例の認知的概念化を明快にすることが要求される。さもないと、悪しき折衷主義の見本のように、雑多な技法が無造作に投入されるだけに終わらう。

ところで、治療技法はもちろん治療者がそれを駆使することを前提にしたものであるが、セルフ・ヘルプの精神療法という認知療法の特徴を考慮すると、必ずしも技法を治療者の占有とする必要もないように思える。たとえば、認知再構成法(cognitive restructuring)は、患者だけでなく、健康な人たちが自分で習得可能な形で、提示

することができよう²⁾。

IV. 症例の概要と治療過程

ここで、思考記録用紙を用いた認知の修正過程を例示したい。

症例は30歳の男性であるが、10代の頃から醜形恐怖と不登校を示し、一時期就労したものの、その後長く社会的引きこもりが持続するなかで、パニック発作と予期不安をみるようになり、治療を求めてきた。薬物療法を併用しながら、睡眠覚醒リズムの正常化と、パニック発作に対する不安の軽減を治療の当面の目標とした。

治療初期は、治療技法として自己監視法(self-monitoring)を中心に、入眠・起床時刻を記録し、患者が強く訴える身体的不調感との関連を探る課題を継続した(図1)。昼間の睡眠から覚醒した後、身体的不調感が強まることを患者とともに確認した。さらに、患者からは、日中、自宅で一人になることを恐れ、睡眠によってパニック発作への不安を回避している事実が語られた。睡眠がその持続時間は短いものの夜間に限局されるにつれ、身体的不調感にも改善がみられるようになった。

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
-8							↑
8-9							
9-10	↑					↑	テレビ 2 食事中 2 食後 2
10-11							テレビ 2
11-12							
12-1		↑			↑	↓	
1-2							
2-3			↑	↑	↑	↑	テレビ 2 食後 2
3-4							
4-5							
5-6	↓		↓	↓			パチンコ 4
6-7		炊事中 2					
7-8	食後 3	食事中 4	食事中 3 食後 3	食後 3	↓	↓	
8-9	テレビ 2	テレビ 2	テレビ 2	テレビ 2	食後 3	食後 3	
9-10					テレビ 2	テレビ 3	
10-							

図1 睡眠と身体的不調感の記録

矢印は睡眠(入眠と起床)を記録したものである。また、身体的不調感については、どのような状況でどの程度の強さでみられたかを、1(最小)~5(最大)の5段階で自己評価した。2つの記録を合成したものをこの図には示した。

日付	状況 不快な感情 を伴う出来 事	不快な感情 不安、悲しみ、 薄屈、怒りなど (強さ 0-100%)	自動思考 不快な感情を経験しているときに 心を占めている考えやイメージ (強さ 0-100%)	合理的反応 自動思考に代わる思考 (強さ 0-100%)	結果 1 自動思考に対する 強さ (強さ 0-100%) 2 感情の強さ (強さ 0-100%)
	自動車の運転	胸苦しさ 80% ぼんやりした感じ 80% 動悸 60% めまい 70%	・事故を起こすのではないか、 50% ・目的地に行いて不愉快な出来事が 起こりはしないか、 70% ・目的地に着いて目標を達成したい 反面、目的地に行きたくないとい う気持ち 80% ・他人と会うだけで極度に緊張しな いか、 80%		

図2 思考記録

次に、睡眠せずに自宅で過ごしたり、安心して外出できるようになるために、パニック発作に関する予期不安を治療の標的とし、この時点で、思考記録用紙を用いた認知再構成法に導入した。

この患者の場合、治療初期に認知的概念化を行った際には、認知的回避 (cognitive avoidance) が認められ、認知的技法を用いることが困難に思われた。つまり、胸苦しさ、息がつかまった感じ、便意、動悸、頭がぼーっとする感じ、刺激に対する敏感さといった身体的・精神的変化を経験したとき、「体調が悪いのは発作の前兆だ」「もし発作が起こったら、どうしよう」「頓服で間に合うだろうか」「前の発作と同じにならないだろうか」という自動思考の他に、自分が救急車に乗っている姿や注射をされて耐えている姿が、視覚的イメージとして随伴していた。しかし、それと同時に患者は、『これは大変だ』と思っはいけない、考えないようにしよう、体調は体調で仕方がないのだから」というふうに、考えを抑えつけ、不安をもたらす認知を回避し続けていたのである。

睡眠・覚醒と身体的不調感の自己監視を長く続け、患者が「記録すること」に慣れたのを機に、宿題として実行された思考記録を図2に示した。自動思考の欄には、「目的地に着いて目標を達成したい反面、目的地に行きたくないという気持ち」と記載されているが、これでは患者の脳裏に浮かんだままの形が表現されているとは言い難く、自動思考としては不適切である。一方、「事故を起こすのではないか」など、残りの記録は適切と言

える。

次のセッションに患者が持参した思考記録 (図3) では、自動思考のなかに、「パニックのことはあまり考えたくない」という認知的回避を示す記録とともに、「この程度の不快感は普段とあまり変わらないので心配ない」といった合理的反応が混入していた。そこで、自動思考と合理的反応について、前者が不安を強めるように作用するのに対し、後者は自動思考とは別の視点を提供するものであり、不安の軽減に寄与する認知であることを患者に説明した。

自動思考と合理的反応の区別は、次のセッションで復習された思考記録 (図4) を見ると、適切になされていた。たとえば、パチンコをしているときに気が遠くなる感じを覚えた患者の脳裏には、「ふと自分を失いかけて、そのまま倒れてしまいはしないか」という自動思考がよぎったが、この自動思考に対し、患者は「少々疲れが出ただけである」という形で応じていた。これは、気が遠くなる原因を、意識消失発作ではなく、パチンコを続けたための疲れに求めている点で、患者自らが発案した再帰属法 (reattribution) と言える。

また、散髪時の「パニックが起きたら、散髪を中断して……少し休ませてもらったらいではないか」という反応は、パニック発作への対処法に言及したものである。このような認知は、『不安の方程式』(図5)の分母部分 (資源resources) を増大させる方向に作用する。さらに、「……恥ずかしかる事はない」という部分は、予測される

日付	状況 不快な感情を伴う出来事	不快な感情 不安、悲しみ、落胆、怒りなど (強さ 0-100%)	自動思考 不快な感情を経験しているときに心を占めている考えやイメージ (強さ 0-100%)	合理的反応 自動思考に代わる思考 (強さ 0-100%)	結果 1 自動思考に対する強さ (強さ 0-100%) 2 感情の強さ (強さ 0-100%)
	自動車の運転中	意識が遠のく感じ 70% 眼球の膨張感 80% 胸苦しさ 80% 発汗 80% めまい 70%	・この程度の不快は普段とあまり変わらないので心配ない、 70% ・何故、縛られるような環境になったのか、 70% ・最初のパニックの時に、脳が何かの欠陥が現れたのではないかと、 70% ・パニックのことはあまり考えたくない、 80% ・相変わらず続く不快感の本当の原因がよく解らない、 80%		

図3 思考記録

日付	状況 不快な感情を伴う出来事	不快な感情 不安、悲しみ、落胆、怒りなど (強さ 0-100%)	自動思考 不快な感情を経験しているときに心を占めている考えやイメージ (強さ 0-100%)	合理的反応 自動思考に代わる思考 (強さ 0-100%)	結果 1 自動思考に対する強さ (強さ 0-100%) 2 感情の強さ (強さ 0-100%)
	飯後	動悸 60% 不安感 60%	・飯後中、パニックを起こしはしないか、 70% ・動悸が徐々に激しくなり、ふるえだしたりしないだろうか、 70%	・パニックが起きたら、飯後を中断して、事前を御用にご説明し、薬を飲んで少し休ませてもらったらよいのではないかと、 60% ・誰しも、少々緊張はあるが、恥ずかしがる事はない、 50%	
	パチンコ	気が遠くなる感じ 40% 不安感 40%	・ふと自分を失いかげ、このまま倒れてしまわないかと、 50%	・少々疲れた状態だけである。少し背伸びができて一服すればよい、 60%	

図4 思考記録

$$\text{不安} = \frac{\text{脅威(risk)}}{\text{資源(resources)}}$$

図5 不安の方程式

最悪の事態（たとえば、緊張でふるえだし、人前で変な行動をして、嘲笑される）に対して、もっとも現実的な結末を提示するもので、自動思考のもとら脅威（risk）を緩和する方向に機能すると思われた。治療セッションでは、患者の記録した合理的反応に、上述のような認知療法の技法がすでに使われていることを指摘し、自動思考に回答する技能をさらに学習することが重要であると激励した。

V. 治療像

うつ病に対する認知療法、薬物療法、併用療法の治療効果を比較した研究をもとに、Barber, J. P. とDeRubeis, R.J.¹⁾は、認知療法の作用機序として、いくつかの仮説を提案している（表1）。このうち、「活性化・脱活性化モデル」は、非機能的スキーマが単に表面化しなくなるだけのことであり、本質的にはスキーマはまったく変化していないという見解である。これは認知療法の奏効機序というよりも、薬物療法の作用機序と考えられている。一方、従来より主張されてきた「調節

表1 うつ病の認知療法：作用機序

1 調節モデル accommodation model
スキーマの修正、スキーマの形成・維持・修正に関わる認知過程の修正
2 活性化・脱活性化モデル activation-deactivation model
うつ病スキーマの脱活性化と既存の良性スキーマの活性化
3 代償技能モデル compensatory skills model
否定的思考を削減するために使える技能の獲得

モデル」は、スキーマそのものの修正が行われるという仮説である。しかし、たとえそれが認知療法の最終的な成果であるとしても、通常の治療期間ではそのような水準までには至らないと想像される。そこで、「代償技能モデル」にあるように、急性期治療においては、非機能的認知を同定し、そのつどそれを中和していくような技能が獲得されるだけではないか、という推論がなされている。

この「代償技能モデル」から、認知療法における治癒像を想定できるだろう。たとえば、対人不適応を訴えて来談した青年期女性が、治療終結後に語ったことの中には、治癒像の萌芽があるように思われる。以下に引用しておく。

少し不快なことがあるときは、頭の中で別の見方を考えることで日常の出来事はうまく処理できるようになり、思考記録を書かなければならないほどの不快な事態に陥ることがなくなった。(文献⁵⁾より引用、一部改変)

VI. 他の治療法との関連

認知療法は能動的・指示的・時間限定的・構造的な精神療法であり、一般には現在と未来を視野に入れながら進められる。過去に遡及して、人格の深部にある事柄から問題を概念化するという立場はとらない。意識の流れのなかに現れ、内省によって把握できる事象（認知）から出発しようとする。対人関係上の問題も、関係性からではなく、「思考する個人」の視点からとらえられる。

認知療法の基礎にある認知モデルは、今風に言えば、情報処理過程における歪みを強調する立場だが、実地臨床では「どのように」事態が認識されているかよりも、「何が」認識されているかが重視される。患者の語る言葉に強い関心が払われるのである。

認知行動療法と総称される、新しい精神療法の動向は、この「語られたもの」に寄せる関心の多寡によって分類できるだろう。一方の極には、認知の改変がとりわけ重要であるとする認知療法の立場があり、他方の極には、認知とともに（あるいは認知よりも）顕在行動の修正に焦点をおく立場が存在することになる。

文 献

- 1) Barber, J.P. and DeRubeis, R. J.: On second thought : Where the action is in cognitive therapy for depression. *Cog. Ther. Res.*, 13 ; 441-457, 1989.
- 2) 井上和臣：心のつぶやきがあなたを変える－認知療法自習マニュアル－。星和書店、東京、1997.
- 3) 井上和臣：認知療法への招待（改訂2版）。金芳堂、京都、p.188-194, 1997.
- 4) 井上和臣：精神療法－最近の進歩、認知療法。最新精神医学、2 ; 551-557, 1997.
- 5) 大前玲子、井上和臣：対人不適応の青年期女性に対する認知療法の一例－認知プロフィールの活用とその意義－。精神療法、23 ; 43-50, 1997.

推奨文献

- 1) 岩本隆茂、大野 裕、坂野雄二 共編：認知行動療法の理論と実際。培風館、東京、1997.
- 2) 大野 裕、小谷津孝明：認知療法ハンドブック－上巻および下巻－。星和書店、東京、1996.
- 3) 坂野雄二：認知行動療法。日本評論社、東京、1995.