

認知行動療法の歴史的展望

井上 和臣*

抄録：認知行動療法の過去，現在，未来を展望した。心の健康増進という視点からは，心をどう理解するかという哲学的人間観とくに認識論との関連が目される。認知行動療法は，第1世代の行動療法に始まり，第2世代の認知療法の参入を経て，第3世代（新世代），すなわち様々な呼称をもつ認知行動療法群（例：マインドフルネスに基づく認知療法，MBCT；アクセプタンス & コミットメント・セラピー，ACT；弁証法的行動療法，DBT）の時代になっている。認知療法が重視した認知は第3世代でも重要である。ただ，認知の内容から認知との距離の置き方，脱中心化に重点が移ったことが特徴的である。第1世代から第3世代に至る認知行動療法の進展は，認知をめぐる理論的変遷であると同時に，2つの治療モード（MBCTにおける受容と変化，DBTにおける妥当性確認と問題解決）を軸にひとりの患者に対する一連の治療行為を再確認する歴史でもある。

精神科治療学 32(7) : 863-868, 2017

Key words : *cognitive-behavioral therapy, history, the third wave, distancing/decentering, acceptance/change*

三界は虚妄にして，^{さんがい こもう}但是れ一心の作なり。
 『華嚴経』十地品¹⁾

はじめに

歴史は，現在に立脚した過去への眼差しであり，未来を志向する歩みである。疾病の治療に関する歴史は，疾病を成立させる心身機能・構造をめぐる医学的理解の変遷と表裏のものである。表裏をつなぐ中心には病める人が存在する。病める人を知ることへのたゆまぬ欲求が，挫折を繰り返すこ

ととあいまって，治療上の新機軸の動因となる。認知行動療法（cognitive-behavioral therapy）の過去，現在そして未来を展望することが小論に与えられた課題である。すでに熊野による著作⁷⁾には，新世代の認知行動療法に至る経緯が明快に論じられている。もはや追加すべきものはないという感慨を覚える。しかし，特殊な精神療法（specific psychotherapies）について，どういう患者に対し，治療のどの時期に，どの技法を，どのように適用するかを考えるための総論として拙稿を位置づけるならば，何らかの寄与が可能かもしれない。

I. 哲学的淵源 —西と東—

認知療法（Beck's cognitive therapy）がうつや

注1：中村元：現代語訳大乗仏典5『華嚴経』【楞伽経】。東京書籍，東京，p.62，2003。

A historical perspective of cognitive-behavioral therapy.

*医療法人内海慈仁会内海メンタルクリニック・認知療法研究所

〔〒663-8247 兵庫県西宮市津門稲荷町5-8大丸ハイツ〕
 Kazuomi Inoue, M.D.: Utsumi Mental Clinic./Institute for Cognitive Therapy. 5-8, Tsuto-inari-cho, Nishinomiya-shi, Hyogo. 663-8247 Japan.

不安を主徴とする精神障害に苦しむ患者に対する治療的営為として発展してきたことは言うまでもない。しかし、心の健康を増進するという予防医学的視点に立つならば、人間の心をどう理解するかという哲学的人間観との接点が否応なく生じてくる。認知療法ではとりわけ認識論との関連が重要になる。認知療法がわが国に紹介・導入される過程で登場した訳語に「認識」療法というのがあった⁴⁾。言えて妙、と今も考えている。

認知療法の西洋哲学的淵源として引用されるものに、エピクテトスの箴言がある⁵⁾。古代ギリシアに生まれ、奴隷の身分で、皇帝ネロの頃にローマに来ていたストア派の哲学者である。「人々を不安にするものは、事柄ではなくて、事柄についての思惑だ」とエピクテトスは言っている。

もう一人のストア哲学者、第16代ローマ皇帝マルクス・アウレーリウスは『自省録』(第8章47)でこう述べている⁵⁾。「君がなにか外的の理由で苦しむとすれば、君を悩ますのはそのこと自体ではなくて、それに関する君の判断なのだ」

ストア哲学では、外界が存在していることは自明であり、私たちの思惑や判断が外界の現実に適合しているかどうかは認識論上重要なのである。

一方、東洋思想の底流を成す大乘仏教、その代表的論者であるインドのヴァスバンドゥ(世親)は『唯識二十論』にこう書いている⁵⁾。「大乘においては、三種の領域からなるこの世界はただ心(の表象)にすぎないものである、と教えられる。経典に、「勝者の子息たちよ、実に、この三界は心のみのものである」といわれているからである」

『華嚴経』の「三界唯一心」という思想は、実在する外界を心が的確に解釈できるかどうかという世界観ではない。そもそも外界は存在しない、心がすべて外界をつくり出しているのだという、私たちの常識を越える認識論である。驚嘆すべきことに、さらにその心(識)までが実体的な我ではない(非我 anātman)と主張されるのである。

II. 精神療法の基準

精神療法システム(a system of psychotherapy)の名に値するためには、いくつかの基準を満たす

必要がある^{1,5)}。列挙すると、(1)パーソナリティと精神病理に関する理論が存在すること、(2)理論を裏づける研究成果が存在すること、(3)理論との整合性をもった治療技法の選択がなされること、(4)治療効果が科学的に実証されること、である。

認知行動療法はエビデンスに基づく医療(evidence-based medicine)という21世紀の潮流に乗り、効果の実証された精神療法(empirically supported psychotherapy)としての地歩を確実にして今日に至っている²⁾。その治療には効果があるのかという問いに明確な解答を与えられることは、医療の枠内である限り、必須である。しかし、実証された有効性は基準の1つにすぎないのを忘れてはならない。精神療法システムの名に値するには、むしろ理論がいっそう重要であろう。

III. 世界行動・認知療法会議

第1世代の行動療法(behavior therapy)と第2世代の認知療法が合流し認知行動療法という一級河川となったことを示す象徴的な出来事は、1995年のデンマーク・コペンハーゲンにおける世界行動・認知療法会議(World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies: WCBCT)の開催である。それまで別個に開催されていた行動療法と認知療法に関わる2つの国際学会が、1つの名称のもとに統一されることになった。裏話めくが、会期中の国際認知療法協会(International Association for Cognitive Psychotherapy: IACP)の会合において、行動療法のBが認知療法のCに先行する呼称に対し異議が出たことを思い出す。「名は体を表す」と言う通り、精神療法の呼称は微妙な問題に発展しうる。

これに拍車をかけるのは、当該の精神療法を語るのに開発者の名を冠し、Beckの認知療法などと呼ぶことである。小論もその弊を免れない。さらに、英語文献でもcognitive behavior therapy, cognitive-behavioral therapy, cognitive and behavioral therapiesなどと定まらないように、日本語標記も統一されているわけではない。

IV. 行動療法から認知療法, そして新世代の認知行動療法群へ

認知行動療法は行動療法に始まり, 認知療法の参入を経て, 今や第3世代(新世代), すなわち様々な呼称をもつ認知行動療法群(cognitive-behavioral therapies)の時代となっている。図1では, 第3世代の認知行動療法群を第1世代の嫡流と第2世代の系統とに二分することを試みた^{6,7)}。

認知行動療法の世代変遷はどのような臨床的課題を解くことを企図したのであろうか。

第1世代から第2世代への発展は認知(思考とイメージ)の問題を実証的に取り扱うことで, 成人の気分障害や神経症性障害へと適応を拡大させた⁷⁾。認知革命(cognitive revolution)と称される変革であった。誤解を恐れず図式的に表現するなら, 第1世代はbench-to-bedsideの所産であったが, bedside(あるいはcouchside)に端を発する第2世代は1970年代後半にBeck, A.T.という「天才臨床家」⁷⁾により創案された。認知療法の着想は, 第1世代の行動療法の系譜ではなく, 当時米国を席卷していた精神分析のドグマへの反論として得られたのであった。

夢の研究からBeckは「うつ病は敵意の反転に起因する」という精神分析的仮説の検証を試み, 予測とは矛盾する結果を得た。夢は動機づけの産物ではなく患者の自己観の反映にすぎない, と考えるに至ったのである。実験と臨床観察からBeckは精神分析モデルを放棄した¹⁰⁾。

V. 鍵概念としての認知

第1世代から第2世代への歴史を語るとき, 認知が鍵となったことは先述した。誰にでも観察可能ではないものの, 個人にとっては内省によって接近可能な内的現実が治療の対象に組み込まれたのである。

第3世代にあっても認知は重要である。しかし, 軸足が認知の内容から認知の体験様式あるいは認知が生起する文脈に移ることになった。さらに,

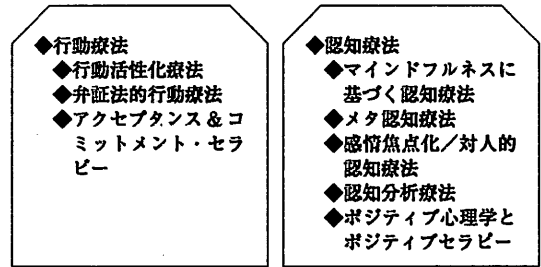


図1 第3世代の認知行動療法群(文献6, 7をもとに作成)

治療を構成する2つの機軸である, 変化と受容に関心が集まった。熊野⁷⁾はこれを認知の機能への注目, マインドフルネスとアクセプタンスの重視と表現している。前者は理論に, 後者は治療実践に関わる特徴であろう。

VI. 認知モデルへの反論

認知療法の基礎理論(認知モデル)では感情や行動に対する認知の優位性が仮定される。うつ病概念のコペルニクスの転換¹⁾とかつて表現したものである。認知モデルは病因論(etiology)に資するものではないが, 実臨床において病態発生(pathogenesis)を患者に説明するのに有用である。

さらに, このモデルに含意されているのは, 認知が1つのカテゴリーとして“実在”することである。実体として存在するのは認知だけではない。感情も行動も然りである。世界は分節化された緒要素から構成されていて, それらの要素が影響を与え合うという, 四大元素実在論(elemental realism)³⁾が認知モデルの前提としてある。契機となる出来事が非機能的なスキーマを活性化させることにより, 状況依存的な自動思考が発現し, 病態特異的な感情と行動へと至る。認知モデルの理解なくして認知療法は始まらない。

うつ病の認知療法で忘れてはならないのは, うつ病が再燃・再発を反復する慢性の病態であり, 急性期治療だけで完結するものではない, という臨床上の厳然たる事実である。抑うつスキーマは初発に関わる認知的脆弱性をなすとともに, 再燃・再発を準備する要因でもあると想定されてきた。

ところが、急性期治療が奏効し寛解が得られると、スキーマは検出不能となった。恒常性を有する実体としてのスキーマの存在を疑問視せざるをえなくなった。認知療法理論の不備が露呈されたのである。この難問を解くためには新たな仮説が必要となった。

Ⅶ. 感情・認知複合体

第3世代の、マインドフルネスに基づく認知療法 (mindfulness-based cognitive therapy: MBCT)⁹⁾は治療というよりも、うつ病の既往歴があり現在は寛解期にある参加者 (患者ではなく客人 guest と呼ばれる) を対象とした、再発防止のための心理教育的介入である。MBCTの基礎となったのは、感情の微妙な変化が否定的認知を再覚醒させるという、脆弱性に関わる新理論である。感情と認知との間に非常に親和性の高い結合が起こり、いわば感情・認知複合体 (affective-cognitive complex: 筆者⁹⁾の造語) が形成される。抗原の提示によって感作された抗体のように、認知 (抗体) が感情 (抗原) と結びつく。感情・認知複合体によってうつ病が再燃するという、心理学的な病態発生機序である。罹病期間の長さに応じて、感情・認知複合体はますます形成されやすくなり、病相期の延長と寛解の短縮が明瞭になる。キンドリングとか履歴現象と呼ばれている生物学的な概念と非常に近似した仮説であろう。

Ⅷ. 認知との関係性

—距離を置くこと—

うつ病における非機能的認知の同定・検討・修正を行うとき、認知の内容 (認知の3徴) と形式 (認知の歪み) が介入の対象となる。とりわけ自己と他者と未来に関する否定的認知に対する確信度を低減させることが目指される。当該の出来事を解釈するのに多様な視点を見出すことによって、患者は自らの独特な意味づけから自ずと距離を置くこと・脱中心化 (distancing/decentering) ができるようになる。第2世代の認知療法ですすでに含意されていた¹²⁾、この認知との関係性を、MBCT

は真正面から明示的に取り上げることになる。

MBCT⁹⁾はKabat-Zinn, J.のマインドフルネスに基づくストレス低減法 (mindfulness-based stress reduction: MBSR) と認知療法のアマルガムである。その第6セッション「思考は事実ではない」において、思考は精神内界で繰り広げられる事象であるとされる。すべての思考を絶対的な真実であると信じ込んではいない。もちろん思考が本質的に虚偽であって信頼に値しないとまで極論するのではない。思考が実在することは確かである。しかし、恣意的な思考が外殻のように、現実という種子を覆い隠している。現実面に直に触れるには思考の塵を振り払う必要がある。

Ⅸ. 厭離穢土欣求浄土

MBCTは、換骨奪胎されたとは言え、当初はうつ病の再発予防を目標に認知療法の維持期治療版として構想された。一方、アクセプタンス & コミットメント・セラピー (acceptance and commitment therapy: ACT)³⁾は行動療法・行動分析学に端を発する。第3世代を代表する介入法であるが、すでに1980年代初頭に産声を上げ、雌伏期間が長かったものの、35年の歴史を有している。

ACTは他との同一性でなく差異性を強調する。行動療法が捨象した精神分析的・人間学的アプローチの豊饒にも目を向ける。さらに、行動療法が認知療法と合流し認知行動療法という一級河川となったものの、実験室で培われた理論からの離反が進行し、経験知だけに基づく治療との境界が不鮮明になってきたことへの危機意識がある。

ACTの基礎となる科学哲学は、先述の四大元素実在論ではなく、機能的文脈主義 (functional contextualism) という、歴史的・状況的文脈を重視する立場である。現実を抽象化するモデルに無関心で、現実の世界との有用な交流を希求する。体験から学ぶことを阻害するのは、言語が媒介す

注2: こうした思考を観察し続けていくうちに、彼ら (患者: 引用者注) はその思考を客観的に見ることができるようになるのである。…比喩的に言えば、現実と同じというよりむしろ心理現象として自動思考を検証できる人には距離を置く能力が備わっていると「言える」。

る規範 (verbal/cognitive rules) である。治療では、不適切な規範を適切なものに置換する方法を提示するのではなく、変化をもたらす文脈を創出する。言語と認知から距離を置き、感情を受容し、個人が本来望む目標に向かう行動を促す。

厭離穢土欣求浄土という仏教思想に当てはめることは宗教的に過ぎるが、認知の呪縛を離れ価値の創生に向けた行動へ、という ACT の目標と合致するように思える。精神病理の特徴をなす心理的非柔軟性 (psychological inflexibility) から人間としての実りに関わる心理的柔軟性 (psychological flexibility) への道程が治療的介入と対応する。心理的非柔軟性は、体験の回避、認知との癒合 (cognitive fusion)、概念としての自己への固執、柔軟性を欠く注意、価値選択の欠如、無為・衝動性・持続的な回避という6つの要素からなる。一方、心理的柔軟性は、それぞれに対応する形で、受容 (アクセプタンス)、認知との癒合からの解放 (cognitive defusion)、広い視野をもつ自己の感覚、今という瞬間への自在な注意、価値、専心努力 (コミットメント) から構成される。

X. 2つの治療モード

—受容と変化—

治療が対象とするのは、目の前のひとりの患者、「今、ここ」を生きる患者、人としての歴史とともに病歴を有する患者である。第1世代から第3世代に至る認知行動療法の進展は、認知をめぐる理論的変遷であると同時に、2つの治療モードを軸にひとりの患者に対する一連の治療行為を再確認する歴史でもある。

2つの治療モードとは、MBCT⁹⁾における受容 (acceptance) と変化 (change) である。受容は、事物のかくある状態を受容し許容すること、事物を直ちに变化させようとしないこと、今という瞬間の体験に向かうモードである。変化とは、事物のかくある状態と事物のかくあるべき状態との乖離を減らそうとすることであり、未来と過去に向かうモードである。弁証法的行動療法 (dialectical behavior therapy: DBT)¹⁰⁾ においては妥当性確認 (validation) であり問題解決 (problem-solving)

である。前者は、患者の行動は理にかなっていて、現行の文脈の中では理解可能であることを明瞭に伝えることであり、患者が自分の行動・感情・認知を理解しようとするのを援助することである。後者は、患者が自分の行動を分析し、行動の変化を目指し、行動の変化のために積極的な手段を講じられるよう援助することである。

認知行動療法には「指示的 (directive)」という術語への誤解が伴いがちである。第3世代は第1世代や第2世代でも必然的に含意されていた「支持的 (supportive)」であることの意義を明示的に再確認することになる。受容と変化は、DBTの表現を借りるなら弁証法的 (dialectical)、古代ギリシアにまで遡及するなら問答法 (dialektiké)、ソクラテスの対話 (Socratic dialogue) にあるように、相互排他的ではなく、補完的に相和し、発見に寄与するモードである。

XI. 認知行動療法の未来

—認知の非我化—

第1世代の厳密な行動主義を極とする行動療法に始まり、第2世代の認知中心主義の認知療法を経て、認知の内容から認知との関係性へと重心移動を試みる第3世代の認知行動療法群に至る、認知行動療法の半世紀以上に及ぶ歴史は、認知というあまりにも人間的な内的事象をめぐる立論の変遷と考えることができるだろう。

では、次世代の認知行動療法はどこに向かうのだろうか。認知行動療法の未来を私たちはどのように描くことになるだろうか。

認知の非我 (anātman) 化、それが1つの予想図である。

認知との関係性に着目し、非機能的認知から距離をとろうとする理論は、事実から遊離しがちな認知の恣意性を強調する。認知に対する事実の絶対的な優位が主張される。非機能的であれ、機能的であれ、認知の實在に疑義を唱え、認知の自己所有性を否定する立場に路を開くことになるかもしれない。

注3：石寒太：芭蕉の名句・名言一読んで、聞いて、身体で感じる。日本文芸社、東京、2007。

おわりに

認知行動療法の未来を志向するとき、肝に銘じておきたいのは、「権威だからといって受け入れる必要はない、私自身のデータのほうが権威よりも信頼できた」¹⁰⁾という、Beckの精神分析との訣別の辞である。洋の東西を問わず、同様の表現がある。「古人の跡を求めず、古人の求めたところを求めよ」¹¹⁾。多くの人々の柔軟な精神が求められる。

文 献

- 1) Beck, A.T. : Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. A Meridian Book, New York, 1976/1979. (Kindle版) (大野裕訳：認知療法—精神療法の新しい発展—, 岩崎学術出版社, 東京, 1990.)
- 2) Dobson, K. : Cognitive Therapy (Theories of Psychotherapy Series). American Psychological Association, Washington, D.C., 2012. (Kindle版)
- 3) Hayes, S.C. and Lillis, J. : Acceptance and Commitment Therapy (Theories of Psychotherapy Series). American Psychological Association, Washington, D.C., 2012. (Kindle版)
- 4) 井上和臣：認知療法への招待(改訂第4版). 金芳堂, 京都, 2006.
- 5) 井上和臣：認知療法の理論的展開. 東斉彰編著：統合的方法としての認知療法—実践と研究の展望—, 岩崎学術出版社, 東京, p.33-53, 2012.
- 6) Kazantzis, N., Reinecke, M.A. and Freeman, A. (eds.) : Cognitive and Behavioral Theories in Clinical Practice. Guilford Press, New York, 2009. (小堀修, 沢宮容子, 勝倉りえこほか訳：臨床実践を導く認知行動療法の10の理論—「ベックの認知療法」から「ACT」・「マインドフルネス」まで—, 星和書店, 東京, 2012.)
- 7) 熊野宏昭：新世代の認知行動療法. 日本評論社, 東京, 2012.
- 8) Linehan, M.M. : Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Guilford Press, New York/London, 1993.
- 9) Segal, Z.V., Williams, J.M.G. and Teasdale, J.D. : Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, 2nd ed. Guilford Press, New York/London, 2013. (Kindle版)
- 10) Weishaar, M.E. : Aaron T. Beck (Key Figures in Counselling and Psychotherapy Series). SAGE Publications, London, 1993. (大野裕監訳：アロン・T・ベック：認知療法の成立と展開. 創元社, 大阪, 2009.)