

認知行動療法を行う上でまず何を検討すべきか

井上 和臣*

抄録：小論では、認知行動療法と伝統的精神療法の共存について、鑑別治療学の観点からまず検討した。次に、認知療法・認知行動療法を行う上で検討すべきことについて論じた。認知療法は、鑑別治療学においては、洞察的なものと指示的なものの境界にまたがる精神療法と考えられている。治療法の選択には利益・不利益分析が有用である。認知療法は感情の認知モデルを理論的根拠とし、抑うつや不安などの感情の適正化をめざす。適応となるのは、感情の問題が明確なうつ病性障害や不安障害などである。認知療法を行うにあたっては、治療目標と問題領域を明確化した後、状況、認知、感情、行動、身体の変化といった情報を把握する。次いで、個々の患者について症例の認知的概念化を行い、これに基づいて治療を実施する。最後に、認知的概念化図の作成手順を述べ、あわせて、反復性うつ病性障害の症例と統合失調症残遺期のうつ状態の症例について認知的概念化図の具体例を示した。

精神科治療学 26(3) : 277-282, 2011

Key words : *cognitive-behavioral therapy, differential therapeutics, indication, cognitive case conceptualization, depressive disorders*

I. はじめに

認知療法元年¹⁾と名づけられた1989年からすでに20年以上の年月が経過した。この間に日本認知療法研究会(1998年設立)から発展した日本認知療法学会(2001年設立)²⁾は順調に会員数を増やし、昨年秋までに10回の学術集会を開催してきた。さらに、2010年4月には「認知療法・認知行

動療法」が保険適用となった。

「認知行動療法と伝統的精神療法の共存と住み分け」という本特集のテーマからは、認知療法・認知行動療法に軸足を置く問題提起がなされているかにみえる。そう思うのは我田引水に過ぎるであろうか。編者の依頼文には認知行動療法と精神分析の対比があまりにも鮮明で、執筆予定者の論題(案)には認知行動療法の文字が並ぶ一方で、精神分析はひとつだけである。まるで時代は認知療法・認知行動療法に大きく舵を切っているように見える。しかし、それは患者にとって幸せな転回であろうか。差異性をいたずらに強調する欧米の潮流に身を委ねず、むしろ同一性にも応分の顧慮をすることが望まれるのではないか。医療者は自らの二分法的思考に目を光らせる必要があるように思える。閑話休題。

小論では、認知行動療法と伝統的精神療法の共

Things to do in beginning cognitive-behavioral therapy.

*鳴門教育大学基礎・臨床系教育部

〔〒772-8502 徳島県鳴門市鳴門町高島字中島748〕

Kazuomi Inoue, M.D.: School of Basic Research and Improvement of Practice for Education, Naruto University of Education, 748, Nakashima, Takashimaza, Naruto-cho, Naruto-shi, Tokushima, 772-8502 Japan.

存について、鑑別治療学の観点からまず検討し、次に認知行動療法を行う上で検討すべきことについて、具体的にいくつかの観点から論じたい。なお、診療報酬にも鑑み、認知療法あるいは認知行動療法と表記した部分は、どれも認知療法・認知行動療法としてお読みいただきたい。

Ⅱ. 鑑別治療学

20年以上前、Frances, A. ら¹⁾は精神科臨床における精神療法の選択に関わる鑑別治療学 (differential therapeutics) について、治療の場、治療の形態、治療学派、治療の期間と頻度、治療の併用という観点から論じている。通常、患者に適した精神療法の選択は、あれかこれか、というように二者択一的になされがちである。しかし、Frances らの提示する症例からは、一方の治療を先行させた後もう一方の治療をこれに追加していく形の、複数の精神療法の、順を追っての併用(直列的アプローチ)の必要性を示している。

Frances によると、治療者は治療の場と形態の選択については比較的寛大だが、技法の選択となると鋭く意見が対立する。それは、治療者の受けた訓練や知識だけではなく、治療者の人生観や、精神障害の原因と治療に関する各治療学派の見解が異なるからである。

治療学派には、(1) 内的葛藤に関する理解を促進させる洞察的なもの、(2) 不適応行動に変化を与え、適応行動を学習し、向上させる指示的なもの、(3) 治療的出会いを重視し、自己実現に向かう体験的なものが区別される。洞察的なものの代表は精神分析である。指示的なものとしては系統的脱感作法を含む行動療法がある。体験的なものにはクライアント中心療法がある。

認知療法は洞察的ではあるが、精神分析理論とは異なり、不適応的な感情や行動を引き起こしている認知を明確にし、それを変化させようとする。この種の洞察は部分的には精神分析的な治療者により作り出されたものであるが、認知療法の技法は非常に指示的であり、学習理論や行動療法の理論の影響を強く受けている。その意味で、認知療法は洞察的なものと指示的なものの境界にま

たがる精神療法と考えられる。

パニック発作を伴う広場恐怖の患者に対する治療選択では、認知療法でよく使われる利益・不利益分析によって認知療法の可否が論じられている。利益としては、(1) 患者は自分の考えが「狂っている」ことを理解しているので、系統的な認知的技法によって、恐怖が不合理なものであるという認識を強めることができるだろう、(2) 努力を伴う教育的な技法は、人生に対する患者の「学究的な」態度に訴えるところがあるかもしれない、という2点が挙げられている。一方、不利益には、(1) 認知療法家の言葉を、問題に直面させる処罰的なものと受け取らないであろうか、(2) あまりにも恐怖が強くと、治療を始めることすらできないのではないだろうか、(3) 治療に参加できなかったことが、敗北感をもたらさないだろうか、といった3つの懸念が示されている。その結果、不利益が利益を上回るとして、認知療法による治療は行われなかった。

この症例に関する記述を終えるにあたり、Frances らはこう要約している。(1) ある治療法の選択を絶対的に支持し、その優位性をはっきりと示しえた研究はひとつもない。治療による変化の質を変化の量と区別しなければならない。(2) もしこの患者が行動療法の研究対象となったとしたら、劇的な改善をしたと考えられるであろう。しかし、不安なくエレベーターに乗れるといった測定可能な因子は、体験療法や、洞察療法からしか生じないような、多少とも微妙で測定しがたい自己評価の変化に比べると、その重要性ははるかに少ないかもしれない。そして、(3) 個々の臨床場面がいかに独特なものであり、複雑な選択を患者個人に合わせて行わなければならないかということを変更して認識しよう、と結んでいる。

Ⅲ. 認知療法

—適応と禁忌—

認知療法は感情の認知モデルを理論的根拠とし、抑うつや不安などの感情の適正化をめざす。非機能的・不適応的な認知を同定・検証・修正するのは、そのための方法のひとつにすぎない。主

たる治療として認知療法が活用できる精神障害として、感情の問題が明確なうつ病性障害や不安障害が代表となるのは当然かもしれない。一方、認知療法の適用が困難なものに、認知症やせん妄がある。「人間は自然のうちで最も弱い一茎の葦にすぎない。しかしそれは考える葦である」とパスカル¹¹⁾が述べたように、認知療法は「考える」という人間の心的機能を存分に用いることを患者に要請するからである。

一般には、精神障害の重症度と患者の意向に応じて、認知療法が選択されるかどうかが決定されることになるだろう。患者の意向を尋ねるには、認知療法の概略が情報としてあらかじめ提供されていることが望ましい。これには理解しやすいパンフレット等を準備しておくのがよい。しかし、実地臨床では、最初から当該の患者に認知療法が適用できるかどうかを予測するのは容易ではない。むしろ、治療目標の明確化、問題領域の特定、不快な感情のセルフ・モニタリングなど、治療上の課題を患者が遂行可能かどうかを、そのつど評価しながら、認知療法に導入していくことが現実的であろう。

IV. 認知療法のための治療目標と問題領域の明確化

認知療法を行うことについて患者の同意が得られたら、治療目標の設定を行う⁹⁾。治療目標は、患者と治療者の共同作業を通して、複数の具体的な選択肢から比較的实现しやすいものや患者の希望が強いものを選択する。

認知療法は問題志向型 (problem-oriented) の精神療法とされ、対人関係上の問題、職業上・学業上の問題、健康上の問題など、複数の問題領域から解決すべき問題を明確にすることが求められる。しかし、目標の達成をめざす目標志向型 (goal-oriented) の方法をとることも可能である。目標は治療者が作成するのではなく、患者に提案してもらうことが肝要である。目標を具体的に記述できるかどうか、認知療法を進める上でのひとつの分岐点になる。

V. 認知療法を実施する上で必要な情報

認知療法の実際を知るためのビデオ教材¹²⁾から冒頭場面を引用する。

T (治療者) : ここへ来られてどういうお気持ちですか?

P (患者) : とてもそわそわしています。

T : 他には?

P : 胃がきりきりとして、手にも少し汗をかいています。それに、どんなふうに思われるか、うまく話ができるか、心配です。

この短い対話の中に、認知療法を実施する上で必要な情報がすべて出てくる。それは緊張感とか不安と呼べる感情であり、胃の痛みとか発汗という身体の変化であり、「どんなふうに思われるか」とか、「うまく話ができるか」という認知である。もちろん、それらは治療者とその場にいる、という状況下で起こったことである。

認知療法を始めるには、状況、認知、感情、行動、身体の変化といった情報をひとまず分離して把握する。ちょうど精神医学的現症を得るのに、意識、見当識、記憶、知覚などの異常の有無を把握するのと同じである。

VI. 症例の認知的概念化

認知療法は体系的な精神療法のひとつ (a system of psychotherapy) とされる¹²⁾。その意味するところは、治療技法の集合・パッケージが認知療法ではなく、あくまで認知療法理論・認知モデルが認知療法には必須であるということであろう。個々の患者においては、症例の認知的概念化 (cognitive case conceptualization)¹⁾ に基づいて認知療法は実施されなければならない。

症例の認知的概念化とは、認知療法の視点からなされる診断である。精神科臨床で認知療法を実施するには、精神医学的診断を明確にする必要があることは言うまでもない。臨床診断から複数の

i : 小論では、症例の認知的概念化、事例定式化 (case formulation)、認知プロフィール (cognitive profile) といった用語を同義的に取り扱うことにする。

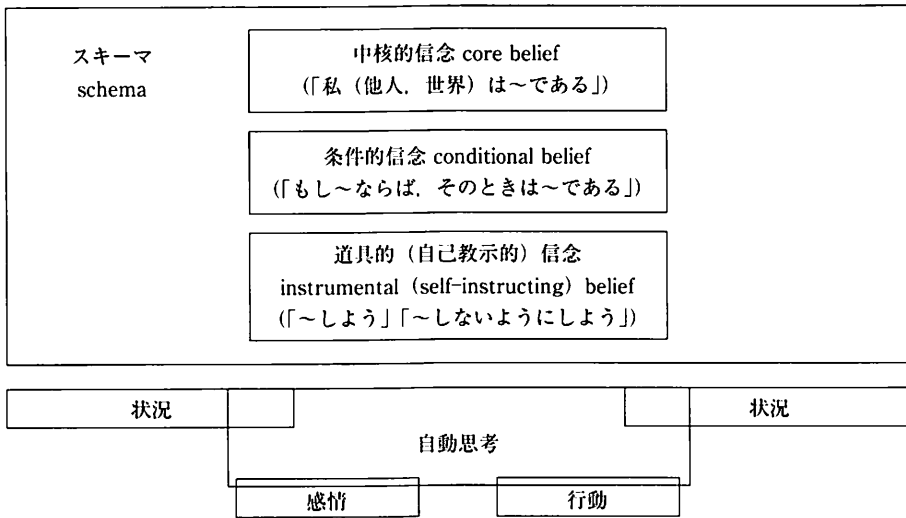


図1 認知的概念化図 cognitive conceptualization diagram

治療選択が可能になる。認知療法が治療法として選択されたなら、次に症例の認知的概念化が不可欠になる。認知的概念化はしばしば図によって提示される。これを認知的概念化図(cognitive conceptualization diagram)という。認知的概念化図は認知療法を進める上で海図・道路地図の役割を果たす。

1. 認知的概念化図：作成手順

認知的概念化図(図1)は以下の手順¹⁰⁾で作成する。(1)不快な感情や不適応行動の起こる対人関係状況を特定し、その状況における否定的自動思考を取り出す。(2)いくつかの対人場面における自動思考から共通の主題を推測し、信念の同定を行う。(3)不快な感情の起こる状況、自動思考、信念をもとに認知的概念化図を描く。信念はさらに、中核的信念(「私(他人, 世界)は～である」)、条件的信念(「もし～ならば, そのときは～である」)、道具的(自己教示的)信念(「～しよう」「～しないようにしよう」)に分けることができる。最後に、(4)可能であれば、認知的概念化図を患者と共有する。治療者の作成した認知的概念化図が自分に当てはまるかどうかを患者は確認し、必要に応じて修正を加える。

2. 認知的概念化図：具体例

自験例1⁵⁾は、反復性うつ病性障害の40代男性である。大学卒業後、現在の職場に就職したが、8年前の最初のうつ病相の後、さらに3回うつ病相を呈し、休職中であった。職場に復帰できるようになりたい、というのが紹介時の主訴であった。治療の場は外来とし、治療目標は職場復帰と復帰後の再燃防止とした。再燃防止には「最悪の事態を想定して備える」ことが重要であると説明し、前回の職場復帰時に職務の遂行を阻害した認知的要因を探った。「計画を立てるとき、全体の手順が思い浮かばず、その場になってから考えるしかなかった。そのため現場が混乱し、收拾がつかなくなってしまった。別のスタッフに代行してもらおうと、円滑に進んだ」という出来事から、「やっぱり駄目だ。彼にはできるのに」という自動思考が得られた。また、「職員を動かすには適切な指示が必要になるが、手順が浮かばず、問題となった」という出来事では、「自分にはこの仕事はできそうもない」という自動思考が明らかになった。患者独自の意味を探る目的で、「仕事ができる」の定義を問うたところ、「現場のやりくりができる」、「他人の助けを借りずにできる」という答えが返ってきた。そこで、「私は良い仕事

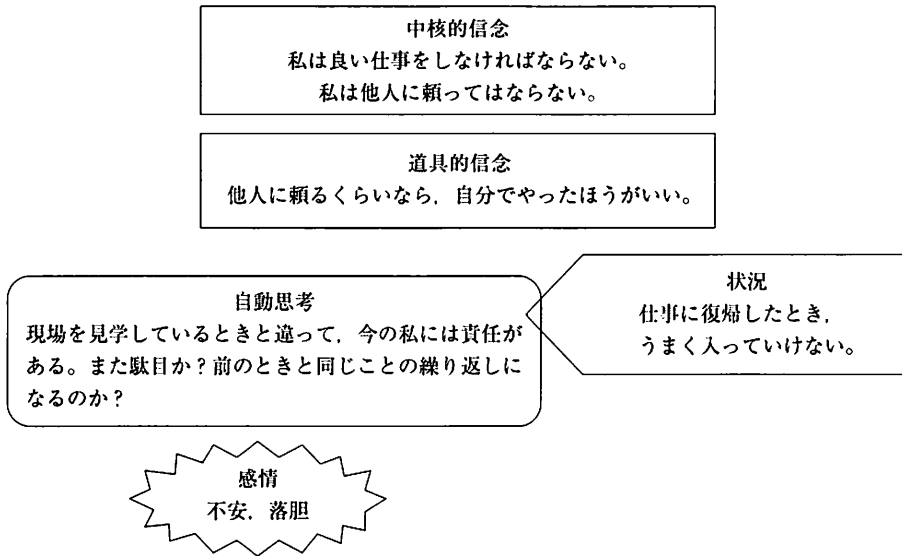


図2 認知的概念化図：反復性うつ病（文献5を元に作成）

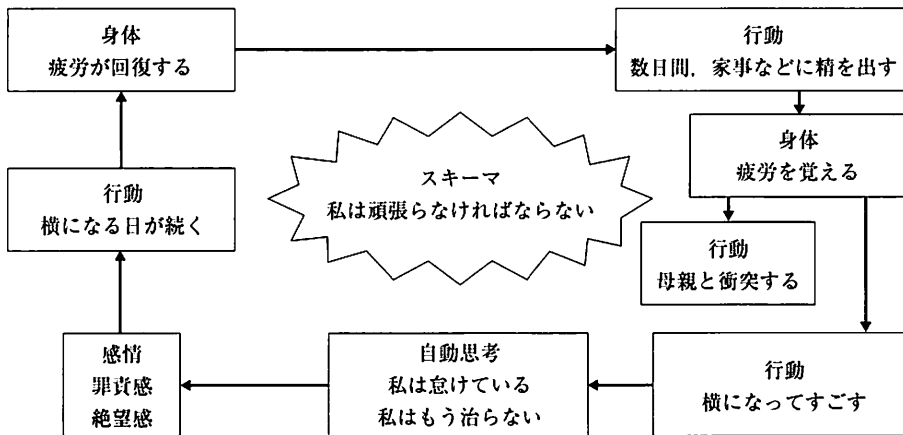


図3 認知的概念化図：統合失調症残遺期のうつ状態（文献2）

をしなければならない], 「私は他人に頼ってはならない」という信念を仮定し, 認知的概念化図を作成した(図2)。

自験例2^{2,3)}は, 統合失調症の残遺期にうつ状態が出現し持続した女性である。高校の頃に不登校がみられ, 大学になって幻覚妄想体験があり, 抗精神病薬による薬物療法を受けたことがあった。卒業後就職しても長続きしなかった。20代半ばに

も精神科通院歴があった。30代になって来院した。一日中横になっていることが多く, たまに起き出しても翌日にはまた寝込んでしまうという状態であった。好きだった編み物にも興味がわかず, 中途・早朝覚醒があり, 自殺念慮をほとんど毎日のように認めた。治療は約1年間にわたって停滞し, 患者は自殺企図のため2回ほど短期間の入院を余儀なくされた。治療を見直す過程で,

「今度こそ頑張ってやり直そう」と全力投球で数日間「頑張って」は、その後「身体が疲れ、頭が茫として」、2週間近く「パジャマのままの生活になる」状態を改善させることを治療目標とした。行動の抑制が顕著で不活発となる状態を“問題”にとらえ、不活発に陥る時間を日常の諸活動によって置換していこうとする方略（不活発の撲滅 scheduling activities）から、不活発な状態を計画的に日常生活に導入することによって、むしろ不活発を温存・保証しようとする方略（不活発の温存 scheduling inertia）に治療方略を変更し、悪循環図の形で認知的概念化を行った（図3）。

Ⅶ. おわりに

小論の冒頭では認知行動療法に対する伝統的精神療法として精神分析に言及したが、わが国の精神分析は欧米のそれとは相違し、限りなく認知療法に近似するという見解があることを付記しておきたい。また、わが国における伝統的精神療法といえば、森田療法や治療法としての内観との関連を論じる必要があろう。

認知行動療法の新たな潮流⁷⁾として注目されるマインドフルネスに基づく認知療法では、患者と認知との関係を変化させることが強調される。自らの否定的認知と距離を保つことが患者に勧められるのである。「古典的」認知療法が変化を求めようとする治療だとすると、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。心の事象を善悪などの判断を交えずにみる、というマインドフルネスの定義には、森田療法の「あるがまま」に通じるところがある。

治療法としての内観⁸⁾では、「私は愛されない」という、人間存在にとって究極的なスキーマが、暗々裏に治療の俎上に載っている。「お世話になったこと」、「お返ししたこと」、「迷惑をかけたこと」を自問する内観3項目は、この中核的スキーマを支持する事実（根拠）とスキーマとは矛盾する事実（反証）について、生育史を俯瞰する形で、問い続けることを要求している。回想という行動実験の結果から期待されるものは、スキーマの変容なのである。

小論では、伝統的精神療法と同じように、認知療法・認知行動療法においても重要な要因に触れることができなかった。それはEBMの時代にあっても忘れてはならない患者-治療者関係である。認知的概念化も、それに基づく治療技法の選択も、健全な治療関係という土壌を離れては奏効しえないものであることを最後に強調しておきたい。

文 献

- 1) Frances, A., Clarkin, J. and Perry, S.: Differential Therapeutics in Psychiatry: The Art and Science of Treatment Selection. Brunner/Mazel, New York, 1984. (高石昇監訳, 阪大精神科心理療法研究班訳: 精神科鑑別治療学[理論と実際], 星和書店, 東京, 1989.)
- 2) 井上和臣: 新しい精神療法的アプローチ—認知行動療法を中心に—. 精神経誌, 100: 1086-1091, 1998.
- 3) Inoue, K. and Kawabata, S.: Cognitive therapy for a major depressive episode in residual schizophrenia. Psychiatry Clin. Neurosci., 53: 563-567, 1999.
- 4) 井上和臣: 日本認知療法学会の発足. 心療内科, 6: 195-201, 2002.
- 5) 井上和臣: うつ病: 認知的側面. 下山晴彦, 丹野義彦編: 講座臨床心理学4—異常心理学Ⅱ, 東京大学出版会, 東京, p.107-126, 2002.
- 6) 井上和臣: 認知行動療法の基礎と臨床. 内観研究, 12: 3-9, 2006.
- 7) 井上和臣: 続 森田療法と認知療法の対話—認知療法の新たな潮流. 日本森田療法学会雑誌, 18: 39-43, 2007.
- 8) 井上和臣: 日本認知療法学会: 経緯と将来展望. 認知療法研究, 1: 10-15, 2008.
- 9) 井上和臣, 千田恵吾: 精神科プライマリ・ケアにおける精神療法—うつ病の認知療法を例に. 伊豫雅臣編: 専門医のための精神科臨床リュミエール7—精神科プライマリ・ケア, 中山書店, 東京, p.67-78, 2008.
- 10) 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: 575-582, 1997.
- 11) パスカル(松浪信三郎訳): パンセ. 筑摩世界文学大系19—デカルト・パスカル, 筑摩書房, 東京, p.220, 1971.
- 12) Psychological & Educational Films: Three Approaches to Psychotherapy III: Part 3—Aaron T. Beck. Corona del Mar, CA, 1986.