

## 特集 不安障害—外来治療の進め方—

## ■ 症例2へのアプローチ ■

## 認知療法による初期治療

井上 和臣\*



症例2は、強迫性人格障害という第Ⅱ軸診断を併記するかどうかは別にして、少なくとも第Ⅰ軸診断は強迫性障害であると思われる。

治療を行うに際しては、多くの症例と同じように、暫定的にせよ、(1)治療の場：外来か入院か、(2)治療の形態：個人療法か家族療法か集団療法か、(3)治療の方向づけ：探究的療法か指示的療法か支持的療法か、(4)治療の期間と頻度：短期か長期か、毎週か隔週か、さらに(5)薬物療法の選択に関して明確な方針を立てておく必要がある<sup>1)</sup>。もちろん、治療を行わないという選択肢もありうるが、「自ら治療を希望して、単独で来院するに至った」患者には現実的とは言えない。

そこで、症例2に関してはひとまず、外来で個人を対象とした指示的療法を毎週実施し、これに薬物療法を併用する、ということを進めたい。もちろんこれはあくまで治療者の心づもりであるから、最初に患者の希望を聞く必要があるだろう。

たとえば、病歴をとり、現症を明確にした後、初診時に患者には次のように説明することになる。

T (治療者)：強迫があなたの主な問題のように思

われます。治療法として、薬物療法と認知療法が提供できます。併用することも可能です。どの方法を希望されますか？

患者の決心がつかないようなら、認知療法のパンフレットを読んでもらった後に改めて希望を聞くことにするか、あるいは、どちらか一方から始めてみることを提案する。ふたつの治療法を併用する場合には、薬物療法を先行させるほうが有効のようである<sup>3)</sup>。

抗強迫薬としてはクロミプラミン30mgを初期量として150mg程度まで漸増するか、発売されたばかりのフルボキサミンを試みたいところである。

なお、治療に伴う症状の改善を患者に適時明示できるよう、あらかじめ症状評価尺度(たとえば、JY-BOCS; Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale 日本語版)による評価を行うことも考慮したい。これは同時に、自分を苦しめる症状について、患者に理解してもらうのにも役立つだろう。

さて、認知療法は指示的(directive)精神療法とは言え、指示ばかりが先行しては治療が進展しないのは言うまでもない。共同的経験主義(collaborative empiricism)という認知療法の基本原則にかなうよう、まず、患者といっしょに治療の目標を立てることから始めよう<sup>4)</sup>。

Outpatient treatment of anxiety disorders with cognitive 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: Department of Human Development, Naruto University of Education, Takashima, Naruto-cho, Naruto-shi, Tokushima, 772-8502 Japan.

<sup>4)</sup> 治療目標には数回のセッションで実現できそうな短期目標、治療終結時に到達可能と思われる中期目標、数年先までに患者が実現したいと考えている長期目標がある<sup>1)</sup>。

T: 治療を受けることによってどんなふうになりたいと思いますか？ 治療の目標をいっしょに立ててみたいのですが、ここに記録用紙を準備してありますから、あなたが治療から望むことを書き出してみてください。6カ月位先の目標を作ってみましょう。

目標がひとつでも患者から得られれば、ホームワークとして次回までに目標を5～10項目書いてきてもらう。認知療法では「歪んだ」認知という表現がよく使われるが、実は患者の「思考する力」に信を置くところが特徴である。1週間考えてもらうと目標も精選されてくるかもしれない。

第2回目の受診時には、完成した治療目標のリストから、比較的取り組みやすい目標を選ぶようにする。どのような目標があがってくるか予測しにくいのが、この患者では「確認行為を緩和する」という目標が選択されるとしよう。

ただ、「電気を消したか」「ガスの元栓を閉めたか」「戸締まりをしたか」といった強迫症状はすでに浪人の頃から始まり、今では1日に数時間を確認行為に費やすというから、この目標は必ずしも取り組みやすいものではないかもしれない。しかし、患者の生活の質を低下させる重大な症状でもあるので、ひとまずは治療の目標をここにおいて始めることになるだろう。

目標が決まれば、確認行為への介入の第一段階として、セルフ・モニタリングによるデータ収集をお願いしてみよう。共同的経験主義とは、現実の生活から得られる具体的データを重視する姿勢だからである。

T: どのような場面で確認行為がよく見られるのか、教えていただけませんか？ もし可能なら、次に受診されるまでの1週間について、確認行為の記録をとっていただけるとありがたいのです。確認行為があなたの生活の中でどの位見られるのか、知ることができればと思います。調べてきていただけますか？

第3回目の受診時には、必ずセルフ・モニタリングの結果をいっしょに検討するようにしたい。ホームワークが十分にできていないようなら、患者のどのような感情、どのような認知が障害になっているのか明確にしておこう。ちなみに、私のように怒りっぽい治療者は、怒りを制御できるよう、ときには思考記録をつけてみるとよい。

セルフ・モニタリングの復習をするときには、記録をとることによって気づいたことを患者から報告してもらうようにする。たとえば、3、4時間も費やす確認行為の中でも、ガスの元栓や戸締まりの確認は少なく、電気を消したかどうかの確認が多いこと、その一方で、両親が留守のときには元栓や戸締まりの確認も増えていることが明らかになったとしよう。

ここで、確認行為が反復される過程を患者といっしょに図示してみる。もちろんふたりの間に用紙を置いて、患者から得られた情報を少しずつ治療者が記入して見せるという方法も可能だが、手近にホワイト・ボードがあると便利である。患者の目の高さから治療者が忽然と姿を消して、ボードの横に立っている姿は、あまり治療的には見えないかもしれない。まるで教室で授業をしているような錯覚に陥ってしまうこともある。しかし、白無地の上に描かれる「確認行為に関する心の見取り図」(認知的概念化図)は、強迫行為がもたらす悪循環を如実に示す効果があると考えられる。

T: 電気を消すという確認行為について、少し詳しく見ていきましょう。1週間の記録の中から典型的な場面を選んでいただいて、そのときのことを思い出しながら、あなたの心の中でどんなことが起こっていたか、どんなふうに確認が繰り返されたかを調べていただきたいのです。

たまたまひとりで自宅にいたとき、湯沸かしの電気を消したかどうか何度も確認したことが取り上げられた。台所を出かけたところで、「電気を消し忘れたかもしれない」という思い(強迫観念)が強くなり、急いで台所に引き返し、スイッチを切ったことを2度ばかり確認して(強迫行為)、台

所を出て階段まで行ったところで、また「きちんと」電気を切らなかつたような気がして（強迫観念）、再度引き返した（強迫行為）ということが語られた。

ところで、認知療法を進めるには、自動思考と呼ばれる認知を明確にしておく必要がある。しかし、強迫の認知モデルは、とりわけ強迫観念が認知的なものであるため、これまで十分に発展してこなかった。近年提唱されている認知モデルは、パニック発作の認知モデルと類似の構造を持っている。パニック発作の認知モデルでは、身体症状（たとえば、息苦しさ）を破局的に解釈し、「今にも窒息しそうだ」と考える（自動思考）とき、不安は増幅され、パニック発作にまで至るとされる。同様に、強迫の認知モデルでは、強迫観念が出現した直後に生じるものが自動思考であり、これに伴って不安という感情反応が認められる、と説明される。

この患者では、「電気を消し忘れたかもしれない」という強迫観念に続いて、どのような自動思考がみられるのだろうか？ さっそく患者といっしょに探ってみよう。

T: 湯沸かしの電気を消したかどうか、もし確認しなかったら、どんなことになっていたと思いますか？

P (患者): いつまでも電気がついたままで、大変なことになっていたかもしれません。

T: 大変なことという、たとえば、どうなると思ったのですか？

P: 火事です。

T: どの位火事になると思ったのですか？ 100パーセント？

P: いいえ、10パーセント位です。

T: もし火事になると、どうなりますか？

P: 火事になったら大変です。私が確認を怠ったのが原因ですから、私の落ち度になってしまいます。

T: どの位あなたの落ち度になると思うのですか？

P: 80パーセント！

強迫の場合<sup>4)</sup>、破局的な予測とともに、「自分や他人に及ぶ被害に対し私は責任がある (perceived responsibility)」という自動思考が見られる。自己の責任を内容とする自動思考は不安を生み、不安を中和させる行動につながる。患者は「もし私が何らかの手段を講じなければ、被害は発生しただろう」と考え、儀式的行為を行うことになる。その行動によって不安は軽くなるが、責任に関連する認知は修正されないまま持続することになる。

T: 今お話しいただいたことを図にしてみました (図1)。この図に描いたことがあなたの場合に当てはまるかどうか、次に受診される1週間後までに調べておいてもらえますか？

認知療法では診療の終わりにホームワークを設定することになっている。適切なホームワーク課題を見つけるのは必ずしも容易ではないが、40～50分程度の診療時間で患者を変えようとするもののむずかしさを考えれば、患者といっしょになって知恵を絞りたいところである。

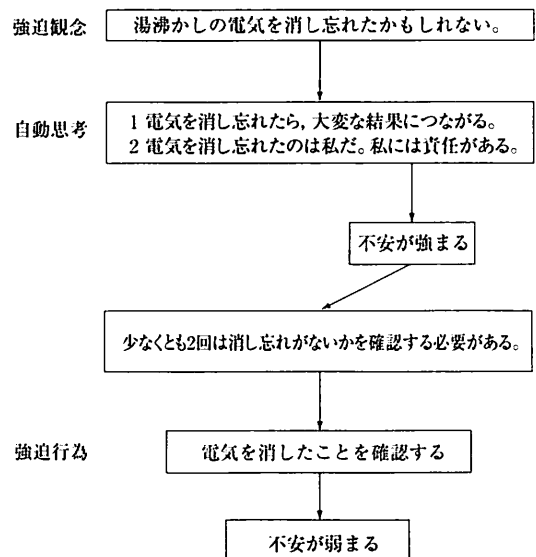


図1 湯沸かしの電気を消すという確認行為に関する心の見取り図(認知的概念化図)

次の受診日に、「心の見取り図」が患者の問題を適切に反映していることが明確になれば、治療の方法について説明していくことになる。

治療の要点はふたつある。ひとつは強迫行為に対する曝露反応妨害法である。この強力な行動療法技法は、苦手と感じてこれまで恐れていたことにあえて立ち向かい(曝露法)、これまで不安を下げるためにしてきた強迫行為をあえてしない(反応妨害法)というものである<sup>2)</sup>。このとき一時的にせよ不安が強まるため、治療への抵抗を示す認知が出現しやすい。そこで、強迫行為を繰り返すことの利益と不利益を、短期的視点とともに長期的視点から評価し直してもらうようなホームワークが役立つだろう。

もうひとつは、破局と責任を主題とする自動思考に対する介入である。強迫には二分法(全か無か)的思考が伴いやすい。患者にとって責任とは往々にして100パーセントの責任のことである。そこで、患者が予測する破局的事態(たとえば、火事)について、責任の分散を図ることになる。ここでも図示することが有効とされる。円グラフを作成する要領で、最悪の事態に参与する要因を患者といっしょに挙げてみるとよい。責任がまったくないことを示すのではなく、複数の要因が関連して事態が発生することを知らためである。

介入によって新しい認知様式を患者の中に生み出すことは一朝一夕でなるものではない。反復が重要である。しかも、治療の結果、「電気を消したか」とか「ガスの元栓を閉めたか」といった強迫症状をすべてなくしてしまえるわけではない。

アキレス腱は残るのである。

最後に、この患者の場合、生活圏がきわめて限定されているが、強迫という棘の力を緩和することができれば、生活の質を改善することも容易になると考える。

さて、拙稿を一読された方は誰しも、マニュアルのような私の治療計画に疑問を持たれるかもしれない。私の臨床経験は乏しく曖昧で、流行の「根拠に基づく医療」からはほど遠いが、一度はこんなふうに治療を進めてみたいという強い「思い」がなせる技と、ご理解いただければ幸いである。なお、優れた治療者の手になる認知療法は、薬物療法とともに、強迫性障害の主要な治療方略となっていることを付記しておく。

## 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.
- 2) 飯倉康郎:強迫性障害の治療ガイド.二瓶社,大阪,1999.
- 3) O'Connor, K., Todorov, C., Robillard, S., et al. : Cognitive-behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. A controlled study. Can. J. Psychiatry, 44 ; 64-71, 1999.
- 4) Salkovskis, P.M. : Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. Behav. Res. Ther., 37 ; S 29-S 52, 1999.