

アルコール依存症の認知行動療法

土田英人¹⁾, 井上和臣²⁾

1) 明石市立市民病院心療内科

2) 鳴門教育大学教育臨床講座

(受付：平成18年12月20日；受理：平成18年12月28日)

Cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence

Hideto TSUCHIDA¹⁾ and Kazuomi INOUE²⁾

1) *Department of Psychosomatic Medicine, Akashi Municipal Hospital,
1-33 Takajyo-cho, Akashi-shi 673-0848, Japan*

2) *Department of Human Development, Naruto University of Education,
748 Nakashima, Takashima, Naruto-cho, Naruto-shi 772-8502, Japan*

(Received : December 20, 2006 ; Accepted : December 28, 2006)

日本アルコール・薬物医学会雑誌 第41巻 第6号 (平成18年12月刊行) 別刷

Separate-print from Vol. 41 No. 6 of Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence

December 2006

Jpn.J.Alcohol & Drug Dependence
日本アルコール・薬物医学会雑誌

総説

アルコール依存症の認知行動療法

土田英人¹⁾, 井上和臣²⁾

1) 明石市立市民病院心療内科

2) 鳴門教育大学教育臨床講座

(受付:平成18年12月20日;受理:平成18年12月28日)

Cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence

Hideto TSUCHIDA¹⁾ and Kazuomi INOUE²⁾

1) *Department of Psychosomatic Medicine, Akashi Municipal Hospital,
1-33 Takajyo-cho, Akashi-shi 673-0848, Japan*

2) *Department of Human Development, Naruto University of Education,
748 Nakashima, Takashima, Naruto-cho, Naruto-shi 772-8502, Japan*

(Received : December 20, 2006 ; Accepted : December 28, 2006)

Key words: alcohol dependence, cognitive-behavioral therapy, cognitive model, cognitive-behavioral relapse prevention, cognitive-behavioral therapy program

アルコール依存症, 認知行動療法, 認知モデル, 認知行動的再燃防止法, 認知行動療法プログラム

1. はじめに

わが国では約6000万人の飲酒人口があるとされる。そのうちアルコール依存症ないしそれに近いと推定される大量飲酒もしくは問題飲酒人口は240～300万人いるといわれ、国民医療費の6.9%が飲酒に関連したものであると推定されるほど、アルコール依存症は大きな社会問題である。

ここでは、アルコール依存症の治療の一つとして認知行動療法をとりあげ、概説する。

2. アルコール依存症

アルコール依存症とは「依存症候群」を有する病態に対して臨床的に用いられる用語であり、「常習飲酒のために、自らの飲酒行動の制御不能となった病態」を意味する。アルコール依存症は身体および精神依存を呈する、薬物依存症の一つである。国際疾病分類 (ICD-10)¹⁾では、依存症候群は「その人にとってかつては高い価値を有していた他の行動よりも、薬物の使用がより高い優先度をもつようになる身体的、行動的および認知的障害の一群」と定義されている。

表1 ICD-10による精神作用物質依存症候群に従ったアルコール依存症の診断基準

以下の6項目のうち、3項目以上が過去1年間のある時期に繰り返し認められるとき、アルコール依存症と診断する

-
1. 飲酒したいという強烈的な欲求、渴望
 2. 飲酒の開始、終了あるいは飲酒量をコントロールすることが困難
 3. 飲酒の中断あるいは減少による身体的離脱状態、離脱症候群の出現、あるいは離脱症状を軽減、回避する意図で飲酒することが明らかである
 4. 耐性の出現による飲酒量の増大
 5. 飲酒のために、他の楽しみや興味が薄れ、アルコールの摂取時間が長くなり、また酔いが醒めるのに長時間を要するようになる
 6. 明らかに有害な結果がわかっていてそれを無視して飲酒を続ける（過度の飲酒による臓器障害や大量飲酒による精神障害など）（負の強化への抵抗）
-

ICD-10によるアルコール依存症の診断基準は表1のようになる。

アルコールという薬物がもたらす悪影響は、個人から社会に至るまで広範囲に及ぶ。肝機能障害をはじめとする身体的障害からアルコールに起因する精神と行動の障害まで、すべての臓器に障害を来す。そしてさらに、離婚や失職といった家庭・職場における心理・社会的な「アルコール関連問題」を抱えることも多い。さらには飲酒に関連した事故による被害、離婚や失職に伴い負担される保健医療福祉による経済的・人的コストなど、影響は地域社会のアルコール関連問題にまで及ぶ。さらに最近の傾向として、未成年者を含む若年者、女性、引退後の高齢者のアルコール依存症が増加傾向にある。

このようなアルコール関連問題の広がりに対して、さまざまな領域からの専門家および非専門家によるアプローチが必要とされる²⁾。精神科病院を含む医療施設でのアルコール依存症患者の治療、そして断酒会やAA (Alcoholics Anonymous) などの自助組織や家族会における回復者に対する再発防止、またプライマリケア医や産業医と連携しながらのブリーフインターベンション（早期介入）や、保健所・精神保健福祉センターなどの関与する地域ケアシステムの利用も大切である。

アルコール依存症の治療は、飲酒によることなく、飲酒以外の健康な方法で生活上の困難に対処し、生活の質を高めることを目標とする。アルコール依存症の治療の基本は、飲酒量を減らす“節酒”でも、一定の期間だけお酒をやめる“禁酒”でもなく、「断酒」である。依存症では適度に飲酒すること自体が困難だからである。また、再飲酒すると短期間のうちに精神依存や身体依存は再形成され、退薬症状（離脱症状）が再燃する。依存症の治療はこうしたスリッパや再燃を繰り返しながら学習されていくものである。

多くのアルコール専門病棟で採用されているアルコール依存症社会復帰プログラム Alcoholism Rehabilitation Program (ARP) は集団療法の形態をとる²⁾。その他、行動療法、内観療法、森田療法、認知行動療法、家族療法（システムズ・アプローチ）、従業員援助プログラム、ブリーフインターベンション、ネットワーク、自助グループなどがある。

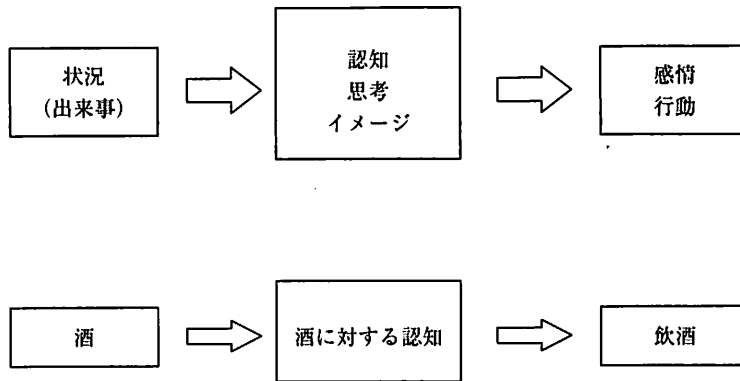


図1 認知モデル (Cognitive Model)

3. アルコール依存症に対する認知行動療法

1. 認知療法と認知モデル

認知療法 (cognitive therapy) とは、1960年代にアメリカの精神科医 Aaron T. Beck によって考案され、その有効性が確認されてきた精神療法の一つである。「出来事や物事に対する見方や考え方 (= 認知)」に着目し、それらを自分自身で検討し、その認知に偏りや歪みを認めれば、認知のパターンを修正することを通して、不快な感情やこれからの行動や生活を改善しようとする、セルフヘルプの治療法である⁴⁾。

認知の特徴的なパターンに関する理論的仮説が、認知療法の基礎となる認知モデル (cognitive model) である。これは、病的な不安や抑うつなどの障害を、認知の障害という視点から説明しようとする理論である。認知モデルは、対象となる疾患に応じて、例えば、うつ病には「うつ病の認知モデル」といったものが提唱されており、「アルコール依存症の認知モデル」についても提唱されている。

2. 診療ガイドラインにおける認知行動療法

アメリカ精神医学会の診療ガイドライン⁵⁾によると、認知行動療法は (1) 不適応行動をもたらす認知過程の改変 (2) 薬物使用に至る行動連鎖への介入 (3) 渴望を効果的に処理するための援助 (4) 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。

3. アルコール依存症の認知モデル^{6,8)}

アルコール依存症の認知モデルでは、酒に対する認知に以下に示す「偏り」があり、それが修正されずにいると、不適切な飲酒行動が持続する、と仮定する (図1)。アルコール依存症における連続飲酒は、飲酒行動を「促進」する認知と飲酒行動を「制御」する認知の力動関係によって生じる、という仮説がある。前者は飲酒の効果を予期する認知 (「飲むと楽しくなるだろう」)、苦痛の緩和を求める認知 (「飲まないとめっちゃくちゃになるだろう」)、飲酒を許容・促進する認知 (「嫌な気分だから飲酒してもいい」) に大別され、後者には「酒は健康に良くない」、

「酒なしでいられることが一番だ」などがある。

4. 変化の円環モデル

飲酒行動の見られる生活から見られない生活への移行には、複数の段階があるとされる。前熟慮段階にある患者は「酒は問題ではない」と考えているが、熟慮段階になると「酒をやめるのは良いことだろうが、今はその時機ではない」と考えるようになる。行動段階では「私は変わることができる」と考え、維持段階では「飲まずにいるのは素晴らしい」となる。もちろん再燃段階がつねに生じる可能性がある。介入の時期としては熟慮段階が最適であろう。

5. 渴望への対処

渴望に対処できるよう患者を援助する方法としては、注意拡散法、フラッシュカードの使用、イメージ法、思考記録の使用、活動の計画、リラクゼーション訓練がある。このうち、思考記録を使用する場合、「自動思考に対する根拠と反証は何か」、「当該の状況に対する別の見方はあるか」、「もしそれが事実なら現実的な結末は何か」、「その考えにこだわり続けるならどんな不利益があるか」、「問題を解決するにはどんな建設的行動が可能か」と患者が自らに問いかけられるようにする。

6. 危機介入

危機介入を必要とする事態には、薬物の過剰摂取と自殺企図、住居の喪失、失踪、解雇・失業、人間関係の破綻、医学的救急、犯罪への関与、治療者に対する暴力などがある。

危機介入に当たっては、患者の絶望感や宿命論に留意する。新しい対処技能を試みる好機として危機を活用し、自己効力感を高められるようにすることも重要である。

危機にある患者を前にしたときの治療者の認知（たとえば、「今までこれほどまでに懸命に取り組んできたのに、治療を中断し、また酒をのみはじめた。すべてを台なしにしてよくそんなことができたものだ。」）についても、これを同定し検討することが必要になるだろう。

7. 再燃防止

再燃に至る過程ではとりわけ禁断違反効果の関与が重要である。高危険状況に対しては、内的・外的要因の自覚、注意の拡散、飲酒行動を制御する信念（たとえば、「スリップは失敗と同じものではない」）を活用した認知的対処が可能である。また、イメージ法などによって、再燃に関連する信念を修正する。行動的対処として、主張訓練や段階的曝露法がある。さらに、社会的支持組織を育てるには、対人関係に関連する信念（たとえば、「酒をのんでいる連中だけが私を理解してくれる」）に介入することが不可欠だろう。

4. アルコール依存の症例に対する認知行動的再燃防止法

以下には、アメリカ心理学会から発売されているビデオ「認知行動的再燃防止法」⁹⁾から抜粋して訳出した。

患者は女性で、夫との不良な関係が飲酒再燃に関与していることが特徴的である。夫の誕生日を祝おうと正装していた患者は、夫から飲酒したと疑われたのを契機に再び飲酒したのであった。

患者：返事することさえできませんでした。夫は私を眺めて、「何て格好をしてるんだ」と言ったのです。私には我慢なりませんでした。財布と車のキーをつかんで、外に出ると、私は酒屋に行きました。ウオッカを買って、家に帰ると、飲み始めました。腹が立って、夫が勝利を取めたように感じました。夫は自分をコントロールできていたのに、私はまったく無力でした。ほんとうに夫が勝って、私は負けたという気になりました。私はどうしていいか、わからなかったのです。

治療者：あなたがすでに酒を飲んでしまっているように、ご主人はあなたを扱ったというのですね。

患者：そのとおりです。

(中略)

治療者：あなたは説明しようとしたか。

患者：話せませんでした。言葉が出ませんでした。腹が立って、それから涙がこぼれ出しても、夫の前で泣きたくはなかったのです。私たちは口をききませんでした。そのことには触れずにいました。いつも夫はどうすべきかを私に言うだけです。私の話など聞いてくれません。私が自分の気持ちを伝える機会さえ与えてくれないのです。夫は私の遺伝子が問題だと考えているようです。お酒のことで私にできることは何もないというわけです。

治療者：なるほど。

患者：薬を飲んでいれば直るはずだ、くらいにしか考えていないようなのです。

(中略)

患者：私たちはほんとうに話をしないのです。政治とか、私たちと関係のない話すら、しないのです。もちろんお互いの気持ちについて話すこともありません。

治療者：水曜の夜あなたは失望感と怒りを覚え、話もできず、車に乗った。そのときのあなたはこう考えていたのでしょうか。「出かけていって一本買おう」とか、「ここから抜け出さなければ」とか、そんなふうに。

患者：「出ていかなければ」といった感じでした。「出ていけ」と夫が言ったのです。もうそのときには心が決まっていました。

治療者：自然と酒屋に向かっていったというわけですね。

患者：そうです。私の車が行く先を知っていました。

治療者：飲むと、どんなふうにあなたの怒りは変化しましたか。

患者：最初の1~2杯では変化はありませんでした。でも3杯目くらいから震えが止まり、考えられるようになりました。そして、夫が勝利し、私が素面でいられないこと、私が対処できないこと、私の気持ちなどどうでもよいことを夫は証明してみせたと感じました。

治療者：飲むと、あなたがそうありたいと望んだ気持ちになれましたか。飲みはじめて、夜が更けていくと、どんな気持ちになりましたか。

(中略)

治療者：問題は、もし同じようなことが起こったときに、あなたが少しでも気持ちよくいられるように、自分を麻痺させるために飲まなければといった気持ちにならないですむように、どうしたらよいかを考える必要があるということです。同じ状況になっても、違った結果になるように、たとえご主人が酒瓶を探して台所中を見回し始めても、何か他の方法がありますか。車に乗り込むことになっても、それだけが抜け道なのどうか。たとえば、「私は飲んでなんかいなかったのよ、あなた」と言えたかどうか。あなたを手の施しようのない“アル中”といった

気にさせる、ご主人の行動に対するあなたの気持ちに少しは応えようとできるものかどうか。何かあなたは言うべきだと思うのです。

患者本人の認知の問題に加え、家族の患者への関わり方にも大きな問題がある。患者の家族は、患者の問題飲酒に振り回され、疲弊して感情的にも不安定になっていく。しかし、気づかないうちにアルコール問題が進行していくのを結果として手助けしていることが多く、これをイネイブラーという。社会・経済的な破綻を防ごうと本人の肩代わりをするなど、飲酒が継続できる環境を作ってしまう。

また、患者を精神的に追い詰め、結果として飲酒を促してしまうこともある。このビデオのケースはまさにそうした家族（夫）の姿を表していると言える。訳出した部分に続いて、治療者は夫が患者とともに来ることを提案している。もちろん、夫への怒りに関わる認知を修正しないまま、適切な自己主張もできずにいる患者にも介入しておく必要があるのは言うまでもない。

5. 久里浜アルコール症センターにおける認知行動療法プログラム

久里浜アルコール症センターは2000年3月に新しい入院治療プログラム（新久里浜方式）を開始したが、その特徴のひとつが認知行動療法ミーティングの導入である¹⁰⁾¹²⁾。

久里浜式認知行動療法ミーティングは、酒に対する上述の認知を患者自らが検討し、その認知を変えることで、断酒継続に結びつけることを目的として行なわれる。

中高年男性アルコール専門病棟（東六病棟）の入院治療（9週間）の中で、認知行動療法ステージミーティング（全8回）と認知行動療法大ミーティング（全9回）の計17回のセッションを行う。主治医との個人面接（週1回）の中でも、ミーティングの内容が取り上げられる。

認知行動療法ステージミーティングでは、アルコール依存症の認知行動療法について理解し、自分の飲酒問題を整理したり、アルコールが与える影響について考え、断酒継続のための具体的に実現可能な方法を考えていく。

認知行動療法大ミーティングでは、アルコール依存症という病気を理解し、再飲酒に結びつきやすい危険な考えや飲酒に関する利益・不利益を検証することで、退院後の断酒継続を目指す。

6. 転帰研究

Marquesら³⁾は、155名のアルコール（40%～46%）および薬物依存患者を対象として治療前と治療開始15ヶ月後の個人認知行動療法（77名）と集団認知行動療法（78名）の効果を検討している。その結果、個人療法と集団療法は、飲酒量、重症度、関連問題に差異はみられず、個人療法と集団療法は同等の治療転帰を示した。しかし、集団療法のほうが費用対効果の点で推奨できるとしている。

おわりに

アルコール依存症患者の酒に対する偏った見方（認知）を修正していくことで悪循環パター

ンを断ち切り、より良い生活が送れるようになることを認知行動療法は目的としている。今後ますます認知行動療法がアルコール依存症に対する包括的治療プログラムの中心的な役割を担っていくことが期待される。

文 献

- 1) World Health Organization: In: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO, Geneva, 1992
- 2) 井上和臣: アルコール依存症。チーム医療のための最新精神医学ハンドブック (大野 裕 編), 弘文堂, 東京, 2006.
- 3) Marques, A.C. and Formigoni, M.L.: Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction*, 96(6) : 835-46, 2001.
- 4) 土田英人, 井上和臣: 精神障害への対応の基礎知識—認知療法。日本医師会雑誌, 131 : 78-79, 2004.
- 5) American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: Alcohol, cocaine, opioids. *American Journal of Psychiatry* 152(11, Supplement) : 1-59, 1995.
- 6) Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. and Liese, B.S.: *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. Guilford Press, 1993.
- 7) 井上和臣: アルコール依存症の認知療法。日本アルコール精神医学雑誌, 10 : 35-39, 2003.
- 8) 井上和臣: アルコール依存症の認知療法。認知療法・西から東へ (井上和臣 編著), pp.333-349, 星和書店, 東京, 2004.
- 9) Marlatt, G.A.: *Cognitive-Behavioral Relapse Prevention for Addictions: APA Psychotherapy Videotape Series II*. American Psychological Association, Washington, D.C., 1996.
- 10) 澤山 透, 米田順一: 認知行動療法を導入したアルコール依存症の入院治療。こころの臨床ア・ラ・カルト 22 (増刊: 認知療法ケースブック, 井上和臣 編) : 159-176, 2003.
- 11) 澤山 透, 米田順一, 白川教人ら: アルコール依存症の認知行動療法, アルコール医療入門 (白倉克之, 丸山勝也 編), pp.114-120, 新興医学出版社, 東京, 2000.
- 12) 米田順一: 「新久里浜方式」と「アルコール依存症の認知行動療法」について。国立療養所久里浜病院 アルコール依存症臨床医等研修平成 15 年度講義要旨集, pp.46-69, 2003.