日本アルコール精神医学雑誌　第10巻第2号　2003年12月

アルコール依存症の認知療法

井　上　和　臣

■第15回日本アルコール精神医学会―特別講演

アルコール依存症の認知療法

井　上　和　臣

はじめに

アメリカ精神医学会の診療指針[1]によると，認知行動療法は物質使用障害に対する心理社会的治療の筆頭に位置づけられている。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) 渇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。このうち，うつ病や不安障害の治療法として開発されたBeckの認知療法(cognitive therapy)[5]は，物質使用障害の患者を治療するために修正されてきた[3]。認知療法の基礎には，不適応的な思考様式を同定・修正することで，否定的感情や行動を軽減・消失させられるという仮説がある。ここでは，薬物乱用に対するBeckらの認知療法[2]を中心に概説する。

Ⅰ．薬物乱用に関連する認知

薬物乱用に関連する認知として，「薬物のない人生は退屈だ」，「薬物は人生の苦しみに対処するための唯一の方法だ」，「薬物を断っても私の人生は今より良くはならない」，「薬物を使用しないと社交的にはなれないだろう」，「薬物は私には問題ではない」などがある。

薬物乱用は，嗜癖行動に関する信念 (addictive beliefs) と嗜癖行動を制御する信念 (control beliefs) の力関係によって生じる。前者は薬物の効果を予期する信念（「薬をやればきっと楽しいだろう」），苦痛の緩和を求める信念（「薬をやらないと滅茶滅茶になってしまう」），薬物乱用を許容・促進する信念（「嫌な気分だから薬をやってもいい」）に大別され，後者には，「薬は私の健康や幸福にとって危険だ」，「薬なしでいられることが私には最大の利益だ」などがある。

Ⅱ．薬物乱用の認知モデル

薬物乱用の認知モデル (cognitive model) は，薬物の連続使用や再燃という問題を認知との関連で概念化したものである（図1）。外的（仲間との集まりなど）および内的（抑うつ・退屈など）刺激によって活性化された信念から薬物乱用に特有の自動思考が生じ，これが薬物への渇望をもたらす。このとき薬物使用を許容する信念の促進作用により，どうすれば薬物が得られるかに注意が向けられるようになり，その結果，薬物が使用されることになる。

Ⅲ．治療目標

治療目標の設定は患者との共同 (collaboration) によってなされるが，認知療法は，一般に，患者が断酒を継続できるよう援助するものである。

Ⅳ．介入の時期：変化の円環モデル

嗜癖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（図2）[4]。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

Cognitive therapy for alcohol use disorder

鳴門教育大学教育臨床講座〔〒772-8502　鳴門市鳴門町高島字中島748〕
Kazuomi Inoue, MD : Department of Clinical Studies and Practice of Education, Naruto University of Education
〔748 Aza-Nakashima, Takashima, Naruto-cho, Naruto〕

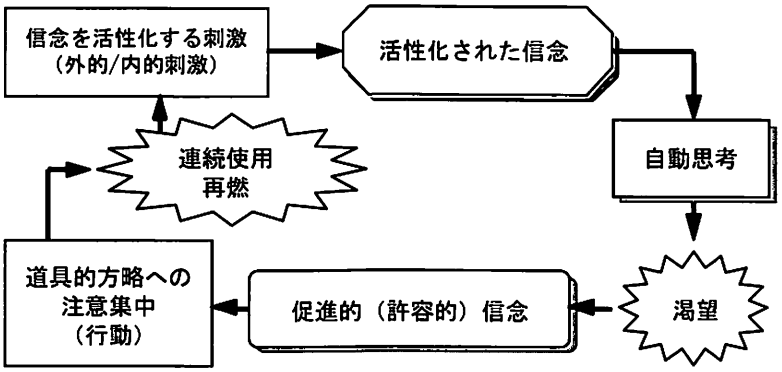

図1　薬物乱用の認知モデル

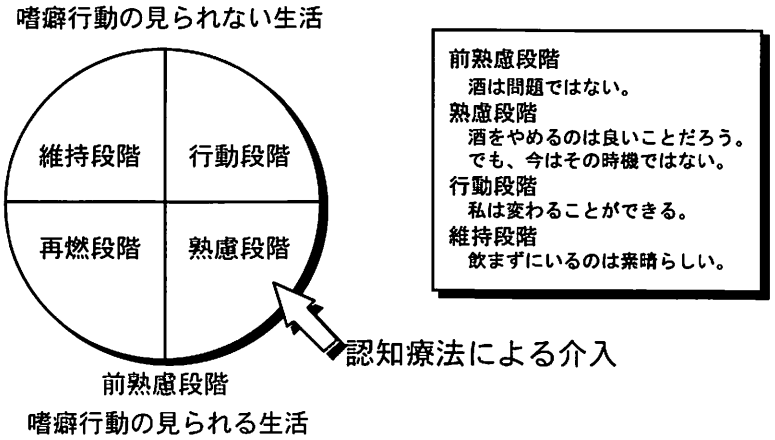

図2　変化の円環モデル

のは良いことだろう。でも，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。

V.　渇望への対処

渇望（craving/urges）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（表1），活動の計画，リラクセ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。

VI.　コカイン乱用の症例

ルイーズは21歳になる無職の女性で，未婚の母である。コカイン使用歴は2年で，「荒れた生活」をしていて，薬を買う金がなくなれば売春を

表1　思考記録の例

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心を占めている考えやイメージ (確信度 0-100 %)	合理的反応 自動思考に代わる思考 (確信度 0-100 %)	結果 1　自動思考に対する確信度 (確信度0-100 %) 2　感情の強さ (強さ 0-100 %)
	自宅で座っている。手の怪我のせいで仕事にも出られず，金もない。 薬仲間のこと，コカインを最後にやったときのことを思う。	退屈 不安 95%	何もすることがない。こんなに退屈では，たまったものでない。	退屈でたまらないから自分にできることに注意が向かなくなっているだけだ。 やろうと思えば，やることはたくさんある。 集会に行くもよし，試合を観戦してもよい。 新聞を買ってきて，集会の時間になるまで，スポーツ欄を読んでいよう。	1　10 % 2　退屈 30 % 不安 20%

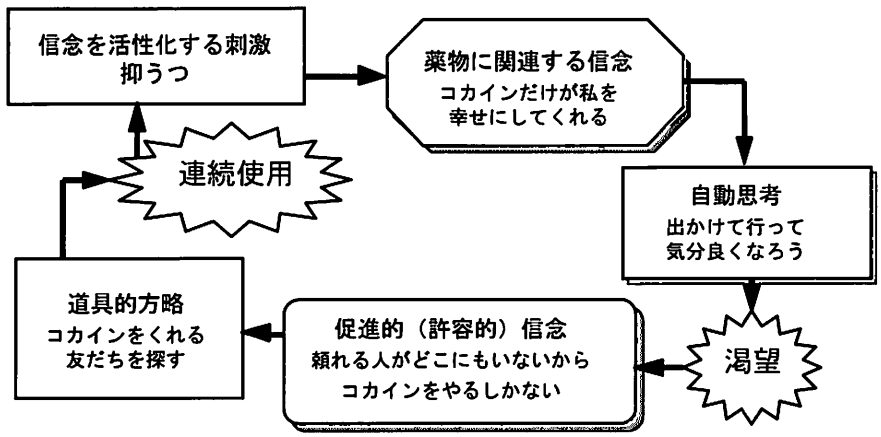

図3　認知モデル：ルイーズの場合

していた。

「苦痛を麻痺させるのに私には薬が必要だ」,「生活が好転するはずもないから薬でもやったほうがいい」,「私は強いから薬の調節もできる」,「私は強い渇望を制御することができない」,「渇望は決して消え去らないだろう」,「どちらを向いても私は支えが得られない」,「私は二度と幸せにはなれないだろう」,「コカインだけが私を幸せにしてくれるだろう」といった認知がルイーズには確かめられた。

彼女の場合（図3），抑うつが契機となって，「コカインだけが私を幸せにしてくれる」という薬物に関連する信念が活性化され，「出かけて行って気分良くなろう」という自動思考から渇望がもたらされ，これに「頼れる人がどこにもいないからコカインをやるしかない」という促進的（許容的）

表2　薬物乱用の利益・不利益分析

	薬物乱用の継続	薬物乱用の中止
利益	・楽しい時間が過ごせる ・友人と一緒にいられる ・セックスがもっと楽しくなる	・自分に自信が持てる ・他の人たちを好意的に見られる ・自分を抑えられる ・傷つかなくなる
不利益	・傷つく危険がある ・自分を抑えられない ・他人に頼るようになる ・娘を失う危険がある	・即効薬がなくなってしまう

信念が関与することで，コカインをくれる友だちを探すという道具的方略が作動し，コカインの連続使用に至る，という悪循環図が想定された。

治療では利益・不利益分析（advantages-disadvantages analysis）によって，薬物乱用を継続することの利益と不利益，薬物乱用を中止することで生じる利益と不利益が話し合われた（表2）。

また，次のような形で，イメージを活用した認知的リハーサルが行われた。

治療者：コカインを使ってしまう状況をできるだけ詳しく，できるだけ生き生きと思い描いてみてください。

患者：娘と一緒に母の家を訪ねているとき，母は私が仕事に就いていないことで，がみがみ言うのです。私のことを「怠け者」とか「役立たず」とか言いたい放題です。私はその場から逃げ出したいけれど，どこにも行く当てがないし，母を殴ってやりたいけれど，そんなこともできないし，泣きたいけれど，母を喜ばせるだけだし。結局ミシェルの所に行こうと考え出して。彼女ならコカインがどこで手に入るか知っているから。「コカインだけが私の気持ちを良くしてくれる」と考えて，娘を母の家に置いたまま，ミシェルを探しにいくのです。それから，彼女に会えなかったら，一人で街に出て，コカインをやろうと。もうハイな気分になりたくて，たまらない感じです。

治療者：大きな声で，自分の行動をコントロールする考えを復唱してください。気持ちをこめて。

治療とともに，「ハイな気分になんかなりたくない」，「娘には私が必要だ」，「そいつ（コカイン）は私を殺す」，「そいつをやっても実際は何も良くならない」，「そいつをやらないほうがずっといい」，「その気になればずっとやらずにいられる」，「ずっとやらずにいたら娘のために生活費も稼げる」といった嗜癖行動を制御する信念がみられるようになった。

Ⅶ.　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とともに，新しい対処技能を“試みる”好機として逆境を活用し，自己効力感を高められるようにする。さらに，複数の危機に共通する非機能的信念（たとえば，「他人の忠告を聞けば他人に管理されていることになり，本当の男とは言えなくなる」）を把握し，治療の焦点にする。

また，危機にある患者を前にしたときの治療者の認知についても，これを同定し検討することが必要になるだろう。

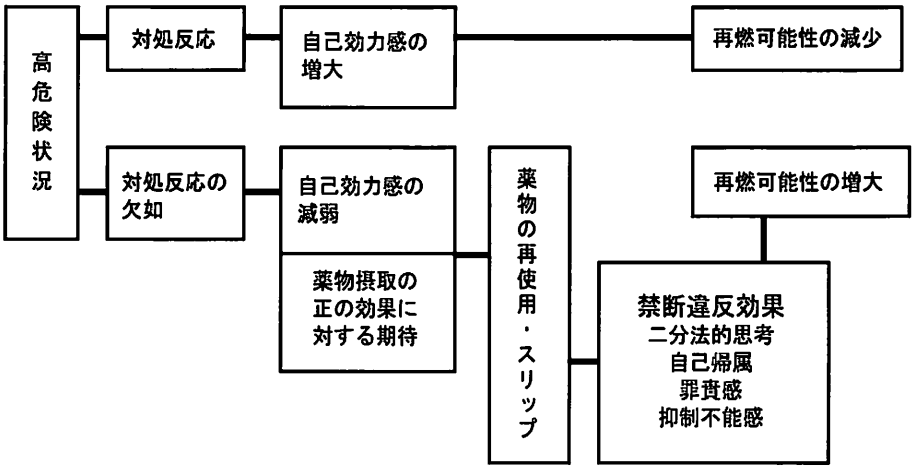

図4　再燃過程の認知モデル

Ⅷ.　再燃防止技法

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（図4）[4]。再燃を防止するための技法は再燃過程の各段階に適用できる。

高危険状況に対しては，内的・外的要因の自覚，注意の拡散，嗜癖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（imagery techniques）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，主張訓練や段階的暴露法（in vitro/in vivo exposure）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，「薬をやって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。

おわりに

認知療法はアルコール乱用・依存症治療の中心的な方略になることが期待される。わが国では2000年3月より国立療養所久里浜病院において，アルコール依存症に対する包括的治療プログラムに認知行動療法が導入されている[6, 7]。この新しい精神療法がどのような効果をもたらすかを検証することが，今後の重要な課題である。

文　献

1) American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders : Alcohol, cocaine, opioids. Am J Psychiatry 152 (11, Supplement): 1-59, 1995.
2) Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., et al : Cognitive Therapy of Substance Abuse. Guilford Press, New York, 1993.
3) 井上和臣：アルコール依存症の認知療法．精神科治療学4：43-52，1989.
4) 井上和臣：アルコール依存症の精神療法，認知療法，精神科 MOOK 30 アルコール依存症の治療（中沢洋一編），p49-57，金原出版，東京，1994.
5) 井上和臣：認知療法への招待（改訂3版），金芳堂，京都，2002.
6) 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.
7) 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），p114-120，新興医学出版社，東京，2000.