

精神療法の統合 — 触媒としての認知療法

井 上 和 臣

日本森田療法学会雑誌 別冊
第25巻 第1号 平成26年4月

Japanese Journal of MORITA THERAPY

Vol. 25 No. 1 2014

■第31回日本森田療法学会

<特別講演 I>

精神療法の統合—触媒としての認知療法

井上和臣*

はじめに

小論では、認知療法の哲学的淵源から始めて、Beckの着眼、精神療法の基準、理論・治療の科学的基礎、作用機序、受容について概観した後ⁱ、森田療法と認知療法の同一性と差異性をもとに、「触媒」としての認知療法という観点から精神療法の統合を論じたい。

哲学的淵源

ストア派のエピクテトス（「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」）やローマ皇帝マルクス・アウレーリウス（「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」）に対し、インドのヴァスバンドゥ（世親）は、「大乘仏教においては、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」と記している。「三界唯心」という一元論である。実在する外界を適切に把握できているかどうかによって人の感情は影響される、というのが認知療法の理論なので、「三界唯心」とは距離がある。

*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)

ⁱ講演内容の一部はすでに下記において公表したものである。この著書に収載した文献は本稿では省略した。
井上和臣：認知療法の理論的展開。東齊彰編著：統合的方法としての認知療法—実践と研究の展望—, 33-53, 岩崎学術出版社, 東京, 2012.

Beckの着眼

精神分析がBeckの出発点であるが、認知療法に至る過程で重要な論文が出された。

論文「思考と抑うつ」: 1963年

Beckは、「思考と抑うつ」と題した1963年の論文で次のように報告した。

- うつ病患者の思考内容は、低い自己評価、自己非難、過剰な責任、逃走への願望という特徴を有した。
- 彼らは系統的な誤りを、自己自身に関する偏見を示していた。
- 不快な思考が不快な情動に先行することがしばしば観察された。
- 思考の一次性障害が存在し、その結果として、認知の歪みと対応する形で、情動と行動の障害が生じるのである。

論文「思考と抑うつ」: 1964年

翌1964年の同名の論文にはこうある。

- ある独特の認知的構造（スキーマ）がうつ病の最中には優勢となり、思考過程を支配し、認知の歪みをもたらす。
- スキーマは、刺激をスクリーニングし、コード化し、評価するために利用される構造であると考えられる。

認知・情動モデル (cognitive-affective model) と介入法への言及がなされる。

- うつ病の認知・情動モデルは神経症性の抑うつ反応の精神療法に適用可能である。
- 最初の方法は、特異的で独特の抑うつ的認知を同定し、評価し、訂正するというものである。

- 第二の方法は、患者の自己と自己の世界に関する、基底にある慢性的な誤った概念、偏見、迷信に向けられる。

精神療法の基準

Beck は認知療法を a system of psychotherapy と言い、「精神療法とは何か?」という問いに答える4条件として、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理論を裏付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、を提示する。

理論・治療の科学的基礎

認知療法理論の科学的基礎

認知療法理論の科学的基礎について、Beck の論文では200件ほどの研究が概観される。うつ病の認知モデルを支持したものは91%であった。認知の3徴は支持が150件、不支持は14件であった。認知の歪みは、支持が19件で、不支持は皆無であった。信念やスキーマも31件の研究が支持していた(不支持:6件)。

認知療法の治療効果

うつ病の急性期治療に関する Dobson のメタアナリシスでは、無治療はもちろん抗うつ薬と比較しても認知療法が有効であった。Gaffan でも、抗うつ薬とは効果量が0.2で、認知療法が優っていた。Gloaguen では、認知療法は抗うつ薬よりも優れていたが、併用療法とは効果量が0に近く、ほぼ同一であった。

再燃防止については、12か月から24か月の追跡期間中の再燃率が検討されているが、成人のうつ病の再燃率は平均すると、認知療法終了後が29.5%、抗うつ薬の中止後は60%であった。

作用機序

認知療法の効果発現機序について、調節モデル、活性化・脱活性化モデル、代償技能モデルという仮説が提示されている。代償技能モデル (com-

pensatory skills model) は、否定的な思考・認知を削除するために利用可能な技能が(再)獲得されると考える。

受 容

受容 (acceptance) という概念は、マインドフルネスに基づく認知療法 (MBCT) を含む第3世代の認知行動療法の中心をなしている。MBCT いう「する」モードは、自動的に作動し、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し、未来と過去に向かう。これは非機能的認知を制御しようという、変化のモードである。一方、事物のある状態を許容し、今という瞬間の体験に向かう、受容を重視するモードが「ある」モードである。このモードでは脱中心化が重要になる。

森田療法と認知療法

日本森田療法学会における認知療法・認知行動療法

第30回日本森田療法学会(2012年)では、会長講演とシンポジウム「認知行動療法最前線と森田療法の対話」で森田療法と認知行動療法が論議されている。

私事だが、第3回日本認知療法学会(2003年)での中村の特別講演「森田療法と認知療法」に触発され、認知療法の和風化を夢想したことがある。後に機会を与えられ、第23回(2005年)・第24回(2006年)日本森田療法学会における日本森田療法学会・日本認知療法学会合同シンポジウムで認知療法の新たな展開・潮流を紹介することができた¹⁾。
森田療法と認知療法: 同一性と差異性

最近、「精神療法」誌で「認知行動療法をめぐる対話」が特集され、北西と伊藤の間で森田療法と認知行動療法が論じられた²⁾。北西は世界観・見立て・介入法の差異を表で示したが、本文中には次のような共通点も記述した(一部改変)。

- 世界観 基本的理解から仮説が成り立っている。
- 見立て 個人の経験に近い形で仮説を立て、仮説からクライアントの経験を説明

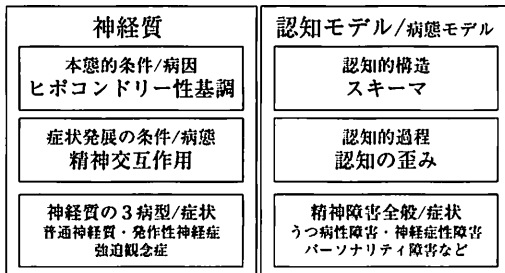


図 1 森田の神経質理論と Beck の認知モデル

すると、“目から鱗が落ちる”。

- **介入法** 見立てに沿って介入法を決める。主たる介入は思考と行動で、それを通して感情に関わりやすくする。心理教育を大切にする。自助的努力を高く評価する。

北西に倣い森田の神経質理論と Beck の認知モデルを比較した(図1)。森田が神経質の本態的条件としてあげるヒポコンドリー性基調は、神経質の病因論(etiology)に関わるものであり、ヒポコンドリー性基調は生存欲と表裏をなす。一方、認知モデルでは、「私は無力である」と「私は愛されない」に代表される認知的構造(スキーマ)が重視されるが、認知モデルはあくまでも病態形成論(pathogenesis)であって病因には関与しない。

認知療法との同一性を検討する目的で、森田の著書³⁾からいくつかの箇所を引用し、注目に値する部分を下線で示した。

- **感情の法則**
私の神経質に対する精神療法の着眼点は、むしろ感情の上であって、論理、意識等に重きを置かないものである…
- **神経質における抑鬱**
神経質の憂鬱とか、興奮しやすさとかいうことは、みな自己認識の錯誤から起こる二次的なものであって、特発性のもではない。神経質はその悲観的思想がまずあって、その結果として、二次的に抑鬱になるのである。
- **信念**
信念とは、直感的、感情的な断定であって、論理的な判断に対するものとしてこう名づけ

ているのである。

感情的な判断は論理的判断に比較して、あたかも視野の中心性縮小の場合のように、注意はひたすらその方にばかり傾注し、広く周囲の変化を認識することができないで、意識の狭小をきたすものである。

神経質の症状はある動機から、ある事実に対して注意を集中することにより、自己暗示的に執着した信念のようなものであって、たんに患者が自らそれを病的と固執する、主観的なものであるということができる。

- **一般神経質に対する私の特殊療法**
本療法の実質は、心身の自然療法であって、これはまた体験療法とも見ることができる。京都の宇佐玄雄君は、かつてこれを自覚療法と名づけたことがある。

精神療法の統合

統合の観点：鑑別治療学

「鑑別治療学」ではさまざまな精神療法を洞察的・指示的・体験的の3つに分類する。洞察的なものの代表として精神分析が、体験的なものとしてクライアント中心療法がある。指示的なものは行動療法だが、認知療法は洞察的なものと指示的なものにまたがっている。

「触媒」としての認知療法

フェニルケトン尿症の場合、フェニルアラニン水酸化酵素が欠損することで、フェニルアラニンはチロシンに変化しない。通常の生体では、フェニルアラニンをチロシンに変えるフェニルアラニン水酸化酵素が「触媒」として機能することで、代謝が円滑に進む。

認知療法には、基質であるフェニルアラニンの代謝に関与する、酵素としての、「触媒」としての役割があるのではないか。

消えゆく認知療法

消えゆく認知療法(vanishing cognitive therapy)とは奇異に聞こえるかもしれない。しかし、認知療法が「触媒」の役割を果たしていくとき、物質Aから物質Bへの変化をつかさどる酵素と同じように、複数の治療法を架橋する「触媒」と

して認知療法が機能するとき、その過程で認知療法は消えゆくのである。

“Japan Psychotherapy Week”

日本認知療法学会の学会誌「認知療法研究」第1巻（創刊号）に私はこう書いた。

- 日本認知療法学会、あるいは認知療法そのものが、「触媒」の役割を果たすことで、精神療法にかかる複数の学会が同時に、あるいは重複期間を含みながら相前後して開催される Japan Psychotherapy Week、それが実現するとおもしろい。

精神療法に関わる複数の学会が同じ場所で同じ時間を共有する、認知療法がいわば治療法の架け橋となるような、そんな空間・時間があってもいいのではないか。

“Japan Psychotherapy Week”の提唱である。

おわりに

小論のキーワードはもちろん精神療法の統合であるが、これを具体化する方略として認知療法の触媒化・極小化を挙げ、“Japan Psychotherapy Week”を夢想した。大方の批判を待ちたい。

文 献

- 1) 井上和臣：認知療法の新たな潮流。日本森田療法学会雑誌，18(1)：39-43，2007。
- 2) 北西憲二，伊藤絵美：認知行動療法をめぐる対話：森田療法との対話。精神療法，39：509-521，2013。
- 3) 森田正馬：新版神経質の本態と療法。白揚社，東京，2004。