

不安障害： 認知療法のケースフォーミュレーション

Kazuomi Inoue

井上 和臣*

はじめに

精神療法の基本要件として、①パーソナリティと精神病理に関する理論を基礎とすること、②理論の妥当性を支持する知見が存在すること、③理論との整合性を有する治療法であること、④治療の有効性を支持する科学的根拠が蓄積されていること、という4か条がある。これら4か条をすべて満たすと思われる認知療法(cognitive therapy)について、不安障害を対象とした場合のケースフォーミュレーション・事例定式化(case formulation)を論じることが、拙論には求められている。

認知療法を含む認知行動療法は、第1世代の行動療法に始まり、第2世代の認知療法の参入を経て、今や第3世代(新世代)の認知行動療法群(cognitive-behavioral therapies)の時代となっている。第3世代の認知行動療法群を第1世代の嫡流と第2世代の系統に分類すると、行動活性化療法、弁証法的行動療法、アクセプタンス&コミットメント・セラピーは行動療法から発展したものであり、マインドフルネスに基づく認知療法、メタ認知療法、感情焦点化/対人的認知療法、認知分析療法、ポジティブ心

理学とポジティブセラピーは認知療法ファミリーを形成する、と言えるかもしれない。

第1世代から第2世代への進展は認知(思考とイメージ)の問題を実証的に扱うことで、成人の気分障害や神経症性障害へと適応を拡大させた。認知革命と称される変革であった。しかし、第1世代において認知が等閑視されていた訳ではあるまい。認知が行動に含まれることは、洋の東西を問わず、自明のことであったと思われるからである。キリスト教改革の中心人物であったルター(Luther M, 1483-1546)はこう述べている。

心に思う(meditare)、というのは、人間にのみあてはまることである。……思うというのは、真剣に深く、そして誠実に考えることであり、元来、心で熟考することなのだ。したがって、思うとは、まさに内的な場所において行動する(in medio agitare)こと、あるいは、中心的なもの、そしてもっとも深きものそれ自身によって動かされることである。

仏教では一般にわれわれの行為(業 karman)を3種類に分け、身・語(口)・意の三業さんごうと呼ぶ(桜部・上山, 2011)。身体上の行為しんごう(身業)は身体で行なうこと、言語上の行為ごごう(語業・口業)は口で語ること、精神上の行為いごう(意業)は心で思うことである。

*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 大丸ハイツ

厳密な行動主義を極とする第1世代に始まり、認知中心主義の第2世代を経て、認知の内容から認知との関係性へと重心移動を試みる第3世代に至る。認知行動療法の半世紀以上に及ぶ歴史は、認知というあまりにも人間的な事象をめぐる立論の変遷と考えることができるだろう。

不安障害はもちろん病的な不安という感情の異常を主徴とするが、それぞれの病態を特徴づける認知、行動、身体的変化という軸から概念化することが認知療法を実施する上で重要となる。とりわけ認知の内容に関する理解は必須と思われるので、拙論ではもっぱら第2世代の認知療法を中心に論を進めることにする。ただ、不安障害では脳裡に反復する思考やイメージから距離を置くことが困難であり、認知との関係性を考慮する治療介入も有用であるので、第3世代にも言及することになるだろう。

I 認知療法という精神療法

認知療法は共同的経験主義を原則とする、時間限定的・構造的・能動的・教育的・問題志向型精神療法である。

治療は臨床診断、問題リストの作成と治療目標の設定、治療計画の立案、問題の観察・記録(セルフ・モニタリング)、問題に伴う感情・認知・行動・身体的変化の同定、認知的概念化^{注1)}、認知再構成法・問題解決訓練・利益・不利益分析・各種の行動的技法などによる治療介入、再燃・再発防止という手順で進められる。

治療マニュアルに依拠して実施されることも認知療法の特徴の一つである。標準化・体系化された手引と言え、印象が違うかもしれないが、マニュアルと聞くと、今風の、画一的で浅薄な、即席で手間暇をかけない、にわか仕立ての観を招きかねない。しかし、マニュアルに基づく治療の基底には、わが国の健康保険制度下で診療に従事する医師は万人に等質の医療を提

供する責務がある、という自覚がある。求められているのは、名人芸ではなく、医療職として一定の基準を満たしているはずの誰もが活用できる手法の普及である。

うつ病を治療対象とすることから始まった認知療法は、患者の困難を問題として外在化し、解決可能な形に変換し、解決の選択肢を可能な限り多く発案し、実行に移す、という方法を採用する。問題解決の取組みは患部を露出し、必要に応じて切除する、といった治療医学の様相を呈する。しかし、目標指向的なりハビリテーション医学としての認知療法も存在する。その場合、治療によって患者が実現したいことを具体的な目標として設定することが治療初期の課題となる。

II 認知モデルという認知療法理論

2018年11月にリニューアルされた日本認知療法・認知行動療法学会(旧日本認知療法学会)のホームページでは認知療法の理論的仮説(認知モデル)についてこう紹介されている^{注2)}。

認知療法は、理論的にも、治療実践においても、患者によって意識され自覚された思考や視覚的イメージ(これを認知 cognitions と総称する)に注目します。この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)です。それは、病的な抑うつや不安などを主徴とする感情障害(emotional disorders)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り、一般的には次のような形で定式化されます。

「ある状況下における患者の感情や行動は、その状況に対する意味づけ・解釈である患者の認知によって規定される。」

注1) 小論では「ケースフォーミュレーション(事例定式化)」と「症例の認知的概念化 cognitive case conceptualization」を同義で使用する。

注2) <http://jact.umin.jp/introduction/>

表1 認知的概念化図の作成過程

第1段階	否定的自動思考を取り出す
	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する
	2 その状況における否定的自動思考を取り出す
第2段階	信念の同定を行う
	1 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する
第3段階	認知的概念化図を作成する
	1 不快な感情の起こる状況、自動思考、信念を図示する
	2 必要があれば、信念を中核的信念、条件的信念、手段的信念（自己教示的信念）に分ける
第4段階	認知的概念化図を患者と共有する
	1 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

認知モデルは認知療法の対象となる病態に
 応じて、たとえば、うつ病にはうつ病の認
 知モデルが、パニック症にはパニック発作
 の認知モデルが提唱されています。ここで
 挙げた認知モデルはそれぞれの病態を説明
 するための仮説 (explanatory model) とし
 て提示されていることを理解しておく必要
 があります。つまり、認知モデルは病因に
 関する理論 (causal or etiological model)
 ではなく、「認知の障害がうつ病（あるいは
 パニック症）を引き起こす」と主張する
 もものではありません。

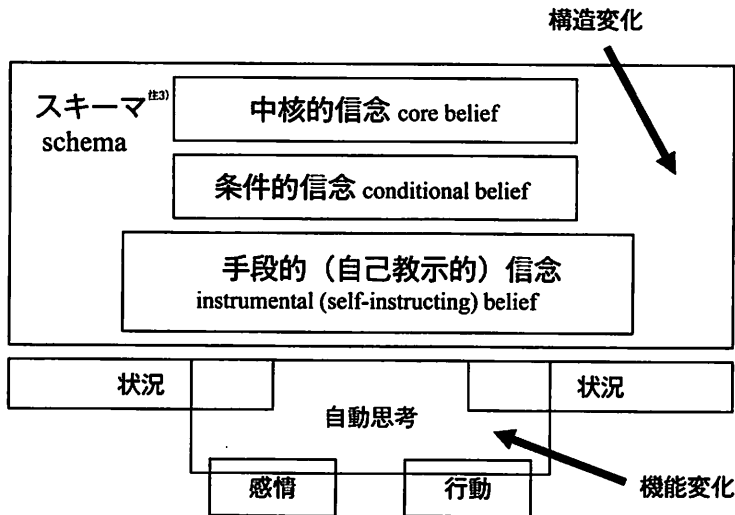
認知モデルは診察室でわれわれの目の前に
 いる患者の「今、ここ」を横断的に把握するも
 のである。時間軸に沿った縦断的な仮説は認知・
 発達モデル (cognitive-developmental model)
 である。現在と近未来が関心領域である認知療
 法にあっても、現病歴はもちろんのこと生育歴、
 既往歴、病前性格などに関わる情報は重要であ
 る。認知・発達モデルは、児童青年期の精神病
 理を理解し治療する上で必須だが、成人の認知
 療法でも有用である。さらに付言するなら、生
 物学的基础としての脳機能異常との関連までを
 視野に入れた、生物・認知モデル (bio-cognitive
 model) や認知的生物・発達モデル (cognitive
 bio-developmental model) という仮説形成が
 可能となる日も遠くないだろう。

Ⅲ 認知的概念化という「暫定」診断

拙論の冒頭に挙げた精神療法の基本要件の第
 一に、パーソナリティと精神病理に関する理論
 を基礎とすること、とあった。精神病理を俯瞰
 する普遍的な理論の構築が、認知療法のような
 システムとしての精神療法に要請されるのは言
 うまでもない。

しかし、実臨床では理論の個別化が不可欠で
 ある。治療対象となる各種の病態に特異的な認
 知モデルを、個々の患者において仮定すること
 が認知療法の視点からなされる診断、すなわち
 認知的概念化 (cognitive conceptualization) であ
 る。認知的概念化はしばしば図によって提示され
 る。認知的概念化図 (cognitive conceptualization
 diagram) あるいは認知プロフィール (cognitive
 profile) である。複数の状況下でみられる自動
 思考、感情、行動を、個人に特有の信念・スキ
 ーマとの関連で図示するものである。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。

認知的概念化に至る道程には陥穽が潜んでい
 る。ギリシア神話に登場する盗賊、プロクルー
 ステース (Procrustes) の寝台である (Kuyken
 et al., 大野監訳, 2012)。帰納的であることが
 求められるはずの作業行程に、演繹的手法が跳
 梁する事態が起りがちであることを銘記する
 必要がある。



注3: スキーマと信念はしばしば同義に用いられる。

図1 認知的概念化図 (認知プロフィール)

認知的概念化は常に「暫定」診断である。暫定には、とりあえずという消極性がつきまとうが、「暫定」と括弧書きにしてあるのは、情報量に応じて、治療の各段階で変更可能であり、いつでも検証に供する準備ができていて、という積極の意味を込めてある。治療に先行するのは診断であるから、治療の失敗やゆきづまりは鑑別診断をやり直し、誤診を正すことを要求する。たとえば、反復性うつ病性障害と双極性感情障害の鑑別や、うつ病性障害や神経症性障害における併存症の有無など、臨床診断の再検討が必要になる。認知的概念化も然りである。視点の固定化に疑問符をつけ、多様性を求め、問いかけることを忘れてはなるまい。ソクラテスの問答法に言及することを常とする認知療法であれば、なおのことである。

認知的概念化の具体的な手順は表1のようになる。用語について注釈すると、自動思考は状況依存性の認知で、「心のつぶやき」と平易に呼んでいるものである。硬い翻訳調になるが、「まさに今あなたの脳裏をよぎるのは何か (What is going through your mind right now?)」と問いかけることで得られる。自動思考は多かれ

少なかれ患者の愁訴に含まれるので、〈感情は単語で、自動思考は文で表現する〉という原則を守りながら、訴えを聴くことで自ずと知られる。信念・スキーマには3つの階層があり、中核的信念は「私 (他人, 世界) は～である」、条件的信念は「もし～ならば、そのときは～である」、手段的 (自己教示的) 信念は「～しよう」「～しないようにしよう」となる。とりわけ、「私は無力である」と「私は愛されない」とは、程度の差はあれ、誰もがいただく「超」中核的な信念とされる。

認知的概念化図 (図1) にある信念・スキーマは構造的な認知であり、自動思考は機能的な認知である、と仮定すると、自動思考に対する介入は認知に機能変化をもたらそうとするので効果を得やすいが、信念・スキーマへの介入は構造変化をめざすため時間と困難を伴う。認知療法によって信念・スキーマが変化することは容易でないことが理解できよう。

IV. 認知的概念化：児童青年期の問題

以下の3つの事例はいずれも大学院生による実践研究からの引用であって、医療機関受診例

ではない。重要なのは、認知的概念化は、不安障害における病的な不安だけでなく、スペクトラムとしての不安に幅広く活用できるということである。

1. 事例1

事例1は23歳の大学院生で、他人とつきあうとき本心を言わないで笑いでごまかすことがあると訴え、相談に訪れた。問題リストには対人関係の悩みをあげた。「他人にどう思われているのか不安になって、学校やアルバイト先で自分の思っていることが言えない」のが悩みであった。

対人関係問題について作成した認知的概念化図では、「人はいつも私より優先されるべきだ」という中核的信念、「もし私が自分を優先させれば、相手は不快に感じるだろう」という条件的信念、「自分を抑えて相手を優先させよう」という手段的信念を想定した。これらの信念には、「人間関係は対等ではない」「お客様は優先される」という幼児期以来の家庭環境から形成された信念が関与することが示唆された。

2. 事例2

事例2は22歳の無職の男性で、ひきこもりは3年目に入っており、近所なら一人で外出できたが、日中はほとんど自宅で生活している状態であった。乳児期に発達の遅れがあり、小学校低学年では養護学級に学んだ。高校2年時はじめに遭い不登校になって留年した。卒業後は仕事が長続きしなかった。家にひきこもり何もしなくなり、「どの職場へ行っても対人関係で失敗するのではないかと考えて、不安を感じ、入眠困難、めまい、ふらつきがみられた。

ひきこもりを持続させる認知・感情・行動をいっしょに確認しながら、「自分はだめな人間だ(中核的信念)」「仕事をして、使いものにならないと言われるだけだ(条件的信念)」「家において、何もしないほうがよい(手段的信念)」という信念を軸に認知的概念化図を作成した。

3. 事例3

適応指導教室に通室する不登校の中学生5名に対し、認知療法理論に基づき30～60分の「授業」を15回実施した。中学生に理解しやすいように、自動思考は心のセリフ、スキーマは心のセリフのくせ、認知の歪みは心の錯覚、合理的反応は新しい心のセリフと言い換えた。

最初に、創作漫画等を用いて認知療法理論を提示した。漫画の登場人物に起こった出来事をもとに心のセリフ等を考えてもらい、認知モデル(心のABC)について学習できるようにした。

次に、各参加者が具体的な問題場面をもちより、思考記録表(心のセリフ記録表)を作成し、話し合った。「授業」中に出てきた心のセリフや個人的な情報から心のセリフのくせの仮説をたて、個人面接で確認した。

事例3(中学3年の女子生徒)は、「悪いと思うけど」「心配やから干渉するのはわかるけど」といった心のセリフ記録表の記述から、「けど」と途中で終わる心のセリフが特徴的であった。日常場面でも「けど」の後が出てこないことが適応指導教室の教師から指摘された。心のセリフのくせとして、「人の意見に反対したら、相手は怒ってしまうかもしれない」を想定した。

食事中に電話がかかってくるという出来事があった。電話を切ろうとすると、「もし切ったら、怒ったり嫌われたりするんだらうな」という心のセリフが出現し、不安になり、早く切りたのに切ることができない、という悪循環を形成していることが確認された。一般的な認知的概念化図でなく、悪循環図にすることによって、問題の理解を促した。

V 認知的概念化図：治療的意義

認知的概念化図には診断はもちろんのこと治療的意義もある。表1の第4段階では「認知的概念化図を患者と共有する」とされている。病理の軽重を考慮する必要はあるが、治療者の作成した認知的概念化図が妥当かどうかを、患

者・クライアントは検討し適宜修正を行う。

認知的概念化図の共有は患者・クライアントの自己理解を深める役割を果たす：①不快な感情に影響する自動思考の存在を自覚できる、②さまざまな問題状況に関与する信念・スキーマの重要性を認識する、③生育歴が信念・スキーマの形成・維持に与っていることを理解する。

認知的概念化図が治療促進的に作用することも見逃せない：①自動思考に対する反証を探ったり、信念・スキーマに関する利益不利益分析を行ったりできる、②新たな信念・スキーマを得る契機となりうる。

医学は視覚優位で、形態を見ることに執心する。認知的概念化図は心的事象の可視化であると言えるだろう。

VI 認知的概念化：不安障害一般

不安障害の診断がなされ、認知療法の適応があると判断されれば、次に行うべきことは認知的概念化である。不安障害においては不安信念・スキーマが存在しており、ある状況下で活性化された不安信念・スキーマが不安に関連した自動思考を引き起こし、自動思考が不安症状をもたらすというのが、不安障害の認知モデルの骨子である。

不安に関する認知は危険や脅威を内容とする。危険には身体的・精神的・社会的危険が区別できる。パニック発作時には、身体的危険として「心臓発作（呼吸困難）で今にも死にそうだ」、精神的危険としては切迫する精神錯乱といった破局視が認められる。社交恐怖では、「みんな私を嫌うだろう」という社会的危険・破局が最悪のシナリオとして予測される。

不安信念・スキーマは、危険を過大視させ、恐怖の対象に注意を向けさせ、以前の不安体験を選択的に想起させる。不安を軽減するために回避・安全行動を行うと、かえって症状は持続する。不安障害の認知的概念化を行う際には、不安を持続させている不安信念・スキーマや回避・安全行動の存在に注意を払う必要がある。

不安に伴う認知は、「大変なことが起こりそうだ、しかし、私にはどうすることもできない」と平易に表現できる。危険や脅威の過大視とともに自らの対処能について過小視があることも、見逃せない不安障害の特徴である。不安＝危険・脅威／資源・工夫という、不安の方程式は心理教育として活用できる。

VII 認知的概念化：パニック障害

パニック障害の場合には、危険が身体的なものにせよ、精神的なものにせよ、社会的なものにせよ、「死」が中心的な主題になる。

パニック障害の診断に必須のパニック発作について、DSM-5では、「抑制力を失うまたは“どうかなってしまう”ことに対する恐怖」と「死ぬことに対する恐怖」が記載されている。これら精神的・身体的破局の予測に関わる症状を軸に、パニック発作を概念化したものが、パニック発作の認知モデルである。たとえば、動悸という身体感覚の変化に対して「心臓発作で今にも死にそうだ」と破局的に解釈することが、パニック発作に至る悪循環の要にあると仮定するのである。

発作に伴う破局的認知は状態的な自動思考である。パニック発作の認知モデルでは、特性的な信念・スキーマが明確に提示されているとはいいがたい。通常、自動思考への介入は急性期症状の軽減を目的とするものであり、信念・スキーマへの介入は再燃・再発防止を意図して実施される。パニック障害が症状の消長はあるものの慢性に経過する病態であるとするならば、信念・スキーマへの認知的介入が自動思考への介入以上に要請されてしかるべきであろう。

図1の信念のうち「もし……ならば、……である」と記述できる条件的信念に相当する認知が、パニック発作に関連する前提あるいは規則として記載されている。①脆弱性：前にも一度ここに来たとき発作が起こったことがある。だから、また同じことが起こりそうだ。②段階的拡大：少しでも不安になれば、その不安はとど

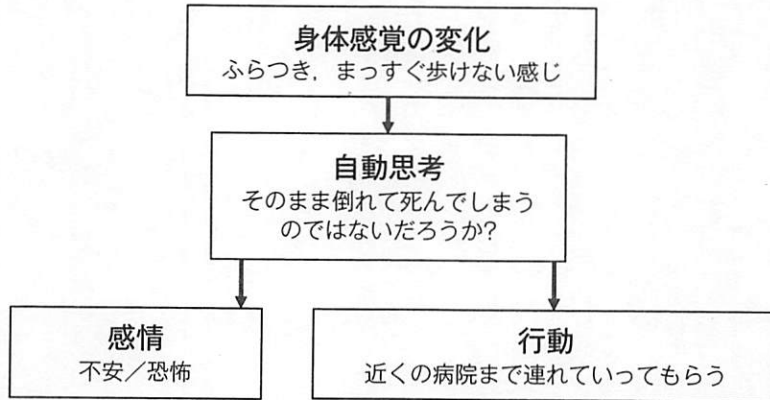


図2 認知的概念化図 (心の見取図) : パニック発作

まることなく、どんどん募っていき、極点にまで達してしまう。だから、私が安全でいられるのは、不安がまったくなくときだけだ。③対処不能：発作がおこったときには、私はなすすべもなく、まったく無力になってしまう。だから、誰か助けになってくれる人にそばにいてもらう必要がある。

パニック障害では「私は死ぬ存在である」という信念・スキーマが仮定できるだろう。この信念・スキーマが活性化されると、自らの内部にうごめくどんな些細な徴候も「死」を示唆するものと解釈される。「死」ははるか遠くに隠れている終末ではない。突然眼前に出現した現実である。患者は「死」を前にして「ひ弱な」自分を発見し不安定になる。不安定さは「私はひ弱な存在である」という信念・スキーマを強制的に活性化する。患者が安心を得るのは、その「ひ弱さ」を他人に対してはもちろん、何よりも自分自身に対して肯定できたときである。「私は死んでいく、ひ弱な存在である」という信念・スキーマを中核として、パニック障害の認知的概念化図が作成できるだろう。

1. 症例

症例は30歳台半ばの女性である。最初のパニック発作はふらつきから始まり、倒れそうな感覚に患者は手近にあるものにつかまって難を

逃れていた。発作は突然起こってくるので手の施しようがなく、その最中にはとても終わりそうに思えなかった。

患者は『認知療法の7つのステップ』に沿って認知再構成法を学んでいった。ステップ4では、認知が感情や行動にどのように影響しているかを図示することが課題となる。心の見取図すなわち認知的概念化図の作成である(図2)。

最初に患者が自覚するのは、ふらつきとかまっすぐ歩けない感じという身体感覚の変化であった。患者はふらつくから怖くなると訴えた。実際には、ふらつきを感じたとき、「そのまま倒れて死んでしまうのではないだろうか?」といった具合に、患者はふらつきを誤って破局的にとらえてしまっていた。身体感覚の変化に対する破局視が、ふらつきをふらつきだけに終わらせず、パニック発作にまで発展させてしまった、と認知モデルは仮定する。

認知的概念化図から行動実験が導かれる。ふらつきを感じたとき手近な何かにつかまる行動(安全行動)が破局的な自動思考の妥当性を検討する機会を奪い、悪循環をもたらしことを説明する。次に、「そのまま倒れて死んでしまうのではないだろうか?」という予測が適切かどうかを調べるための行動実験を計画する。「最初は短い時間で充分ですから、その間は身体を支えないでいるのです。実験の結果を記録しま

しょう。「そのまま倒れて死んでしまうのではないだろうか?」という自動思考が出てくるたびに書き留めてもらって、次のセッションに持ってきて下さい」とホームワークを提案するのである。

2. 不安と回避・安全行動

危険を自覚することは不安をもたらす。安心を得るには危険に直面しないよう行動するしかない。危険を回避することが至上命令になる。回避という安全弁が常態化する。

デパートで買い物ができない患者にとって、安全弁はデパートに行かないことである。第1の回避である。それでも必要に迫られたとき、患者は仕方なく人ごみの少ない時間帯に出かける。発作の兆候が患者を襲うと、必死にその場を離れようとする。第2の回避である。さらに、もっと厄介な安全弁が存在する。逃走することも不可能なとき、手近にあるものにつかまって最悪の事態を避けようとする。第3の回避、もっとも微妙な回避である。

Ⅷ 認知的概念化：社交恐怖

1. ベック (Beck AT) の認知モデル

一般に、認知モデルは5つの要素から構成される。状況、感情、行動、身体的変化、そして認知である。社交恐怖における認知は、時間経過に沿って、社交の場に入る前、社交の場の真ただ中にいるとき、社交の場から去った後の認知という形で把握するとよい。

たとえば、会食の場に出かける前には、「大変なことになった」「会話の中に入っていけないだろうか?」「皆が私を馬鹿にしないだろうか?」という認知が脳裏を行き交い、不安にさせる。会食の最中には、「皆が私のことを『面白味のない人間だ』と思っている」という認知が出現し、いたたまれなくなり、早々にその場を離れる。会食から帰った後には、「どうしてもっと別なことを話さなかったのだろうか?」「どうしてずっと黙っていなかったのだろうか?

か?」という認知にとらえられ、悲しみに沈むことになる。会食に再び誘われる機会があっても、断る以外に選択肢がなくなってしまう。

社交恐怖の病態理解に進化の視点を導入すると、不安は適応的なものであり、脅威に対する反応方略の1つとしてとらえられ、個体の生存に寄与する重要な機能を担う、となる。

「どうしてもっとうまくやれなかったのか?」「私は能なしだ」と、事後に自己批判的な認知が現れる。しかし、社交の場で「人は私のことをどう思うだろうか?」と考え、不安になり、行動に抑制がかかるのは、自己保存機制が働いているにすぎない。自己保存機制は自然なものであるから、それに向けた批判的で過剰な内省は控えることが有用である。

2. クラーク (Clark DM) の認知モデル

クラークの認知モデルは、社交状況（たとえば、人前で話す）において自己に関する非機能的信念が活性化される、と仮定する。信念は中核的（「私は人に好かれない」）、条件的（「もし不安そうに見えたら、私が馬鹿で駄目な人間だと皆は思うだろう」）、手段的・自己教示的（「私はいつでも賢そうに見える必要がある」）信念に分けることができる。

これに自己注目と安全行動という要因が加わる。社会的危険を感知した患者の注意は、自己の外的・内的状態に向けられ、綿密な自己監視が作動する。過剰な自己監視によって、不安や緊張に伴う自己の些細な変化までが知覚できるようになる。一方で、他者から得られる情報を適切に処理する機能が妨げられる。「仮想」他者の視点で自己の状態を眺める傾向が顕著となり、「見られ・あばかれるもの」としての歪曲された自己像が優勢となる。他者に対する自己について誤った破局的解釈がなされる。

他者からの拒絶という社会的破局を回避するために、安全行動が活発となる。低い評価を受けないで済むように（たとえば、馬鹿だと思われないために）、周到的な準備をして他者の前に

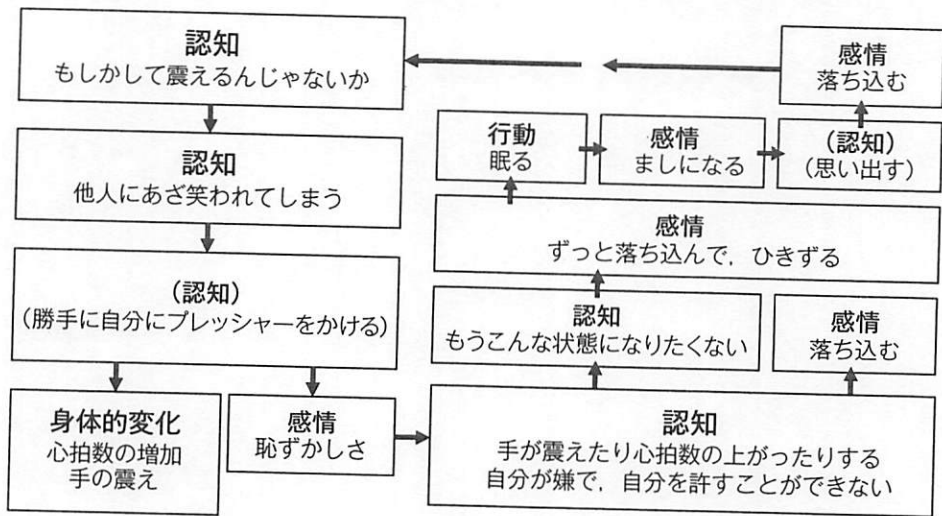


図3 認知的概念化図（悪循環図）：社交恐怖

立ち、懸命に注意を払いながら行動し続ける。他者からの逃走は、破局視を強めることはあっても弱めることには役立たない。破局的解釈の妥当性を検証する機会を自ら封じてしまうからである。

3. ホフマン (Hofmann G) の認知モデル

ホフマンは社交恐怖の維持要因に関する包括的病態モデルを論じている。対人状況での不安には、他人に好ましい印象を与えたいと願う、患者の考える社会的標準の高さが関与している。結果として、自己注目が増大し、否定的結末の可能性を強調してしまい、社会的損失を過大評価する。一方、自らの不安反応をほとんど制御することができないと考え、社会的存在としての自己について否定的見解をもち、社会的技能が欠落しているとみる。社会的な不運・破局を予測してしまい、回避・安全行動をとり、事後には繰り返し思い悩むことになる。

4. 症例

症例は20代女性で、小さな頃から人前で極端にあがっていたという。大学時代アルバイト先で客に飲み物を出すとき、手が震えることが

あった。以後、手の震えが気になり、不安や動悸がみられた。外出すると不安が強まるので、外出を控えるようになった。

初診時、病歴等を聴取した後、病態に関わる認知モデルを明確にする目的で、患者とともに認知・感情・行動の悪循環図を作成した。

「人前で『もしかして震えるんじゃないか』と考えて、勝手に自分にプレッシャーをかけてしまう」という主訴から始め、感情、行動、身体的変化、認知に関する情報を順に治療者が用紙に書き出していった。

グラスをもつ手が震え、お客があざ笑ったのが今も思い出される、と患者は語った。「お客があざ笑った」という認知の確信度を尋ねると、100パーセントで、反証は思いもつかないとのことであった。「他人にあざ笑われてしまう」という強固な認知を、悪循環図に書き加えた(図3)。

患者にとってさらに重要なのは、「手が震えたり心拍数が上がったりする自分が嫌で、自分を許すことができない」という認知であることが推察された。

IX 認知的概念化：強迫性障害

強迫性障害の認知的概念化では4つの段階が区別される。①引き金となる先行刺激に伴って浸入思考が出現し、②強迫スキーマが活性化され、③不安をもたらす自動思考が引き起こされ、④苦痛を緩和するための中和反応として強迫行為を繰り返し行う。

強迫スキーマは①自己責任の信念、②「こんなことを考えるなんて、自分はとんでもない人間だ」などの自己非難の信念、③「自分の思考はコントロールしなければならない」などの自己制御に関する信念である。

過剰な責任の自覚が強迫性障害の認知的概念化の核をなすが、治療にあたっては認知的介入以上に行動的技法（曝露反応妨害法）が不可欠である。

X 第3世代の認知行動療法群

第3世代の認知行動療法群は、認知の内容よりも認知との関係性に着目し、非機能的認知から距離をとろうとする。事実から遊離しがちな認知の恣意性が強調される。認知に対する事実の絶対的な優位が主張される。認知の实在に疑義が唱えられる。第3世代の認知行動療法群は認知の自己所有性を否定する立場に路を開くことになるのかもしれない。拙論に述べたような、個々人に特有の認知をめぐる「認知的」概念化は、治療上無用となるのであろうか。

おわりに

第3世代のマインドフルネスに基づく認知療法で要請される、患者・参加者の体験への「関心と寛容と慈愛」(Kazantzis et al., 2012)は、おそらくすべての精神療法に共通すると思われる。事例定式化・認知的概念化が目ざす先にも「関心と寛容と慈愛」が見えるはずである。

文 献

- ルター. 詩篇講義. (松田智雄責任編集 (1999) 世界の名著 23 ルター 6 版. 中央公論新社)
- Kazantzis N, Reinecke MA & Freeman A (Eds.) (2010) *Cognitive and Behavioral Theories in Clinical Practice*. Guilford Press. (小堀修・沢宮容子・勝倉りえこ他訳 (2012) 臨床実践を導く認知行動療法の10の理論. 星和書店)
- 櫻部建・上山春平 (2011) 存在の分析〈アビダラマ〉—仏教の思想 2 10 版. 角川学芸出版.
- Kuyken W, Padesky CA & Dudley R (2009) *Collaborative Case Conceptualization: Working Effectively with Clients in Cognitive-Behavioral Therapy*. Guilford Press. (大野裕監訳 (2012) 認知行動療法におけるレジリエンスと症例の概念化. 星和書店)

注：拙論には、すでに公にした下記の論文から適宜引用してある。文献の詳細は下記 URL を参照いただけると幸いである。

<https://utsumi-mcl.com/cbt/other/317.html>