

■特集—認知療法 I

うつ病の認知療法：症例

Arthur Freeman 井上 和 臣

Japanese Journal of Psychiatric Treatment

Vol. 4, No. 1, Jan.

Published

by

Seiwa Shoten, Co., Ltd.

精 神 科 治 療 学

第 4 卷 第 1 号 1989 年 1 月 別 刷

星 和 書 店 刊

特集—認知療法 I

うつ病の認知療法：症例

Arthur Freeman* 井上和臣**

はじめに

認知療法 (cognitive therapy, CT) について語る時、うつ病の治療に触れないわけにはいかない。うつ病は、Aaron T. Beck^{1,2,4)}がはじめて認知療法を適用した領域である。また、認知療法の治療効果は、うつ病においてもっともよく研究されている^{3,6,7,11,14,15,16)}。うつ病は、単独で現われることもあれば、他の精神障害に合併して現われることもあり、“情動障害のかぜ症候群”と言えるほど、一般臨床で遭遇することの多い病態である。本稿では、まずうつ病の認知モデルについて概観し、次にうつ病の認知療法のために開発された治療戦略 (strategies) と技法 (techniques) について論じ、最後に治療の実際を知ってもらうため症例を提示することとする。

認知療法は短期 (short-term)、能動的 (active)、指示的 (directive)、共同的 (collaborative)、精神教育的 (psychoeducational)、力動的 (dynamic) な精神療法の一型である。認知療法は Aaron T. Beck により考案された治療法^{1,2,4)}であり、認知・行動 (cognitive-behavioral) モデルに基づくいくつかの治療法^{8,12,13)}の一つである。認知・行動モデルに基づく治療の主眼は、患者がその世界をどのように解釈し理解しているか (認知 cognitions) を

患者自身が検討し、新しい対応法 (行動 behaviors) を用いて患者自身が実験するのを助けることにある。自分がどのように自分自身 (self) を、自分の世界 (world) と経験 (experience) を、自分の未来 (future) の可能性を、自分にだけしか通用しないような特異な形でとらえているかが理解できるようになると、沈うつな気分を改善させることができ、それまでよりも適応性のある行動がとれるようになる。

認知療法は精神教育的 (psychoeducational) に行われ、当面の問題への対処 (coping) の方法を教えるものであって、問題を完全に解決 (mastery) しようとする精神療法ではない。認知療法は、患者の技術 (skills) を増大させ、生活上の急を要する事態に、より効果的に対処できるようにし、制御感覚 (sense of control) と自己有用感 (sense of self-efficacy) の増大を図ることを目標とする。指示的というのは、治療者が患者と能動的にかかわり、共同して問題解決にあたることをいう。治療者はソクラテスの問答法 (Socratic questioning) を用い、患者の自覚 (awareness) を高める。治療者は患者がそれを検討できるような仮説を出し、信頼のできる人物として活動し、患者の問題点を直截に指摘する。治療者は患者のかかえる問題を理解していくことによって、患者の生活上の重要な課題について仮説をたてることができるようになり、認知・行動的枠組みの中で患者の問題を概念化できるようになる。

Cognitive therapy of depression.

*ペンシルバニア大学認知療法センター

Arthur Freeman, Ed. D.: Center for Cognitive Therapy, University of Pennsylvania, 133 South 36th Street Philadelphia, PA 19104 U.S.A.

**京都府立医科大学精神医学教室

Kazuomi Inoue, M.D.: Department of Psychiatry, Kyoto Prefectural University of Medicine.

I. 認知療法モデルの基礎

認知療法モデル (CT model) は、日常みることの多い精神障害の発症と持続において三つの要

素, すなわち, 認知の三徴 (cognitive triad), 認知の歪み (cognitive distortions), 図式 (schema) が重要であると仮定する。

1. 認知の三徴 (cognitive triad)

うつ病における認知の三徴とは, 自己と世界 (経験) と未来に対するうつ病患者の否定的な見方をいう⁴⁾。実際, 患者の問題はすべてこの三つの領域のどれかに含まれる。治療者は, このうつ病の認知の三徴に特に注目することによって, 最初から治療の焦点を形作ることができる。自己, 世界, 未来に関する個人的な問題点は, 症例ごとに異なってくる。治療は, 曖昧で大きっぱで組織だっていないような治療課題には拘泥せず, 特定の問題領域に的をしぼって進められる。

2. 認知の歪み (cognitive distortions)

人間は誰でも現実をさまざまに歪曲する能力を持っている。この認知の歪みは, 陽性方向にも陰性方向にも生じうる。陽性方向への歪曲を示す人は, 「盲へびにおじず」的な行動をしてしまうことがある。人生を楽観視し, 普通の人なら二の足を踏むような新しい商売を始めたり, 株に投資したりといった冒険をすることがある。成功すれば, 自分の考えが正しかったと彼らは思う。逆に失敗した場合でも, うまくいく可能性がちょっと少ないことに手を出したからで, 自分の考え方, やり方はそれでよかったのだと考える。また, 大変危険な状況に自分を追い込むような冒険をしてしまうこともある。たとえば, 強い胸痛を感じた後にもなお, 医者にかかろうとしないような例がそれである。「まだ心臓発作を起こす年齢じゃないし, それほど不健康でもない」といった陽性方向の認知の歪みがこの種の例では認められる。

認知・行動療法の力点は陰性方向の歪みに向けられる。治療者は, 認知の歪みがどのような形式と内容を持っているか, 患者がどれくらいそれを確信しているか, それによって患者の人生がどの程度影響されているかを明らかにしようとする。認知の歪みを知ることによって, 基礎にある図式を把握することができる。認知の歪みはいろいろと組み合わせあって現われるが, ここでは, 説明を容

易にするため, 典型的なものを一つずつ列挙する。

- (1) 全か無かの思考 (all or nothing thinking)

「自分は成功者か失敗者のいずれかだ。」
「世の中のことは黒か白のどちらかだ。」
- (2) 読心術 (mind reading)

「私は無能な人間だとみんな思っていることだろう。」
「彼 (彼女) が不賛成なのは, ちゃんとわかっている。」
- (3) 感情的論法 (emotional reasoning)

「それには向いていないと自分自身感じるのだから, 実際向いていないのだ。」
「自分は変だから人に好かれたい私は信じている。だから, それはまぎれもない事実なのだ。」
- (4) 自己関係づけ (personalization)

「あの批判はあてずっぽうでなされたものではない。僕に対しての批判に違いない。」
「僕が急いでいるときに限って, 難問が出てくる。」
- (5) 極端な一般化 (overgeneralization)

「やることなすことが, みんな悪い結果に終わる。」
「どれを選んでも変わりはない。どうせどれもうまくいかないのだから。」
- (6) 破局視 (catastrophizing)

「もし私がパーティーに行けば, 大変な結果になる。」
「僕がやるのはよくない。失敗すると思うから。そうしたらひどいことになるだろう。」
- (7) 「すべし」表現 (should statements)

「いなかの両親が会いたいと言うときには, いつでも会ってあげないといけない。」
「彼らはもう少し僕に親切にしてくれないといけない。」
- (8) 誤ったコントロール観 (control fallacies)

「いつも完全に自分を抑制していないと, 私は全く抑制不能の状態になってしまう。」
「僕は人生で出会うどんな不測の事態でもコントロールできないといけない。」
- (9) 比較 (comparing)

「私は同僚や上司のように仕事ができない。」
「他人と比べると, 私には明らかに何か欠陥が

ある。」

(10) 誤った天の恵み観 (heaven's reward fallacy)

「今ここで何もかも完全にやっておけば、きつと後で報われるだろう。」

「今の生活をなんとか切り抜けなければ。たぶん、後になれば、事態は好転するだろう。」

(11) 非建設的傾向 (disqualifying the positive)

「今度の成功はただのまぐれ当りだ。」

「お世辞を言ってもらっても無駄です。」

(12) 完全主義 (perfectionism)

「何もかも完璧にできていないといけない。そうでないと、みんなに悪く言われ、落伍者になってしまう。」

「まずまずの出来栄えの仕事というのは、失敗と何ら変わりがない。」

(13) 選択的抽出 (selective abstraction)

「ほかの情報はどうでもいい。ここのところが一番大切なのだから。」

「状況のいろいろな側面のうち、都合のいいところは全部無視して取り除いてしまって、都合の悪い部分をもっと詳しく見なければいけない。」

(14) 自己の価値の外在化 (externalization of self-worth)

「人が僕をどう思っているかによって、僕の価値は決まってしまう。」

「彼らが考える、ゆえに、私が存在する。」

(15) 誤った変化観 (fallacy of change)

「私がそうしてほしいというのだから、あなたは当然自分の行いを改めるべきだ。」

「僕がそう望んでいるのだし、みんなはこれまでとは違うふるまいをしてしかるべきだ。」

(16) 誤った心配 (fallacy of worrying)

「十分そのことを思い煩えば、それだけで、それを解決できるだろう。」

「いくら心配しても心配しすぎるといいことはない。」

(17) 誤った無視 (fallacy of ignoring)

「放っておけば、たぶん、それは消えてなくなるだろう。」

「注意を払わずにいたら、責任を取らなくていいだろう。」

(18) 誤った公平観 (fallacy of fairness)

「誰にとっても人生は公平なものでなければ。」

「人間はみな公平であるべきだ。」

(19) 正当であること (being right)

「自分の正当性を証明しなければいけない。間違っているなどということは、考えられないことだから。」

「間違っているということは、すなわち、悪い人間であることだ。」

(20) 誤った愛着 (fallacy of attachment)

「誰か男性がそばにいてくれないと、私は生きていけない。」

「誰かとつきあっていれば、私のかかえている問題はみんな片がつくだろうに。」

上述の認知の歪みは一人称を主語として書かれているが、これらは、家族、社会、宗教団体、男性あるいは女性グループなどの三人称を主語とした形でも表現できる。

3. 図式 (schema)

認知療法の重要な要素として、基礎にある法則・信念・図式を理解し明らかにすることがある。この図式が認知の歪みをもたらすのだと、Beck^{1,2,4)}とFreeman⁹⁾は提案している。この図式ないしは人生の基本法則は、認知と行動に強く影響するものとして、人生の最初期から形作られはじめ、小児期の半ばに確固としたものになると考えられている。家族や社会の中での個人の学習と経験の蓄積が、図式である。図式が、ある個人の人生にどの程度の影響を及ぼすかは、次のような要因によって異なる。a) 図式そのものがどのくらい強く確信されているか、b) その人が自分の安全と幸福あるいは存在にとって、図式がどれくらい不可欠だと考えているか、c) ある図式の重要性和本質に関する過去の学習がどうであったか、d) 図式が内面化されたのがいつごろか、e) 図式がどのくらい強力に、そして誰によって強化されてきたか。

図式は、認知の歪みがそうであるように、一つずつ別々に存在しているわけではなく、複雑に組み合わさって現われる。図式とは、要するに、人が自分自身を個人として、そして集団の中の一員として、どう規定しているかということである。

図式は活動的であったり、休止状態にあったりする。図式が活発な場合、それは毎日の行動を支配する法則となり、休止状態にある図式は、ストレスが加わると、賦活化され、行動を制御するようになる。図式の働きは非常に強いこともあれば、そうでないときもある。図式が強くなれば、個人や家族は、より一層その図式に反応するようになる。

II. 治療

1. 総論

ラポールの成立、信頼、共感、能動的傾聴、治療同盟の維持などは、他の治療の場合にもそうであるが、認知療法が奏効するためにも必要である。まず、患者がかかえている問題を探り、問題点を概観できるようにする。生育歴、家族歴、職業歴、教育歴、身体的・精神的既往歴を十分に把握する。これらのデータをもとに問題リストを作成し、治療プランを立てる。問題リストを作ることによって、治療の進展状況や治療の目標が、治療者にはもちろん、患者にとってもわかりやすくなる。どういう治療をどういう目標に向かってやっていくかということ、治療者と患者の共同作業の中で、早い機会に、はっきりさせておく。問題リストと治療の方向については、お互いの同意が得られているようにする。個々のセッションは、まずそのセッションで話題とする事項を決めること (agenda setting) から始め、最後は自宅学習課題 (homework) を出すことで終わるように構成する^{4,10)}。

認知療法は治療者と患者が一つのチームを作って共同で進めていく治療である。もちろん、治療上の共同はいつも50%-50%という割合で行われるわけではなく、30%-70%のこともあれば、治療者の傾注するエネルギーが増大して、90%-10%という割合になることもあろう。うつ病が重症になれば、治療の中で患者の出せるエネルギーはそれだけ少なくなる。治療の焦点は、患者がそのエネルギーを最大限に利用できるよう、そしてより大きなエネルギーを生みだせるよう助けることに向けられる。

2. 評価方法

うつ病が治療対象となる場合、Beck Depression Inventory (BDI)⁹⁾を用いると便利である。BDIはうつ病のあらゆる段階を反映するように作られた21項目から成る検査で、患者自身が記入するようになっている。治療者は各セッションのはじめにBDIをチェックする。得点は、うつ症状の変化がわかるように、そのつどグラフ上に書き込む。気分の日内変動がありそうな場合、BDIを自宅学習として用いるとよい。用紙を何枚か渡し、毎日一定の時間間隔で記入してもらう。これにより、治療者は、一日のうちでいつ得点が高く、いつ低くなるかを評価できる。

Hopelessness Scale (HS)⁹⁾は将来に対する悲観的な見方とその程度を測定する手段として開発された。HSは潜在的な自殺行動を評価するためにBDIとあわせて用いられる。また、治療に伴う変化を知る目的でも利用される。患者が新しい対応方法を学習し、自分の能力の増大を経験し、自分の変化を知るにつれ、HS得点は減少する。

3. 診断と治療計画

うつ病患者の治療計画はいくつかのステップを踏んで立てられる。第一段階で治療者は患者の問題点を概念化 (conceptualization) する。概念化は家族歴、生育歴、検査結果、面接時の所見、過去の治療者からの報告などを基に行う。概念化は、治療上有用で、簡潔で、首尾一貫し、過去の患者の行動をよく説明し、これからの患者の行動を予測できるものである必要がある。問題リストの作成も、この概念化のプロセスに含まれる。次に、問題リストの問題を、治療で取り扱う順に並べ変える。

4. 治療的介入

認知の歪みとその基礎にある図式を現実吟味するため、認知技法 (cognitive techniques) と行動技法 (behavioral techniques) を用いる。より現実に応じた対応ができるよう、これらの技法を患者に教える。ごく大ざっぱに言って、うつ病の程度が重篤になればなるほど、認知技法よりも行動技法に力点がかかるようになる。

認知技法と行動技法の組み合わせ方は、患者の能力、うつ病の程度、治療の目標によって異なってくる。自律神経症状が顕著な例では、薬物療法の併用が必要になる。重症例における治療の初期目標は、一人でできる課題に取り組めるようにすることである。段階的に課題を与えていくこと (graded task assignments) が有効である。もっとも取り組みやすい課題から始め、しだいにむずかしい課題に進んでいくことにより、患者は自己の能力に自信が持てるようになる。この自信を前提にして、次に認知技法を用いることができる。

1) 認知技法

- (1) 患者自身がある言葉、たとえば抑うつ的という言葉はどういう意味で使っているのか確かめる。
- (2) そのように考える根拠は何かと問う。
- (3) その責任が患者だけにあるのではなく、他にもあるのではないかと提案する。
- (4) 他に何か方法はないか、その代わりになるようなことはないかを検討する。
- (5) もしそうだとしたら、どうなるだろう、と問うことにより、その状況に対する破局的な見方をなくする。
- (6) ある状況を思い浮かべて、その結果を想像し、それに伴う考えを述べてもらう。
- (7) ある考え、行動に伴う有利な点と不利な点をあげてもらう。
- (8) 「禍」と思われる出来事でも、それを「福」となるように活用する。
- (9) 「それで?」、「それからどうなる?」、「それはどういう意味?」というような治療者の導きによって進められる連想/発見。
- (10) 極端な表現、逆説的な表現を用いる。
- (11) 尺度で評価する。
- (12) 患者の心の中のを治療者が役割練習の形で代弁する。
- (13) 自分で自分に指示を与える。
- (14) 思考を停止する。
- (15) 注意を他のものに転導する。
- (16) 直截に論議する。
- (17) 認知の歪みに名前を付ける。
- (18) 別の、より機能的なイメージを思い描く。

2) 行動技法

認知療法の中で行動技法を用いる目的は、いろいろある。その一つは、無機能思考と行動 (dysfunctional thoughts and behaviors) を検討するためである。たとえば、それまで恐れていた行動や避けてきた行動を試みることによって、それまで持っていた考えは直接的に変更を迫られる。また、行動技法は、自宅学習として、新しい行動に実際に取り組むために使われる。治療セッションの中でまずやってみてから、家庭でやってみる行動もある。自宅学習の内容は、今までと違うように行動してみること、他人の言うことを積極的に聴くこと、言葉のういで、あるいは行動で愛情を表現してみることに、新しいやり方で物事をやってみることなどとなる。

- (1) どんなことをするか、その計画を立てる。
- (2) どれくらい思いどおりにできたか、どのくらい満足感が得られたかを評価する。
- (3) 社会生活技術を訓練する。
- (4) 自己主張する訓練をする。
- (5) 関連した本を読む。
- (6) 段階的に課題を与えていく。
- (7) 行動のリハサール/役割練習。
- (8) 不安をひきおこす状況への直接的な暴露。
- (9) 緊張緩和訓練。

3) 無機能思考の分析

認知療法で用いられる技法の中で、認知技法は思考の誤りに疑問を持つために用いられる。認知モデルは、ある個人の思考と感情の間には相互作用があるとする。注意すべきは、思考が直接的・直線的に感情を生むとは主張していない点である。実際、何らかの感情的な反応が思考に先行する例もある。認知の歪みに対するためには、Daily Record of Dysfunctional Thoughts (DTR) が有用である。その目的は、上手に記録できるようになることではなく、問題解決のモデルを自分なりに作ってもらうことである。対象が仮面うつ病であっても、治療のやり方は実質的には同じである。

DTRの記録は、思考と感情、そのときの状況を記録することから始める。たとえば、患者がとてもうとうしいという感情を持ったとすれば、そのとき治療者はそういう感情が起こった状況につ

いて尋ね、さらにそのときに何を考えたか尋ねる。「僕は負け犬だと思っている」という患者の場合、そのときの感情と状況を確認する必要がある。「夫が私を捨てていった」という患者の場合、その時の感情と思考を記録する。「僕は負け犬のような気がする」という患者の場合、それは感情ではなく思考であるから、その時の感情について聞く必要がある。DTR の実際については症例を参照のこと。

4) 自宅学習

認知療法は診療室の中だけで行われるものではなく、そこを出た後にも続けられる必要がある。診療室での作業から、さらにそれ以外の時間にまで治療を拡大することにより、治療の焦点がはつきりしてくることを、患者が理解できていることが重要である。家庭で行う学習課題は、認知的なものであったり、行動的なものであったりする。つまり、活動表に記録することであったり、DTR を記録することであったり、何か新しい行動を試みることであったりする。課題はそのセッションで取り扱った事柄に関連したものである必要がある。認知療法には家庭での自習が含まれているから、セッションの終りに、とにかく何か課題を出しておけばいいというのではいけない。治療者と患者が一緒になって自宅での学習課題を決め、それがセッションと関連した意味をもつものであれば、患者はそれだけきちんと課題を実行するというものである。自宅学習の結果は、その次のセッションで概観されることになる。自宅学習課題をセッションの議題にしないでおくと、患者はたちまち課題を実行しなくなってしまうものである。

自宅学習の例を示す。

29歳の女性患者。両親のせいで自分のうつ病がどんどん悪くなると患者は信じている。自宅学習の課題は、「仕事がうまくいかない、やめさせられるかもしれない、頼れる男性もいない、お金が本当になくなってきた、請求書の支払いができない」といういつもの繰り言を両親に言ってみるという実験である。患者には、そのときの両親の反応を評価してもらう。二日後、次のように言ってみる。「仕事のことで私の考えていたことは、まちがっていた、もしかしたら昇給するかもしれない、こ

のあいだ本当にすばらしい男性に会えた、銀行の残高の計算をまちがえていた、思っていたよりお金はたくさんある」と。患者には、その自信に満ちた楽天的な言葉に対する両親の反応を、前と同じように評価してもらう。結果はこうだった。患者が落ち込んでいるときには、両親は長い間話をしてくれた。患者が楽天的なときには、話はたちまち終わってしまった。治療セッションの中で、次のような相互作用パターンを明らかにすることができた。「私には頼れるものがない、助けが必要だ」という患者からのメッセージには、両親はそばにいて助けてくれる。患者が助けを必要としなくなったときには、両親は患者にとって何の役割も果たさないようにみえる。この自宅学習課題は、患者と両親との関係を見直すきっかけとなった。

5. 治療の終結

治療終結は初回のセッションからすでに始まっている。認知療法が目指すのは治癒ではなく、効果的な問題処理方法を患者が獲得できるよう助けることであるから、治療はいつまでも際限なく続けられるのではない。患者の訴え、BDI の得点、家族などからの情報、治療者の観察などから、抑うつ気分が改善し、活動性が増大し、適応能力が向上したことが、明らかになれば、治療は終結に向けて進められる。セッションの回数を週1回から2週に1回というように減らしていく。そのあと、たとえば、月1回のセッションとし、さらに3カ月目と6カ月目にフォローアップ・セッションを行うという具合である。もちろん、緊急時には、必要なセッションを加えることができる。患者からときおり、ただ現況を報告したり、こういう行動でいいのかという保証を求めたり、あるいは、うまくいったという知らせが届くことがある。患者のよき相談相手・協力者として、こういう形の接触を続けることは、治療者にとって、適切なことであり、重要である。

III. 症 例

次に症例を提示し、患者の評価、問題リストの作成、治療の実際について述べたい。治療セッ

ョンの部分では、治療者・患者間の相互作用を、逐次示すこととする。

患者は33歳の既婚女性で、家庭医から紹介されてきた。患者は、この一年間、非常に気分のうつろい状態が続いており、ときにはまったく無気力になり、何もできなくなったことがあると訴えた。患者はまたそのために仕事にも、結婚生活にも、社会生活上も支障を来していると述べた。前と同じようにはやっていけなくなっていると、患者は感じている。結婚生活上の問題については、患者の仕事が続けたいという希望と夫の生活様式との間の葛藤が、一つの原因であると語った。患者は、仕事を変えることも、結婚生活に変化をもたらすこと、たとえば、夫と別れることも恐れている。それは、自分が誰からも愛されず、誰とも一緒に暮らせなくなるだろうと感じているからである。

〔現在の生活状況〕 患者は、現在、夫とニューヨーク郊外の自宅に住んでいる。自宅から職場に通うためには、毎日片道2時間の距離を往復しなければいけない。そうしないですむように、彼らは以前2年ほど別居していたことがある。そのときは、週末になると、患者が夫に会いに行っていた。患者は現在、ニューヨーク郊外にある小さな会社に勤めている。患者は自分の仕事ぶりが満足のものではなく、解雇されるおそれがあると感じている。もっとも、社長が患者を解雇しようとしているという事実は、目下のところない。患者のかかえているもう一つの大きな問題は、結婚生活に関するものである。患者自身は、結婚生活を続けていきたいと思っている。患者は結婚して7年になるが、この3年間夫との間に性交渉がない。

〔生育歴〕 患者は四人兄弟の三番目で、39歳と35歳の兄、31歳の妹がある。患者の母は教師である。父は歯科医だったが、今は仕事はしていない。患者の語るところによると、12歳のころから現在までずっとうつ状態が続いており、そのため、子供の頃はどちらかと言うと不幸だった。患者はいじめの対象で、二番目の兄は、患者が肥っていて、にきびだらけなのを、「豚さんの皮膚」といつも呼んでは、からかっていた。

〔対人関係史〕 子供の頃は人気のない子で、人と

交わるのが下手であった。児童期、青年期を通じて皆から“頭でっかち”と思われて、仲間と一緒に遊んだりすることがほとんどなかった。デートも大学生になってから始めた。夫と出会ったのは24歳の時で、2年間交際を続け、結婚した。現在、仕事上の友人を除くと、ほとんど友だちと呼べる人がいない。

〔教育・職業歴〕 学校での成績はよかった。高校卒業時には優等賞をもらった。小さいが名門の大学を卒業。このときも優等賞を受賞した。そのあと、別の名門大学から M.A.と Ph.D.を授与されている。

〔身体的既往歴〕 月経不順以外特記すべきことはない。最近の医学的チェックでも、15~20ポンドの体重過多が指摘されただけである。

〔精神的既往歴〕

23~27歳：週1~2回の頻度でソーシャル・ワーカーの面接を受けた。有益だったというが、そのとき学んだことを言語化はできない。治療者は支持的であったという。

31歳~現在：カウンセリングを受けた。

32歳：性交渉がないことを理由に、セックス・セラピーを夫とともに受けた。最後まで治療を受けたが、性交渉はないままだった。

〔精神的現症〕

外観：きちんとこぎれいな身なりであった。

態度：協力的。しかし、面接中は、悲しげで、泣くことがあった。

感情：抑うつ的だが、微笑んだり、笑ったりすることはできた。

言語・思考：明瞭で適切。妄想はない。

知覚：幻覚はない。わずかに離人体験を認めた。

意識：見当識障害はなかった。

〔主たる問題領域〕 (1)うつ病 (2)結婚生活上の問題 (3)性的な問題 (4)職業上の問題

〔診 断〕

第I軸 気分変調性障害

第II軸 強迫性格の鑑別を要する

第III軸 なし

第IV軸 結婚生活上の問題および職業上の問題

(中等度)

第V軸 優秀

〔検査結果〕 初診時のBDI得点は42点で、重症。21項目中10項目で最高点に印がついていた。

自殺念慮の評価点は6点で、死にたいという気持ちは弱く、生と死に対する理由は等しかった。患者の自殺念慮に対する態度は両面的で、今直面しているうつ病と困難から逃れたいと考える一方、夫のことを思い、「二人の関係が今よりは良くなるだろう」と考え、自殺を思い止まっている。〔問題の整理〕 患者の持ついくつかの問題点を整理すると、以下ようになる。

(1) 圧倒的な絶望感とその結果である自殺念慮。

(2) 結婚生活上の問題、つまり、夫との関係および結婚生活を続けていくことに伴う問題。

(3) 性的な問題、性交渉が苦痛で満足 of のいくものでないために生じた性交渉の中断。

(4) 職業上の問題、十分に仕事ができているかどうか、自分の本当にやりたいと思う仕事かどうかという点で、患者は今の仕事に不満を持っている。

(5) 社会的支持組織の欠如。

患者は問題解決において全か無かのアプローチをしてしまう完全主義者であると考えられる。治療の主たる目標は、この二分主義的傾向を改めて、物事を上手に処理できるようにすることである。結婚生活と性生活上の問題点を探ることも目標となろう。性生活上の問題に対する直接的な治療は、別個に取り扱うようにする。また、自殺念慮が見られるので治療的介入の中でまずはじめに急いでやっておくべきことは、患者の絶望感に対する介入である。自殺傾向を緩和し、患者にとって危険のないものにすることが必要である。

〔治療セッションの実際〕 (治療セッションのはじめに、ラポールの再確立を図り、そのセッションで話題にする事項を決定する。)

1TH(治療者)：それでは、何からまず始めましょうか？ 今日最初にやっておきたいことは何でしょうか？

1LL(患者)：そうですね、はじめになぜセッションを録画するのか、その目的について話し合いたいのですが。

2TH：そうしましょう。

2LL：録画したものの使用目的とか。それから次に私が話したいことは、ボディー・イメージとか、外観とか、私の自尊心に係わることです。太っていることとか、太って醜いという気持ちとか、それから衣服と衣服を買うことも。問題を整理したら、そんなふうになります。どれも私自身のイメージの一部です。

3TH：それは今週あなたがやってきた自宅学習とも関係することですね。

3LL：そうです。

4TH：自宅学習の結果はみておきたいですね。それから、前回のセッション後どんな状態だったかも。

4LL：はい。

5TH：さて、そうすると、今日のセッションの話題はいくつになりますか、三つですね。録画の目的、ボディー・イメージ、自宅学習のおさらい。この前のセッションから後、どんな具合だったかということも。

5LL：それを二番目にしましょう。今の状態を知ってもらうために。

6TH：それでは、録画の件を一番にして、それから、どうしましょう、ボディー・イメージは自宅学習のところで触れることにして…。

6LL：自宅学習は三番目にしませんか、そこから次にボディー・イメージに話を移す。

7TH：それでは、今日のセッションの大部分はボディー・イメージにあてましょう。

7LL：そうしましょう。

(以上、基本的な議題設定を行った。)

8TH：まず、録画の目的ですが、あなたはどうか考えていますか。何かそのことで思うことは？

8LL：私にはわかりません。でも、私自身それを見たら、おもしろいかもしれませぬ。

9TH：もちろん、いつでも見られますよ。

9LL：そうですね、私にとって興味深い証拠物件になるでしょうね。でも、ビデオを見るのはいつもとてもこわいのです。オーディオテープで自分の声を聞くのさえ嫌いなのです。自分の姿を見るなんてもっといやです。

10TH：何が起きているのですか？ 何を考えていますか？

10LL：私は醜くて不様です。
11TH：テープの声は小刻みに震えている。
11LL：それは本当によくはないのです。ティッシュペーパーに手が届きません。
12TH：それは直せます。簡単に直せることです。さあ、どうぞ。(ティッシュペーパーを渡す)
12LL：私のいつもの癖は独特で、人をいらいらさせるし、私自身恥ずかしい思いをします。もし私が私に出会うとしたら、きっと身体つきをみても行動をみても魅力がないと思うでしょう。
13TH：それでは、こう考えているということですね。「私は醜くて、不様で、自分の姿をみたら、とてもがっかりするだろう」と。
13LL：そう、本当に印象に残らないと。
14TH：私は印象に残らないだろう。
14LL：ええ。
15TH：心の中でどう自問自答するでしょうね。
15LL：あの子はだめな子よ、変な子よ。あの子と付きあいたいなんて思ったらだめ。
16TH：あの子は変な、だめな子。付きあいたいなんて思わないように。そんなふうにならなると、川が流れるように、自動思考 (automatic thoughts) が出てくる、いや、むしろ、滝が流れ落ちるようにと言った方がいいのでしょうか。
16LL：そうです。滝のようにどっと。(泣き始める)
17TH：滝のように、そして、本当に涙が滝のように流れ落ち始めたのですね。
17LL：ええ、その通りです。
18TH：たぶんそれがびったりのイメージなのですね。そう考え出したら、どんな気持ちになりますか？
18LL：自分自身がかわいそうになります。みじめな私。いやな感じです。
19TH：本当に悲しくなるわけですね。
19LL：ええ、とても悲しくなります、とても。
20TH：そのことを考えてみてください、と私が言うだけで、また、あなたの声が震え始めるくらいですから。でも、それがみんな本当のことだという何か根拠がありますか？ つまり、あなたが醜くて、不様だということの根拠になるような

ことがありますか？ 反対にそれが本当でないとしたら、それを裏付けるような根拠がありますか？ どんな事実があるのか、考えてみてください。

20LL：とても魅力的だと私が思う人たちと比べてみると、私には魅力がないことがよくわかります。

21TH：それでは、そのきれいな女性を見たら、あなたはきれいじゃないのですか？

21LL：ええ。

22TH：その完璧な人と比べたら、自分は見劣りする、そんなふうにあなたは思うのですね。

22LL：ええ。

23TH：彼らはなぜか完璧で、自分は…

23LL：ええ、そうです。私はいつも一番すてきな女性を選ぶのです。その人はたぶん、お化粧とか身づくろい、それから服を買うことに一日3時間もかけるような人です。そういう人と比較するのは、どこにでもいるような人とは比較しないのです。…今、少しずつ自分がこれまで考えていたことが間違っているのではないかと考え始めたところなのです。

24TH：少しそれについて聞かせてもらえますか？

24LL：ボディー・イメージの話になってきましたね。あの、今週はとても調子がよかったです。今もずっと気分はいいのです。本当に厄介な無機能思考 (dysfunctional thoughts) をいくつか分析してみました。ずいぶんと上達したような気がします。そのときボディー・イメージのことを考えていました。すると、繰り返しその考えが浮かんでくるのです。それから、今度はその否定的な考えを打ち消すようにしてみました。とにかくその考えは、ほとんど自動的に現われるとしか言いようのない自動思考なのです。ここに記録してあります。この一週間楽しみながらいろいろな事をすることができました。出勤はあまりしませんでした。それでよかったのかもしれませんが、でも、それだけが原因ではないと思います。これまでも出勤せずに家にいた日があったけれど、そのときにはうとうとして、一日中ベッドで寝ていましたから。

25TH：全体的に言って、いろいろな楽しみをずっと多く味わえるようになったということですね。

25LL：はい、そうです。

26TH：いろいろなことができるのだという気持ちが前より強くなったわけですね。

26LL：はい。

27TH：物事がうまく片付けられるようになった。

27LL：はい。

28TH：気分も楽になって、うっとうしいと思わなくなった。

28LL：そうです。みんなその通りです。

29TH：ああ、何よりです。

29LL：ええ、ずいぶんよくなりました。

30TH：本当にずいぶんよくなりましたね。

30LL：それにこんな状態になれたのも、これまでやってきた無機能思考の分析のおかげのような気がします。

31TH：一つどれかを簡単にまとめてもらえますか？

31LL：そうですね、実は二つばかりあります。この前のセッションでお渡ししたものですけれど、いつもそのことを繰り返し思い出すようにしています。

32TH：どれですか？

32LL：そのとき何が話題になったか、はっきりとは覚えていませんが、とても大切だということでは覚えています。一つは、あの手術のすぐあとで、治療の予約を私がキャンセルしたときです。まだ、手術の傷がとても痛くて、自宅学習をやる気にならなかったからです。それがもとで、自分が本当にいやになっていました。もう一つは、少し問題をしばって、それについて取り組むほうがいいということになって、私が自尊心についてやってみようとし始めたときです。その日は朝からベッドに横になって、くよくよいろいろなことを考えていました。3時間で250もの自動思考が記録できました。午後になってずっと自宅学習をやって、その自動思考に対立する考えを探ってみました。

33TH：それでどうなりましたか？

33LL：そのときすぐにうっとうしさがなくな

るということはありませんでした。でも、その日の夕方から気分が楽になって、その週末はさらにもっとよくなりました。月曜日にはずいぶんいい気分になり、そのあと一週間、今日までそれが続きました。

34TH：物事がうまくできると感じだしたわけですね。

34LL：はい。

(ここで、録画の目的を話しあった。面接の次の部分は、衣服を買うことときちんとした身なりをすることに焦点をあてている。)

35TH：サイズも色もぴったりで、よく自分に合わないといけなわけですか？

35LL：その通りです。そうでなかったら、自分の方に何か落ち度があることになります。いろいろなサイズと色の服を十分そろえていないお店が、悪いというのじゃなくて。

36TH：それは取り組んだ方がよそさうですね。

36LL：ええ、無機能思考の分析にはもってこいの内容です。

(次の部分で自宅学習の課題を決める。)

37TH：そうですね。自分の姿を見てみるといい考えだと思います。鏡に向かってね。

37LL：ええ、いい考えです。

38TH：実際に鏡の前にすわって、じっと自分の姿を見てごらんください。そして、見えているものを記録して、それから、それについて取り組んでみてください。ずいぶん役に立つと思いますよ。からだ全体が写るような鏡をお持ちですか？

38LL：ええ。

39TH：裸になった自分も見てみるのですよ。まず、服を着た自分を見る。そして、ヌードになった自分を見る。自分の身体をみてどんな感じがするか、それから、そのとき何を考えるかを記録してください。それがすんだら、すわって、それをすっかり片付けてしまいなさい、あなたの身体ではなくて、あなたの否定的な考えを。

39LL：わかりました。

40TH：そして、それにチャレンジしてごらんください、その考えに。鏡を見ることに対する過敏さが少なくなって、鏡を見てもそういう感情がわ

DAILY RECORD OF DYSFUNCTIONAL THOUGHTS

DATE	SITUATION Describe: 1. Actual event leading to unpleasant emotion, or 2. Stream of thoughts, daydream, or recollection, leading to unpleasant emotion.	EMOTION(S) 1. Specify sad/ anxious/angry, etc. 2. Rate degree of emotion, 1-100.	AUTOMATIC THOUGHT(S) 1. Write automatic thought(s) that preceded emotion(s). 2. Rate belief in automatic thought(s). 0-100%.	RATIONAL RESPONSE 1. Write rational response to automatic thought(s). 2. Rate belief in rational response, 0-100%.	OUTCOME 1. Re-rate belief in automatic thought(s), 0-100%. 2. Specify and rate subsequent emotions, 0-100.
10/2	自宅学習をやる気がおこらない。手術の傷が痛くて、治療の予約をキャンセルした。	抑うつ 100 怒り 50 絶望 90 罪悪感 70	私は自分を鍛えて、何かをすることができない。それは私が無価値だということの証拠だ。 90%.	a. 私だつて、ときには自分を鍛えたことがある。 50% b. 私は仕事の上では未熟かもしれない。しかし、それは私が無価値とか何とかいうことの証拠ではない。 10% c. 私をうつとうしい気分にするのは、物事そのものではない、私が物事に与える意味だ。私はその意味を変えることができる。私はその方法を今、学んでいるのだから。 80%	40% 抑うつ 0 怒り 10 絶望 0 罪悪感 20
10/3	午前中ずっとベッドで過ごして、くよくよといろいろなことを考えていた。3時間で250もの自動思考を記録できた。	抑うつ 100 自分に対する怒り 90	私は未熟で弱い人間だ。だから、私は実にいやな人間なのだ。 100%	a. 気分が落ちこんでくると、物事をやる気がおこらなくなる。しかし、それは、私がいつも未熟で、弱い人間だということの意味するのではない。 50% b. たとえ私が未熟で弱い人間だとしても、実にいやな人間だと思わなくてもいい。知り合いの中にもたくさん未熟な人がいるが、皆、自分のことを実にいやな人間だとは思っていない。 50%	90% 抑うつ 80 自分に対する怒り 80

EXPLANATION: When you experience an unpleasant emotion, note the situation that seemed to stimulate the emotion. (If the emotion occurred while you were thinking, daydreaming, etc., please note this.) Then note the automatic thought associated with the emotion. Record the degree to which you believe this thought: 0%=not at all; 100%=completely. In rating degree of emotion: 1=a trace; 100=the most intense possible.

いてこなくなるまで。そのときの感情は、明らかに、そのときに考えたことに由来しているのですから。そうすれば、服を買いに出かけるときの不安からも解放されます。鏡を覗くことができます。

40LL：いい考えですね。

41TH：やってみるだけの価値があります。それがすめば、次に、醜くて、不様だというあなたの言葉に取り組みましょう。視点の置き方の問題だと私は思いますけれど。あなたは彫刻したように整った顔形にあこがれているようですが、そういう美の典型のような人たちのうち何人が、あなたのような巻き毛をほしがると思いますか？

41LL：たくさんいると思います。みんなパーマをかけにでかけますもの。

42TH：それはその人たちのものの見方、考え方だと思えます。「私の髪が生まれつき巻き毛だったらよかったのに」。

42LL：ええ、こっけいですね。私たちはみんな、今の自分とは違うようになりたいのです。今のままでは十分じゃない、もっと違ったものにならないといけない、と社会が言うのですから。ヘアドレッサーなら誰でも、その女性の髪がどんな髪であっても、あなたの髪はこの方がいい、あの方がいいと勧めますもの。それに抵抗するだけでも、ずいぶん自分に自信が必要なのです。

43TH：でも、社会がそう言うといっても、それは私たち自身がそう言うということでしょう。

43LL：ええ、それを自分のものにしてしまつて、自分自身にそう言うようになるのです。

(以下、このセッションのまとめをする。)

44TH：それでは、今までのことをもう一度見直してみましょう。録画のことを話しましたね。自宅学習の結果をおさらいしました。そして、あなたが先週来提案していたボディー・イメージの問題にセッションの大部分をあてました。あなたが自分をどう考えているか、化粧とか服で自分の身を包むことについてどう考えているかについて話し合ってきました。それから、社会のためにそうするのか、自分のためにそうするのかという観点からこれと取り組む必要があると話し合いました。衣服についてはそういうやり方でもいいと思えます。しかし、あなたの内面はそれほど悪いわ

けではないのですから、あなたの外観を変えるためには、外観に対してあなたが持つイメージが変わるように、事を進める方がよかろうと思ったわけです。それで、あなたにやってもらう自宅学習課題の一つを、特にボディー・イメージと身体に関するあなたの無機能思考にあててもらったわけです。外観のこと、身なりのこと、ボディー・イメージのことを考えてもらいました。チョコレートのことから、お金とその使い方にも、及びました。服を買えば、ずいぶんとお金もいるわけですから。

44LL：ええ。

45TH：それでは、このあたりで今日のセッションを終わりたいと思いますが、何か今日のセッションについて話しておきたいことがありますか？ 今日の私についてでもいいのですが。

45LL：いえ、特にありません。

46TH：何か今日私があなたに話したことで、あなたを困らせたり、うんざりさせるようなことはなかったですか？ 何か最後に話しておきたいことは？ それでは、今度は木曜日にお会いしましょう。

46LL：今度のセッションの前に6週間目の評価表をお渡しします。

47TH：そうしてください。

[治療経過とフォローアップ] 治療セッションの回数は全部で28回、治療期間は約8カ月であった。この間、最初の2週間は週2回、その後は週1回の頻度で治療を行った。上述のセッションは第8回目のものである。

治療終了時と2年半後のフォロー・アップ時の状態を最後に示す。(1)患者は職場を変わり、給与が前よりも高く、自宅に近く、しかも前と同じような地位の仕事に従事している。(2)絶望とか自殺可能性という問題はなくなった。(3)自分の健康と身体的な外観に前よりも気を配り、体重を減らし、それを維持している。(4)夫婦間の関係はきわめてよく、夫との性交渉も満足のものになっている。

文 献

- 1) Beck, A.T.: Depression: Clinical, Experi-

- mental, and Theoretical Aspects. Hoeber, New York, 1967. (Republished as *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1972.)
- 2) Beck, A.T. : *Cognitive Therapy and The Emotional Disorders*. International University Press, New York, 1976.
 - 3) Beck, A.T., Hollon, S.D., Young, J.F. et al. : Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Arch Gen Psychiatry* 42 : 142, 1985.
 - 4) Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. et al. : *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press, New York, 1979.
 - 5) Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. et al. : The measurement of pessimism : The hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol* 42 : 861, 1974.
 - 6) Blackburn, I.M., Bishop, S., Glen, A.I.M. et al. : The efficacy of cognitive therapy in depression : A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *Br J Psychiatry* 139 : 181, 1981.
 - 7) Blackburn, I.M., Eunson, K.M., and Bishop, S. : A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy, and a combination of both. *J Affect Disord* 10 : 67, 1986.
 - 8) Ellis, A. : *Humanistic Psychotherapy : The Rational-Emotive Approach*. McGraw-Hill, New York, 1973.
 - 9) Freeman, A., Epstein, N., and Simon, K.M. : *Depression in The Family*. Haworth Press, New York, 1986.
 - 10) Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. et al. : *Clinical Applications of Cognitive Therapy*. Plenum Press, New York, in press.
 - 11) Kovacs, M., Rush, A.J., Beck, A.T. et al. : Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy : A one-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 38 : 33, 1981.
 - 12) Lazarus, A. : *The Practice of Multimodal Therapy*. McGraw-Hill, New York, 1981.
 - 13) Meichenbaum, D. : *Cognitive - Behavior Modification*. Plenum Press, New York, 1977.
 - 14) Murphy, G.E., Simons, A.D., Wetzell, R.D. et al. : Cognitive therapy and pharmacotherapy : Singly and together in the treatment of depression. *Arch Gen Psychiatry* 41 : 33, 1984.
 - 15) Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M. et al. : Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognit Ther Res* 1 : 17, 1977.
 - 16) Simons, A.D., Murphy, G.E., Levine, J.L. et al. : Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression : Sustained improvement over one year. *Arch Gen Psychiatry* 43 : 43, 1986.