

特集 全般性不安障害

全般性不安障害の精神療法・行動療法*

● 土田英人** / 井上和臣***

Key Words : generalized anxiety disorder, cognitive-behavioral therapy, cognition, cognitive model, cognitive restructuring, worry exposure

はじめに

認知行動療法(cognitive-behavioral therapy: 以下, CBTと略)は, その有効性が科学的に実証された精神療法の一つである。本稿では, 全般性不安障害(generalized anxiety disorder: 以下, GADと略)に対する精神療法・行動療法として, 認知療法(cognitive therapy: 以下, CTと略)を含むCBTについて概説する。CBTの有効性は, うつ病, パニック障害や強迫性障害などの不安障害において, すでに確証を得ているが¹⁾²⁾, GADに対するCBTの有効性に関しては, 今なお意見が分かれるところである。しかし, 今後さらに期待される治療法の一つであることに変わりはない。

CBTとは

認知(cognition)とは, 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, つまり, ある状況を患者がどう見るか, どう考えるかの“意味づけ”であり, この認知の特徴的なパターンに

関する理論的仮説が, CT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情緒障害(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る²⁾³⁾。治療では患者の持つ否定的思考(negative thinking)よりも適応的(adaptive)・現実的(realistic)な視点が存在しうることを, 患者が自覚できるように援助する。そして, 認知的技法(cognitive techniques)と行動的技法(behavioral techniques)という治療技法を用いて, 否定的思考に対する患者の確信度を減じることを試みる。

認知モデルは, 対象となる疾患に応じて, たとえば, GADには「GADの認知モデル」といったものが提唱されている。

DSM-IV⁴⁾において, GADは, 社会生活, 日常生活に支障をきたすほどの, 多数の制御できない不安が6カ月以上続くと定義されている。こうした不安を主症状とする患者は, まわりの状況を現実以上に危険であると評価し, さらに自分の対処能力を過小評価して反応している。そこに認知の歪み(cognitive distortions)が生じていると考えられる。CBTでは, 不安などの感情的苦痛をひき起こし持続させている行動や認知を修正していくことによって, その不安を軽減

* Cognitive-behavioral therapy of generalized anxiety disorder.

** Hideto TSUCHIDA, M.D.: 京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学(〒602-8566 京都府京都市上京区河原町通広小路上の梶井町465); Department of Psychiatry, Kyoto Prefectural University Graduate School of Medicine, Kyoto 602-8566, Japan.

*** Kazuomi INOUE, M.D.: 鳴門教育大学教育臨床講座; Department of Clinical Studies and Practice in Education, Naruto University of Education, Naruto, Tokushima, Japan.

表1 GADに対するCBT施行後の不安の減衰率

研究者名 (発表年)	治療の種類	治療後
Chambless & Gillis (1993)	CBT	1.69
Borkovec & Whisman (1996)	CBT	2.13
	BT	1.71
	CT	1.30
	None	0.03
Gould ら(1997)	CBT	0.91
	BT	0.51
	CT	0.59
Borkovec & Ruscio (2001)	CBT	2.48
	BT or CT	1.72
	Placebo or Alt	2.09
	None	0.01

CBT=認知行動療法, BT=行動療法, CT=認知療法, Alt=代替療法。(Lang⁶⁾を一部改変)

したり、不安のコントロールの仕方を学んでもらったりすることが中心となる⁵⁾。ここで大事なことは、CBTは患者と治療者の共同作業であること、すなわち患者と治療者が一緒になって仮説を形成し、それを検証していくことが不可欠である。

GADに対するCBTには、心理教育(psycho-education)、症状の管理法(symptom management techniques)、リラクゼーション(relaxation)、認知再構成法(cognitive restructuring)、心配事への曝露(worry exposure)、セルフ・モニタリング(self-monitoring)、対処技能獲得法(skill-building)などが含まれる⁶⁾。これらの認知的技法や行動的技法を駆使しながら治療を進めていく(表1)。

ここでは、まずGADに関して提唱されている認知モデルの一つを紹介し、次いで、CBTの技法について各論的に述べる。

GADの認知モデル

GADの中核症状は慢性不安である。近年、不安という現象そのものの解明は進んできたが、GADの概念を説明するには至っていない。GADに対するCBTの有効性が芳しくない(おおよそ患者の50%が改善⁷⁾)とされてきた背景には、それまで考えられていたGADの認知モデルにはGADに対する特異性がなかったからであるとWellsは

指摘している⁸⁾。

Wellsの提唱したGADの認知モデルは、メタ認知、すなわち自分自身の心理過程に対する認知・認識が重要な役割を果たすと強調している(図1)。GADの患者にとっては、脅威を感じる事柄への対処法の一つが「心配すること」であり、それが有益であるという「肯定的な」自己信念を抱いてしまう。そして、Type 1の心配が生じる。これは、外的イベントや身体症状などの非認知的な内的イベントに対する心配にあたる。GADの患者はまた、「心配すること」に対して「否定的な」自己信念も抱くようになる。一度こうした信念が確立されると、「心配すること」が否定的に評価されるようになる。たとえば、「心配し続けると精神が瓦解していくのではないか」と思い込み、そして、この思い込みがますます「心配すること」に否定的な評価を下していくのである。そのような評価はType 2の心配(meta-worry)として知られている。つまりこれは、「心配すること」への心配がその本質といえる。そして、Type 2の心配が生じてしまうと、そこに、GADに特徴的な不安-日常生活全般に及ぶ、著しい苦痛を伴った、制御できない不安-を形作る上で、三つの過程(行動、思考の制御、感情)が関与してくる。

この認知モデルを用いてWellsは、病的な心配は、Type 1よりもむしろType 2(meta-worry)に直接関連していると結論している。

GADに対するCBT(各論)

1. 心理教育

心理教育には、GADとその治療に関する情報提供が含まれており、患者に安心感を与えることができると考えられる。患者は、他の人も不安をうまくコントロールすることに悪戦苦闘しているのだ、と知ることで、あっさり元気になることができ、また、不安が普段の経験の延長線上に存在するとわかれば、病気に対する偏見も軽減されうる。心理教育を行うことにより、患者が、それぞれの治療技法がどのような目的で行われるかを理解し、治療への意欲を高めることに役立つ。また、実際の治療に関して、面接の期間や回数、ホームワークなどの見直しを立てておくことで、治療へのアドヒアランスが

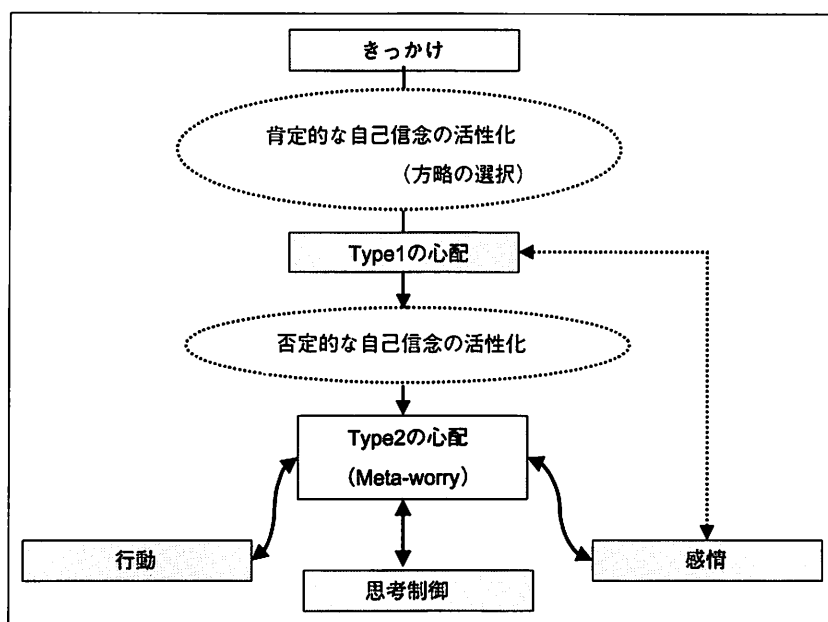


図1 GADの認知モデル (Wellsら⁹⁾より改変引用)

向上すると考えられる。そして、前述したように、患者の積極的な治療への参加を促すことが、CBTの柱である共同的な治療関係(collaborative relationship)を構築する。

不安が制御不能で日常生活に支障をきたすほどにまで大きくなったものがGADであり、また、慢性的な不安を抱えて生活してきた結果として生じた副産物がGADの身体症状であると説明される。思考と行動と感情の関係(しばしばcognitive triangleと呼ばれる)を説明することで、患者は不安が持続する仕組みや治療の原理を理解することができるようになる⁹⁾。

2. セルフ・モニタリング

セルフ・モニタリングでは、治療セッションの合間に、主観的な不安とその状況について記録してきてもらう。これにより、治療に対する患者の反応を測ることができ、患者が心配や不安を機能的に分析し、また、患者自身の不安反応に早期に気づかせる手助けをする。そして、セルフ・モニタリングを行うこと自体がしばしば不安を軽減させることがある⁹⁾。

3. 症状の管理法

症状の管理法は、不安によって即時に沸き起こる不快感を軽減させることが目的である。これにより、不安による不快感を和らげ、不安はコントロール可能であるという感覚を呼び覚まし、不安に付随する先入観を作り上げてしまうような情報(たとえば、不吉な物事に対して選択的に払われる注意や、不明瞭な物事を不安な解釈に向かわせてしまう先入観など)を阻害する。

リラクゼーション法は、もっとも一般的な症状の管理法である。中でも、筋肉のリラクゼーション(全身ストレッチや筋肉の弛緩など)は、おそらくもっともよく行われているリラクゼーションであろう。この他にも、深呼吸法や瞑想法などさまざまな効果的な方法が存在する。治療者は患者の好みに合わせてその中から選択してもらい、治療を行えばよい。

「気をそらせる」というのは短期間なら使える方法である。たとえば、不安を紛らわせるために、街なかなどで他の人が喋っている内容に注意深く耳を傾けることを指導したりする。しかし、これは長い目で見ると決して良い方法ではない。それは、もし不安に直面した際に不安をコントロールするすべが他にないという印象を

抱き続けることになるからである。

4. 認知再構成法

認知再構成法は、GADが、状況に対する解釈の仕方が現実的な評価とかけ離れていることに原因があるという考え方に基づいている。GADの患者に共通して見られる二つの認知の歪みがある。一つ目は、好ましくないことこそ得てして起こりやすいという確信であり、二つ目は、唯一残された結論がもっとも破滅的な選択であるというものである。GADの患者にとっては、不安思考は習慣化されたものであり、治療の目標は、この認知の習慣に気づかせ、是正していくことにある。それに加えて、思考や感情が悪循環を形成してくる。つまり、不安な気分が、身の危険を鋭敏に感じ取らせ、曖昧な状況に恐怖心を抱くような解釈をさせる。そして、それがまた、さらに不安な気分へと繋がっていく。治療のもう一つの目標はこの悪循環を断つことにある。

認知再構成法は3段階からなる。最初の段階は、治療者が例示や質問やセルフ・モニタリングの総括、ロールプレイなどを行うことによって、患者に不安な解釈や予測に気づかせる。次の段階では、患者と治療者が、現実的で根拠に基づいた代替思考を考え出し、患者が積極的にこの思考と、初めに持っていた不安をもたらすような思考とを置き換えていく。最後に、競合する思考同士の妥当性を検証すべく、行動実験を行っていく。患者は次の治療セッションまでの間に、不安思考に対してこの技法を実践してくるようにする。

5. 心配事への曝露

心配事への曝露には、心配事に関連した破局的なイメージに、体系的にかつ繰り返し曝露されることが含まれる。この技法は、同じ刺激に繰り返し曝露されることにより、それぞれのイメージに関連した不安を減弱させ、その刺激に対する情緒的な反応を軽減させる¹⁰⁾。

患者と治療者は、心配事をリストアップし、その不安の強さに順位づけを行う。一般的に、曝露は、不安をもたらす心配事の、より小さい

ものから大きなものへと進めていく。患者に、はっきりとしたイメージを思い描き、25~30分間はそこから気をそらさないようにさせることが必要である。このようにイメージした後、同じ状況において、今までとは別の、期待すべき結末を考えてもらう。

6. その他の治療技法

行動修正 (behavioral modification) の目的は、不安を招くような行動を変化させることである。一つの例は、負の強化行動、すなわち不安を増大させるような行動を修正することである。これはたとえば、確認行為や他の強迫行為、あるいは回避行動である。そこで治療者が、患者の「心配な時間」に時間割を作ってあげる。これにより、1回ごとに心配事へ集中させることで心配な時間の総量を減らし、そこからさらに1回あたりの心配な時間を減らしていく。心配の時間割はまた、仕事や就寝などの、より邪魔されたくない、不適当な時間帯の心配を除いてくれるというメリットもある。

思考制止法 (thought stopping) (「ストップ」と声に出したり、手首に巻いたゴムバンドをはじいたりして、不要な心配に歯止めをかける) もまた、不適当な時間帯に生じる心配を消してくれる。

GADに対する対処技能獲得法 (skill-building) は、「心配とは現実的・治療的な対処技能を失ったことにより生じる」という考え方に基づいている。問題解決法 (problem solving)、活動時間割 (activity scheduling)、系統化技能 (organizational skills)、社会生活技能訓練 (social skills training) などがそれに含まれる。

GADに対するCBTの有効性

前述したように、GADに対するCBTの有効性に関しては意見が分かれている。ここにいくつかの例を表示する(表1)。CBTは未治療に比し明らかに有効であり、治療終了後6~12カ月まで効果が維持される¹¹⁾ものの、統計的に有意な改善と臨床的に有意な改善のあいだには解離が認められる。また、薬物療法とCBTとの比較に関しては、薬物とCBTとの併用療法がもっとも効果発

現が早く、薬物療法単独より有効性に勝っていたという¹²⁾。

しかしながら、GADに対するCBTの効果は、患者のQOL(quality of life)とその損失といった、より幅広い機能評価をもって判断されるべきであるとする指摘もあり¹³⁾、今後さらなるCBTの改良と指摘された評価をもって、その有効性が実証されることが待たれる。

文 献

- 1) 土田英人, 井上和臣. 精神障害の臨床. 認知療法. 日本医師会雑誌 2004 ; 131 (12) : 78.
- 2) 井上和臣. 認知療法への招待(改訂3版). 京都 : 金芳堂 ; 2002.
- 3) 井上和臣(編). 認知療法ケースブック(こころの臨床22増刊号2). 東京 : 星和書店 ; 2003.
- 4) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. (DSM-IV). Washington DC : American Psychiatric Association ; 2000.
- 5) 大野 裕. 認知療法. In : 松下正明・編. 臨床精神医学講座15- 精神療法 -. 東京 : 中山書店 ; 1999.
- 6) Lang AJ. Treating generalized anxiety disorder with cognitive-behavioral therapy. J Clin Psychiatry 2004 ; 65 : 14.
- 7) Durham RC, Allan T. Psychological treatment of generalized anxiety disorder : a review of the clinical significance of results in outcome studies since 1980. Br J Psychiatry 1993 ; 163 : 19.
- 8) Wells A, Carter K. Preliminary tests of cognitive model of generalized anxiety disorder. Behav Res Ther 1999 ; 37 : 586.
- 9) Brown TA, O'Leary TA, Barlow DH. Generalized anxiety disorder. In : Barlow D, editor. Clinical handbook of psychological disorders : A step-by-step treatment manual. New York : Guilford Press ; 1993. p.137.
- 10) Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. Psychol Bull 1986 ; 99 : 20.
- 11) Chambless DL, Gillis MM. Cognitive therapy of anxiety disorders. J Consult Clin Psychol 1993 ; 61 : 248.
- 12) 井上和臣. 不安障害. In : 松下正明・編. 新世紀の精神科治療9- 薬物療法と心理社会療法の統合 -. 東京 : 中山書店 ; 2002.
- 13) Roemer L, Orsillo SM. Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. Clin Psychol Sci Pract 2002 ; 9 : 54.

* * *