

■特集—ジョブ・ストレスとタイプA行動パターン

## 認知療法の立場から

井上 和 臣

---

**こころの臨床** *à la carte*

第9巻第1号(通巻30号)

1990年3月別刷

**星 和 書 店 刊**

---

## 認知療法の立場から

京都府立精神保健総合センター 井上 和臣

### はじめに

私の勤務する京都府立精神保健総合センターの業務のひとつに、府民を対象とした電話による精神保健相談があります。

平成元年7～10月の間、この電話相談記録をもとにして、心の「病い」に関する実態調査が、全国の精神保健センターで一斉に行なわれました。全国集計の結果はしかるべき形で報告されると思いますが、京都では3カ月間に全部で132件の相談があり、そのうち68件が心の「病い」に関する相談でした。

心の「病い」とは、精神障害と推定されたり診断されるものではなく、かといって、精神的に健康でもない、いわば、「精神的不健康状態」を意味しています。

京都の精神保健センターで受けた電話相談の調査結果は、これら心の「病い」が府民の間にサブクリニカルな形で存在することを推測させるものでした。

そのためでしょうか、仕事からお引き受けする一般の方たちを対象とした講演で、「こころの健康」や「ストレス」に関連したテーマを与えられることが多いのが現状です。

以下、そのような機会に話題とするストレス・マネジメントについて、認知療法の立場から私見を述べてみたいと思います。

### 認知モデルを共に考える

「ストレス・マネジメントの実際」は、セルフ・ヘルプ的な形で、毎日の生活のなかで、各個人によって実行される必要があります。

そのためには、たとえば、認知療法的アプローチでストレスに対処しようとするのなら、認知療法の基礎にある認知理論がストレスをどう考えているのか、つまり、ストレスの認知モデルについて、あらかじめ各個人によく理解してもらっていることがきわめて重要になります。

私は、講演会ではこんなふうに認知モデルへの導入を始めることにしています。

「夜遅く、1人で家にいる自分を想像してください。突然、ガチャンという音がしたとします。それを聞いたとき、何をあなたは考えますか？」

会場では、「何か物が落ちたのじゃないか」と言う人が多く、日本は平和なのか、「泥棒が入った」と答えてくれる人は少数派です。

次に、こう尋ねます。「もし、泥棒だと考えて、それを完全に信じたら、どんな気持ちになりますか？」

気持ち（感情）と考え（思考）をまちがえる人がよくありますが、「怖くなります」と恐怖の感情をあげてもらえると成功です。

そこで、また、こう聞いてみます。「それでは、泥棒ではなくて、物が落ちただけだ、と考え直し、

それを信じたら、それまでの怖さは強くなりますか、あるいは、弱まりますか？」

答えは例外なく「弱まります」となります。

このあと、恐怖の強い場合とそうでない場合に、どんな行動をするかについても尋ねます。

こうして、ある出来事をみる見かたが人によってさまざまであること、そして、そのときどきの「ものの見かた」（認知）によって、そのときどきの感情も行動も影響されるということが、この短い導入により、講演会の聴衆の方たちに少しでも理解してもらえればよいと私は考えています。

### ストレスの認知モデル

さて、この導入のあと、話題をストレスの認知モデルに移します。

ストレスの認知モデルはいくつかの仮説から成っています。箇条書きにしてみます。

<仮説1>ある状況をどう考えるかということが、ストレスに関連した心の「病い」の進展に中心的な役割を果たしています。

もちろんその状況をどう考えるかについては、状況に関する情報量の多寡が影響します。しかし、それだけがすべてではありません。

その人の持っている信念 (beliefs) や基礎にある考えかた (underlying assumptions) がフィルターとなって、ある情報だけが選択的に取り上げられるのです (selective abstraction)。

もしその信念に歪み (distortions) があるときには、状況を見る見かたに誤り (idiosyncratic errors) が生じるのです。その誤りはその人独特のもので、そのために状況にうまく適応できなくなります。

<仮説2>状況の評価は、深く考えないままに、不随意的、自動的にまず行なわれます。このような形で脳裏に浮かぶ考えが自動思考 (automatic thoughts) です。

最初の自動思考はそのあとの思考プロセスを方向づけると考えられます。

たとえば、ある状況が自分を脅かすものと考え

られた場合、次にはそれがどのような脅威で、どの程度のものかが計られます。また、その脅威を切り抜ける手だてが探られます。

その状況が自分に有利と考えられた場合にも、それがどういうふうに、どのくらい望ましいかが計られ、機会を逸せず利用できる可能性が探られます。

<仮説3>ある状況をどう考えるかによって、その考えに対応する形で、感情的な反応が生じます。

危険だと思うと不安に、何かを獲得できると思うとうれしく、何かを失うと思うと悲しくなるのです。そして、この感情の変化に伴って自律神経系を介した一連の身体的な反応がみられます。

<仮説4>ある状況下における行動は、人がその状況をどれほど危険なものとみなすか、その状況下で頼ることができ、活用できる資源をどう評価するか (risk/resources ratio)、成功の可能性をどう見るかなどによって決定されると考えられます。

たとえば、ある行動から得られる利益が、その行動のために必要となる経費を上回らないと予測したとき、人は積極的にはその行動をしないと思われれます。

また、ストレスへの対処方法を選択するときには、成功の確率ができるだけ大きくなるように、一方、危険はできるだけ少なくなるように選択がなされます。

<仮説5>ある程度の期間、脅威を少なくできず、また、目標とするものに到達できないでいると、ストレスは増大します。

そうなると、自分の持つストレス対処能力に対する評価が低下し、成功への期待が減少し、人は状況を変化させようという行動をとらなくなります。

逆に、状況にうまく対応できると、これまでとは違った見かたができるようになり、状況に対する評価がポジティブな方向に傾きます。

<仮説6>何らかの介入を行なうことによって、ストレス状況に対する見かた、危険と資源の

比率、経費と利益のバランス、ストレス対処法が成功する可能性について評価をしないことができると、その個人の受けるストレス・レベルに変化がみられるようになると考えられます。

たとえば、もの見かた（認知）に歪みがあって状況を誤ってとらえている場合、より客観的な状況把握ができるようになれば、ストレスは軽減するでしょう。

また、もの見かただけでなく、行動の面でも、より現実的な別の対処技術を用いることができるようになれば、ストレスは少なくなるでしょう。

もちろん状況に働きかけて、そこに何らかのポジティブな変化をもたらすことができれば、状況を見る見かたにも好ましい変化がみられるようになり、ストレス・レベルも変化するでしょう。

## 症例にみるストレス・マネジメント

### 症例の概要

次に症例をあげてみたいと思います。

50歳の男性 A さんは、職場でのストレスを克服したいので援助してほしいと受診しました。

A さんは中間管理職としてこれまでうまく仕事をこなしてきたのですが、1年半前に職場が変わった後、しだいに仕事が負担になってきたのでした。A さんは、精神的な苦痛だけでなく、頭痛、胃腸障害、入眠障害といった身体症状にも悩まされていました。

中間管理職としての仕事に伴う責任は、A さんに限らず、多くの人にとってストレスになると思われます。しかし、ストレス因に対する反応は人によってそれぞれ違ってきます。そこで、人一般ではなく A さんという特定の個人にとって、ストレス因が意味することを知る必要がでてきます。それは認知モデルの核心でもあります。

また、ストレス因に関連して生じた A さんの身の不健康状態に対処するときには、一般的な対応法だけでなく、その人に応じたより個別的なアプローチが要請されることとなります。認知療法的アプローチはその1つです。

### 認知モデルからみた症例

さて、A さんの問題を、認知モデルから考えてみたいと思います。

A さんの新しい職場は、前の職場とは違って、自分の考えを主張し、論議を尽くことが尊重されるような職場でした。ところが、A さんは自分を主張したり、人と競い合ったりすることは良くないという考え（belief）を持っていました。

ここで重要なのは、職場環境だけが問題ではないということです。A さんの信念が、新しい職場環境のなかで、これまでのようには機能しなくなり（dysfunctional belief）、しかも、A さんはその機能不全におちいった信念を基にしてしか、自分の新しい職場を見られなかったということです（仮説1）。

A さんは職場という状況のなかに成功とか向上の可能性を見い出せずに、むしろ多くの危険性をみたのです。自己主張をすれば他人を怒らせてしまうのではないかと考えたのでした（仮説2）。

その考えは不安と身体の変化をもたらしました（仮説3）。

自己主張は他人の怒り、非難、敵意を生むと考えた A さんは、職場での人間関係の摩擦を避け、他人に逆らわず、人との和を大切に、懸命に働こうと試みました。そうすれば職場への適応という、期待した効果が得やすいと考えたのです（仮説4）。

しかし、結果は予期した方向には向かいませんでした。かえって周囲の批判を呼んでしまいました。仕事の能率は低下しました。

A さんは、しだいに仕事と自分自身に自信が持たなくなり、何かにつけて自分を非難するようになってきました。「また、失敗してしまった。何をやっても私はヘマばかりしている。私はどうしようもなくダメな人間だ。」と考えるようになりました。

ストレス対処に失敗した A さんは、積極的に状況を変化させようという行動をとらなくなりました。

表 思考記録

日付	状況 不快な感情を伴う出来事	感情 不安, うっとうしさ, いらだち, 怒りなど (強さ0-100%)	自動思考 不快な感情を経験するとき に心を占めている考えやイメージ (確信度0-100%)	合理的見かた 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 (0-100%) 2. 感情の強さ (0-100%)
3/10	社内会議に出席	不安 70%	またミスをおかすのではないだろうか?  会議でヘマをしてしまったら大変なことになる。  会議の場で馬鹿なことを言ったら自分の無能さがみんなにわかってしまう。 80%	ミスを一度もしないような人間がいるだろうか? たとえ会議で失敗したからといって, それは1つの失敗であって, 私が無能であるということではない。 失敗を怖れる必要など, どこにもない。  70%	1. 30%  2. 不安 20%

かえて、他人から批判を受けるのは、自分の方に誤りがあるからだと考えようになりました。Aさんは四六時中、他人の評価と自分のミスに注意を払う状態になりました。

こうしてストレスはさらに増大しました。仕事に出かけるのがAさんには苦痛になってきました(仮説5)。

受診時のAさんは、「職場でミスをおかすのではないか」という怖れに強くとらわれていました。わずかなミスが「無能さ」を示すものであると信じ、「ミスを避けるために」職場での自分の言動を逐一観察しようとするのでした。

#### 認知療法的アプローチ

さて、認知療法的アプローチによるストレス・マネジメントの第1段階は、ある状況下での思考(自動思考)とその結果としての感情と行動の関連性を、Aさんが理解するのを援助することにあります。

第2段階では、自動思考が十分に現実的な根拠(evidence)をもつものであるのか、そこに認知の歪み(cognitive distortions)はないのかという点から、Aさんが自動思考を批判的に見直せるようにします。

第3段階では、起こりうること(outcome)をA

さんに予測してもらうのです。もっとも悪い結果ともっとも好ましい結果を予測してもらったあとに、もっとも現実的と思われる結果を予測してもらうのです。

第4段階は、自動思考とは別の見かた(alternative explanations)で問題となる状況をとらえられないかと、Aさんが自問できるよう助けます。

第5段階では、これまでとは別の見かたができたとして、次にそれをどのように行動に移すことができるかを計画します。

このように、認知療法的アプローチは、ある状況下で出現する自動思考をとらえ、これを吟味し、これを修正していくことによって、対処技能の向上を図り、ストレスの軽減をもたらそうとするわけです。

#### 思考記録

ここで、その自動思考の把握と修正に関連して、思考記録(Daily Record of Dysfunctional Thoughts, 表)について、簡単に触れておきます。これは、ストレスとなる状況(situation)、そのときの感情(emotions)および自動思考(automatic thoughts)を書き出してもらい、次にその自動思考とは別の、より現実的で合理的な見かた(rational response)を探ってもらい、最後にそ

の合理的見かたがはじめの自動思考と感情におよぼす効果を記録してもらう方法です。

### おわりに

認知療法はそれぞれの人の「ものの見かた」に着目します。私は、「心の健康」とか「ストレス」に関する講演会の最後にはいつも、集まった方たちに、毎日の暮らしのなかで不愉快な気分を苦しむとき、自分が「何を」考えているかに関心を持

っていただくようお願いしています。

認知療法的アプローチによる「ストレス・マネジメントの実際」は次の問いかけから始まるのです。

What's going through my mind right now?

### 参考文献

Pretzer, J.L., Beck, A.T. & Newman, C.F.: Stress and stress management: A cognitive view. Journal of Cognitive Psychotherapy, 3: 163-179, 1989.

