

圖特集—認知療法 I

アルコール依存症の認知療法

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

アルコール依存症の認知療法

井上 和 臣*

はじめに

「明日になれば、自制できるだろう」

「どんなに酒をやめようとしても、だめだ、やめられない」

「酒をやめようとしたこともあったけれど、ちょっとしたことがきっかけで、また元の木阿彌になってしまった」

「もう酒はやめたほうがいいとは思うのだが」

「ひどくいらいらするので、何か気持ちを鎮めるものが必要だ」

アルコール依存症・薬物依存の患者に見られる典型的な態度、考え方である。“Coping with Substance-Dependency Problems”¹⁾と題した患者用の小冊子は、これらの automatic thoughts(後述)の記述から始まる。そして、こう続く。「薬物依存患者が心の中で繰り返すこれらの考えは、薬物依存に至る行動に大きな影響を与えている。薬物依存という問題に対処する方法を学ぶためには、自分の心の中のこの考えを改めなければいけない。」

この小冊子を含む未発表原稿“Cognitive Therapy of Substance Abuse”²⁾ができたのは1977年である。しかし、アルコール依存症・薬物依存に対する認知療法(cognitive therapy)は、まだ十分に確立された治療法とは言いがたい³⁾。

本稿では、ペンシルバニア大学認知療法センターにおいて入手できた文献⁴⁾を中心に、アルコール依存症の認知療法について概説したいと思う。

なお、認知療法は元来がうつ病の短期精神療法として発展した治療法であり⁵⁾、その後しだいに神経症²⁾(特に panic disorder⁴⁾)、薬物依存、人格障害などに適応の拡大が試みられているものである。当然のことながら、うつ病の治療に用いられた認知・行動技法(cognitive and behavioral techniques)が、修正された形で、アルコール依存症の認知療法において用いられることになる。本稿を読まれる前に、認知療法の元型ともいえるうつ病の認知療法の実際について、別稿⁶⁾を参照していただければ幸いである。

I. アルコール依存症の認知モデル

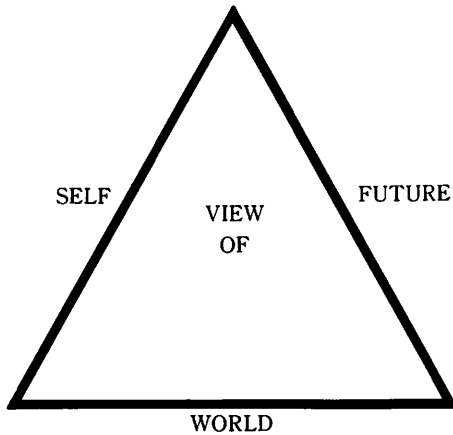
アルコール依存症が治療の中で解決されるべき当面の問題であり、家族や社会をも巻き込んでしまう多くの問題の源であることは明らかである。しかし、アルコール依存症そのものが、それに先行して存在した問題を解決しようとする一つの試みであったと考えることもできる。その問題とは、感情面の問題(怒り、不安、無力感)であり、社会環境的な問題(失業、貧困)であり、対人関係面での問題(他人との葛藤、孤独)であり、ときには精神医学的問題(精神分裂病、躁うつ病)のこともあろう⁹⁾。これらの問題を解決する多くの方法の中から、アルコール依存症患者はアルコールという依存性薬物を繰り返し選択してしまう。アルコール依存症患者は poor problem solver である^{9,11)}。

この低い問題解決能力の基礎に認知の歪み

Cognitive therapy of alcohol use disorders.

*京都府立医科大学精神医学教室(現ペンシルバニア大学認知療法センター)

[〒602 京都市上京区河原町通り広小路上ル梶井町465]
Kazuomi Inoue, M.D.: Department of Psychiatry,
Kyoto Prefectural University of Medicine. 465
Kajii-machi, Kawaramachi-Hirokoji, Kamikyo-ku
Kyoto-shi, Kyoto, 602, Japan

図1 Cognitive Triad^{6,7)}

(cognitive distortions) を仮定することができる。アルコール依存症患者が自分自身 (self) について、自分の置かれている状況 (world) について、さらに、自分の将来 (future) についてどう考えているかによって (cognitive triad^{6,7)}, 図1), かれらの問題解決能力は影響を受けられる¹⁾。

アルコール依存症患者によく見られる認知 (cognitions) の一つは、helplessness/hopelessness を特徴とする考えである。「自分は敗北者で、社会のあふれ者だ」と考える患者は、「これから先の人生も失敗の連続だ」と考え、「状況を変えようとしてもむだだ、うまく行くはずがない」と決め込んでしまう。「いくら頑張ってみても、どうせ仕事は見つからないのだから」と考えるとき、患者は目標に向かって建設的な行動をとろうとする動機づけを失う。無力、自尊心の低下、罪責を主題とする考えは、さらに、行動選択の範囲を狭め、患者はアルコールによってしか問題の解決ができなくなる。悪循環である¹¹⁾。

もう一つの認知の例は、denial/rationalization を主題とするものである。「一杯飲んだら、どんなふうになるか、ちょっと試してみるだけだ」とか、「少しくらい飲んだからって、別にどうということもない、自分は平気だ」といった類いの、ほとんど習慣化している言い訳・ごまかしがそれである¹¹⁾。

II. 治療目標

アルコール依存症に対する認知療法の治療目標は、次のようにまとめられる¹⁾。

(1) 抑うつ、不安、怒りといった感情面の症状が存在し、これがアルコール依存症を促進する場合には、これらの症状の改善を図る (symptomatic relief)。

(2) 認知・行動技法をどのように適用すればよいかを教え、薬物探索行動そのものの制御を図る (drug control)。

(3) 社会への復帰を目標として、たとえば、どのようにして職業を選べばよいか、どのようにすれば就労し続けられるか、その具体的な方法を患者に教える (resocialization)。

(4) アルコール依存症、感情障害、社会的不適応におちいる原因の一つと想定され、automatic thoughts の基礎にあると考えられる beliefs or assumptions を改変することにより、再発を予防する (modifying basic beliefs)。

III. 認知療法における治療関係

認知療法に習熟していない治療者が冒しがちな誤りの一つに、治療関係の軽視がある⁹⁾。

特殊な治療技法を用いることだけに忙殺され、治療者に必要な基本的資質を忘れてしまうことは、認知療法が指示的 (directive) な治療法であるだけに、きわめて危険である。暖かさ (warmth)、適切な感情移入 (accurate empathy)、真摯さ (genuineness) といった資質は、すべての精神療法に共通する“非特異的”要素には違いないが、認知療法家にとっても不可欠のものである。

また、collaborative empiricism⁹⁾ という認知療法に特徴的な患者との共同が奏効するためには、それに先だって、基本的信頼 (basic trust) とラポール (rapport) が治療関係の中で形成されている必要がある。健全な治療関係は、認知療法が盛られる器であり、認知療法がその上で機能する舞台である。

IV. 認知療法への導入

認知療法では、治療者と患者は一つのチームを作って、共同して、患者のかかえる問題の解決にあたる（これを collaborative empiricism という）。治療者はソクラテスの問答法（Socratic method）を活用する教師となつて、能動的（active）、指示的（directive）に、当面の問題に照準を合わせて（problem-oriented）、治療に臨む。認知療法は構成的な（structured）治療法である。

治療の初期段階で、治療者は認知療法の一般的知識とその基礎理論を患者に提示する。認知（cognitions）とは何か、automatic thoughts とは何かを例示する。これには“Coping with Substance-Dependency Problems”¹⁾、“Coping with Depression”²⁾などの患者用小冊子が役に立つ。

思考と感情、行動との関連を患者に示すには次のような例を用いるとよい⁶⁾。

T（治療者）：たとえば、夜一人で家にいる場合を想像してください。あなたはテレビを見ています。突然、となりの部屋で何か物のこわれたような音がしました。「泥棒じゃないかしら」と、とっさに考えたとしたら、どんな気持ちになりますか？

P（患者）：とても不安で、怖くなります。

T：それでどうしますか？

P：きっとどこかに隠れるか、少し落ち着いていたら、警察に電話すると思います。

T：そうですね。それでは、物音を聞いたとき、「窓を閉め忘れたのだな、今日は風が強いから、きっと何か落ちたのだらう」と考えたら、どんな気持ちになりますか？

P：怖がったりはしないでしょ。大事な物がこわれたのじゃないかと思って、悲しくなるかもしれません。誰が窓を閉め忘れたのだらうと、腹を立てるかもしれません。

T：そして、どうしますか？

P：隣の部屋に行ってみるでしょう。少なくとも警察には電話しないでしょ。

T：そうです。同じ物音を聞いてもいろんなふ

うに考えられるわけです。しかも、どう考えるかによって、そのときの感情も行動も違ってくるのです。

治療者と患者は、最近の飲酒状況とそれに伴う認知について、できるだけ詳細に知ろうとする。ちょうど映画をスロー・モーションで再現するように、まず飲酒行動の前に焦点をあて、そのとき患者が考えたこと、自問自答したことについて明らかにしようとする。さらに、飲酒中と飲酒後についても検討する。このときにも、例をあげて患者の理解を助けるとよい¹⁾。

「悪い癖を改めようと思うときには、誰でも心の中で対話することがよくあります。ちょうど、二つの心があるようなものです。一方の心は、ぐずぐずせずに早くやっしまえ、と促すのに、もう一方の心は、ちょっと待て、やっぱりやめたほうがいい、と囁きます。二つの心が一人の人間の心の中で言い争うのです。そして、ついに、どちらか一方の心が勝利をおさめます。あなたにはそんな経験はありませんか？」

飲酒行動に伴う認知の例を実際に患者から引き出すことができれば、認知療法の基礎と目標を次のように説明する¹⁾。

「そのときあなたが考えたことは、とりあえずは、あなたにとって好ましい結果（酩酊感、多幸福感など）を生むでしょう。しかし、長い目で見ると、そうすることによって、あなたは、人生から得たいと思っていたものを失ってしまうのです。この治療の中でこれから私たちがやっていこうとしていることは、酒を飲む直前に、その最中に、そしてその直後に、あなたが思うことを、あなたにはっきり知ってもらうことです。その瞬間に自分の心の中で自問自答していることに気づけば、その考えを変えることができるのです。はじめはそんなことができるものかと思うかもしれませんが、しかし、その考えは無意識の中に隠されているわけではなくて、少し注意すれば、そして練習すれば、すぐ気づくところに存在しているのです。こんど飲酒したいという気持ちになったら、それは心の中の声に耳を傾ける絶好のチャンスになります。そのとき、飲酒を促す考えとは別のことを、もっと理にかなったことを自分自身に語りかける

ようにするのです。]

認知療法は自分自身の心の中で交わされる会話に耳を傾け、自分を客観視し、最終的には自分が治療者となって自己を管理し、自己を制御することをめざすものである。

V. 抑うつ、不安、怒りのコントロール

アルコール依存症においては、抑うつ、不安、怒りといった感情面の症状が飲酒行動の促進因子として、あるいはその結果として出現することがよくある。これらの精神症状に対する認知療法的アプローチについては、別稿等^{2,6,9)}を参照していただきたい。

VI. 飲酒行動のコントロール

A. Self-monitoring

認知療法を効果的なものにするためには、なぜそうすることが必要か、どういうふうにそれを実行すればよいかなどを患者によく説明し、患者が納得して十分な動機づけをもって治療者と協力できるような図ることが大切である。

飲酒行動の self-control への第一歩は、飲酒にいたる決定因を明確にするとともに、それに伴う認知、特に automatic thoughts を把握することである。そのためには、飲酒時の状況と automatic thoughts について、患者自身にモニターしてもらうことが必要である。Self-monitoring がうまくできるようになれば、それだけ self-management の方法を知ることも容易になる。

1. 決定因

外的・内的決定因の self-monitoring は次の点について行う。(1)時間：アルコールを飲みたいと考えたとき、アルコールを探る行動を開始したとき、アルコールを実際に飲んだときが、一日のうちのいつ、一週間のうちのいつであったかを記録する。(2)場所：飲酒した場所が自宅か、宴会の席か、ふだんから患者がよく出かける場所か、めったに行かない場所か、などを記録する。(3)同伴者：誰と一緒に飲んだか、一人でか、友だちとか、それとも、全くの他人とか、などを記録する。(4)活

動：飲酒時、他に何かしていたことがあったか、たとえば、寝床で横になっていたかを記録する。(5)気分：飲酒前の気分はどうであったか、不安だったか、怒っていたか、退屈していたか、うっとしい気分だったか、などを記録する。このときその気分の程度を0～100のスケールで自己評価する。(6)衝動 (urge) の程度：飲酒したいと思ったときの衝動の強さを0～100のスケールで自己評価する。(7)飲酒量。

2. Automatic thoughts (AT)

Automatic thoughts は次のような特徴を持っている¹⁾。(1)理性とか論理の産物ではなく、何の前ぶれもなく思いつくもの。(2)不合理で、役に立たないもの。(3)不合理ではあるが、当然のことと受け入れられてしまうもの。(4)無批判的に信じこむと、行動のコントロールができなくなるもの。

Automatic thoughts は、何らかの契機があると、それに伴って自動的・習慣的・不随意的に体験されているものなので、うまくこれをキャッチし、表現できるようになるためには、訓練が必要である。このためには次のいくつかのステップを踏むとよい⁹⁾。(1) Automatic thoughts がどういうものを患者に教える (上述)。(2)思考 (認知) と感情・行動の関係を患者に例示する (IV参照)。(3)患者の最近経験したことの中から実際に automatic thoughts の例をとりだす。たとえば、「今、診察を待っていたとき、どんなことを考えていましたか?」と尋ねる。患者の多くは、「治療はうまくいくだろうか」とか、「こんな所に来るのじゃなかった」とか考えているであろう。治療を待つという状況下で、自分の心の中に浮かんだ考えや視覚的イメージが automatic thoughts であることを患者に教える。(4) Homework assignment として、日常生活の中での automatic thoughts を患者に記録してもらう。(5)患者が記録した automatic thoughts を添削する。

冒頭にあげたアルコール依存症患者に特徴的な態度、考え方も、automatic thoughts の例であるが、ここで、automatic thoughts をその内容によって四つに分けて、さらにいくつか例示する¹⁾。(1)制御能力 (capabilities)：アルコールを今も、そして、これからもやめることはできないと患者は信

じている。「自分にはまったく意志の力というものがない」、「こんな治療を受けても、自分には何の効果もないだろう」、「今とてもがっかりしているので、飲みたいという誘惑に逆えない」。(2)言い訳 (excuse) : アルコールをやめられない理由を見つけ出し、その行動を合理化する。「パーティーに出たら、自分を抑えられないのです」、「自分がまた飲んだのは友だちのせいだ」、「気持ちが減入ってきたら、酒なしではいられない」。(3)薬物に関連した考え (drug thoughts) : そのときにはアルコールを飲まずにはいられなかった、いや、飲む必要があったと患者は考える。「実際ちょっと一杯やる必要がある」、「あれを飲めば、やる気満々になれるだろう」。(4)自己非難 (self-blame) : 自分は自分の望むレベルにも達していないだめな人間だと患者は考える。「アルコールをやめられないということは自分はどこかおかしいのだ」、「飲むのじゃなかった」。

飲酒に伴う automatic thoughts, すなわち、飲酒前、飲酒中、飲酒後に考えることを、患者が自分でモニターできるようにする。自分の考えることがうまくとらえられないときには、思考のプロセスを減速するように教える。

B. 行動戦略と技法

(behavioral strategies and techniques)

認知療法では、後述する認知療法に特徴的な認知技法 (cognitive techniques) とともに、行動療法的技法が用いられる。その目的は、行動変化を介して歪んだ認知を改善することにある。

1. Stimulus-control procedures

Self-monitoring の結果をもとに、飲酒しやすい状況 (high risk situations) を回避するよう患者を指導する。それは、特定の場所や特定の人たちを避けることであり、特定の時間帯を飲酒以外の活動にあてることである。

2. Adaptive responses to stimuli

飲酒にいたる状況を回避することが容易でない場合、その状況に対する抵抗力を高める手段を講じる。たとえば、酒の出そうな会に出かける場合、飲酒の抑止力となる妻や兄弟に付き添ってもらう。

3. Alternative activities

たとえば、退屈して時間を持て余すことが飲酒の契機となる場合、患者の受動性を軽減し、自発性を増大させる目的で、activity schedule (図2) を作るとよい。活動そのものは特別なものである必要はない。スケジュールを立て、それに従って行動することを繰り返し練習する。

また、アルコールだけが喜びと満足をもたらす手段として用いられている場合、患者に他に何か楽しみはないか考えてもらい、activity schedule を作る時、一日のうちの何分かを、計画的に pleasurable activity にあててもらう。

さらに、activity schedule に従って活動したときに、どれくらい自分の思い通りにできたか (mastery, M), どれくらいそれを楽しめたか (pleasure, P) を記録してもらう。このとき、その程度を、それぞれ、0~5のスケールで自己評価してもらう (図2)。これは mastery and pleasure therapy (M and P therapy) と呼ばれる。

飲酒行動以外の活動を計画し、その活動から得られる喜びと満足度を患者自身に評価してもらうことによって、飲酒に代る行動への意欲を高めるのが目的である。

4. その他

a. 患者自らが家族や友人にアルコールを家中に置かないように伝える。

b. 酒を飲もうと誘われたときに、はっきりと断る訓練をする (assertiveness training)。これには role-playing による練習を繰り返す。

c. 飲酒しやすい状況下でとらうと思う行動を前もって考えておく。

d. 飲酒は突然現われる行動ではなくて、一連の行動の最終結果であることを説明する。その連鎖のどの段階でも別の行動がとれることを教える。

e. アルコール依存症から解放されるための変化は少しずつ起こるものであることを教える。

f. 次のセッションまでの間に飲酒する機会があるかどうか予想する。どんなことが起こりそうか予想できれば、それに備えてどうすればよいか考えられるし、実際にセッション中に予想される状況のリハーサルができる。

図2 Activity Schedule^{b)}
 WEEKLY ACTIVITY SCHEDULE
 NOTE: Grade activities *M* for Mastery and *P* for Pleasure

| | M | T | W | Th | F | S | S |
|-------|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----|---|---|---|
| 9-10 | | Went to grocery store M3 P0 | Back to bed M0 P0 | | | | |
| 10-11 | | | | | | | |
| 11-12 | | | | | | | |
| 12-1 | Lunch M0 P1 | Lunch M0 P0 | Lunch M0 P1 | | | | |
| 1-2 | Drove home M0 P0 | Called friend M0 P3 | Washing M4 P0 | | | | |
| 2-3 | Read P3 | Watched T.V. M0 P1 | | | | | |
| 3-4 | Cleaned room M5 P2 | | | | | | |
| 4-5 | | | Watched T.V. M0 P2 | | | | |
| 5-6 | Fixed dinner M4 P2 | Fixed dinner M3 P0 | Fixed dinner M2 P0 | | | | |
| 6-7 | Cleaned kitchen M4 P0 | T.V. M0 P0 | T.V. M0 P1 | | | | |
| 7-8 | Watched T.V. M0 P1 | | | | | | |
| 8-12 | | | | | | | |

C. 認知戦略と技法

(cognitive strategies and techniques)

1. “A” — “B” — “C” model (図3)

飲酒行動(“C”)は、何かきっかけとなる出来事(“A”)があれば、それだけで引き起こされるのではない。その出来事をどう考え、理解するか、つまりその出来事に関する思考(“B”)が飲酒という行動につながることを教える。この中間項の思考・認知を変化させることができれば、ある種の出来事が飲酒行動の引き金となることもなくなるわけである。

2. Rational response

Automatic thoughtsをとらえ、これを言語化し、記録できるようになることは、それだけ距離をもって客観的に automatic thoughts をながめられるようになる(この過程を“distancing”と呼

ぶ)ということである。

この distancing をさらに促すためには、automatic thoughts を記録するだけでなく、これに対する反応(rational response)を併記してもらうとよい。

3. Labeling of cognitive distortions

Automatic thoughts を数多く集め、それに対する反応を記録する中で、患者がそこにいくつか共通した内容(VI-A参照)があることを発見できるようにする。と同時に、その思考過程にいくつかの論理的誤りが存在することに気づくようにする。Labeling は distancing につながる。

論理的誤り(cognitive distortions)には、arbitrary inference, overgeneralization, magnification, catastrophizing などがある¹⁷⁾。

4. Reality testing of cognitions

Automatic thoughts が自分だけに通用する独

図3 “A”-“B”-“C” Model¹⁾

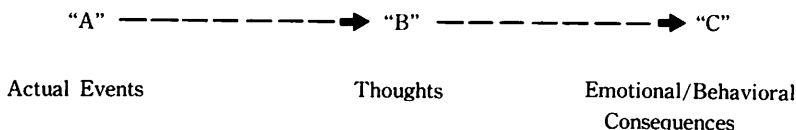


図4 Self-Statement Record¹⁾

| Self-Defeating Self-Statement | Category | Degree of Belief | Counter Self-Statement | Degree of Belief | Taking of Alcohol |
|---|----------|------------------|--|------------------|-------------------|
| 自分は生まれつき意志の弱い人間だ。 | C | 4 | 今までの習慣を改めるのは容易なことではない。しかし、だからと言って、不可能というわけではない。自分は生まれたときから意志の弱い人間なのではない。 | 2 | あり |
| どうせうまくいかないとわかっているのに、やっても仕方ないじゃないか。 | E | 3 | やってみないで、どうしてうまくいかないなどと決めてしまうのか。「千里の道も一歩から」というように、何にでも始まりがある。成功するためにはその一歩を踏み出さなくては。 | 1 | あり |
| いまビールが飲めたら、本当に気持ちよくなれるのだが。 | SS | 5 | いまビールを飲むのは病気をよくしようとしているのではなくて、ただ気分を一時的によくしようとしているだけだ。 | 2 | あり |
| 一体自分という人間はどこがどうなっているのだろう。なぜ自分を変えられないのだろう。 | SB | 4 | 完璧な人間など存在しない。もう二度と失敗しないぞ、などと考えるのは大げさすぎる。 | 1 | あり |

特の内容を持つことに気づけば、次に、それが妥当性のあることかどうか吟味できるように患者を訓練する。

図4のように、いくつかの平行するコラムに思考内容などをそのつど記録していく方法 (self-statement record) は、automatic thoughts をとらえ、現実吟味し、さらに修正していくうえで有用である。

Self-defeating, self-statement の欄には、飲酒時にみられた automatic thoughts を記録する。Category の欄には、automatic thoughts を内容の上から分類し、自分の能力に関わるもの (capabilities) は C、言い訳 (excuse) は E、アルコールの摂取と関連するもの (specific substance) は SS、自己非難 (self-blame) は SB というように記録する。Degree of belief の欄には、その automatic thoughts をどの程度確信しているかを 0～5 のスケール (0：全く確信していない、5：完全に確信している) で評価する。Counter self-statement の欄には、automatic thoughts と対立するような考え (rational response) を記録する。そして、その counter self-statement に対する確信度を、やはり 0～5 のスケールで評価する。最後に、taking of alcohol の欄に、アルコールを飲んだかどうかを記録する。

図4には、automatic thoughts の説明のところであげた考え (VI-A参照) をカテゴリー別に記し、それに対する counter self-statement などを例示した (ただし、これは実際の症例からの記録ではない)。

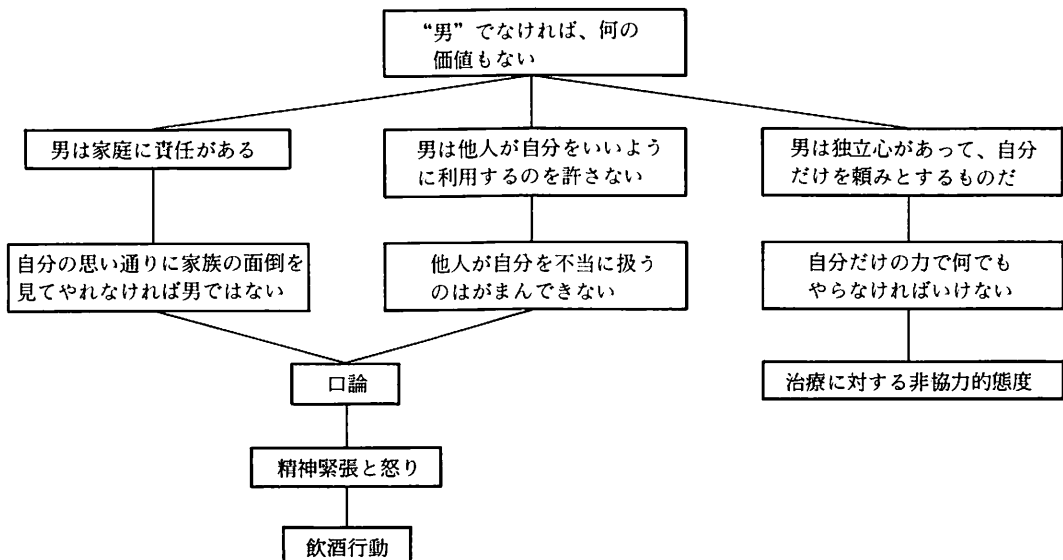
VII. 社会への復帰

社会への復帰を成功させるためには、職業、住居、経済状態 (特に金銭の使用法)、家族との関係など解決すべき問題がいくつかある。Basic social skills, job-seeking skills, job-keeping skills 等々、いろいろな技術を学習する必要がある。

仕事を探すために、graded task assignment を用いる場合、最初は簡単な課題から始める。たとえば、友人に仕事の口があるかどうか尋ねてみることを課題として与える。実際に就職先の面接に出かけたりするような複雑な課題は、徐々に homework として与えていく。患者に成功体験を少しずつ重ねてもらうことが、graded task assignment の目的であり、“success therapy”とも呼ばれる。

このとき、同時に、課題を遂行するときの automatic thoughts を集めるよう、患者に言うておく。これに認知技法を適用して、患者の認知の歪

図5 Underlying Assumptions¹¹⁾



みを現実吟味することができる。

VIII. 再発予防

飲酒行動の改善とともに、治療の目標は再発予防に向けられるようになる。治療戦略の力点は、飲酒行動に直接つながる automatic thoughts の是正から、automatic thoughts の基礎に想定される assumptions の把握と修正に移ることになる。

Underlying assumptions は、ある個人が示す恒常的な態度、考え方で、それによって自らの世界を形作り、秩序だてていると考えられるものである。直接言語化されることが少ないために、さまざまな状況に対する認知の中で繰り返される主題をもとに推論することになる。

アルコールを含む polysubstance dependence の男性を例として¹¹⁾、その underlying assumptions を図5に示した。

Underlying assumptions の修正には、それを持ち続けることに伴う有利な点と不利な点を患者に書き出してもらい、論理の面から、行動実験から、それぞれに検討を加えるようにする。飲酒を続けていた過去の自分に戻った場合、失われるものは何か？その代わりになるものはないか？アルコールから離れた新しい自分にできることは何か？新しいやり方と自己を実験し発展させるために、homework として graded task assignment を用いることもできる¹¹⁾。

おわりに

冒頭にも触れたように、アルコール依存症の認知療法はまだ緒についたばかりである。ペンシルバニア大学認知療法センターにおいても、アルコール乱用・アルコール依存が主診断である症例はきわめて少なく、ようやく1988年になって臨床研究が始められようとしている段階である。うつ病治療において認知療法が有効であるように^{5,10,12)}、アルコール依存症においても認知療法は奏効するのであろうか？それを立証するためには、まだ多くの臨床経験と研究が必要と思われる。

稿を終わるにあたって、ペンシルバニア大学認知療法センター Aaron T. Beck 教授、Fred D. Wright 博士ならびに京都府立医科大学精神医学教室中嶋照夫教授に深謝いたします。

この総説の執筆にあたっては、京都府医学振興会から、一部助成を受けた。

文 献

- 1) Beck, A.T. and Emery, G. : Cognitive therapy of substance abuse. Unpublished manuscript. 1977.
- 2) Beck, A.T. and Emery, G. (with Greenberg, R.L.) : Anxiety Disorders and Phobias : A Cognitive Perspective. Basic Books, New York, 1985.
- 3) Beck, A.T. and Greenberg, R.L. : Coping with depression (booklet for patients). Foundation for Cognitive Therapy and Research, Philadelphia, 1974.
- 4) Beck, A.T. and Greenberg, R.L. : Cognitive therapy of panic disorder. In : (ed.), Frances, A.J. and Hales, R.E. American Psychiatric Press Review of Psychiatry, volume 7. American Psychiatric Press, Washington, D.C. p. 571-583, 1988.
- 5) Beck, A.T., Hollon, S.D., Young, J.E. et al. : Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. Arch Gen Psychiatry 42 : 142, 1985.
- 6) Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. et al. : Cognitive Therapy of Depression. Guilford Press, New York, 1979.
- 7) Freeman, A. : Cognitive therapy : An overview. In : (ed.), Freeman, A. and Greenwood, V.B. Cognitive Therapy : Applications in psychiatric and medical settings. Human Sciences Press, New York, 1987.
- 8) Freeman, A., 井上和臣 : うつ病の認知療法 : 症例. 精神科治療学 4 : 19, 1989.
- 9) Glantz, M.D. : Day hospital treatment of alcoholics. In : (ed.), Freeman, A. and Greenwood, V.B. Cognitive Therapy : Applications in psychiatric and medical settings. Human Sciences Press, New York, 1987.
- 10) 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.
- 11) Moorey, S. : Cognitive therapy with drug

- abusers. In : (ed.), Scott, J., Williams, J.M.G. and Beck, A.T. Cognitive Therapy in Clinical Practice. Croom Helm, London (in press).
- 12) 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.

