

メジカルビュー社

月刊 *Mebio*

特集：内科医が知っておきたいうつ病診療

《治療》外来でできる心理療法的アプローチ

《認知（行動）療法的，対人関係療法的アプローチ》

鳴門教育大学基礎・臨床系教育部

井上和臣

はじめに

認知行動療法には、うつ病の指示的療法として登場した Beck の認知療法¹⁾をはじめ、複数の治療法が含まれる。対人関係療法は、うつ病に対する支持的療法をもとに Klerman ら²⁾が開発した。認知行動療法と対人関係療法とは、アメリカ精神医学会ⁱやイギリス NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)³⁾のうつ病診療ガイドラインで推奨されている。ともに、治療の有効性を支持する科学的根拠が蓄積されていて、軽症から中等症のうつ病に有益である、とされる⁴⁾。いずれも治療期間を限定する治療だが、認知療法が認知に力点を置くのに対し、対人関係療法は対人関係と感情に焦点を合わせる。

小論では、認知行動療法とくに認知療法^{5, 6)}、対人関係療法⁷⁾について、内科外来で使用可能な技法を提示し、実地臨床に資したい。

認知療法

基礎理論：認知モデル

うつ病患者の愁訴には、「私は何の値打ちもない」「私は弱い人間だ」「誰も私のことをわかってくれない」「面白いことなど何一つない」「お先真っ暗だ」「このまま消えてしまえたら」といった思考(認知)が含まれる。

否定的で悲観的な認知は抑うつ気分から二次的に生じる、というのが精神医学の一般的見解である。ところが、Beck はこれを 180 度転換し、「認知が気分・感情に影響する」という理論(認知モデル cognitive model)に基づく心理学的治療として認知療法を開発した。

ⁱ アメリカ精神医学会の診療ガイドライン http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_7.aspx は目下改訂中である。

治療技法

認知療法では、患者と治療者が科学者チームのように協力し合いながら患者の問題解決に当たる、共同的な治療関係が重視される。

重症度と患者の意向をもとに認知療法を選択したら、治療目標を具体的に設定する。治療を目標志向型とし、比較的实现しやすい目標にまず取り組むことによって、治療への動機づけを高めることができる。目標は、治療者が一方的に決定するのではなく、患者が希望するもののなかから選択する必要がある。たとえば、次のように問いかける。

T(治療者): 3カ月くらい先までに治療によってどうなっていたいかを検討したいのです。まず頭に浮かぶのは、どんなことですか? 6)

a 行動的技法

認知療法の技法は認知的技法と行動的技法に大別できる。うつ病では興味の喪失が認められ、快の体験が失われがちである。そこで治療初期には、楽しめる活動や自信を強められる活動を計画・実行する、といった行動的技法が有用である。毎日の生活がどのように営まれているかを把握するには、患者に日常活動表(表 1)をつけてもらうとよい。セルフ・モニタリングと呼ばれる技法である。このとき、活動の内容とともに、抑うつ気分や不安といった不快な感情がどのくらいの強さで認められるかについて記録してもらうと、楽しい活動がどのくらい残されているかが明らかになる。快の体験を増加させるには、「やらなければならないこと」ではなく、患者の「やりたいこと」に焦点を合わせる。

b 認知的技法

セルフ・モニタリングによって患者の自己観察力を高めておくと、認知的技法を試みる時にも役立つ。一般に、日常の活動性が増してきたら、認知的技法を用いる。まず治療で改善したい不快な感情を明確にす

表1 日常活動表の例

	月曜日 (/)	火曜日 (/)	水曜日 (/)	木曜日 (/)	金曜日 (/)	土曜日 (/)	日曜日 (/)
-8							起床 D2
8-9				横になる D2	横になる D5		
9-10	寝る D1			横になる D2	横になる D5	横になる D4	
10-11	寝る D1	横になる D4				横になる D4	
11-12	寝る D1				横になる D4	横になる D4	
12-1				横になる	横になる D4	横になる D4	
1-2	片付け					横になる D4	
2-3	片付け	めちゃくちゃ気分が悪い 横になる D5					
3-4	片付け						横になる D4
4-5	横になる D5					横になる D4	
5-6	横になる D5					横になる D4	
6-7							
7-8							
8-							

D: 抑うつ気分

ることから始める。抑うつ気分や不安などの感情は、患者の訴えを丁寧に聞く過程でももちろん把握できる。しかし、日常活動表によって1週間ごとの不快な感情の程度や広がりを観察・記録してもらう方法もある。毎週の記録を残しておくこと、治療効果の判定にも役立つ。

T: 毎日どのくらい憂うつや不安を感じておられるのか、1週間ではどうかを調べてみませんか？ 憂うつや不安が少ないのが1です。一番強いのが5としましょう。今はどれくらいの強さですか？ 6)

患者が不快な感情の記録に慣れてきたら、次は自動思考をとらえる練習を勧める。治療上必要となる自動思考は、不快な感情のあるところには必ず認められるはずである。

T: 憂うつが4のときに、どんなことが頭に浮かんでいたか、教えてくださいませんか？ 6)

自動思考が得られたら、患者の体験に即して、「感情と行動は出来事をどうとらえるか（認知）によって規定される」という認知モデルを示す。

T：思いが強くなると、憂うつが増える。思いの強さが半減すると、感情が半分になる。私の説明を納得できそうですか？⁶⁾

治療者は家庭で実施できるホームワークを受診のたびに提案する。ホームワークは認知療法の重要な要素であり、治療効果に影響する。

T：ご自分で思いの強さを減らすことができれば、気持ちを軽く穏やかにできます。思考記録表を使って、出来事、不快な感情、自動思考の欄だけを、感情が動いたときに書いてきていただけますか？⁶⁾

解決したい問題に認知が関与していることが理解できるようになれば、次に悲観的で否定的な認知を現実的で機能的な認知に変換する方法を練習してもらおう。表 2 は一例である。

表2 思考記録表の例

日付	状況 不快な感情を伴う 出来事	不快な感情 不安、悲しみ、落胆、 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%)	合理的反応 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 (確信度 0-100%) 2. 感情の強さ (強さ 0-100%)
X/5	人から話し かけられない。	悲しみ 80%	私のことを嫌っている のだろう。 70%	今日は私に用がない のだろう。 用があれば、私から 話せばよい。 何かしゃべりたいとい うことを私から伝えよ う。 60%	1. 40% 2. 50%

人から話しかけられない、という状況下で、患者は悲しみ（強さ 80%）を覚えた。そのとき患者の脳裏には、「私のことを嫌っているのだろう（確信度 70%）」という自動思考が認められた。認知療法では、この自動思考が事実に基づくものかどうか、妥当かどうかを患者に問いかける。

T：自動思考の確信度が下がると、悲しみも軽くなるかもしれません。悲しみを少しでも和らげてくれるような情報をもっていたり、考えたりできれば、それが合理的反応です。何かおありですか？⁶⁾

自動思考に対する確信度が高いときには、これを弱めるような合理的反応がすぐに思い浮かぶわけではない。

T：〇〇（患者の名前）さんの親しい友人が同じように悲しんでいるとき、〇〇さんはどう言ってあげられますか？私がお友だちをやります。悲しんでいる私に何か言ってみましょう⁶⁾。

立場を変えてロールプレイを行うと、違った視点が出てきやすくなる。認知療法では、状況をみる唯一絶対の視点が求められているのではなく、考えうる限りの多様な視点をあげることが重視される。

この患者の場合、「今日は私に用がないのだろう。用があれば、私から話せばよい。何かしゃべりたいということを私から伝えよう」という合理的反応（確信度 60%）が得られた。合理的反応が少しでも納得いけば、もとの自動思考に対する確信度は 40%に減り、悲しみも 50%になる。

患者がうつ病に伴う認知に気づき、認知の修正方法を学ぶことが重要である。『認知療法の 7 つのステップ』（表 3）が参考になる。思考記録表を簡略化するには、自動思考と合理的反応だけを記録してもらう。

表3 認知療法の7つのステップ

第1段階	あなたが困っていること、あなたが解決したい問題をはっきりさせましょう。
第2段階	どういう場面でその問題が起こるのか調べてみましょう。
第3段階	その場面でみられるあなたの感情や行動、そしてあなたの認知(心のつぶやき)について調べてみましょう。
第4段階	あなたの認知(心のつぶやき)があなたの感情や行動にどのように影響しているか調べてみましょう。
第5段階	あなたの認知(心のつぶやき)が適切かどうか、あなたの役に立っているかどうか調べてみましょう。
第6段階	同じ場面で別の認知(心のつぶやき)ができないかどうか調べてみましょう。
第7段階	別の認知(心のつぶやき)を実行してみましょう。

対人関係療法

基礎理論：「喪失」に関する問題領域

うつ病は対人関係の問題をきっかけに発症したり、発病後の患者の対人関係に影響を与えたりする。対人関係療法では配偶者や親などとの現在の関係に着目し、「喪失」に関連する問題領域を区別する。悲哀、対人関係上の役割をめぐる不和、対人関係上の役割の変化、対人関係の欠如の4つである（表4）。

問題領域の同定

うつ病の発症に関連する問題領域を明確にするには、次のように問う。

T：調子が悪くなり始めた頃、あなたの生活（仕事や家庭、家族や友人との間）で何が起こっていませんか？誰かの命日だったのですか？あなたとお子さんや親御さんとの間に不和がありましたか？あなたは新しい仕事を始めたり、転居しましたか？⁷⁾

表4 対人関係療法の4つの問題領域

◆ 悲哀

親や配偶者，親しい親類の死の後にみられる複雑化した死別

◆ 対人関係上の役割をめぐる不和

配偶者，恋人，子ども，他の家族，友人，仕事の同僚などとの争いや不一致

- ◆ 再交渉：互いの違いを自覚し，積極的に変えようとしている段階
- ◆ 行き詰まり：話し合いが中断し，相手への怒り・あきらめ・無視がみられる段階
- ◆ 離別：関係が崩壊している段階

◆ 対人関係上の役割の変化

生活上の変化，たとえば，卒業，就職，進学，転居，離婚，引退，身体の病気など

◆ 対人関係の欠如

愛着の不足，社会的孤立，さびしさ，退屈など

治療技法

対人関係療法は，対人関係上の危機を解決しようとする方略に特色がある。治療技法の多くは経験豊かな臨床家には周知のものである。

a 感情表現の奨励

罪責感などを表現したり受容できるようにする，対人関係のなかで感情を適切に表現したり抑制したりできるようにする，望ましい感情を新たに生み出せるようにする，などが勧められる。

b コミュニケーション分析

相手が自分の要求を推測してくれるものと期待したり，相手の意図を誤って読んでしまったり，沈黙してしまったりする，といった不適切なコミュニケーションを同定した後，効果的なコミュニケーションが可能になるようする。治療者が相手の役割を演じ，患者に感情や意思の伝達法を練習してもらうロールプレイを加えるとよい。

T: 誰にもニーズがあり、それを主張することは大切です。そうしないと、他人はあなたが何を求めているのかを知ることができません。いつもわがままだと好かれないでしょうが、自分が求めているとか必要なものをあなたが決して言わなければ、人はそれを知ることができず、あなたがそれを手に入れることもないでしょう⁷⁾。

おわりに

認知（行動）療法と対人関係療法は欧米では 30～40 年の歴史を有し、わが国でも最近 10～20 年ほどの間に研究・実践されるようになってきた。内科外来での実施となると、対人関係に関連する認知や感情に着目しながら、部分的に個別の治療技法を適用することが現実的と思われる。認知（行動）療法的あるいは対人関係療法的アプローチのいずれをとるにしても、「受ける」のではなく、主体的に「参加する」ことを患者に求めるこの種の治療は、今後の実地臨床への普及が期待できるだろう。

文献

1. アーロン・T・ベック, A・ジョン・ラッシュ, ブライアン・F・ショウ, ゲアリオ・エメリイ (坂野雄二 監訳, 神村栄一, 清水里美, 前田基成 共訳). うつ病の認知療法 (新版). 東京: 岩崎学術出版社; 2007.
2. G.L.クラーマン, M.M.ワイスマン, B.J.ランスヴィル, E.S.シェヴロン (水島広子, 嶋田 誠, 大野 裕 訳). うつ病の対人関係療法. 東京: 岩崎学術出版社; 1997.
3. http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/Depression_Update_FULL_GUIDELINE.pdf

4. 日本クリニカル・エビデンス編集委員会．クリニカル・エビデンス
ISSUE9 日本語版．東京：日経 B P 社；2004. p1133-1159.
5. 井上和臣．認知療法への招待（改訂 4 版）．京都：金芳堂；2006.
6. 井上和臣．精神科プライマリ・ケアにおける精神療法：うつ病の認知
療法を例に．伊豫雅臣 編．専門医のための精神科臨床リュミエール
(7) 精神科プライマリ・ケア．東京：中山書店；2008. p67-78.
7. マーナ・M・ワイスマン，ジョン・C・マーコウイツ，ジェラルド・
L・クラーマン（水島広子 訳）．臨床家のための対人関係療法クイッ
クガイド．大阪：創元社；2008.