

神戸学院大学人文学会
【人間文化】第29号 抜刷
2011年7月10日 発行

人文学部学術講演会 「認知行動療法について」

井 上 和 臣
Kazuomi Inoue

人文学部学術講演会 「認知行動療法について」

井上 和 臣

Kazuomi Inoue

鳴門教育大学大学院
学校教育研究科教授

2010年6月30日(水)

神戸学院大学心理学大実験実習室1

○司会

ただいまより、神戸学院大学人文学部の学術講演会を開かせていただきます。

本日は、鳴門教育大学の井上和臣先生にお越しいたいただき、認知行動療法についてのお話をうかがいたいと思います。

はじめに、井上和臣先生のご紹介をさせていただきます。

井上和臣先生は、精神科医でございまして、1977年に京都府立医科大学をご卒業になられたあと、同じく京都府立医科大学の助手、講師を経て、1988年にアメリカのペンシルベニア大学の精神医学教室、認知療法センターに留学されました。その後、京都府立精神保健総合センターの所長をなさり、鳴門教育大学人間形成基礎講座の助教授、教授を経て、現在、鳴門教育大学大学院学校教育研究科人間教育専攻臨床心理士養成コースの教授でございます。

学会活動としては、現在、日本認知療法学会の幹事で事務局長を務めておられます。そのほか日本行動療法学会、日本精神神経学会、日本心身医学会でもご活躍でございまして。

本日の先生のお話の中でも出てまいりますが、ご著書の『認知療法への招待』（金芳堂）は、すでに改訂4版が出ており、たいへん有名な解説書です。『認知療法の世界へようこそ』（岩波書店）も同じく有名で、大きな反響を呼んでいるとおうかがいしております。

本日は、神戸学院大学の教職員の方々、ならびに大学院生の方々にたくさんお越しいたいただきました。どなたも井上先生のお話を心待ちにしておられると思います。私からのご紹介はこれくらいにして、さっそく先生のお話をうかがいたいと思います。

なお、のちほどフロアの皆さまからご質問やご意見をうかがうための時間を可能な限り設けたいと思いますの

で、どうぞよろしく申し上げます。

それでは井上和臣先生、どうぞよろしくお願いたします。

○井上

はじめに

ご紹介いただきました、井上です。どうもありがとうございました。

最初、先生からこのお話をちょうだいしたときは、授業だと勘違いしておりました。学会主催の学術講演と知り、たいへん驚いております。お招きいただきまして、ありがとうございます。

今、お話がございましたように、私の話は1時間くらいを予定しています。お手元に、とてもきれいな資料が配られていると思います。作った本人が驚くぐらいカラフルにきれいに仕上げてくださいました。だいたいそれののっとりながら話を進めていこうと思います。

今日は、認知行動療法についてお話をさせていただくわけですが、ご存じのようにこの4月から認知療法・認知行動療法が医療現場で保険診療の請求ができるようになりました。実際面では、私も昨日診療しておりましたが、お一人の患者さんに30分かけて認知行動療法を行うというのは、なかなかむずかしいと正直思っています。今日は、どこまで役立つかわかりませんが、皆様方が実際にクライアントに会われるうえで、あるいはご自身のために役立つかわかりませんので、認知行動療法について概略をご説明しようと思います。

学生の会話から

最初は、お手元の資料にはございません。これは「光夫の過剰反応」という、NHK 英語会話のスキットから取りました。

光夫は学生会館の食堂で、イレイナ、デイビッドと一緒にいます。

イレイナが「こんにちは光夫、授業はどうだった？」と聞きます。光夫は「あんまり良くなかった。みんな日本人を嫌っている。それとも、彼らが嫌っているのは僕かもしれない」と言います。英語では、“Everybody hates the Japanese”と書いています。デイビッドは「へえ、深刻そうだね」と言います。イレイナは「コーヒーもう少しどう？」と。

光夫は「深刻なんだ。世界経済学セミナーの学生は全員、僕を攻撃したんだよ」(All the students in my world econ seminar attacked me.)と言います。

イレイナは「あなたを攻撃したんですって、どうして?」、デイビッドは「イレイナ、僕は、われらの光夫がきっと過剰反応しているんだと思うよ」と言うわけです。デイビッドは「よし、光夫、初めから話してくれ。何があったんだい?」と尋ねます。

光夫は「教授が日本のことに触れるとすぐに、皆が僕に質問を矢継ぎばやに浴びせ始めたんだ」(Everyone started shooting questions at me)。イレイナは「どのようなこと?」と聞きます。光夫は答えて、「なぜ日本は、そんなにたくさん輸出するのか」、「日本人はどうやってそんなに安い自動車を生産できるのか? なぜ、そんなに一生懸命働くのか?・・・」。デイビッドは「特に現在のアメリカと日本の貿易状況を考えると、それらの質問にも一理あるね」と応じます。イレイナも「そのとおりだわ。とにかく、アメリカの大学のセミナーはそのようにして行われるものよ。典型的なセミナーでは、議論が進行するようにお互いに質問し合うのよ」と言います。

デイビッドも「そうだ。誰かを攻撃するつもりはないんだよ。光夫」と光夫に言うわけです。イレイナも「もちろん、そんなことはないわ。学問は質問から始まるのよ」と言うのですが、光夫はなかなか気持ちがおさまらずにいます。

光夫は「ああ、でもどういうふうに答えればいいんだろう。自分の国について全く無知だと感じたよ」(I felt completely ignorant about my own country)と答えます。イレイナは「でも光夫、大事なことは考え方を交換し合うことよ」と言います。デイビッドも「そうさ、自分をそんなに責めてはいけないよ。教師でさえも、すべての質問に答えられるとは限らないんだから」となぐさめます。でも、光夫は「よくわからない。やはり僕はクラスをがっかりさせてしまったような気がする (I still feel as if I let the class down)」と言います。

そこに、ルーズが食堂に入って来ます。ルーズは「あら、まだここに座っておしゃべりしているの。30分も待っていたのよ」と言います。光夫は「僕たちを待っ

ていたの?」と言いますが、「僕たち」ではなくて「僕」を待っていたのです。ルーズは「あなたをよ、光夫。私、テニスのサーブでとっても困っているの」。光夫は「僕に手助けしろというの?」と尋ねます。

ルーズは「ほかにいったい誰があなたのようにテニス・ラケットを振れるというの?」と聞き返します。光夫は「さてと、少なくとも僕も何かの役に立つことがあるというわけだ (At least I'm good for something.)」と言いました。

これはNHKラジオ英語会話の1986年のテキストです。だから、大学院の皆さんはどう頑張っても生まれていらっしゃらないですね。この回はたしか大杉正明先生が担当しておられたと思いますが、大杉先生は認知療法のことを知らせようと思って、これを書いたわけではないと思うのです。

光夫というごく普通の大学生、彼が過剰反応をするときに、感情的に普通以上の大きな反応をするときに、自然にしゃべる言葉が極端な表現をとっているというところがポイントです。Everybodyとかall the studentsとか、いっぱいありましたね。別に意図してはなしですが、ついついそういうときには言葉の中に、「みんな」とかいう、ふだんよりも極端な表現が頻繁に出てきます。これは、後でお話する認知モデルのポイントを示しています。感情が大きく揺れるときには我々の言葉や表現自体が大きく普通以上の表現を示す、そういうことにつながると思うのです。

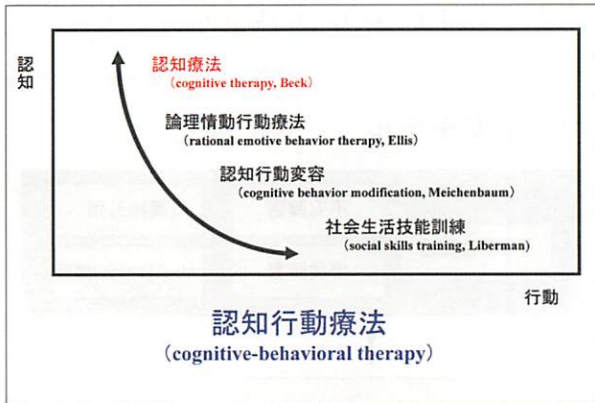
さっきも申しましたように、別にこれは認知療法のための具体的な実践例というわけではありません。ここからが本番です。

認知行動療法の位置づけ

今日のテーマは、認知行動療法ですが、英語ではcognitive-behavioral therapy、頭文字をとってCBTと言います。いくつかの治療法の、いわば複合体のようなものです。お見せしようと思ったのが、一番上、認知療法ですが、それ以外にも、エリスの論理療法と呼ばれるものとか、認知行動変容、精神科の臨床で最近よく病院とかで使われている、社会生活技能訓練、SSTもこのなかに入ります。

この図のX軸は行動です、Y軸は認知です。認知行動療法ですから、その行動に主に軸足を置くものと、認知の意義を強調するものがあります。そういう意味合いでこの図はつくってあります。認知もあり、行動もある、だけど大事なものは人の感情です。しかし、実際にはこの図の中には感情は入っていません。

のちほどご紹介するように、認知療法はうつ病の治療法として始まりました。つまり、患者の心の中の感情



の問題を、少しでも緩和するために認知から迫ろうという治療法です。ですから、人の感情がきわめて重要で、それが最初の出発点であるように、最後の終着点でもあるというふうにご理解いただければと思います。あえて言えば、図に描かれていないものが一番大事なこともかもしれません。

今日は主に認知療法の話をしてまいります。認知療法はアーロン・ベックというアメリカの精神科医が始めたものです。1921年7月18日のお生まれですから、まもなく89歳です。

認知療法の歴史

今日は、アーロン・ベックが始めた認知療法を中心にご紹介しようと思います。歴史的に認知療法をたどると、1950年代ぐらいまでさかのぼることができます。当時、アメリカの精神医学は、基本的には今と全く違うのです。今はほとんど生物学的精神医学の時代ですが、精神分析的な治療もなされていたはずで、ベックもその中で若いころを過ごされたということです。

認知療法の歴史

- 1950年代
うつ病に対する認知療法の萌芽
- 1960年代
うつ病概念のコペルニクスの転回
- 1970年代
認知療法の治療効果に関する研究
- 1980年代以降
認知療法の適応の拡大

しかし、1950年代になり、うつ病のとりえ方に関して、それまでと少し違う考えを抱くようになりました。その後、60年代の初め、ケネディ大統領の頃に、ベックはうつ病に関する論文を2編ほど書きます。“Thinking and depression (「思考とうつ」)”という論文です。うつ

病は、言うまでもなく気分障害ですから、感情や気分の障害の中に位置づけられています。精神医学の教科書を見ると、うつ病の患者さんたちは、気持ちがずいぶん落ち込んでくる、それで思考内容に異常を来す、悲観的なことを口にするようになる、感情の問題が先にあって、結果として思考の変化が起こってくるという、そういうとらえ方が一般でした。しかし、ベックはそれを、180度、コペルニクスの転回というのはそういう意味ですが、裏返したのです。感情が先ではなくて、認知、思考が先だということです。悲観的なことを考えてしまう、それで感情の抑うつにつながるのだと主張します。

もちろんアイデアだけで、それで終わってしまうかもしれないわけです。1980年代の後半に、アメリカの精神科医がベックの考えに関心を持ち始めたのです。その理由は、一にも二にも、効果がありそうだったということでした。1970年代後半から、認知療法はうつ病に対する急性期治療において効果がありそうだという知見が出てきました。うつ病は、基本的には慢性再発性疾患で、再燃、再発が起こりやすいものです。そういう面では、再燃や再発を防止することがとても大切なことになってきます。ちょっと極論ですが、急性期治療を積極的に行わなくても自然に、もしかすると患者さんは良くなる可能性もある。しかし、その後また悪くなってしまうことがあります。これをなんとかする必要があります。認知療法は再燃・再発防止にも効果がありそうということになりました。急性期の治療効果だけでなく、予防効果の検証がなされていたことがとても重要であります。

1980年代後半になりますと、うつ病だけではなく、パニック障害とかパーソナリティ障害とか、いろんなものに使われるようになりまして、21世紀を迎えますと、統合失調症の治療にも登場してきます。認知療法の適応が拡大していきました。

認知療法の特徴

認知療法はどのような治療法かと言いますと、きわめてわかりやすい考え方に基づいています。とても常識的というか、コモンセンスというか、あるいは共通感覚というか、そういうものに立脚したサイコセラピーであります。ですから、聞いてみると、わかりやすそうです。だけど、それが使えるかどうか、それが効果を持つかどうかということになってくると、ちょっと簡単にはいかないと思います。

認知療法は理論がとても大事だと主張します。認知のパターンに関して、仮説があります。これはちょっと横道にそれますが、世の中にはサイコセラピーがたくさんあります。ですが、理論つきのものがどれくらいあるか

ということがとても大事でして、それにはいくつかのクライテリアがあります。ちゃんと理論はあるのか、理論を実証するデータがあるのか、理論と関連するかたちで技法選択がなされるのか、そして治療効果が上がるのかといったような、いくつかのクライテリアを満たさないと、本当はサイコセラピーと呼んではいけないという話を聞いたことがあります。

認知療法は認知のパターンを修正することによって治療効果を得ようとしています。基本的には、中心になるのは人の感情の適正化です。それからもう一つは、セルフヘルプとしてこれが使えらるということです。それから、その有効性が確認されている、つまり、昨今言うところのエビデンスがあるサイコセラピーの一つだということです。

認知療法 Cognitive Therapy

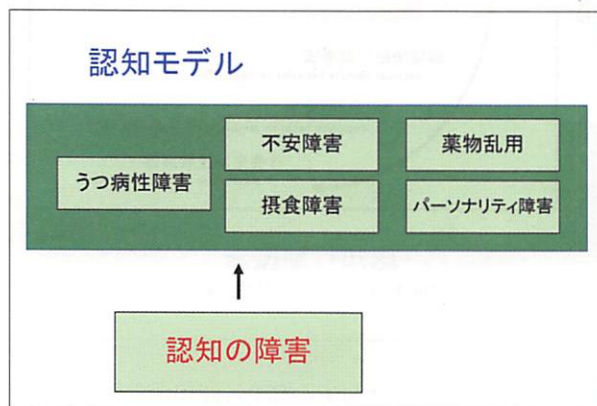
- ▶ 認知療法はきわめて常識的な視点からなされる“ commonsense ”の精神療法である。
- ▶ 認知療法は認知のパターンに関する理論的仮説を基礎としている。
- ▶ 認知療法では認知のパターンを修正することにより治療効果を得ようとする。
- ▶ 認知療法は“セルフヘルプ”の精神療法である。
- ▶ 認知療法はその有効性が確認されつつある精神療法の1つである。

認知療法の理論：認知モデル

認知療法の理論の部分なのですが、うつ病性障害からパーソナリティ障害までの精神障害について、それを認知の障害という観点から理解しましょうというのが認知モデルです。しかし、うつ病が認知の障害によって起こってくるなどというのは、ちょっとあり得ない話です。もちろん、うつ病に関連する認知をずっとずっと思い続けるとちょっと気分が滅入ってくるかも知りません。「僕は、だめな人間だ、だめな人間だ、だめな人間だ」とこれから3時間ずっと言い続けると、ちょっと気持ちも滅入ってくるかも知りません。一般的には、うつ病の原因は今でもよくわからないのです。生物学的な原因が何かあるでしょうし、遺伝的なものもあるでしょう。地理的なものももちろんあるでしょう、社会文化的なものもあるでしょう。とにかく、原因はよくわかっていないのだけれど、原因に関して認知の障害があるとは認知モデルは主張しません。

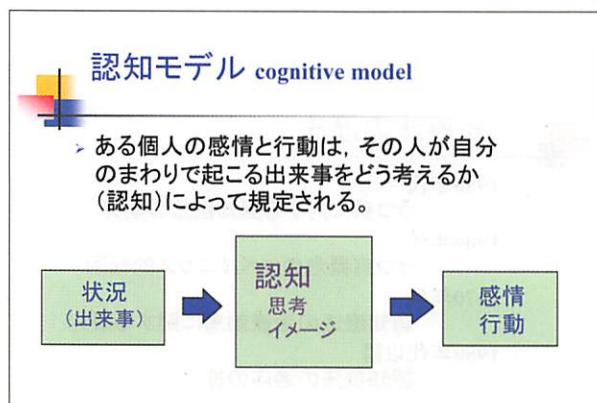
つまり、病気の原因という問題にはかかわろうとしないのです。では、何にかかわろうとするかということ、病気がずっと続いていく、そのときにはまちががなく認知

の障害がありますという、そういうモデルです。



実際に患者さんにご説明するとき、あなたの問題に認知がどういうふうにかかわり、それがどういう悪循環の中に位置づけられているかといったことを理解していただく、説明のためのモデルがこの認知モデルです。病因論に関して議論しないわけですが、逆に、例えば薬物療法でうつ病を治療しようとする立場と、基本的には少なくとも対立せずすむわけです。

対人関係療法にかかわった精神科医が、イデオロギーの対立として薬物療法とサイコセラピーの関係を論じた文献を読んだことがあります。認知療法はそのイデオロギー対立みたいなことが起きにくい。私の周りには、比較的、生物学的なものに関心の深い人がいますが、彼らはけっこう認知療法に関心があります。従来からの、伝統的なサイコセラピーに関心のある方よりもかえってとつきやすいのかもわかりません。



認知療法には精神障害を説明するためのモデルがあるというわけです。そのモデルの意味するところは、ある状況とか出来事があって、そのときに見られる感情とか行動について、例えば行動療法の場合ですと、刺激と反応というかたちでこれをとらえるわけです。認知療法では刺激と反応の間に「認知」を入れるわけです。ここで

の認知というのは、認知心理学でいう認知とはちょっと違うようです。とても臨床的な概念です。患者さんが、「私はだめな母親なので、息子のためになりません。帰りがけにでも車にひかれたらどんなにいいかと思えます」と訴える、その言葉そのものが認知なのです。形式的なものより内容的なものが認知療法では重要です。その人が、自分の周りの状況や出来事をどのように考えるか、それを認知というわけですが、そのとらえ方によって、感情や行動が規定されるというのが認知モデルです。

うつ病の場合をとってみても、うつ病のいろんな症状の中の思考内容の異常が大事で、それがうつ病をずっと続かせていくと強調するところは、とてもユニークではないかと思えます。

認知は患者さんの訴えによってとらえられるわけですが、これは個人的な意味づけ、個人的な解釈になります。治療に当たる側が解釈をするのではなくて、毎日の生活の中の出来事を、患者さんがどう解釈していくか、解釈の中身を認知というかたちで取り上げていきます。

認知 cognition

- 個人的意味づけ (idiosyncratic meaning)
 - 自己 (self) 私は人生の落伍者だ。
 - 世界 (world) 何一つとしてうまく運ばない。
 - 未来 (future) こんな状態がいつまでも続く。
- 中心的な主題
 - 抑うつ 喪失 (loss)
 - 不安 危険 (danger)・脅威 (threat)

認知は自己と世界・体験と未来という三つの側面からとらえられます。認知の主題（テーマ）を探ってみると、抑うつの場合は喪失が基本的なテーマになっていくと考えられます。

例をあげましょう。ATMでお金をおろしにいった、3万円か5万円を受け取らずに領収書だけ持ち帰ったという女性があります。自分はお金をおろしに行ったのに、手元にお金がない。普通あるべきものが手元にないというこの喪失は、気持ちを減入らせる方向にいくわけです。彼とけんかをしたとか、試験に落ちたとかというのもそのたぐいです。不安は、危険とか脅威がテーマです。天が落ちてくると怖がっている人の話が故事にあります。天が落ちてきたら自分もペシャンコにつぶれてしまう。自分の身に迫る危険、これが不安の基本的な内容になります。

もう一つ、皆さんの中で〇〇県の方はおられませんか？〇〇県の悪口をこれから言いますから、皆さん、あまりよく聞かないようにして下さい（笑）。私のよく知っている大学には県外から学校の先生方がお見えになるのですが、その方たちがいつもこぼしておられたのは〇〇県の車にはウインカーがついてなくて（特別仕様の車だけしかついていないらしくて）、普通はウインカーがオプションなのだという話を聞いたことがあります。どうしてかと言うと、〇〇県では方向指示器なしで適当に道を曲がったりする、自由奔放に。そういう車に朝出くわすと、怒りがムラムラとわいてくるのです。怒りのときにはどんな認知があるかについて、ちょっと想像してみてください。腹が立っているときに自分はいったい何を考えているのか、その正体を見つけると、それが認知になるわけです。たいていの場合、その先生たちは言います。自分はちゃんと法規を守って運転している。だけど〇〇ナンバーの車はなんといい加減な走り方をしているのだ。この二つのギャップの大きさ、つまり、私はちゃんとしているのに彼はむちゃくちゃだというこのコントラスト、これは英語では “It’s unfair” というのだそうです。不公平さが怒りの場合の、認知の重要な一つのテーマになってくるのです。

認知モデルにおける基本概念

認知モデルの基本的な概念を三つほどお示しします。先ほどちょっとお話ししていたのが、認知の3徴です。自分のことについて、世界のことについて、こんなふうに抑うつ的な患者さんは考え、訴えるのです。「私は人生の落伍者で、何一つうまく事が運ばない、全く将来に望みがない」。認知の3徴は、特にそれをつかまえようとする必要があるといったものではなくて、話をちゃんと聞いていれば自然に訴えの中に出てくるものです。

認知の3徴 cognitive triad

- 自己
 - 私は人生の落伍者だ。
 - 何もかも私が悪いのだ。
- 世界・体験
 - 何一つとしてうまく運ばない。
- 未来
 - まったく将来に望みがない。
 - こんな状態がいつまでも続く。

もう一つ、認知の歪み^{ひず}という概念もあります。これはどちらかという、形式的な事柄に近いものですから、当時はそんな言葉はありませんが、今風には情報処理障

害とかに相当します。認知の歪みの中の、例えば二分法的思考は、白か黒か、二つの極端な中で考えていくという、そういう考え方です。自己関係づけという、統合失調症を連想しそうですが、これはうつ病の患者さんが、自分が責任を負わなくてもすむはずのことを自分の責任であるにとらえてしまうことです。破局視は、天が落ちてくるとか、今にも死にそうだとか、破局が身近に迫っている、とかいうかたちであられます。

認知の歪み cognitive distortions

<ul style="list-style-type: none"> ➢ 二分法的思考 ➢ 過度の一般化 ➢ 選択的抽出 ➢ 恣意的推論 ➢ 自己関係づけ ➢ 感情的論法 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 拡大視と縮小視 ➢ 破局視 ➢ 肯定的側面の否認 ➢ 「すべし」表現 ➢ レッテル貼り
---	---

情報処理の障害

認知療法の中には、否定的自動思考とか、認知の歪みとか、非機能的認知とか、不適応的信念とか、ありとあらゆる具合の悪い形容詞がみられます。

私のゼミの学生が、認知の歪みでは人聞きが悪いということで考えてくれたのは「心の錯覚」という言葉です。中学生を対象にして認知療法をする中で使った言葉です。錯覚という言葉だと、何か化け物がいるなと思ったけれど、よく見るとお化けではなくて、それは〇〇だったというふうに、だれもが見まちがいを、聞きまちがいをするわけですが、よく見直し、考え直してみると、そのまちがいを自分で直せる。認知の歪みを言いかえる言葉としては適当な感じがします。だれでもが起こすような誤りなのだけれども、しかしよく考えて、それを訂正することはその人自身でできるのだということです。

自動思考とスキーマ

自動思考という概念は、とても重要な概念です。英語では automatic thought と言います。歌の題名みたいで学術用語の感じがしませんが、学術用語です。何らかの契機があるとそれに伴って自動的、習慣的、付随的に脳裏に浮かぶ思考や視覚的イメージのことです。重要なのは思考と書いていますので、どうしても考えだけになってしましますが、イメージもこの中に含まれます。

自動思考は、瞬間的にそう思うわけですから、理性とか論理の産物ではなくて、不合理なことが多いわけです。ところが、それを当然のことだと思ってしまうので、感情や行動のコントロールができなくなるところが

自動思考 automatic thoughts

➢ 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(意図せずに自然に)脳裏に浮かぶ思考や視覚的イメージ

- 1 理性とか論理の産物ではない
- 2 不合理で役に立たない
- 3 当然のこととして受け入れられる
- 4 感情や行動の制御ができなくなる

臨床上是重要なのです。われわれが1年じゅうなんだかんだと考えているものも自動思考と名づけてもよいのかもわかりませんが、通常は治療の中で対象となる考えだけが自動思考として取り上げられます。

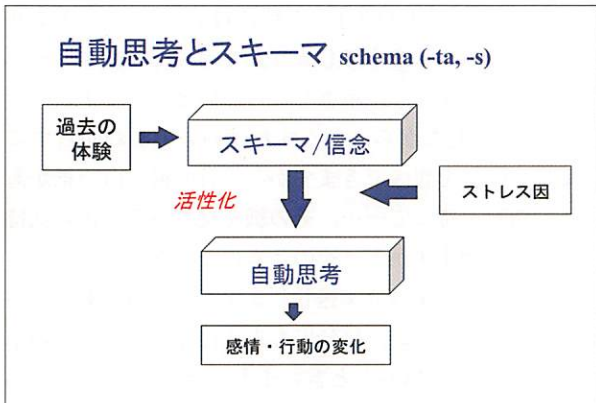
もう一つ重要なもの、それはスキーマです。認知療法では、無意識は論議しないのです。自分たちの意識されているものの中で起こっている事象をつかまえて、それをもとに治療を組み立てていこうとするのです。スキーマも(あるいは信念も)、無意識の領域にあるものではなく、過去のいろいろな経験から積み重ねられてきた、その人の考え方の、いわば枠組みみたいなものです。スキーマはいろんなものが存在するのですが、通常は眠っているのです。休火山の状態にあるわけです。

例えば、「私は人から愛されない人間だ」というようなスキーマはだれの心の中にもあります。年中、「私は愛されない人間です」と言い続ける人は、特別な精神状態にあって、ふだん多くの人はずっとそんなことを思い続けることはありません。ところが、とても好きだった彼とうまくいかなくなってしまうといったことがあると、「愛される」にかかわるスキーマとしてそれが顔を出し、活性化されてきます。それから以降は、「愛されない」というスキーマで全部を見てしまうのです。すべての世界を「愛されない」という視点で見えてしまう。そうしたスキーマが自動思考を生んでいくというのがこの図の意味するところ。自動思考から感情や行動の変化が出てくるのは、先ほど認知モデルのところで紹介した話のまさにそのままです。

認知モデル：サリーの場合

具体的な例を見ましょう。これはジュディス・ベックの本からとったものです。

Tはセラピスト、それに対してP、ペイシエント(患者)のサリーは、大学に入学してまもない学生のような。「このところずっと気分がふさぐのです、何もかもめっちゃくちゃなんです。大学の成績も散々だし、みんなから遅れていますし、疲労感がひどくて、いつも気が滅



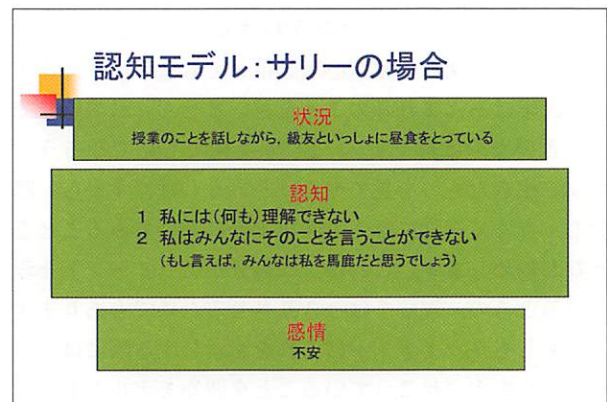
入っています。時に何もかも投げ出した方がいいという気持ちになります。」とサリーは訴えます。「自殺したり、自分を傷つけたりすることを今まで考えたことがありますか？」とセラピストが尋ねると、「いいえ、ただ私の抱えている問題が何もかも消えてなくなればいいのと思うだけです。」とサリーは応じます。学生相談室にやってくるぐらいの抑うつと不安、よくありそうな抑うつと不安が混合した状態だと想像されます。セラピストはこう言います。「ここ数日で気分が変化したときのことを思い出せますか？ 特に苦しかったり、困ったりしたときのことをです。」

認知療法で実際に自動思考をつかまえていくときには、必ずあるエピソードをしっかりと押さえる必要があります。始まりがあって、中ほどがあって、終わりがある、そういうエピソードです。このエピソードは、われわれが考えだすことができなくて、患者さんだけが持っておられるエピソードです。ここにあるように、「一番あなたを悩ませた、最近のとても色鮮やかな出来事を思い出してください」ということが重要です。そのエピソードについて、感情をつかまえ、認知をつかまえる、そういう作業が行われるわけです。

「何人かと一緒に昼食をとっていたのです。ちょっと不安になってきました。教授が授業中に言ったことを、みんなで話題にしていました。私は教授の話を理解できませんでした。」すごく日常にあるような感じです。「不安を感じ始める直前に、あなたの心に何が浮かんできたか思い出せますか？」直前に、という言葉が入っていますが、そのときに、まさにそのときに、でもかまいません。ここでは不安という感情を彼女が語ってくれていますから、この感情にまつわる自動思考、広く言えば認知ですが、それをつかまえるために、こういう定番の質問をします。

定番の質問、英語で書くとこうなります。“What is going through your mind right now?” 「まさに今、あなたの心の中をいかなるものが通過しつつありますか？」とい

うことです。What で聞くのはとても大事ですと教えられました。Why で聞いてはなりません。「なぜそんなふうな気持ちになるのですか?」、「なぜ不安になるのですか?」という質問ではなくて、「不安になっているとき、何が?」というふうに聞くのです。しかも、What で聞いているのは、もちろん思考も入ってきますが、イメージもこの中に含まれています。過去の場合だと、“What went through your mind right then?,” 「まさにそのときに、あなたの心の中をいかなるものが通過していましたか? どんなことが頭をよぎっていましたか?」というのが、定番の質問です。そうすると、サリーは「私には理解できなかったのですが、そのことをみんなに言うことができませんでした」と答えます。この中では、少なくとも感情の話と認知の話が出てくるわけです。この二つがそろえば、とりあえずは認知モデルを組み立てることができます。サリーの場合の認知モデルはこのようになります。



まずはエピソードとしての状況をしっかりと押さえる必要があります。授業のことを話しながら、級友と一緒に昼食をとっているという、そういう場面でサリーはどのような感情の変化を経験したかということ、それは不安です。そのとき彼女の心の中をよぎっていた考えやイメージはどんなものかということ、一つは「私には理解できない」。ちょっと強調して、最初の英会話のスキットみたいに、「なんにもできない」。それからもう一つは、「私はみんなにそのことを言うことができない」、少し言いかえると、「もし私が何も理解できていないことを言えば、みんな私のことをばかなやつだと思うでしょう」というふうになります。ばかなやつだと思われるというのは、予測ですが、自分にとっては非常に大きな脅威になっているのです。そうすると不安が強まってくることになります。もちろん感情が先で、認知が後だと、うつ病の場合、それが一般的な考え方です。そう考えることも不可能ではありませんが、認知療法のとてもユニーク

なところは、感情よりも認知の優位性を説いているところ
です。

まずは認知の問題が重要です。ただし、これも最初にお話
したように、不安を何とかするために認知をつかまえるわけ
であって、認知を何とかするために認知をつかまえるわけ
ではないのです。

最初のころ、診療をしていますと、「この患者さんの言っ
ていることが変です。何かおかしいので診てやってくれませ
んか？」というふうにご紹介してきます。それは認知療法
の適応ではないです。認知療法の適応は、「この人はとても悲
しそうで、何もすることができないのです」、「最近とても
不安で、それが発作性に起こってくるようです」という話に
なれば、認知療法の適応になってくるわけです。大事な
のは、あくまで感情に認知がかかわってくるということです
。それをこういう図で示してみるのが非常に大事です。

臨床心理学では、「よく聞きなさい」ということが言われ
ます。ふだん、われわれは聞いていないのです。だから、
よく聞きなさいと言うわけです。よく聞くという、耳から
の情報を臨床心理学はとても大事に考えますが、医学は
あんまり耳のことを言いません。私の感じでは、重要な
のは目です。「とにかく何でも見てやろう」です。生きた
ものを見てやろうというわけですから、聴覚じゃなくて
視覚に訴える図を実際に書いてみることをぜひお勧めし
ます。これは、ご自分がクライアントを理解するとき、理
解をはっきりさせるためでもありますし、もしもクライ
アントにこれをお示しする際には、その方の心の中に起
こっていることを認知モデルの形で理解していただける
ように促すということになります。

後の部分は似たようなことです。「あなたの心にどん
なことが浮かびましたか？」とか、「今どんなことがあ
なたの心に浮かんでいますか？」という言葉をいろいろ
使っているようです。認知療法は、必ずホームワークを
出します。学校が嫌いだった人は、こんな治療は一番嫌
がると思います。宿題が出てくるのですから。だけど、
病院に行って「眠れません」と言う、「では睡眠導入薬
を飲んでください」。これもホームワークなのです。薬を
飲むというのは、医者がやってきて口を開けさせて飲
ませるわけじゃありませんので、必ず自分でそれを選
択して飲むわけですから、ホームワークなのです。しか
し、ホームワークがなかなかできない患者さんがいま
す。「今週、もしご自分の自動思考を評価するのがむず
かしかったら、あなたはどんな気持ちになりそうす
か？」と聞くと、「また自動思考をつかまえてそれを評
価しなさい」という課題が与えられていると、イライラ
してしまうと思います。「どんなふうなことがあなたの心

をよぎりそうですか？」、これに対して「わかりませ
ん、多分やめてしまおうでしょう」と言っています。その
ときは、こんなふうに治療したらいいと思います。

「白い紙を見ながら、どうすればいいのかわからず
にいる自分の姿を想像できますか？ 目の前に白い紙があ
って、鉛筆を持って……。その紙を見ているときの気持
ちを思い出せますか？ そのときのことをスローモーシ
ョンにして少しずつコマ送りしますから、何があなたの
心をつかんでいるか、自分でもよく自分の心の中を観
察して教えてください。」と言います。そうすると、「こ
んなことくらいできなければ、私って本当にばかだわ」と
いう話になって、それがそのときの認知になります。「
本当にばかだわ」と思っている人は、与えられた課題
を積極的にやっていく気持ちに普通はなりません。ホ
ームワークがなかなかできにくいときには、こういう認
知をつかまえて、それを修正してあげると、少しはホ
ームワークがはかどることになります。

認知療法の適応と禁忌

適応と禁忌というのは、とても医学的な概念です。主
たる治療として認知療法を使うことができる精神障
害は、大うつ病、不安障害などです。補助治療は、例
えば双極性障害や統合失調症の場合は薬物療法を主と
して、それに補助的に認知療法を使っていくという
ものです。禁忌というのは「使ってはいけない」とい
うのが本来ですが、認知療法の場合は「使えない」と
いう意味合いです。例えば重度の認知症の方、ある
いはせん妄の方は、全般的に認知機能が低下して
いるわけです。そういう場合には、認知療法は残念
ながら使えません。

認知療法の適応と禁忌		
適応		禁忌
主たる治療	補助治療	
大うつ病、 精神病像を伴わない 不安障害 パーソナリティ障害 摂食障害 物質使用障害	大うつ病、 精神病像を伴う 双極性障害 統合失調症 軽度の認知症、 抑うつや不安を伴う	重度の認知症 せん妄 精神遅滞 中等度～重度

(Ludgate JW et al.: 1993)

うつ病のお母さんがやってきて、「私はだめな母親だ」と
繰り返す場合でも、その点についての認識には誤りがある
かもわかりませんが、その方は病院までちゃんとや
って来ていますし、通常はほかのいろんなことを現実吟
味できているわけです。認知療法はもちろん感情の問題
に焦点を当てようとする治療法ですが、同時にわれわれ

が考える力を持っているというところがとても大切なことであり、それに働きかける治療法なのです。否定的な認知であるとか、非機能的なスキーマであるとか、それこそ否定的なことを認知療法は言いますが、実は患者さんご自身が考える力を持っておられるということがとても重要なポイントになってきて、それにわれわれが働きかけるのです。だから、ホームワークの中でも一番のきわめつけのホームワークは、「1週間よくこの件について考えてもらいましょう」ということになるかもしれません。

認知療法は、考えるということをとっても重要視する治療法です。「認知」というのは、英語では“cognitive”です。私が知っている範囲だとデカルトの“cogito, ergo sum”（われ思う、故にわれあり）です。認知療法はとにかく考えることをお勧めする治療法と言ってもいいかもしれません。

認知療法の基本原則

認知療法の基本原則として、「共同的経験主義」というのがあります。認知療法はうつ病の患者さんの治療で始まりましたので、普通はあまり治療関係をどうこういう必要はないのです。これまでのうつ病の方は、治療関係を損なうような行動とかをあまりしませんので、そこに焦点をあてる必要がありませんでした。ただ、とても重要なのが共同的（collaborative）という精神です。

認知療法の基本原則

1 共同的経験主義

collaborative empiricism

2 誘導による発見

guided discovery



ベックは本当に科学的なので、collaborative はあんまり情緒的なものではなくて、科学者のチームが目の前の仮説を検証したり、あるいは課題を解決したりする上で、チームとして一緒に協力しましょうといったような意味合いになってきます。スペースシャトルとかで、クルーと一緒に協力するといった形が collaborative なのです。

Empiricism（経験主義）のほうは、誤解を招くかもわかりませんが、データ重視主義のことで。データ重視主義といっても、それは経験的なデータです。患者さん

ご自身がご自分の生活の中で得る経験という重要なデータを元にして、認知の修正等を行っていきこうというのがポイントです。

これに関連して「誘導による発見」という概念がありますが、こちらはソクラテスの質問法とか対話と呼ばれます。先ほど、「よく聞きなさい」というのが心理学の重要なメッセージだと言いましたが、認知療法は「よく聞く」プラス「よく尋ねなさい」と言います。あるいは、「よく対話をしなさい」ですが、「尋ねなさい」というほうがわかりやすいかもしれません。ソクラテスも、尋ね、尋ね、尋ねていって、若い人たちに「いかに自分たちが無知であるか」ということに気づいてもらったそうです。

皆さん、見られましたか？「ハーバード白熱教室」。教育テレビの6時からとってもおもしろいのです。私は哲学など全然わからないのですが、サンデル教授というハーバード大学の先生が授業をして、その一番最後に、ソクラテスの名前がついに生まれて、ソクラテスの弁証法について話していました。私が理解した範囲では、その講義の一番重要なメッセージだと思うのです。「結果はどこかにあるのではなくて、対話をしてずっと問い続けていくことがとても大事なのです」と彼は言うように思います。

ソクラテスのことを私は、その授業を見るまでは、教育者として見ていたのです。哲学者とは違うと思っていました。問い続けていくという方法をわれわれに教えてくれている教育者だと思っていたのですが、それがやっぱり本物の哲学者なのだ、教授の話聞いて、一挙に宗旨変えをしました（笑）。本当の哲学者です。それがソクラテスです。外国の、舶来の治療法はやっぱりこういうところに帰っていくのです。

認知療法の治療過程

今日はうつ病の方への16回にわたる認知療法の診療報酬を請求するときのマニュアルは持ってきませんが、そのマニュアルの進め方は4期の治療過程を膨らませたものです。

まずは認知療法に導入をしていただき、次に自動思考の同定、検証、修正をし、その後スキーマまで話題を及ぼし、再発予防をして、治療を終結するというのが全体の流れです。認知療法は、そういう意味では、構造化された治療法です。構造化して時間を限定するということに大きな特徴があるわけです。そうすると、例えば16回の中で、解決できそうな問題は限られてくるわけです。そんなにたくさんできるわけがない。そうすると、特定の問題に焦点を絞って、短い中でその問題を解決する方法と一緒に練習する。もしかするとすぐに結果は出

認知療法の治療過程

- 第1期 認知療法への導入
- 第2期 自動思考の同定・検証・修正
- 第3期 スキーマの同定・検証・修正
- 第4期 再発予防と治療終結への準備

ないかもしれないけれども、やり方を習熟していただくところが重要になります。

認知療法の治療技法

治療技法に関しては、大きく分けると二種類あります。認知的な技法と行動的な技法です。認知療法ですから、どちらも最終的には認知の修正に至り、そして感情の適正化につとめ、不安な感情が強すぎれば、それはもうちょっと下げてあげる。うつがとても重い場合、もう少し気持ちを賦活させてあげる。そのときに少なくとも認知に直接働きかける方法と、行動変化を介する方法とがあります。教科書的にはそうですが、実際にはいろいろなサイコセラピーの技法がすべて、認知療法の中で使えるのではないかと私は思っています。

認知療法の技法

- 認知的技法 **cognitive techniques**
認知に直接的に働きかけて、歪んだ認知の修正をめざす
(認知の妥当性の吟味)
- 行動的技法 **behavioral techniques**
行動の変化を介して、歪んだ認知の修正をめざす
(行動課題の遂行)

関西方面はだいたいユングの心理学の土壌があるわけです。私のところで最初に認知療法の論文を書いた人は、ユング派の心理学をやっていた学校の先生でした。今、阪大でドクターを取られて、阪大の先生をやっています。彼女が最近『認知物語療法』という本を出しました。私がとても重要だと思ったのは、箱庭をやっておられることです。箱庭には、いわゆる無意識の話が出てくるからちょっと困ることは困るのですが、その方は箱庭の中で認知を、あるいはスキーマを明確にしていこうとしています。私はそれを見て聞いて、技法に関して

はなんでも使えると思っています。それが認知の修正を生み出すという一点に集約するものであれば、です。

そうすると、認知療法と認知モデルは、先ほど薬物療法とけんかせずに済むという話をしましたが、ほかのサイコセラピーとの間でも闘争を繰り返す必要がないわけです。一緒にやっていくことができるのではないかと、思うのです。子どもさんを見ている人は、子どもさんにアプローチしやすい方法がありましようし、それを認知療法の中で認知療法として使ってみることが可能ではないかと思います。

認知的な技法を、特にここでは四つの段階に分けています。まずは認知モデル、認知と感情、行動との間の密接な関連性を知っていただくことが大事になります。その後で自動思考をつかまえるのです。「熱い認知」というのは熱い感情に伴う認知です。どういうものが熱い感情の例としてあるかということ、外来にやってきた患者さんが泣き始めます。泣き始めているときは、おそらく感情は普通のときよりは少し高ぶっているはずですが。泣き終わった後に、泣いておられるときには、どんなことが頭に浮かんでいたか、そのことをお話いただけますかと尋ねると、熱い認知を得ることが可能です。

まずは認知をつかまえる、自動思考をつかまえる。今度は自動思考が適正なものかどうか、現実をちゃんと映し出しているものかどうか、外界を適切にとらえているかどうかを吟味していく。吟味の結果、別の認知が得られたら、最後に、得られた別の認知を実際に使ってみるのです。一連の作業を、catch・check・correctと表現したりします。

認知的技法

- 第1段階 認知モデルの理解
認知と感情・行動の関連性の例示
- 第2段階 自動思考の同定 **catch**
問題状況でみられる“熱い”認知
- 第3段階 自動思考の現実吟味 **check**
自動思考への挑戦:3つの問い
- 第4段階 合理的反応への変換 **correct**

自動思考の修正には、比較的ありふれた定番の聞き方があります。3つの問いと書いていますが、最初は「その根拠は何ですか？」という問いです。これは、エビデンスを聞いているのです。「あなたはご自分のことをだめな母親だと繰り返し言われる。それはよくわかっていますが、だめな母親だということを示すような事実を少

しあげてもらえますか？」とお願いするのが、自動思考を支持する根拠です。だめな母親だと言い続けている人はいくらでも根拠を集めることができます。

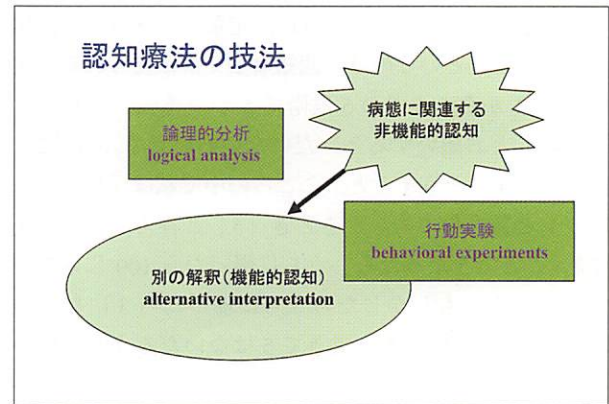
もう一つ、「自動思考に反する根拠は何ですか？ 自分はだめな母親だとあなたがおっしゃっていることと矛盾するような事実が、ご家庭とか生活とか、お子さんとかかわりの中で見つかりそうですか？ それをあげてもらえますか？」というのが2番目の問いです。こちらはなかなかすぐには出てこないかわかりませんが、反証を探るということは大事なことになります。いわば、川の流れを少し違う方へ変えてみようということです。脳内のネットワークを違う方に変えていくと言ってもいいかわかりません。ふだん見られていない反証を探す努力をお願いします。根拠と反証を、通常はつなぎ合わせたものが別の解釈、合理的な反応(rational response)となります。

もう一つは、「もっとも現実的な予測はなんですか？」という問いかけです。これは不安の強い方に聞くものです。天が落ちてくることを恐れている人がいた場合に、「もっとも悪い事態として予測されることはどんなことですか？」と聞きますと、その人は答えられると思います。自分も含め、すべての人が天に押しつぶされてしまうのだと。

次の問いかけとして、「最良の事態として予測されることはありますか？」と、プラスのことを聞くのです。認知療法はプラス思考とは全く関係がない世界です。ですが、ここではプラス思考のことをちょっと聞くわけです。患者さんの視線をプラスの方向にひっぱるような感じです。最良の事態は、となると、すべての人が被害にあわずにすむことです。最悪と最良の事態の中間に、もっとも現実的なものがあるはずですから、それを最後に聞いて、予測している破局的な片一方だけを見る見方が、実は現実からいかに遠いものかを確かめてもらうとします。

特定の状態に関連する非機能的認知、例えばうつ病の場合には、うつ病に特徴的な認知があります。パニック障害の場合には、すぐに死んでしまいそうだという特徴的な認知があります。そういうものを別の機能的認知、役に立つ認知に変えていくとき、大きく二つの方法が使われます。一つは論理的分析、もう一つは行動実験です。

論理的分析のほうは先ほどお示した、「いったいどんなことが根拠になっていますか？ 反証がありますか？」ということを探っていくわけですから、過去にさかのぼって聞いていくわけです。後方視的に聞いていきます。「これまでのご経験の中でどういう根拠がありますか？ どういう矛盾する事実がありますか？」。



もう一方は、行動実験です。ラットの実験ではなく、人間が実験するのですが、これは、むしろどちらかと言うと前方視的で、これから実験をやっていくというわけです。

パニック障害の患者さんの場合は、電車に乗るのがむずかしくなったりすることがありますが、その場合には、「電車の中で発作が起こると、とことん不安が強まり、とどまることなく上昇していく」といった予測を立てているかわかりません。その予測の適否を、実際に行動で確認してみます。つまり、電車に乗って、その適否を確かめるという実験をお願いしますこととなります。これは行動療法で言えば、エクスポージャー（曝露）です。怖がっている電車で繰り返し乗ってもらった中で、だんだん慣れていっていただくというわけです。認知療法は同じことをやりながら、事前の予測がどれくらい適切か、どれくらい現実合っているかを、確かめるために行動を用いるのです。同じことをしながらでも、そこに込められる意味合いが違ってきます。

今、行動療法のお話が出ましたが、認知療法の中でもたくさん行動的な技法が使われています。行動の記録と計画 (scheduling activities)、それから課題を段階的に設

自動思考の修正 (3つの問い)

- その根拠は？
 - 自動思考を支持する根拠は何か？
 - 自動思考に反する根拠は何か？
- 別の解釈はできないか？
- 最悪の事態として予測されることは？
- 最良の事態として予測されることは？
- 最も現実的な予測は？

定していく方法があります。主張訓練とかになりますと、ソーシャル・スキルズ・トレーニング（SST）とどれだけ違うのかということも出てきます。いずれにしても行動的な技法がたくさん使われます。

そして、セルフモニタリングがあります。自分のことをモニタリングする。エレベータに乗ると監視装置と書いていますから、自己監視と訳すと、ちょっと怖い印象があります。自分で自分の、例えば不安を観察して記録していくということです。今日は、水曜日です。4時から5時の間、ここで講演を聞いておられるときに、あなたの不安はいくらですか？ だいたい外来にお見えになるくらいの患者さんですと、「今ここでこうやって診察を受けているときに不安はどのくらい強いですか？」と聞くのです。「1, 2, 3, 4, 5の5段階で書いてください」とお願いします。こういうふうには、定量的に感情とか認知を見ていこうというのは、認知療法でよく使われる方法です。「1から5までの5段階で5が一番強いとしてください」とお願いすると、だいたいの患者さんは「2」と答えます。そうすると、こころの中で私は「ピンポン！」と言うのです。ときどき「5」と答える人がいます。「ここで5だったら、うちに帰ったら100じゃないか」、「いや、もしかしたらうちに帰ったら3になるのか」とか、「病院にやってきて5はないだろう」と思いながら対応するのです（笑）。

行動的技法

- ▶ 行動の記録と計画
scheduling activities
- ▶ 達成・満足技法
mastery and pleasure techniques
- ▶ 段階的課題設定法
graded task assignment
- ▶ 認知的リハーサル
cognitive rehearsal
- ▶ 主張訓練
assertive training
- ▶ ロールプレイ
role-playing

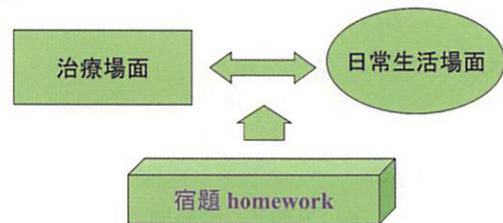
セルフ・モニタリング
self-monitoring

不安の強い方には自分の不安をずっと観察して、どの程度強いのか、どういう場合に不安は強くなるかを知ってもらうために、観察・記録するわけです。行動の記録も可能です。もちろん、自動思考も含めた認知を観察して記録していくという作業も重要になってきます。行動的な技法におさまりきらないような、認知療法を進めていくときに患者さんをお願いして、ぜひ練習して身につけていただきたいのは、この技術ではないかと思えます。そのためのセルフモニタリングを日常生活場面で行います。「今、ここで診察のときには不安が「2」です

が、これから1週間、どんなときに、何をしているときに、どれくらい不安が強いかを時々刻々と記録をしてください」とお願いするのです。これは、日常生活場面でのホームワークになってきます。

だいたい心理的な面接は小一時間続くのですが、私はだいたい15分に1人ぐらいにしています。実際には15分は長すぎるのです。本当は10分ぐらいでやっていく必要があるのです。10分とか15分と比べると1時間はとても長い感じがします。だけど、現実の生活全体から見たら1時間なんて本当に短い時間です。

認知療法における宿題



認知療法は、治療場面と日常生活場面を自由に行き来する形で行われます。ある特定の時空間の中で行われることを、ほかの時空間で行われていることとは違う、ととらえるやり方があります。しかし、認知療法ではそうは考えません。できるだけ多くの時間の中で、患者さんにもいろいろ情報を集めていただいたり、考えていただいたり、行動していただいたりする必要があります。治療場面と日常生活場面の両方があるって、治療場面が日常生活場面に働きかけ、日常生活場面から治療場面にフィードバックしていく認知療法では、ホームワークをととても重視します。実はなかなかホームワークを出すのはむずかしいのです。そのときどきで話したことにまつわることをやっていただかないといけませんので、けっこう大変ではあります。

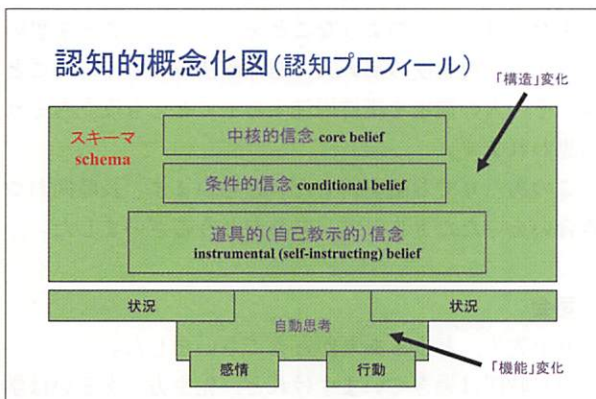
認知的概念化

では、最後のところを簡単にお話ししましょう。認知療法を、a system of psychotherapy というふうに書きました。バックが何かのビデオで言っていたのですが（私はベックじゃないので、本当はどんな意味がよくわからないのですが）、システムというのは理論と技法的なものが一緒になっているものと理解しています。だから、技法の中だけで動くのではないのです。認知行動療法ではパッケージにしているような技法を投入しようとするがありますが、私は個人的にはそれはどうかと思

っています。技法の投入の前に必要なのは患者（クライアント）の問題を認知的な側面から理解することなのです。それがシステムの中の一つの構成部分をなすのだと思うのです。その理解、アセスメントとか診断にあたるものを認知的概念化と呼んでいます。認知療法の視点からの診断です。

ここでもまた図を使ってみます。図を使いますと、自分たちの位置がわかりやすくなってきます。この認知的概念化図はロードマップとか海図の役割を果たしてくれると思います。どんな図かという、一番よく見られる図はこれです。

通常は、先ほどのサリーの例で示したように、状況があって、自動思考があって、感情がある。この三つの領域で認知モデルをつくっていくことができるわけです。もちろんここに行動が加わってきますし、身体的な変化もこの中に数えることができます。さらに、複数の状況における自動思考を集めていく過程で、スキーマとか信念をセラピストが想定して書いて書きこんでいくのです。自動思考は患者さんから生のデータとしていただくことができますが、信念とかスキーマには、ある程度推量が入ってくる可能性があります。鳴門教育大学で初めて教えられたのですが、スキーマと信念は別物です。入れ物と中身だと教えられました。認知療法では、両方を同じように考えていることが多いのです。自動思考を修正するというのは、ある意味で、機能を変えていく、働きを変えていくということになります。スキーマとか信念を扱っていく作業は構造に変化をもたらそうとします。形態に変化をもたらそうとするわけですから、だいたいがむずかしくもなりますし、時間もかかる可能性が出てくるかと思えます。こういう認知的概念化図を、特に初めて認知療法をやってみようという人は、必ずつくったほうがいいのです。



認知的概念化図の作成過程

次は、認知的概念化図のつくり方です。まずは自動思

考をいっぱい集めてみるのです。不快な感情や不適応的な行動が起こる対人場面をいっぱい集めてみましょう。例えば対人場面ですが、その中で否定的自動思考をいっぱい取り出してくる。いくつかある自動思考から共通のテーマを想定する、推測することによって、信念が同定される。状況、感情、自動思考、信念を図示する。必要であれば信念をいくつかに分ける。最後はオプションです。患者さんとか限られた方にこれを見ていただくのです。治療者が作成した認知的概念化図が当てはまるかどうかを確認していただいて、必要に応じて修正もあるというわけです。

よくありそうなことは、何か問題を持ってこられた方を前にすると、すぐに何とかしてあげようと思ってしまう、あれやこれやと技法を繰り返そうとします。そうする前にいったい何が起きているのか、どのあたりをどう変えていくことが役立つのか、という見通しを持つことがとても大事なわけです。認知療法の視点での見通しをつけていくためには、認知的概念化図をつくってみることをお勧めします。

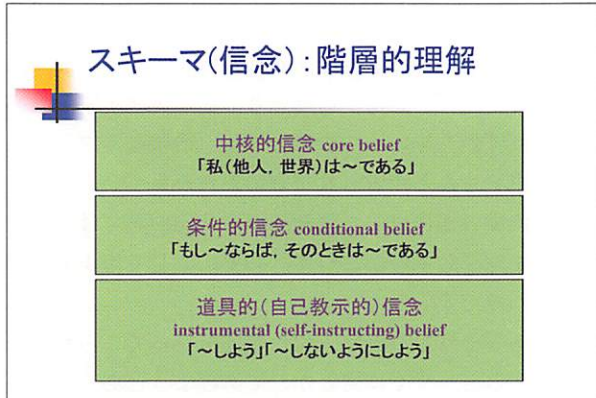
認知的概念化図の作成過程

- 第1段階 否定的自動思考を取り出す
 - 1 不快な感情や不適応行動の起こる対人関係状況特定する
 - 2 その状況における否定的自動思考を取り出す
- 第2段階 信念の同定を行う
 - 1 いくつかの対人場面における自動思考から共通の主題を推測する
- 第3段階 認知的概念化図を作成する
 - 1 不快な感情の起こる状況、自動思考、信念を図示する
 - 2 必要があれば、信念を中核的信念、条件的信念、道具的信念(自己教示的信念)に分ける
- 第4段階 認知的概念化図を患者と共有する
 - 1 治療者の作成した認知的概念化図が自分に当てはまるかどうかを、患者は確認し、必要に応じて修正を加える

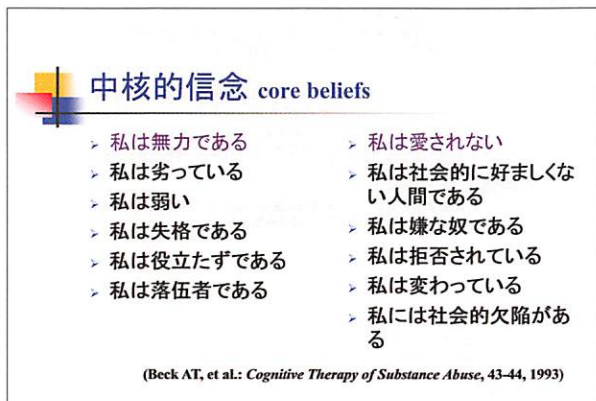
スキーマ（信念）の階層

そのときに、スキーマまたは信念は三つの階層に分けられます。これは、私は何かだとか、他人はどうとか、世界は何かだという表現をとります。「何かである」と断言するような形です。条件的信念は、「もし何々ならそのときは何々である」といった形の条件法で書くことが多いのです。そして最後は、「何とかしよう」とか、「何とかしないようにしましょう」というたぐいの信念です。例えば、回避的な人の場合、「私は非常にだめな人間だ」とか、「劣っている」とか、「人はとても要求がましい」とかいうことがあがってきます。条件的な信念は、「もし私が本当の自分、劣っている自分を見せれば、人は私を拒むだろう」というふうになってきます。回避性パーソナリティの人は、基本的にみんなと仲良くなりたいたいと思いつているのですが、「なるべく人とは

つき合わないでおきましょう」と、自分の行動に命令を
発するような信念を持つてくることになるのです。



中心になる信念をバックは二つほどあげています。一つは「無力である」, 一つは「愛されない」という二つの信念があります。これは実は、われわれの中にみんなあるわけです。私はできるとかできないとかのたぐい、それから私はみんなにどう思われているかのたぐいは、一番根底にあるスキーマです。通常は、これらは眠っているというお話をしましたが、表に出なくても、必ずこれは心の中にあります。

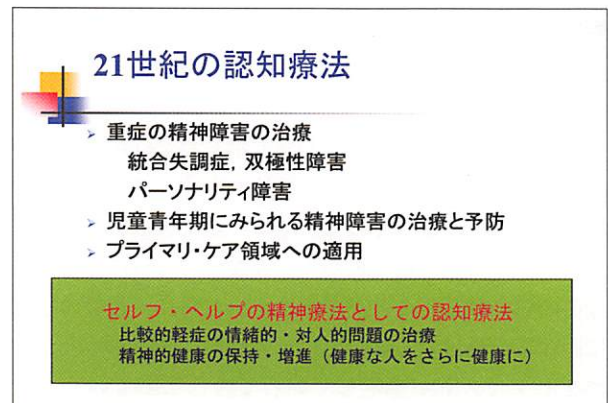


患者さん(クライアントさん)を見ていくときに、この人の場合は、こういう一連のスキーマがあるのだろうと自分の中で想定して、実際にそれを明らかにする質問を出してみるということになってきます。中心となる信念とか、あるいはパーソナリティ障害に出てくるような信念のリストを知っていることは、認知的概念化図をつくっていく上では役に立つと思います。

21世紀の認知療法

最後は21世紀の認知療法です。もうすでに統合失調症とかパーソナリティ障害に認知療法が使われているとお話ししましたが、双極性障害にも使われています。実際には、うつ病もとても広いスペクトラムがあると思う

のです。治療に抵抗するものもあるし、身体的ないろんな治療をしてもなかなか改善しないものもある。だけど、だんだん受診の機会とかふえてくれば、軽い患者さんもたくさんお見えになると思います。おそらく、認知療法はそのあたりのうつ病を最初はカバーしていたと思うのですが、だんだんむずかしいものにも手を出し始めているというのが現状です。



それから、子どもにも認知療法を広げようということになっています。さらに身体疾患を持っておられる方にも目を向けようというのが、バックが書いている21世紀の認知療法の展望です。

最後に私の考えですが、認知療法はセルフヘルプ的に使っていくことができるわけですから、比較的軽症の情緒的な、あるいは対人的な問題の治療は認知療法単独で効果の得やすい領域ではないかと思います。精神科医が診るうつ病の患者さんは、氷山の一角ですから、おそらくうつ病全体を見てもずっと多くの人が軽く病んでいるとすれば、このような方たちに認知療法は使えるのではないかと思います。

もう一つは、健康な人をさらに健康に、ということです。これはもう何年も前に、関西学院大学にセリグマンが来たときに、そのようなことを言っていたことを思い出します。健康度の高い人に認知療法を使っていくことは、その人の健康を維持増進する上でとても役立ちそうに思われます。

このあたりでお話を終えたいと思います。長時間おつき合いをいただきまして、ありがとうございました。

○司会

井上先生、どうもありがとうございました。

少し時間は過ぎてはいますが、先生方、あるいは学生の諸君から質問がありましたら、一つ二つ、どうぞ。

○質問者

認知療法はかなり一般性が高いものだと思うのですが、今さっき、対象者のほうのどちらかという主観というか、そういう観点でより適応的な人、それからあまり適応できていない人という話がありましたが、もうちょっと、もし細かく考えていった場合に、そういう患者さんとか、あるいは心理相談のクライアントで、その対象者の側の特性として、より認知療法にフィットしやすい方、それから来られたときの状態としてはフィットしにくい方みたいな、そういう区別もあり得るかなと思います。もし、そのあたりをちょっと教えていただければありがたいです。

○井上

いつもよく質問される、適応に関するご質問だと思います。私自身そのご質問にお答えするのは苦慮します。例えば、うつ病の場合ですと、アメリカとかの診断じゃなくて、やはりちょっと古いですが、笠原嘉先生と木村敏先生の分類が役に立つと思います。

薬物療法がよく効くタイプの患者さんは、実は認知療法を使えそうな感じがします。性格反応型のうつ病としてまとめられている患者さんは、パーソナリティというか、その人の生活も含めて全体がしっかりしているのです。そういうものが前提としてあれば、認知療法のような、繰り返し練習していった自分の努力も必要だという治療法にはのっていただいただけやすいし、また効果も得やすいと思います。ところが、同じ笠原・木村の分類でも、非常に神経症的な要因の強そうな方、薬物療法でも治療はむずかしい、そういう人たちは認知療法で短い期間で治療していくにはなかなか手ごわい対象かと思えます。うつ病に関してはそんなところが、とりあえずの見きわめかと思うのです。

ちょっとこれはどうかとは思いますが、認知療法をまずやっていただいて、それでどうかと判断していくのも一つかと思えます。

今日はあまりお話ししませんでしたでしたが、初めて来られた患者さんには、治療の目標をつくりましょうというお話をするわけです。目標をつくっていくこと自体がどれくらいできるかというところで、先に進めるかどうか

変わってくると思います。次は、不安のセルフモニタリングのお話をしましたが、そのたぐいの、わりと簡単なセルフモニタリングがどのくらいできるかとか、それからだんだんに思考のセルフモニタリングというあたりまで、少しずつ課題を出していったら、その課題を遂行できる能力を見ながら、さらに先に進めようか、もうこのあたりで違うほうに変えようかという判断をしているというのが、私のだいたいの常ではないかと思えます。

あんまりサイエンティフィックなお返事にはなっていないのですが、実際面としては使えるかと思っております。よろしいでしょうか。

○司会

ほかに、質問はございませんでしょうか。

それでは、最後にお示しいただいたように、井上先生のこれまでのご著書を皆さんにぜひお勧めします。それらを読んでいただいて、さらに認知行動療法の理解を深めていただけたらと思います。

最後になりましたけど、人文学部長（人文学会会長）
...にお言葉をいただきたいと思えます。

○

井上先生、どうもありがとうございました。

まったく心理学には素人な者ですけども、少し身の回りに関係することがあったり、いろいろお話をしたりしていて、認知療法ってどんなものだろうと関心は少しございました。とてもありがたい話を聞かせていただきまして、本当にどうもありがとうございました。

これであいさつにかえたいと思えます。

○司会

そうしましたら、もう一度あらためて井上和臣先生に拍手をもって私の感謝の気持ちを井上先生にお送りしたいと思えます。

井上先生、どうもありがとうございました。

それでは、本年度第1回の人文学会学術講演会をこれで終わらせていただきたいと思えます。ありがとうございました。