

日常臨床で使える

認知行動療法 ハンドブック

編集

工藤
大野

喬
裕

大阪大学キャンパスライフ
健康支援・相談センター教授
一般社団法人認知行動療法
研修開発センター理事長

中外医学社

はじめに

私と認知行動療法との出会いの話をさせてください。

私は精神科医ですが、極めて分子生物学的な研究領域で仕事をしてきました。もちろん、臨床の業務をしなければならないので、精神療法的な技法も必要でした。それに対しては、先輩に少し教えられたことや本などを少し読んで、自分なりにやりくりしていました。きっちり精神療法を学ばないといけないとは思っていましたが、今さら精神分析療法など難解なことにチャレンジする根性もなく、「我流」精神療法でお茶を濁していました。

10年以上も前になりますが、私はとある学会のランチオンセミナーに昼食を取るべく参加しました。それは、共編者である大野裕先生の認知行動療法に関するものでした。当時、認知行動療法に対する私の理解は浅く、さまざまな手法を駆使する、ちょっと面倒くさい感じの精神療法と受け止めていました。私はお弁当を食べながら、大野先生のお話を聞き始めました。大野先生の優しくかつ明快な認知行動療法についての解説に思わず箸を止め、メモを私は取り始めました。衝撃的でした。精神療法の勉強について、難解で面倒くさいと敬遠してきた私にとって、実際にできそうな精神療法に出会った瞬間でした。認知行動療法は極めて理論的なものだったのです。早速、大野先生に弟子入りをお願いして、温かく迎えてくださり、「不肖の」弟子の私の今の存在があります。

今回、中外医学社さんより、日常臨床に対する実践的な認知行動療法のハンドブックのお話がありました。実践的なものにするため、対象疾患に分けてそれらの認知行動療法のエキスパートの先生に執筆をお願いしました。個々の疾患の具体的な認知行動療法の実践を理解していただけたと思います。

個々の疾患の必要な部分を読んでいただけて結構なのですが、是非、初学者の方は通読をお勧めします。それにより、私が大野先生のセミナーで味わった衝撃を感じていただけたらと切に希望します。

2023年1月

大阪大学キャンパスライフ健康支援・相談センター 教授
工藤 喬

1

認知行動療法: 概説とうつ病の認知行動療法

認知行動療法は、うつ病や不安障害にとどまらず現在ではさまざまな精神疾患に対する治療法の一つとして試みられている。2010年には習熟した医師が気分障害に対してマニュアルに基づいて実施する認知療法・認知行動療法が診療報酬の対象となり、さらに2016年にはその対象が強迫症、社交不安症、パニック症、心的外傷後ストレス障害といった不安症にも広がっている。米国では2001年にレジデント研修に際して精神療法が必修となり、その後の改定で支持的精神療法、精神力動的な精神療法、認知行動療法の3つの精神療法が特定された。今や認知行動療法は治療法の一つとして単に知っているだけでよいレベルではなく、薬物療法と並んで実践、または適切にリファーできる能力が求められるといえる。しかしながら、「認知行動療法は活動記録表やコラム法を行う治療法である」などの短絡的な誤解も生まれているのも事実であり、こうした誤解によって実施される認知行動療法は患者への悪影響はもちろんのこと、認知行動療法そのものへの誤解を招くことにもつながりかねない。

ここでは認知行動療法がどのようなモデルに基づき、どのように患者を理解し、その理解をどのような枠組みのもとで患者の困りごとの改善につなげていくのかについて、基本的な項目を概説する。

認知行動療法とは

▶ 認知行動療法の確立

認知行動療法は米国のアーロン・ベックにより確立されたが、その歴史的経緯を述べる。

1959年、ベックはペンシルバニア大学精神医学の助教になり、精神分析の仮説を裏付ける研究として、うつ病患者を用いた夢の研究を開始した。ここでベックが検証しようとした精神分析的仮説は、「うつ病は敵意の反転（自分

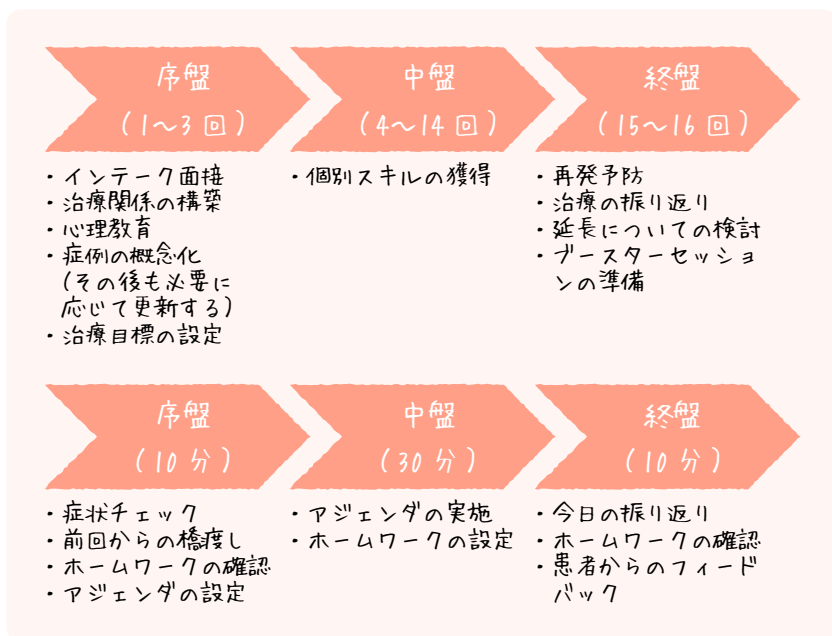


図5 セッションの構造化

安がどうだったか、簡単に教えてもらえますか？」などと聞くようにする。次にそのセッションで取り上げるテーマであるアジェンダの設定を行う。限られた時間を有効活用し、その効果を最大とするには1セッションで扱うアジェンダは1~2つとなる。最初のうちは患者もアジェンダの設定という構造に慣れず、治療者主導で行われることも多いが、治療の後半以降は患者自らが設定することが多くなっていく。アジェンダ設定の後には前回のセッションからの橋渡しとして、前回に話し合われたことの確認を行う。序盤の最後にはホームワークの確認を行う。ホームワークというと、学校の宿題のように教師が生徒に一方的に出すイメージがあるが、認知行動療法ではそのセッションで学んだスキルや検討課題を次のセッションまでに生活の中で患者に実践してもらうため、治療者が押しつけるものではなくセッションの話し合いの中で決まってくるものである。患者には、「治療の効果を最大限にするには、ここで学んだことを生活の中で生かすためにセッション以外の時間も使っていくことが必要なのでホームワークがある」と説明すると抵抗感なく受け入れられて、患者の治療への動機づけも高まることが多い。ホームワー

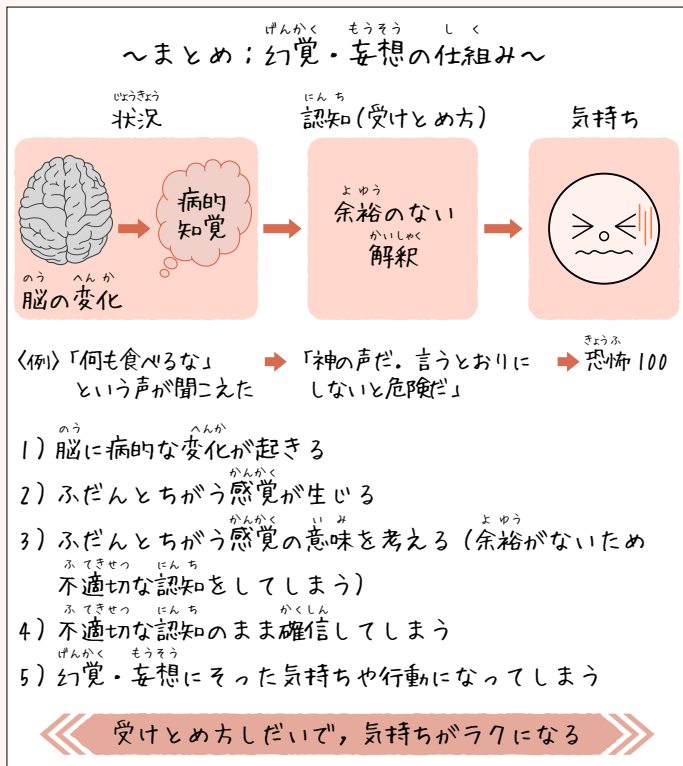


図3 幻覚・妄想の認知モデル (患者説明シート例)

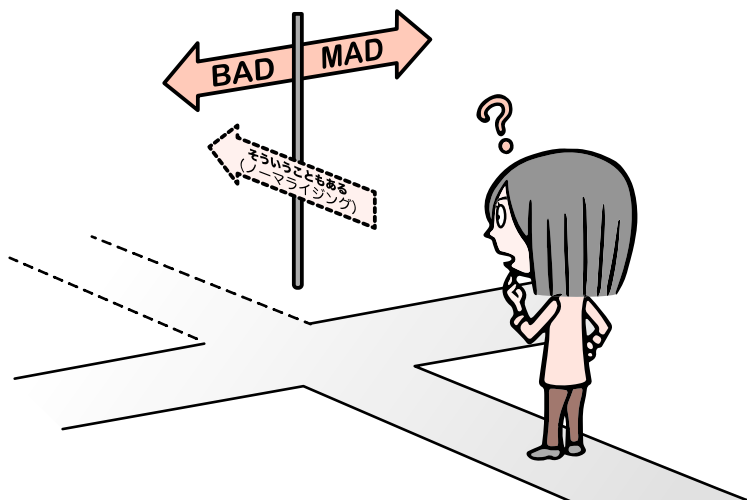
ネガティブな出来事に対しては、「誰かが、意図的に、自分に対して行った」という解釈が起こりやすい。さらに、結論への飛躍バイアスがあるために、充分な情報を集める前に直感的にわいた解釈を、確信しやすくなる。この時の解釈が誤っていても、文化的に逸脱していても、引き続きその解釈に合いそうな特定の情報への選択的注目が起こり、反証を無視したり軽視したりする確証バイアスも働くため、当初の解釈の確信がさらに高まり、訂正困難な「妄想」になっていく(ABCモデルの「B: 信念・認知」)。その結果、妄想に従った感情・行動・生理学的状態(ABCモデルの「C: 結果」)に至るのである。患者用の説明シートの例を図3に示した。

つまり、脳内変化から異常知覚体験までは生物学的基盤によって生じ、

他の説明が最初は何も浮かばない患者は多い。そのためにはソクラテス的問答を駆使し、治療者側が心折れないことが大事である。独特な説明(例: 悪魔の代わりに、地縛霊、宇宙生命体、先祖、FBI)も複数の説明をあげられたということで歓迎し、ノーマライジング情報を提供したり、原因帰属の3種類(自分、他人、状況・偶然)を心理教育したりしてから再度挑戦したりする。

●心理教育

ここでいう心理教育は、いわゆる疾病教育というよりも、通常の心の動きについての情報提供をさす。CBTpにおいて、重要視されているのが「ノーマライジング」である。特定のストレスを経験すると、幻覚などの精神病症状/精神病様症状は誰でも経験しうることの情報提供をする。死別の後に幻聴や幻視を経験する高齢者は8割にもなるという調査があることや、捕虜体験、不眠、感覚遮断、拘禁などで幻聴を誘発しうることなどである。大学生の約3割が幻聴体験を報告したという調査もある^①。こうしたノーマライジング情報は、体験の脱破局視効果をもつと言われている。解釈に第3の道が開けると言ってもよいかもしれない。たとえば、声の意味について、『ヤクザが遠隔操作で話しかけてきた』か『自分の頭がおかしくなった』と考えたりして、いわゆる、BAD(ひどいことが起きている)かMAD(自分が狂っている)の選択肢しかないところに、「ストレスが大きくなりすぎて普通



おわりに

本書は、認知行動療法を一般の臨床場面で活用するようになっていただきたいという工藤喬先生の発案で企画されました。認知行動療法というと、マニュアルに沿って型どおりに実施する対話療法というイメージがありますが、本書を読んでいただければわかるように、そのような堅苦しいものではありません。精神疾患など、心身の不調に苦しんでいる人がしなやかに行動し考えて自分の人生を取り戻せるように手助けするアプローチです。

認知行動療法は「常識の精神療法」といわれていることからわかるように、多くの臨床家が日常臨床のなかで使っている効果的な方法を、効率的に提供できるようにまとめたものです。そこで、本書では、精神疾患ごとに本邦のリーディングエキスパートの方々に認知行動療法の実施の基本型を解説していただきました。そのうえで、それぞれの執筆者の方々が臨床場面で行われている工夫についても紹介していただきました。

その結果、疾患横断的に活用できる認知行動療法のエッセンスと、各疾患ないしは症状に特異的なアプローチを理解していただける内容になったと思っています。ぜひ、本書を通読していただいて、日常臨床のなかで認知行動療法を患者さんの役に立てていただけることを願っています。

2023年1月

一般社団法人認知行動療法研修開発センター 理事長
大野 裕