

## 〈教育講演 I〉 認知療法と行動療法

早稲田大学人間科学部教授の坂野雄二氏は、認知療法と行動療法の「同一性はたくさん見つかったが、差異性は見つからない」と前置きした後、以下のように論を進めた。

## 行動療法の発想

同氏は「憶測でなく実証的に」臨床の出来事を見るのが臨床心理の世界では必要とされていると指摘し、次いで、「原因論から維持論への転換」という行動療法の特徴を提示した。臨床心理の領域では従来から「問題がなぜ生じたのか」に焦点が当てられてきたが、「問題がなぜ今続いているのか」を考える転換が今や必要とされているのではないかと同氏は問いかけた。さらに、「原因論から維持論への転換」という形で援助を考えると、具体的な解決方法が見つかりやすいことを強調した。

同氏によると、これまで行動療法は症状や問題行動を理解する枠組みを提供し、同時に症状と問題行動の効果的な改善をねらう技術を提供してきた。たとえば、引っ込み思案という現象には、適応的行動を学んでいないために生じる「未学習型の問題」と、不適切な行動や考え方を身につけてしまっているために起こる「学習型の問題」がある。「未学習型」の場合は、新しい適応行動をどう身につけるかを考えることが大切であり、「学習型」では、獲得してしまった問題をどのように改善すればよいか、そして新しい行動をどのように獲得すればよいかという二段階が必要になる。いずれにしても、その知識と技術を行動療法は提供してきたと同氏は述べた。

## 行動療法の歴史的展望

行動理論にもとづく治療法の発想は19世紀までさかのぼるが、行動療法という言葉は1950年代前半に生まれたとされる。1958年には今も行動療法の代表的技法とされる逆制止・系統的脱感作法というアイデア・治療法がWolpeによって発見された。しかし、系統的脱感作法あるいは逆

## 第6号の発刊にあたって

第6号では、「認知療法をめぐる同一性と差異性」をテーマとして今春京都で開催された『第1回日本認知療法研究会』から、2つの教育講演について、その概要を報告します。

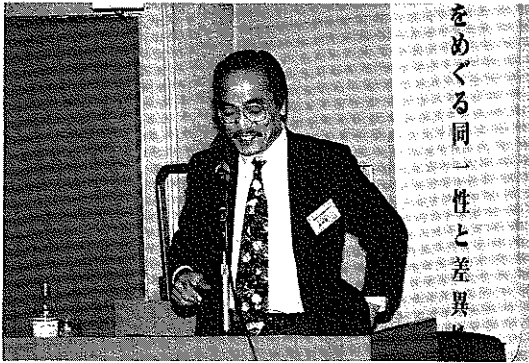
新たに発足した日本認知療法研究会への大会案内をご希望の方は、ファックスあるいは電子メールで研究会事務局<sup>1)</sup>までご連絡ください。なお、第2回研究会は大野裕先生(日本認知療法研究会会長)のもと慶應大学病院(東京都新宿区)大会議室において平成10年10月11日(日)に開催される予定です。多数の方々のご参加をお待ちしています。

制止は注目されて10年しないうちに批判を浴びた。系統的脱感作法を要素に分解して考えるという発想が出たり、リラクゼーションなしでも不安は消えるという研究結果が次々と提示されるようになったのである。同氏によると、このように行動療法はある技法の有効性が示されると、つねにその本質は何か、何が効いているのかという議論が行われ、進化してきた。

ところが、1970年前後から行動療法の中に認知革命と呼ばれる動きが出てきた。目に見えない認知的活動をその他の見える活動と同じように考え、行動理論として統合していこうとする動きである。たとえば、Banduraの社会的学習理論に代表されるように、個人が刺激をどう解釈しているかが論じられ、行動の認知的制御が強調され、self-efficacyという概念が提唱されたのである。

同時に行動療法の理論とは別のところで認知革

<sup>1)</sup> 日本認知療法研究会事務局  
〒772-8502 鳴門市鳴門町高島  
鳴門教育大学人間形成基礎講座 井上和臣研究室内  
Fax. 0886-87-1053(人文棟事務室)  
E-mail. kinoue@naruto-u.ac.jp



坂野雄二氏(早稲田大学・臨床心理学)

命の胎動が始まっていたという。Beck とか Ellis の臨床現場から認知革命のマグマが動き出し、Meichenbaum はストレス免疫訓練という形で治療モジュールを発展させてきたし、Seligman の learned helplessness や learned optimism といったアイデアは臨床の基礎理論として大きな貢献をした。

そういう動きの中で1970年代後半には古典的な行動療法と認知という発想を取り上げたものが認知行動療法として結びついたと同氏は述べた。

#### 認知療法と行動療法の同一性

1970年はアメリカ行動療法学会にとって記念すべき年で、機関誌“Behavior Therapy”が出版され、その第1巻第1号に「行動療法の独自性を探る」という特集が掲載された。その中に Beck が論文を寄稿して「認知療法から見た行動療法」を論じ、行動療法との共通点として次のようなものをあげている。

- ・治療面接が構造化されていて、治療者はより積極的に患者に働きかける。
- ・治療者は現存する症状あるいは行動上の問題に焦点を当て、患者の問題を操作するための一連の治療法を計画する。
- ・認知療法は症状や問題行動の、より認知的な面に焦点を当てているにすぎない。
- ・患者の児童期の経験や発達初期の家族との人間関係について、それが症状に本質的に影響を及ぼしているとは考えない。
- ・無意識や幼児期の性的問題、防衛機制といった精神分析的な、説明不可能な仮定を排除する。
- ・患者は不適応的な反応パターンを獲得してし

まったのであり、それは学習解除されるものである。

#### 認知療法と行動療法の未来：認知行動療法

「行動療法と認知療法の将来はどのようなのか？ 悪しき折衷か、それとも統合か？」と問いかけた同氏は「認知行動療法という形で統合されていくのではないかと」予測し、認知行動療法の着眼点として以下を列挙した。

- ・遠い過去に経験した事柄にはこだわらない。
- ・「今、ここで」の状態を明らかにして、どうして問題が維持されているかを考える。
- ・問題をなくそうと考えるだけでなく、同時に、適応行動をいかに積極的に獲得するかという点から援助プログラムを考える。
- ・いつまでも治療者に頼るのではなく、できるだけ早く自立するように考える。
- ・問題の解決をはかるためには、自分が今どのような状態にあるかを客観的に理解してもらう。
- ・無意識やコンプレックスといった実在するかどうかわからない概念は用いるのをやめる。
- ・問題解決の方法は案外身近なところにある。まず、環境への働きかけを積極的に考える。
- ・現実的で適応した考え方をとるようなプログラムを考える。
- ・対処の方法を学ぶことで再発予防を考える。

この後、同氏は大うつ病エピソードの患者に対する認知行動療法の例を、第1期(標的を整理する段階)、第2期(行動的介入を中心とした段階)、第3期(認知的介入を中心とした段階)、第4期(日常生活での対処と治療終結を考える段階)に分けて提示した。

次に、摂食障害を例に、認知的変数がどのように不健康な非構造的ダイエット行動に寄与するかをモデル化することによって、認知行動療法の枠組みの中で、症例への関わりが可能になってきたことを示した。

そして、「認知療法の発想と行動療法の発想をうまく統合することによって、疾患を特定した治療モジュールが今後もさらに出てくる」と予測した。

最後に、同氏は今年の夏メキシコで開催される『国際行動療法認知療法会議』について紹介し、「まさに『認知療法と行動療法の同一性と差異性』

が世界レベルで論じられることになるだろう」と講演を締めくくった。

## 〈教育講演II〉 認知療法と精神分析

続いて教育講演に立った慶應義塾大学医学部専任講師の大野裕氏は、「認知療法、行動療法、精神分析を対比して『同一性と差異性』を理解するには、それぞれの治療者を見て、話し方や雰囲気の違いから感じとってもらおうのがよい」と語りはじめた。

### Freud と Beck の病歴

同氏は Freud には panic disorder の病歴があり、神経症的葛藤を治す過程で精神分析が創り出されたと指摘した。さらに、「精神分析療法は自分にあった、自分が使いやすい療法で、治療者によってはいろいろ違う治療法、治療技法があるはずだ」という言葉を引用し、Freud は『同一性と差異性』を認識しながら精神分析を発展させた点を強調した。

Beck についても、子どものころ敗血症になった後、不潔恐怖や病氣恐怖に悩まされたという病歴が紹介された。彼は恐怖を克服する中で行動療法的技法が有用であることを体験的に身につけていったという。同氏はそうした個人的な体験の重要性を指摘した。

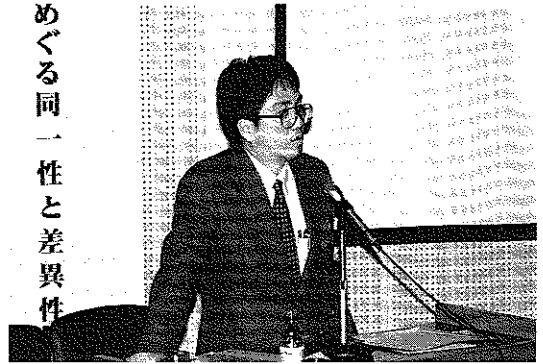
### 精神分析と Beck

Beck は Yale 大学を卒業し精神科医になったが、精神分析に興味がなく、精神分析の作り上げるロジックに懐疑的であったという。しかし、勤務した病院は精神分析が盛んで、仲間が Beck の神経症的なところを見てとったのか、彼に分析を勧めた。その結果、彼は精神分析協会に入って精神分析を勉強し、うつ病の研究をするようになったのである。

次に、同氏は「攻撃衝動の逆転」という精神分析のうつ病理論について例を交えながら語った。ところが、うつ病患者の夢を調べた Beck は、怒りの逆転ではなく、悲観的な考えでうつ病が起こるのではないかと考えるようになった。

Beck の学問的な生き方として重要なのは、実証することで思い込みを捨て、新しい仮説を立てたところであり、これは認知療法で行われること

### めぐる同一性と差異性



大野 裕氏(慶應義塾大学・精神医学)

の本質でもあると同氏は指摘した。

### 「間違い電話の夢」

同氏は『同一性と差異性』に関しては「同じようであって、違うようであって、違うようであって、同じようである」というのが最終的な答えになると述べた後、「間違い電話の夢」を例に『差異性』を論じた。真っ暗闇の中で公衆電話を探して、電話すると、間違いだったという夢である。うつ病患者は「自分は駄目だ」と暗い気持ちで目が覚める。

精神分析だと、夢を分析し、自由に思い浮かぶことを話してもらうことになる。患者は暗い街を一人で歩く、見捨てられた自分を連想する。子どもの頃の母親との体験を思い出す。母親への怒りを感じる。それをどう表現すればよいかわからなかったといった連想をする。精神分析の治療者だと、私に対して腹立たしく感じていないかと問いかける。自分を理解してもらっていないとか、自分が置き去りにされている感じがしていないかと気持ちに焦点を当てる解釈をしていく。

認知療法の場合、「自分は駄目だ」という批判的な考え方がどんな問題を引き起こすのか、その考え方には裏づけがあるのか、別の考え方はできないのか、となる。

### 認知療法の日本への適用

認知療法は行動療法や精神分析と違うことを Beck は強調したが、「認知療法を日本に適用していくとき、『自分は違う』と主張しすぎると孤立してしまうし、認知療法を押しつけすぎると患者はそこを乗り切れない。どのように一体感を作っていくかが必要になってくる」と同氏は留意点を述べた。

## 個人的体験から見た精神分析と認知療法

同氏は「体験的に『同一性と差異性』を深めていきたい」と前置きして、1985～88年の留学当時アメリカの精神医学界で認知療法が注目されはじめたことを回顧した。生物学的精神医学が強くなる一方で、精神科医は精神療法を行わなくなっていたが、その中で認知療法が注目を集めた理由のひとつは、うつ病に対する治療効果が実証されたことにある。

次いで、同氏は Cornell 大学での臨床体験とともに、治療者の態度から精神分析と認知療法との『差異』を例示し、「治療者のパーソナリティにあった治療」ということを強調した。治療者は治療者としての自分にあった治療法を創っていくしかないのである。

同氏は認知療法家のスーパービジョンを受けていた当手を回想し、日本で行われている精神分析はアメリカでいうとかなり認知療法的であると述べた。また、『同一性と差異性』というとき、何を精神分析と呼び、何を認知療法と呼ぶかが重要で、日本での精神分析と Beck がいう精神分析とは違うと考えたほうがよいと注意した。

## 精神分析の発展形としての認知療法

初期の感情モデルから始まり Freud のモデルの変遷を概観した後、同氏は Freud の認知モデルのひとつの発展の中に認知療法を位置づけ、「認知療法は精神分析の発展形だ」という Beck の言葉を紹介した。

さらに、精神分析と認知療法の接点として治療の短期化に同氏は言及した。もともと Freud は短い治療をやっていたというのである。また、治療を短くするには、焦点を絞って話を展開することが必要になるが、構造の設定、話の内容の設定という点にも共通部分があると同氏は述べた。

次いで、同氏は中立性と受身性の違いを指摘した。中立性とは価値観を強要しないことで、受身性とは積極的に話しかけないことである。そこで、受身性を治療的に強調すると精神分析と認知療法は異なるが、中立性を重視する点では基本的には同じである。

精神分析の場合、転移の解釈を行う。子どもの

## 日本認知療法研究会第2回大会のお知らせ

日 時：平成 10 年 10 月 11 日(日)  
場 所：慶應大学病院新棟 11 階大会議室  
(〒106-8582 東京都新宿区信濃町 35)  
会 長：大野 裕  
(慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)  
問い合わせ先：研究会事務局  
鳴門教育大学人間形成基礎講座 井上和臣研究室内  
Tel. 0886-87-1311(内線 308)  
Fax. 0886-87-1053  
E-mail. kinoue@naruto-u.ac.jp

頃の体験は治療者と患者の関係性の中に再現される。そこで、患者が治療者に向ける感情を感じ取って、それを解釈する。同氏によると、認知療法ではこの関係性が普遍化・一般化され、現実の生活の中で現れる行動までを扱っていく。

「精神分析では無意識的欲動がキーワードになるが、認知療法では徹底的にこれを認めようとはしない」と指摘した後、同氏は「過去にどれほど意味があるのか？」と問いかけ、過去よりパーソナリティとか遺伝とか、パーソナリティと環境との相互作用が重要ではないかと述べた。そして、Beck の autonomy と sociotropy という概念に言及し、前者は achievement が、後者は人間関係がうまくいかないと抑うつ的になるが、そうした関係性の中で見るほうが臨床的ではないかと提案した。

## 精神分析、行動療法、認知療法

同氏によると、うつ病の認知療法には精神分析的な発想がかなり残っているが、パニック障害の認知療法では行動療法的な色合いが強くなり、パーソナリティ障害の認知療法は過去の精神分析的な考えになっている。

最後に、同氏は「重要なのは雰囲気とかそういうものであって、治療者は状況に合わせて自分を変えていくしかないだろう」と述べて、講演を終えた。

(鳴門教育大学人間形成基礎講座 井上和臣)