

アドラー心理学を理解するための、臨床心理学の基礎(4)

— 認知(行動)療法 —

中島弘徳 (岡山)

要旨

キーワード :

はじめに

第1回で「話をするることによる治療」の基礎である精神分析、第2回で心を観察可能な行動から捉える行動療法の解説し、第3回で、「クライアントの話をじっくりと批判せずに聞く」というイメージをつくった来談者中心療法について解説しました。今回は、厚生労働省の「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」にも採用されている認知(行動)療法について解説します。

認知(行動)療法とは

認知(行動)療法は、エリスの論理情動療法(Rational-Emotive Therapy)やベックの認知療法(Cognitive Therapy)、それにマイケンバウムの自己教示訓練(Self-Instructional Training)のように、「不安やうつなど気分障害を被っている患者が、自分や周囲に対して過度に否定的で、挫折感に浸っていること、それだけにそうした考え方、感じ方を肯定的な方向に変化させてゆくことが回復につながる」という考えを基盤にして、クライアントの認知的側面に焦点をあてた治療をしていく立場の心理療法です。

このうち、ベック、エリスともにアドラー派からの影響を認めています。北米アドラー心理学会(NASAP)の学会誌には、エリスが論文を投稿していますので、アドラー心理学にとって、今まで述べてきた精神分析、行動療法、来談者中心療法と比べて身近な心理療法といえましょう。

行動療法との比較では、鈴木は「認知行動療法に特徴的な点としては、従来の行動療法では治療標的を外顯的な行動や反応に限定してきたのに対し、認知行動療法では、予期や判断、信念や価値観といった内的な反応も治療標的としている」点が違うとしています。

さらに認知行動療法の持つ特徴を以下のようにまとめています。①行動を単に刺激と反応の結びつきだけで説明するのではなく、予期や判断、思考や信念体系といった認知的活動が行動の変容に及ぼす意味を理解し、それらが行動に影響を及ぼすと考える。②行動をコントロールする自己の役割を重視し、セルフコントロールという観点から行動変容をとらえるとともに、人間の理解と治療的関わりの基本的発想として、人間の行動に関して、それが結果によってコントロール

されているという「受動性」よりも、人間が自分の行動を自分自身でいかにコントロールしているかという「能動性」を強調し、そうした能動性を支えている要因としての認知的活動を重視する。③認知的活動はモニター可能であり、変容可能であるとする。④望ましい行動変容は、認知的変容によって影響を受ける。⑤治療標的はあくまでも行動のみの変化であるとするのではなく、信念や思考様式といった個人の認知の変容そのものが治療標的となったり、認知の変容をきっかけとして行動変容をねらう。⑥治療の方針として行動的な技法のみならず、認知的な技法を用いる。⑦行動と認知の両者を治療効果の評価対象とする。

認知療法・認知行動療法に共通の概念としては、人間の気分や行動が認知のあり方（ものの考え方や受け取り方）の影響を受けているので、この認知のあり方を修正し、問題解決を手助けする行動様式を学ぶことによって精神的・心理的問題を治療することを目的とした構造化された精神療法ということになります。

例えば、現実の世界では、その個人にとってよかったり、悪いことであったり、あるいは何の意味もない場合も含めいろいろなことが起きます。もし、現実の解釈の仕方が非現実的で歪んでいけば、その結果生じてくる感情や行動も歪んだものになっていくでしょう。例えば、もし恋人にふられたとします。この人が「自分は常に人から好かれていなくてはならない」という考え（認知）を持っているとしたら、この人は、ひどく落ち込むでしょう。しかし、「会うは別れの始まり」と考えて、次の新しい出会いを楽しもうと考える人は、落ち込むことなく、かえっていきいきとするかも知れません。このように、客観的現実よりも、その受け止め方を重要視するのです。

この時に、現実に対しての考え方が極端な場合や、現実場面で余裕がなくなった時に、現実に対する判断に偏りが生じ、非適応的な反応を示すようになってきます。その結果、抑うつ感や不安感が強まり、非適応的な行動が引き起こされ、さらに認知の歪みが強くなるという悪循環が生じ、人はうつや不安障害といった障害に陥ると考えます。

バーンズは、この認知の歪みを以下の 10 個にまとめています。①全か無か思考：ものごとを白か黒かのどちらかで考える思考方法。少しでもミスがあれば、完全な失敗と考えてしまう。②一般化のしすぎ：たった一つの良くない出来事があると、世の中すべてこれだ、と考える。③心のフィルター：たった一つの良くないことにこだわって、そればかりくよくよ考え、現実を見る目が暗くなってしまう。④マイナス化思考：良いできごとや何でもない出来事を、無視するだけでなく悪いことにすり替えてしまう。⑤根拠もないのに悲観的な結論を出してしまう。これには、他人の心を確認もせず決めつけてしまう心の読みすぎと、事態は確実に悪くなると決めつける、先読みの誤りの 2 つがある。⑥拡大解釈と過小評価：自分の失敗は過大に考え、長所や成功を過小評価する。逆に、他者の成功を過大評価し、他人の欠点を見逃す。⑦感情的決めつけ：自分の感情をあたかも真実を証明する証拠のように考えてしまう。「私はダメな人間のように感じる。それが何よりダメ人間の証拠だ」⑧すべき思考：何かやる時、「～すべき」「～すべきでない」と考える。⑨レッテル張り：間違った認知にもとづいて完全にネガティブな自己イメージを創作してしまうこと。極端な形の一般化のしすぎとも言える。ミスを犯したときに、どうミスを犯したかを考えずに「自分は落伍者だ」とレッテルを張ってしまう。⑩個人化：良くない出来事を、例え自分に責任がないような場合にも自分のせいにして考えてしまう。

現在では、認知療法の考え方をもとに、行動療法の技法も用いるため認知行動療法と呼ばれることが多くなっています。また、個々の研究者がどの理論家の流れを汲むかによって、認知療法と呼んだり、認知行動療法と呼んだりしている感もあります。前述したマニュアルでは、認知療法・認知行動療法と併記しています。そこで本論では、認知（行動）療法と記すことにします。

認知(行動)療法の実際

治療の流れは、以下のようになります。①信頼感の樹立：認知(行動)療法も、治療を治療者とクライアントとの共同作業と考えます。そこで、治療の最初の段階で一番重要視されるのが信頼感をクライアントに与えることだと言われています。信頼感を確立するためのアプローチとして、例えばベックは、「あなたは、ある考えのために気持ちが動揺しています。その考えは、当たっていることも当たっていないこともあります。そのうちのいくつかを2人で確かめてみましょう」というような言い方をしています。そして、クライアントを一人の人間として理解し、クライアントが直面している問題点を明らかにし治療方針を立てます。②自己観察：自動思考(ある出来事に出会ったときに「自動的」に生じる判断や予期が、症状を維持しているという考え)に焦点をあて、自分の思考が実際にどのように自分の感情や行動に影響を与えているかを明らかにします。③再評価：感情や行動に問題が起きたときに、どのような思考をしていたかをホームワーク(宿題)としてクライアントに日記形式で記録するよう依頼します。そして、その思考が、本当に論理的・合理的であるか、それとも認知の歪みがないかを評価し、クライアントの思考が非論理的・不合理であることを明らかにします。④論理的・合理的思考の学習：実際に起きたことについて、今までとは違う説明を考える練習をします。また、実際の問題処理の仕方に別の方法を考える練習をします。これらを通してクライアントの認知の歪みを修正し論理的・合理的判断をする練習をし、それをもとに適切な行動様式も学びます。⑤認知の歪みの修正ができ、適切な行動を学んだことが確認されて治療終了となります。

心理療法では良好な治療関係が特に重要ですが、認知(行動)療法ではとくに、クライアントを暖かく受け入れると同時に、クライアントの考えや思いこみを治療者とクライアントが一緒になって「科学者」のように検証していく協同的経験主義(collaborative empiricism)と呼ばれる関係の重要性が強調されます。そのときに治療者は、クライアントの主体性を尊重し、クライアントが自分の意見を表現しやすい雰囲気を作り出しながら、いわゆる循環的な質問をしながらクライアントが自分で答えを見つけだしていけるような「ソクラテス的問答」(dialogue)と呼ばれる関わり方をすることが大切と考えられています。

認知(行動)療法では、多くの治療技法がありますが、鈴木は、これらの技法に共通しているのは、①クライアントが自己の行動や認知を自己観察する、②具体的な対処法を獲得していく、③偏った考え方の不合理性に気づかせ、適応的な考え方を身につけていくことだとしています。

アドラー派との比較

アドラー派との比較では、伊東は「認知の中の誤りを修正しようと試みる」点と、修正を試みるときに、「ユモンセンス、現実的な意味づけのパターンをよりどころにする」点が共通していると述べています。さらに、両理論とも、治療を教育的なものにとらえる点も共通していると述べています。それに対して、治療の目標にアドラー心理学の「幸福な暮らし方、すなわち共同体感覚が発露される生き方」がイメージされていない点が違うと述べています。

アドラー心理学の基本前提と比較しておきます。個人の主体性は、認知(行動)療法では、「個人」を、認知面と情動面というような分け方はしませんし、「個人」の認知を重視するという点では、前提と一致していますが、特に主体的存在としての個人を想定していない面では積極的な一致とはいえないでしょう。全体論は、認知(行動)療法も、来談者中心療法と、個人を同様に要素的に分けないので、全体論には一致します。認知論は、認知構造を考えるという点でも一致し

ていると考えられます。しかし、もし、自動思考をつくる認知的な辞書を、実体的に捉えたとしたら、アドラー派とは一致しなくなります。このあたりについては議論があるところだと思いません。目的論については、認知構造は、「個人」が所属のために作りだしているという視点がないので一致しないと考えられます。対人関係論は、他者や社会的場面での関係性をどう認知するかが重要と考える点で一致すると考えていいと思います。治療技法については、対話 (dialogue) 重視する点や宿題を出す点など共通の面も多く、さらに認知 (行動) 療法の技法を、その理論的共通性からアドラー派が取り入れているという面もあると思います。

おわりに

認知 (行動) 療法の、うつ病の治療に実証的な効果をあげています。さらに、我々が日常生活で経験する落ち込み、不安、怒りといった感情の理解とコントロールにも有用だと言われています。アドラー派との類似性が高い認知 (行動) 療法が、厚生労働省のうつの治療理論、技法として採用されたということは、アドラー派にとっては認知 (行動) 療法に組み込まれてしまう恐れもありますが、逆にアドラー派の今後の臨床場面での活躍の可能性も示唆しているとも考えられると思います。

引用・参考文献

- A. Beck、M. Weishar、Cognitive Therapy、 R. J. Corsini・D. Wedding (Ed)、『Current Psychotherapies』、Itasca : F. E. Peacock Publishers、1989 年
- 伊東毅、アドラー心理学的治療と認知療法の比較、アドレリアン、第6巻第1号、1992年10月、pp16-17
- A. T. ベック、大野 裕 (訳)、『認知療法』、岩崎学術出版社、1995 年
- D. バーンズ、野村総一郎、夏刈郁子他訳、『いやな気分よさようなら - 自分で学ぶ「抑うつ」克服法』、星和書店、1995 年
- 日本学生相談学会編、『論理療法にまなぶ』、川島書店、1996 年
- 氏原寛、成田善弘編、『カウンセリングと精神療法 - 心理治療 -』、培風館、1999 年
- 鈴木伸一、坂野雄二他、「認知行動療法」、1999 年
- アイゼンク、M.W.、編、野島久雄、重野 純他訳、『認知心理学事典』、新曜社、2001 年
- 野田俊作、アドラー心理学と現代心理療法の接点、精神療法、Vol29、No.1、2003、pp.55-60
- 乾 吉佑、氏原 寛他編、『心理療法ハンドブック』、創元社、2005 年
- M. ニーナン、W. ドライデン著、大谷彰監訳、『わかりやすい認知療法』、二瓶社、2007 年
- 曾我雅比兒、皿田琢司編、『教育と人間の探求—子どもがわかる・教育がわかる』、大学教育出版、2008 年
- 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業、『うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル』、厚生労働省、2009 年

更新履歴

2013年5月1日 アドレリアン掲載号より転載