

認知行動療法における患者との関り方

はじめに

認知行動療法における「患者との関り方」が本論文のテーマであるが、確かにこのことは十分に論じられる価値がある。その理由は、認知行動療法では「協力的経験主義」¹⁾に代表されるような特徴的な治療関係の持ち方が工夫されており、それが治療の成り立ちや進行過程と密接に関っていると考えられるからである。そこには、認知行動療法が行動のみならず認知をも治療対象としているということが関係していると考えられる。つまり、「考え方」を変えるということを求める場合、患者自身の十分な理解と協力無しにそれを実現することは難しいという事情があるのではないだろうか。

ところで、「患者との関り方」と言った場合、実は2つのレベルが含まれていると考えられる。その一つは、治療の「器」としての治療関係のレベルであり、もう一つは、その器の中で患者に具体的にどのように対応するかという言わば「中味」のレベルである。以下、認知療法の場合を中心に、それぞれのレベル毎に概説してみよう。

. 治療の「器」のレベル

認知療法関係の代表的な著書「うつ病の認知療法」¹⁾に、「治療関係：認知療法への応用」という独立した章が設けられ、その中で「認知療法と行動療法は、おそらく、精神力動的な治療法の文脈の中で述べられてきたような微妙な治療的雰囲気と同じものを必要としている」と述べられていることには注目してよいだろう。つまり、基本的な人間関係が成立して初めて心理的治療が可能になるという点は、どのような治療法であっても同じなのである。ただし、その基本的な人間関係の上に展開される具体的な治療関係は、各学派毎にかなり異なったものになってくる。

1. 精神分析療法・行動療法との比較

ここで、代表的な心理療法であり、本邦でも広く用いられている精神分析療法及び行動療法との比較を通して、認知行動療法の治療関係の特徴を際立たせてみよう。ただし、紙数も限られているので、前2者の治療関係の説

明は、かなり単純化した戯画的なものになるであろうことをお断りしておきたい。

精神分析療法において、治療者患者関係は「治療の であり である」と言われる程、特別な役割を持っている。つまり、治療関係自体が治療の成立する場であり、しかも治療の対象かつ手段にもなっているのである。それは、精神分析では、現在の症状や問題行動などは幼少時に正常に心理的発達を遂げられなかった結果であり、その心理的発達には親との間の体験が一義的に影響していると考えられていることと関係がある。より具体的には、患者は何について話してもよいという設定の中で、治療者が中立的、受け身的な態度を維持することにより、もっと治療者からのレスポンスが欲しいという欲求不満状況に置かれる。そこで、患者は、それまで同じような状況になると用いていた対人関係上の対処手段を使うようになるが、その中に幼児期から親との間で繰り広げられてきた対人関係が再現されてくる。つまり、例えば患者と父親あるいは母親との関係が治療者との関係に重なり、過去の重要な対人関係（あるいはそのイメージ）が再体験されることになる。ただし、今回は相手が治療者であり、患者は大人になっているので、過去とは異なった体験と洞察が可能になり、長年持ち越されてきた心理的発達がそこで可能になるという考え方である。そこでは、治療者と患者は非常に密接に関わり合って共同作業を行っているのであるが、治療の対象になっているのはあくまでも患者の心の中に築かれた「内的現実」であり、その点で、「今、ここで」の現実的問題を対象にし、治療操作の妥当性を常に現実の中で検証していくこうとする行動療法や認知行動療法とは対照的であると言えるだろう。

次に、行動療法であるが、その基本的立場は、治療を適応的行動の学習、もしくは不適応行動の学習解除として捉えるということである。したがって、その治療者患者関係は、基本的に「教育モデルに基づく先生と生徒の関係」に近いと言えるであろう。この治療を学習過程として捉えるという立場は認知行動療法においても同様であり、両者とも、大概の問題は、学習という観点からその成り立ちを分析し、その結果に基づいて正しく練習を繰り返していくことで解決できるという前提に立っている。それではどこが違うかと言えば、認知行動療法では、行動のみならず思考、イメージ、感情、希望

、態度といった患者の内的（メンタルな）経験を非常に重視すると言う点であろう。そして、そのために、治療関係という観点からは、本論文の最初にも述べたように、患者の主体的な協力の重要性がより大きくなり、その結果、「共同作業を行うパートナー」であるという側面がより強調されるようになったものと考えられる。

2. 認知療法の場合

それでは、次に認知療法の場合を例にとって、その治療者患者関係について少し詳しく説明してみよう。

1) 協力的経験主義

認知療法の治療関係を最も的確に表現しているのは、「協力的経験主義」という言葉である。上にも述べたことであるが、「協力的」というのは、治療者と患者がパートナーとして2人で共同して治療を進めていくという姿勢を意味している。また、「経験主義」とは、治療操作の妥当性を常に現実の中で検証していくとする姿勢を意味しており、具体的には、治療の中で治療者と患者が新たに試みてみようと合意したことについて、現実生活の中で実際に実行してみて初めて最終的な善し悪しの判断を下すようにするといったことを意味している。それでは、次に、そのような治療的共同作業を可能にするのはどのような要因なのか、また経験主義が成り立つ前提としてはどのようなものが必要なのかといった点について述べてみよう。

2) 治療的共同作業を可能にする要因

「うつ病の認知療法」の中では、協力を可能にする要因として、治療者側の要因、患者側の要因、関係性の要因が挙げられている。まず、治療者側の要因としては、暖かさ、正確な共感性、誠実性が取り上げられており、さらに著者の考えで付け加えるとすれば、治療者自身の認知の操作ということも含められるだろう。

暖かさとは、通常サポーティブな対応と言われているものと同様なものを指している。すなわち、何よりもまず患者に対して暖かい態度や、批判を交えない関心を示すということである。ただ、そこで、患者の反応を決めるのは、患者がその暖かさをどのように知覚しているかによるということは重要である。その知覚された暖かさは、過少でも過大でも非生産的になる危険

性が大きく、治療者は適度に受容的で保護的な態度を取るように心がけると同時に、患者が治療者をどのように捉えているのか直接聞いてみるとが役に立つことが多い。また、治療の時期によっても、必要なサポートの質と量が異なって来ることにも留意する必要があるだろう。終結が近づいた場合には、あえて距離を取ることが治療的に働く場合もあるのである。

次に、正確な共感性とは、患者の思考や感情、願望などをできるだけ正確に理解するように努め、その理解できた内容を患者にフィードバックすること、そしてさらにそれに対して患者からフィードバックを得るという過程を通して、患者の身になって患者を理解していくことができる能力を意味する。しかし、ここで治療者は、あまりにも患者に共感しすぎてしまい、その結果、自らの現実検討能力を損なってしまうことのないように気をつけなければならない。

誠実な態度は、どのようなものであれ共同作業を進める際には必須であると言えるだろう。患者に対しても自分自身に対しても正直であること、相手の立場を尊重し同じ土俵に立って真摯に関りあうことが求められる。同様な発想から、患者に求めることは、治療者も率先して実行する必要があるだろう。つまり、患者に「考え方」を変えるように求めるのであれば、治療者は自らの認知を操作できなくてはならない。例えば、患者が課題を実行して来なかつた場合に、「患者にはやる気が無いのだ」と考えると解決策が見出せなくなることが多い。そこで、意識的に「課題が難しすぎたのだ」と考えるようにして、どのようにすれば実行可能な課題にできるかを患者と一緒に考えていくという態度が取れれば、共同作業が促進され治療もそれだけ進むことが多い、といったことである。

次に、患者側の要因としては基本的信頼感が挙げられている。基本的信頼感とは、上記のような要件を満たす治療者によって注意深く治療の設定がなされた時に、主に患者の側に生まれる感覚を指していると言える。より具体的には、治療関係を含む治療環境を、治療の初期には「自由にして守られた場」として体験でき、治療の後期には「より自律的に振る舞うことを促される場」として体験できる時、基本的信頼感が持てるものと考えられるが、そこには当然患者自身の期待、願望、信念などの関与もあり、治療者は個々

の患者に即して基本的信頼感を育てていけるように留意する必要があるだろう。

最後に、関係性の要因として言及されているのがラポールである。ラポールという言葉は、一般的に、人々の間での調和した一致関係を指している。ここでは、上述のような特性を備えた治療者と、基本的信頼感を持つ患者とが、現実の問題に対して協力して取り組んで行く際に成り立つ、お互いに安心ができ快適な人間関係を意味すると考えればよいだろう。また、「そもそもラポールとは、治療に対する患者の期待を引き出し、患者に治療の中で何が期待されるかを伝えることによって促進される」と強調されていることからは、健全な協力関係の産物という面が大きいと考えられる。しかし、その一方で、そのような関係になると、治療者はモデルとしての働きをするようになることも多く、患者の方もそれだけ治療に動機づけられることになるという点にも注目する必要があるだろう。

3) 経験主義の前提になる要因

経験主義が成り立つための要因としては、質問中心の治療戦略、具体的な仮説の構築、実験的状況の準備、ホームワークの割り当て、患者からのフィードバック、などが挙げられよう。

論争したり無理に教え込むのではなく繰り返し質問していくことは、認知療法の基本的な戦略である。治療者は、質問から得られる情報に基づいて、患者の病態に関するいくつかの仮説を立てることができ、その正しさを確認するためにさらに患者に質問をしていく。それによって、患者も治療者とともに自らの問題について考えるようになり、その過程で、現実そのものを写していると疑いもなく思っていた自分の思考が、実は自分で現実を解釈したものだったのだと気づくようになってくる。

ここまで来れば、経験主義の前提が整って来たことになる。つまり、次の段階として、治療の中で合意した仮説について、それを確認するための実験的状況を毎日の生活の中で用意し、検証の作業へと進むことが可能になるのである。この過程は、毎回のホームワークの設定という形で、継続的に進めていくことができる。そして、検証の結果がどうであったか、必ず患者からのフィードバックを得る必要があることは言うまでもない。

以上のように、質問をし、仮説を考え、その「実験的検証」を行い、フィードバックを得る、という一連の作業を繰り返していくと、患者は自ら自問自答できるようになり、さらには進んで実験を計画し、仮説を検証できるようになってくる。この段階になると、患者は自らの問題をかなりの程度客観的に捉えられるようになっており、また治療も半ばゲームのような感覚で取り組めるようになることも多く、そのことがまた治療に対する動機づけを高め、治療者との共同作業を促進することになるのである。

・治療の「中味」のレベル

治療者は、上述のような治療的協力関係を築くべく努力するのと並行して、具体的にどのように治療に取り組んでいくのかということを問題にしなくてはならない。

1. 行動アセスメント

どのように治療に臨むのかということは、治療を適応的行動の学習、もしくは不適応行動の学習解除として捉える認知行動療法にとっては、結局、行動アセスメントの問題に帰結すると考えられる。つまり、どのような不適応行動の学習や適応的行動の未学習の結果、症状や問題行動が起こっていると判断するかによって、その後の患者への働きかけ方が変わってくるのは当然と言えよう。そこで、行動アセスメントとはどのようなものなのか、具体的にどのように進められるのかということを、久野の「行動療法」²⁾からの引用によって概説してみよう。

「行動分析の技術は臨床上は従来の診断という個人差を無視したラベリングに代えて、個人の行動の変容過程を直視した“行動評価”を生みだし、行動制御の技術は従来の治療に代えて“行動変容”的な技法を生みだした。そして、この両者を統合したものが行動療法に他ならない。行動分析、行動評価（この両者を合わせて行動アセスメントと言う - 著者注）は単に“診断的”側面を受け持つだけでなく、“治療”的な方向、すなわち行動変容の方略をも指示し、“治療”的な成果、すなわち行動変容の成立（と保持、その後の発展の予測）の判定までをも受け持つ」。すなわち、行動アセスメントとは、「個人の行動の変容過程を直視した」ものであるから、的確な行動変容技法

の選択およびその効果の確認にとって、前提として存在せねばならないものなのである。

2. 認知行動療法の場合の留意点

それでは、認知行動療法の行動アセスメントにはどのような特徴があるのだろうか。この点については、坂野の「認知行動療法」³⁾の記述が参考になる。この本には、本論文と同じ題名の「認知行動療法における患者との関り方」という章があり、その中では、アセスメントに関する記述を始めとして、認知行動療法全般に共通する留意点が詳細に述べられている。

そのうちアセスメントに関する部分は、第1項「「主訴」を「標的症状」に置き換える」であり、「認知行動療法では、伝統的な行動療法と同様に、患者の訴える内容を具体的な「標的症状」に置き換え、それに基づいて治療計画を立てようとする。また、症状がどのような精神活動によって生じてきたかということよりも、症状として訴えられる内容がどのように維持されているかを明らかにすることによって、患者が今抱えている問題点を整理し、それらを具体的に解決していくこうとする発想をとる」と説明されている。そして、「患者の訴えを標的症状に置き換えるときには、以下のようない点(症状の行動的側面・生理的(身体的)側面・認知的側面、患者の感情コントロールの方法、患者の動機づけの問題 - 著者注)に着目するとともに、それらを具体的な行動や反応レベルで記述し、その強さの評定を同時に使う」と述べられていることも参考になるだろう。

また、同じ章の中の「行動的裏づけの必要性」という項で述べられていることは、認知行動療法を実施する上で特に留意すべきことであると思われる所以、ここでも紹介しておこう。それは、「大切なことは、信念の変容や認知の変容が生じたときに、自分の情動がよい方向へ変わり、反応が変わり、環境が変わり、そして、その結果として情緒的に落ち着くことができる、あるいは予期していたような不快な体験がなくなるということを同時に体験することがなければならない」という点である」と説明されていることである。すなわち、認知の変容は習慣的な行動や感情の変容をもたらして初めて実効があると言えるということであり、同時にそういった行動や環境や感情の変化によって、認知の変容自体も強化され持続的なものになっていくとい

う点に留意することが重要ということである。

おわりに

以上、認知行動療法における患者との関わり方について、治療的協力関係の築き方、治療への取り組み方という2つの側面から述べてきた。その内、前者に関しては、言わば治療がスタートする以前の先史時代に属することも多く、行動療法や認知行動療法の文脈では語られないことが多いため、より詳しく論を展開した。著者は、このようなことからは心理的な治療法が成立する前提となり、したがって治療の適応範囲やドロップアウト率なども含めた治療効果の現われ方にも大きく関与すると考えられるため、行動療法・認知行動療法の立場でこそ、実証的な研究が展開されるべきであると考えている。

文献

- 1) Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G: *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press, New York, 1979 (坂野雄二監訳:うつ病の認知療法. 岩崎学術出版社, 東京, 1992)
- 2) 久野能弘: 行動療法. ミネルヴァ書房, 京都, 1993
- 3) 坂野雄二: 認知行動療法. 日本評論社, 東京, 1995