

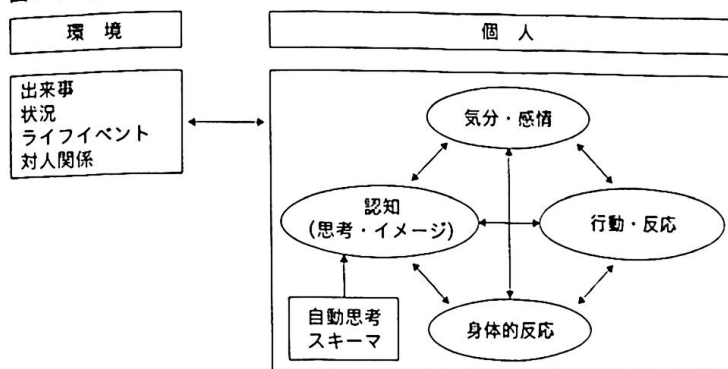
明らかにし、認知と行動の両面に働きかけて、より現実的で、適応的な対処を可能にすることを旨とする治療法である。それまで、それぞれ独自に発展してきた行動療法の技法とベック（Beck, A. T.）の認知療法やエリス（Ellis, A.）の論理情動行動療法などの認知的アプローチを総合して用いることから、1990年代以降、認知行動療法の名で呼ばれるようになった。

認知行動療法は、①意識された認知と行動を扱うので評価しやすい、②うつ病患者などを対象とした比較対象研究によって効果が実証されている、③治療者と患者が協働で行うなどの特徴を有している。

認知行動療法の基本的考え方

認知行動療法では、図4-1のように自己の置かれた環境に対し、認知（思考・イメージ）、気分・感情、行動・身体反応がそれぞれ相互に影響を与えあうと考える。この際、情動に影響され、ある状況でとっさに湧き上がってくる考え（認知）を自動思考と呼ぶ。また、思考はさまざまな人生経験に影響されて形成された中核的信念（スキーマ）に影響を受ける。認知行動療法では、自動思考に気づき、その根拠を冷静に振り返り、代わりの思考を生み出すことで、不安や恐怖などの感情を軽減し、より適応的な行動へと導くという過程を繰り返すことで、思考のゆがみを修正する力をつけ、最終的にはスキーマの修正を目指す。小さなミスの指摘で抑うつ症状が悪化するうつ病患者の認知とその修正例を図4-2に示した。

図4-1 認知行動療法の基本的考え方



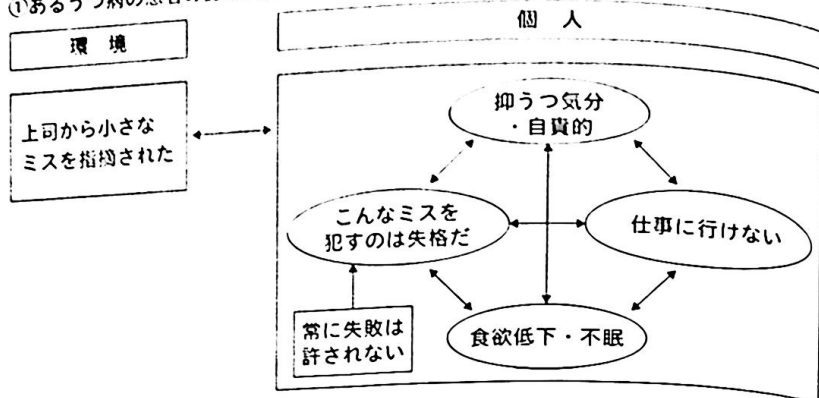
出典：長崎重信監、山口芳文編『作業療法学ゴールド・マスター・テキスト 精神障害作業療法学 改訂第2版』メジカルビュー社、p.51、2015。

Active Learning

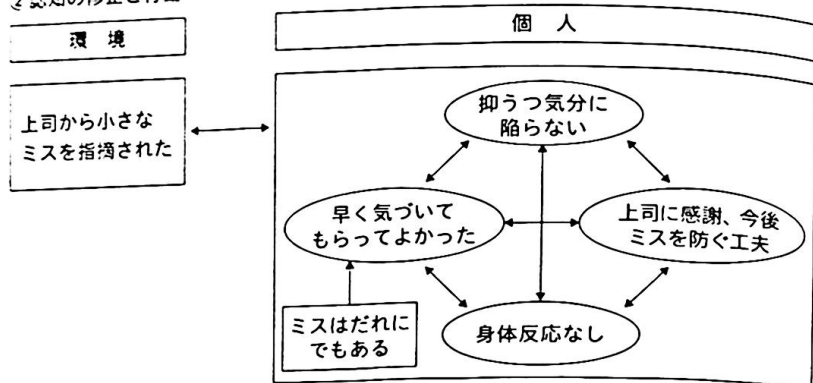
図4-2の図を使って、身近な体験のなかでの認知の例を考えてみましょう。

図4-2 うつ病患者の認知とその修正例

①あるうつ病の患者の認知と行動



②認知の修正と行動



出典：長崎重信監，山口芳文編「作業療法学ゴールド・マスター・テキスト 精神障害作業療法学 改訂第2版」メジカルビュー社，p.51，2015。

認知行動療法の実際

認知行動療法は、種々の疾患や状態で実施可能であるが、日本で精神科専門療法として診療報酬の対象になるのは、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害または神経性過食症の患者となっている。

認知行動療法は、医師が患者と実施回数や1回の実施時間等治療構造を明確にしたうえで実施する。一般的な治療構造は、①挨拶と健康状態の確認、②セッションの流れの確認（アジェンダ設定）、③前回以降に生じた認知と行動の事案について基本モデルに照らしての振り返り（認知再構成）、④次回までの課題の確認、⑤まとめ、などとなる。

診療報酬として算定されるのは、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師が一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行ったうえで、30分を超えて治療が行われた場合で、16回

まで算定できる。

うつ病の患者に実施する場合、導入期（うつ病や認知行動療法に対する理解促進）、認知の再構成を図る時期（ホームワークを繰り返し、認知についてのセルフチェックと修正の試行を重ねる）、効果確認と最終に向かう時期、フォローアップなどの経過を経ることが多い。

■ 認知行動療法に関する近年の話題

統合失調症に対する認知行動療法的なアプローチ（cognitive behavioral therapy for psychosis: CBTp）は診療報酬の対象となっていないが、1990年以降、欧米で実践研究が行われ、その有効性が実証されてきている。幻覚や妄想などを標的とする症状対処の方路には永続的な効果が期待できないとしても、悪化を防止し、患者の自己効力感を高めるなどの意義があるとされる。

メリデン版訪問家族支援は、治療者が統合失調症などの患者のいる家族のうち、可能であれば全員を対象として、認知行動療法の考え方と技法を応用して、全員が病気を理解し、相互のコミュニケーション能力を高め、協力して問題解決能力を高めることで患者の再発防止やそれぞれの家族の社会的生活の維持を目指す有期限のアプローチである（p.188 参照）。

マインドフルネス認知療法は、自己の認知を価値判断せずそのまま受け入れ、いまここにある身体感覚に意識を向けることで、認知自体を操作せずに感情を安定化させることを目指す方法である。再発性のうつ病に効果が期待されているが、否定的な感情に耐えるだけの統制力がない人には不向きであるともいわれる（p.197 参照）。

■ 認知行動療法と精神保健福祉士の業務

認知行動療法のアプローチは、入院患者に対して行われる SST などに応用されているほか、デイケアのプログラムの一部として採用されている。したがって、精神保健福祉士もその技法の基本を習得して、グループワークの際などに活用することが求められることがある。

その他、認知行動療法の特徴の一つである患者と支援者の協働性を相談支援に活かすことができる。精神保健福祉士が対話を通じて患者が自らの課題に気づくことを助け、またそれに対する対処法を選択する過程に寄り添う際、認知行動療法の考え方が大いに役立つこととなる。

Active Learning

精神科デイ・ケアを見学したときに、集団精神療法の内容について質問しましょう。

■ 集団精神療法とは

集団精神療法は、1人ないし複数の治療者（ファシリテーター）と共通の課題をもつ複数の参加者（メンバー）によって行われる療法である。集団精神療法では、集団の力動（ダイナミクス）、すなわちメンバーと治療者の相互作用に加え、メンバー間の相互作用や治療者とほかのメンバーのやり取りを見聞きすることなどを利用して問題解決を図る。

集団精神療法の療法的因子について、ヤーロム（Yalom, I. D.）は11因子を列挙している。筆者は表4-4のように改変した。

■ 集団精神療法の実際

一般的な集団精神療法では、数人から20人程度が参加し、互いの顔が見えるように座る。課題の内容などに応じ、メンバーを固定して限定する場合（クローズドグループ）、自由に参加してよいとする場合（オープングループ）、その中間的なありかた（セミクローズドグループ）がある。回数は有期限とする場合としない場合がある。1回の実施時間（セッション）はおおむね1時間程度までで、治療者は定時に開始して定時に終了するように時間を管理する。通常、メンバーは自由に離席することが許されている。その他、毎回冒頭に、話したいことのみを話せばよいこと、ほかのメンバーの批判をしないこと、話された内容を集団外で漏らさないことなどのルールを確認する。

進行は、毎回テーマを決め、構造化して行う場合も、自由な話し合い

表4-4 集団精神療法の治療因子

- ・ほかのメンバーの回復が自己の将来への希望をもたらす。
- ・自己の体験が自分だけではないことの気づき（普遍的体験）。
- ・自分が受容される体験を通じて自己肯定感が増す。
- ・人のためになったと感じること（愛他的体験）で自尊心が回復する。
- ・役立つ情報を受け取ることで生活の選択肢が広がる。
- ・現実検討（自己確認、自己評価など）がつく。
- ・ほかのメンバーからの模倣・学習・修正を通じて生活技能等が改善する。
- ・自己の悩みを表現することでその改善につながる（カタルシス）。
- ・集団内での相互作用・凝集性の経験が対人関係の改善につながる。
- ・共通の成功経験などを通じて仲間意識を感じる（共有体験）。
- ・病気や苦しみなどの避けられなかった現実を受け入れる（実存的体験）。

出典：I. D. ヤーロム・S. ヴィノグラードフ、川室優訳「グループサイコセラピー——ヤーロムの集団精神療法の手引き」金剛出版、1991、より改変

を重視する場合もある。治療者が複数の場合、リーダー、コリーダーなどと役割を分担する。治療者は会を進行させ、沈黙や対立の場面、話題をそらすメンバーがいる場合など、必要に応じて介入する。コリーダーはリーダーとのバランスを図り、多面的な状況観察を行う。多くの場合、終了後、治療者とスタッフで振り返り（レビュー）を行う。

【3】精神障害リハビリテーションにおける集団精神療法

精神科病棟では入院患者に対し、小さなグループから病棟全員が参加する「患者会」のようなもので、目的に応じさまざまなグループが運営されている。このほか、専門療法としての集団精神療法は、専門家が治療者となって話し合いを行うもの以外に、メンバーが協力して即興劇を構成することにより、主役となるメンバーの1人が抱える問題を可視化させ、演技すなわち行動を通じて理解を共有し、解決法を見出そうとする心理劇（サイコドラマ）がある。

また、家族療法は、家族をシステムとみなし、家族内の問題を直接的な因果関係ではなく円環的な関係で捉え、介入する部分を探っていくもので、さまざまな技法が実践されている。

★心理劇

心理劇では、治療者が監督となり、シナリオをつくりながら、必要に応じて補助自分や守護天使などを動員し、主役が問題を洞察し、解決法のヒントを見出すように導く。

【4】集団精神療法の実施基準と診療報酬

入院集団精神療法は、精神科を標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師および1人以上の精神保健福祉士または公認心理師等により構成される2人以上の者が、十分な広さを有する当該医療機関内の一定の場所において、その場所を使用する時間帯をあらかじめ定め、1回に15人に限り、1日につき1時間以上実施した場合に入院後6か月を限度として、週2回まで算定できる。この場合、個々の患者について、精神科医師による治療計画が作成されていることが必要である。通院集団精神療法は、同様の内容で、1回に10人に限り、1日につき1時間以上実施した場合に、開始日から6か月を限度として週2回に限り算定することができる。

【5】集団精神療法と精神保健福祉士の業務

集団精神療法では、複数の専門職がチームとして関与することが多い。精神保健福祉士もそのチームの一員として、進行役や集団内のメンバーの力動に注意を向ける役割などを担い、個人の目標と集団の目標をともに掲げるように努める。