

認知行動療法

☞ 行動療法と行動理論 p.8, 認知療法と認知理論 p.12, 応用行動分析の基礎理論 p.16, アクセプト・タンス&コミットメント・セラピーの基礎理論 p.20, メタ認知療法の基礎理論 p.28

認知行動療法 (cognitive and behavioral therapies) とは、「行動科学と認知科学を臨床の諸問題へ応用したものと定義されます。複数の理論とそこから生まれた多数の技法を包含した広範な治療法として発展しています。(1) 問題を具体的な行動 (思考, 情緒, 運動すべてを含む精神活動) としてとらえ, どのような状況でどのような精神活動が生じるのかという行動分析をします。(2) 問題解決のための治療目標を具体的に明確にし, その変容をめざします。(3) 「行動」の変容のためには, どのような体験が必要であるかという考え方をします。(4) 観察可能あるいは定義可能なパラメータ (例えば, 点数化した不安の程度, ある行動の頻度や持続時間, 脈拍などの生理学的な測定) を用いて, 試行する治療の効果を検証することができます。(5) 問題や疾患に応じた治療プログラムが多くつくられており, それらの多くで治療効果が実証されています」と説明されている (日本認知・行動療法学会「認知行動療法とは?」)。この定義は現代的でかなり幅広いものであるが, それでも認知行動療法に関わるすべての人が合意できるものとはまでは言えない。日本認知・行動療法学会が2014年に法人化した際に, 「認知・行動療法」(behavioral and cognitive therapies) という名称を採用した背景には, 行動療法, 認知療法, その両者をミックスした療法 (cognitive behavioral therapy: 狭義の認知行動療法) のすべてを対象領域にするという意図があったが, 上記の定義には認知療法の十分な説明は含まれていない。なお, 本項「認知行動療法」は広義で用いられており, 学会名の「認知・行動療法」と同義であり, 2018年より改称した学会誌名である「認知行動療法研究」についても同じである。

●**行動療法と認知療法の発展** P. A. バッハと D. J. モラン (Bach & Moran, 訳2009) によれば, 認知行動療法の発展は, 1920年に報告された J. B. ワトソン (Watson) によるアルバート坊やの実験以来, 心理学の発展とともに生じた3つの波の広がりとお互いの重なりで理解できる。第一の波は, 系統的脱感作や拮抗条件づけのモデルのように, 1920年代以降に行動科学の伝統を臨床に応用したものであり, I. P. パブロフ (Pavlov) の研究に基づく生理的反応に関わるレスポネント条件づけモデルがその中心となった。そして, 検証可能な仮説に基づいてエクスポージャーなどの臨床技法が開発されたが, 社会的スキルなど社会的文脈における機能的な外顯的行動レパトリーの欠如という問題や言語と認知に関する問題は検討されなかった。次の流れには, 1950年代以降に発展した応用行動分析と認知療法が含まれ, S. C. ヘイズ (Hayes) はこの両者が第二の波を構成するとしたが, G. H. アイファート (Eifert) らは第二の波は認知革命を

指すとした。応用行動分析は B. F. スキナー (Skinner) の強化の原理の研究に基づくオペラント条件づけを応用したものであるが、1954年に「行動療法」という言葉を生んだとされる O. R. リンズレイ (Lindsley) らが、適切な随伴性操作によって統合失調症患者が機能的レパトリーを獲得できることを報告したことに始まった。そして、随意的行動が動因操作-弁別刺激-反応-結果刺激事象の4項随伴性で維持されるとする研究成果に基づいてさまざまな臨床技法が開発されていった。第二の波のもう一翼を成す認知療法では、1958年に A. エリス (Ellis) によって論理療法が、1963年に A. T. ベック (Beck) によって認知療法が提案されており、自分を取り巻く世界、将来、自己に対する歪んだ認知的解釈が、否定的な感情や機能的でない行動をもたらすとする認知モデルを共通の立場にしている。そして、反駁や体験的技法を用いた非合理的信念や認知の歪みの置き換え (認知再構成法) が臨床的な問題の改善をもたらすとし、1979年にうつ病に対する認知療法の詳細なマニュアルが出版され、ランダム化比較実験でも効果が実証されたことで広く実践されるようになった。しかし、認知療法の中でも、当初より行動活性化、エクスポージャー、スキル訓練など行動的技法は用いられており、その一方で行動療法の発展の中でも認知的変数を扱う必要性は広く認識されていたため、どちらの専門家も次第に両者をミックスした療法として認知行動療法という言葉を使うようになっていった。

●**認知行動療法のその後の展開** 認知行動療法の時代になって、行動の問題には「学習理論」に基づく行動的技法が、認知の問題には「情報処理論」に基づく認知的技法が折衷的に使われるようになり、幅広い臨床の問題に対応ができるようになったとされたが、そこには本質的な「歪み」が、もち込まれることになった (Ramnero & Torneke, 訳 2009)。その第一は、認知行動療法全般に統一的な基礎理論がないという問題であり、その背景には、認知療法の基盤とされた「情報処理論」が、素朴な認知媒介理論から導出された仮説構成体に依拠しており、認知心理学や認知科学による基礎研究や確立された科学的原理に基づいたものではなかったという事情がある。それに対して、行動療法は動物実験を含む基礎研究によって確立された学習理論に基づいており、この両者の間には統一的な基礎理論を構築する前提が成り立たないのである。第二に、認知行動療法を活用する場合には網羅的なケースの概念化が必要とされるが、上記の通り統一的な基礎理論が構築できないということは、どの時点でどのようなアセスメントをするか (行動と認知のどちらが主要な問題なのかをどう判断するか) の基準がないということであり、介入を進める上での効率が思いのほか悪い。第三に、認知行動療法では、うつ病に対する認知療法のように、医学モデルによる診断に基づいてマニュアルを作成し、それでランダム化比較実験を行い「エビデンスに基づく介入法」を特定してきたが、行動療法では行動の形態ではなく機能が重要であり、機

能分析（行動分析）がケースフォーミュレーションの中心である（そもそも診断横断的にアセスメントする）ことを考えれば、ここでも両者はちぐはぐな関係になる。そのような背景の中で、1990年代から第三の波に位置づけられる複数の介入方法が、行動療法、認知療法の両サイドから提案され、2000年代に入り広く使われるようになった。そこでの上記の問題点の乗り越え方は、第一に、行動療法、認知療法のそれぞれを発展させカバーできる範囲を広げる（両者を折衷する必要がなくなる）、第二に、情報処理理論で注意制御やメタ認知に関する認知心理学的な基礎研究に基づいて通常の認知の内容よりもプロセスに注目するようになった一方で、学習理論でも認知を言語行動とみなして本格的に取り扱うようになったことで、認知の内容よりも機能やプロセスに注目する、そしてマインドフルネスやアクセプタンスという体験との向き合い方を重視するという基礎理論上、臨床技法上の共通基盤を確立していくというものであった。

●**ケースフォーミュレーションの違い** 上記のような発展の経緯をたどった結果、現状で認知行動療法には、行動療法系、認知療法系、マインドフルネス系の三つのグループがあると考えると理解しやすい。認知行動療法は「行動科学と認知科学を臨床の諸問題へ応用したもの」なので、科学的であるということが大前提になる。科学的な心理療法にとって最も基本的な必要条件は、アセスメントの結果に基づいて介入を行うということなので、それぞれの方法のエッセンスを知るためにはケースフォーミュレーションの違いに注目するとよい。熊野ほか(2016)は、上記三つの立場を対比して理解できるように、それぞれに対応する三つの章を同じ構成で解説する「認知行動療法を使いこなす」という特集を組み、ケースフォーミュレーションについても取り上げた。行動療法系では、日常の困り事のエピソードを集める中から、訴えを行動としてとらえ、出来事のシーケンスとその影響関係を見ることで、4項随伴性から行動の維持要因を明らかにする問題のフォーミュレーション（機能分析）を行う。そしてその結果を、接触機会の少なかった遅延結果へと導くロード・マップとして、フォーミュレートされたゴール（目標）に向かうクライアントの行動を支援していく。認知療法系では、状況と個人が相互的・循環的に作用し合い、個人の中でも自動思考、気分・感情、身体反応、行動が相互に作用し合いながら、スキーマが自動思考に影響を及ぼすという基本モデルを提示し、認知モデルが「状況→認知→感情・身体・行動」という一方向的なものではないことが説明される。その上で、具体的な複数のエピソードから特徴的なパターンを抽出し、主訴が維持されている相互的・循環的な悪循環を言葉や図式でまとめ（問題同定）、どのように変化させていきたいかを達成可能な形で表現する（目標設定）。マインドフルネス系で、上記二つと異なるのは、あくまでも行動や認知の機能に関わる文脈の変化を目指すことである。例えば、マインドフルネス認知療法では、合理的に考え目標達成のために行動す

る「することモード」と、今の瞬間と接触し現実を感じ取る「あることモード」とを対比したアセスメントが行われ、アクセプタンス&コミットメント・セラピー（ACT）では、ネガティブな私的出来事の回避をよしとする文脈と、あるがままに体験する（アクセプタンス）文脈とを対比し、さらには自分が望む人生の方向性（価値）が明確・不明確な文脈を対比したアセスメントが行われる。

●**日本認知・行動療法学会の動向** 本学会は1975年に日本行動療法研究会として発足し、1976年より日本行動療法学会となり「行動療法研究」が発刊されたため、その動向は学会誌の内容によってうかがい知ることができる。そこで、学会誌に収録された全論文の題名のデータに対してテキストマイニングを行い、名詞2単語からなる文字列の内、頻度が多く臨床的な含意が明瞭な26種類の文字列について、20号ごとの年代別に5件以上出現したものを集計した。1～20号（1976～86年）では、登校拒否、神経性食欲不振症、自閉症など行動療法が適用され始めた疾患名と、オペラント技法、系統的脱感作、バイオフィードバックなど第一の波に属する研究や実践の報告が多い。21～40号（1986～95年）では、自閉症、精神遅滞などの疾患名とともに、不安反応、指標間の不一致といった認知変数を含めた研究論文も現れている。41～60号（1996～2005年）では、上記疾患名は見られなくなり、行動形成、生活技能訓練、社会的スキル訓練、認知行動療法といった語が増え、第二の波に徐々にウェイトが移ってきている。そして、61～80号（2006～13年）になると、社交不安障害、発達障害などの疾患名と、認知行動療法、社会的スキル訓練が大幅に増えるとともに、尺度作成、妥当性、信頼性といった尺度作成や効果研究の論文が増えたが、81～96号（2014～18年）では、やはり尺度作成や効果研究に関わる語は多いが、ACTの症例研究の特集号を反映したもの以外には、頻度の高い語は目立たなくなっている。以上より、本学会は、行動療法学会として、第一の波を扱う研究や実践からスタートしたが、1990年前後から認知変数に取り組み始め、2000年前後からは第二の波が大きく寄せてきた。そして、2000年代半ばから一気に認知行動療法の爛熟期に入り、社交不安障害や発達障害に関心が集まり、効果研究や尺度作成の論文も増えたが、法人化し認知・行動療法学会と改称した2014年以降は、ACTが注目を集めていること他には、若干多様性が失われているように感じられる。特に、認知療法関係の論文はほとんど認められず、2018年より学会誌の名称を変更したことも含めて、今後は認知療法や認知神経科学などの領域にも活動の場を広げていく必要があるだろう。 [熊野宏昭]

□さらに詳しく知るための文献

[1] 熊野宏昭 2012 新世代の認知行動療法 日本評論社。

[2] ベック, J. S. 伊藤絵美ほか訳 2015 認知行動療法実践ガイド—基礎から応用まで（第2版）星和書店。