

## 第102回日本精神神経学会総会

## シンポジウム

## アルコール依存症治療における認知行動療法の応用

宮川 朋大, 真栄 里仁, 米田 順一, 赤石 怜,  
横山 颯, 澤山 透\*, 樋口 進

(国立病院機構久里浜アルコール症センター, \*北里大学医学部精神科学)

アルコール依存症治療において従来の入院集団療法を発展させ、認知行動療法を導入した。約3か月の入院でおこなう認知行動療法(久里浜式CBT)と、断酒意欲はあるが失敗してしまう再入院者にCognitive-behavioral coping skills therapy (CST)を改変したものを、初回の短期入院者(非重症者)にCSTの短縮版を施行している。久里浜式CBTは8回のセッションからなり、前半を認知の変容を目的としたバランスシート法や認知再構成法などの認知的技法を導入し、後半は修正された認知を維持し、断酒のための行動をとっていくための行動的技法を取り入れた。再入院者用CSTは初回の導入個人セッションと9回の集団スキルトレーニングセッションからなる。久里浜式CBTの1年回復率(飲酒6日以内)は、1回目入院者で53%、2回目入院者で38%、3回以上入院者で13%であった。再入院者用CSTの2回目入院者の1年回復率(飲酒7日以内)は57%で、特に2回目入院者では良好な成績とみられた。久里浜式CBTとCSTを使い分けることで治療成績の向上が期待できる。

<索引用語：アルコール依存症，認知行動療法，Cognitive-behavioral coping skills therapy，集団精神療法，入院治療>

### 1. はじめに

アルコール依存症では様々な精神療法がおこなわれてきたが、有意に優れているといえる方法はなく、導入が比較的容易であることなどから集団精神療法と教育を主体とした久里浜方式が多くの入院施設でおこなわれてきた。しかし治療成績は断酒率3から4割と横ばいで推移しており、集団療法に適應できない症例も増え、治療システムの改良が必要となってきた。一方、欧米のメタ分析や、National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)がおこなった治療効果の大規模研究であるProject MATCHの結果では、12 step, Cognitive-behavioral coping skills therapy (CST), Motivational enhancement therapy (MET)の異なる3つの治療は有効であるが、治療法間に差はなく、様々な subgroup

に特異的関連もないという結果であった<sup>8)</sup>。しかし、重症のアルコール依存症では入院治療の成績がよく、軽症のアルコール依存症では外来治療と自助グループでよいという傾向があり、Cognitive behavioral therapy (CBT)はどちらかというとも重症者向きとされた<sup>9)</sup>。わが国では今のところ、欧米ほどにはAAが普及していない現状がある。そこでまず当院ではCBTを取り入れた新しい治療システムを作成して開始した<sup>9)</sup>。その後、再入院者にはスキルトレーニングがより重要と考え、CSTを取り入れたプログラムを作成した。当院でのCBT, CSTを中心に述べる。

### 2. アルコール依存症と認知行動療法

CSTを含むCBTは、アルコール依存症を社会学習理論 Social learning theory (SLT)から

表1 久里浜式8つのステージ

---

ステージ1:	アルコール依存症の認知行動療法について理解しましょう。
ステージ2:	今回の入院の原因となった自分の飲酒問題を整理してみましょう。
ステージ3:	飲酒に関連した問題があったにもかかわらず、なぜ、お酒を飲み続けたのかを考えてみましょう。
ステージ4:	あなたのお酒に対する考え方が、適切かどうかを検討してみましょう。
ステージ5:	断酒を継続するために、「断酒のための心構え」を作りましょう。
ステージ6:	さまざまな場面で再飲酒を防ぐ方法を考えましょう。
ステージ7:	断酒継続のために、具体的に実現可能な方法を考えましょう。
ステージ8:	ステージ1~7をまとめて、「退院論文」を発表しましょう。

---

とらえた治療である<sup>1)</sup>。SLTでは病的認知獲得に、観察学習・モデリング、自己効力期待、相互決定主義が作用すると考える。自己効力期待とは「自分がどれくらいの確率である行動をとることができる」という、個人の自信を高めて不安を減らす重要なもので、強化され定着しやすい。アルコール依存症者をSLTの観点から検討すると、アルコール依存症者の問題飲酒は環境の悪化をきたし、さらなる飲酒の原因となっていく悪循環（相互決定主義）はよくみられる。家族や仕事などで属する集団に飲酒量は影響されるため、アルコール依存症者の問題飲酒もモデリングが関与している<sup>10)</sup>。アルコールは自信を高め、自己効力期待を高める<sup>5)</sup>。このため、自信をもちたい、不安を減らしたいなどの理由で、飲酒を必要とするようになっていく。「アルコール依存症は、強化とモデリングを通して、アルコール摂取が嫌悪刺激に対して広く、一般的に優位な反応として獲得された人々である」ということである。そこで、治療にはアルコール以外の方法で自己効力期待や結果期待を高める技法が必要となる。

CBTには多くの種類があるが、Vellemanはアルコール依存症に対するCBTの技法を整理分類した<sup>3)</sup>。具体的な技法をいくつか挙げる。アル

コール依存症者にみとめる両価性は、「やめるために来ているのにやめることはできないと感じている」などの考えで、これを否定せず理解して、断酒の気持ちを強めるためにバランスシート法を用いる。アルコール問題の自覚を高めるためには、自己モニタリング、意識化技法がある。問題飲酒にいたる偏った認知を修正し、飲酒への認知を再構成するためには、矛盾追及や、対比法などで、間接的に認知の偏りに直面させ、不合理な信念を変容させる。断酒のための回避スキル、状況対処スキル獲得のために、ロールプレイ、SST、cue exposureなどを用いる。

### 3. 久里浜での認知行動療法の導入

久里浜アルコール症センターでは年齢、性、病期により、治療プログラムを分けている。このうち中年ARP、再飲酒予防トレーニング、短期治療で認知行動療法を実施している。

数あるCBT技法から、アルコール依存症治療に実際にどのような技法を用いるべきかと考えるうえで、禁煙の認知行動療法研究を参考にした<sup>7)</sup>。たばこをやめようと思っている群、やめはじめの群では自覚高揚、自己再評価などの認知的技法が有効で、やめ続けている群は代替条件付け、刺激統制など、行動的技法が有効であった。これをアルコールにおきかえ、久里浜式CBTでは8回のセッションの前半を認知の変容を目的としたバランスシート法、動機付けインタビュー法、認知再構成法、アルコール教育などの認知的技法を導入し、後半は修正された認知を維持し、断酒のための行動をとっていくための、状況対処スキルやソーシャルスキルの学習などの行動的技法取り入れた。

この久里浜式CBTは、2000年から中年男性の入院治療に導入した。動機付けのやや乏しい症例や、合併精神障害を有する症例にも適用できている。2003年からは、断酒意欲はあるが失敗してしまう再入院者にCSTを改変したものを実施している。2005年からは初回の短期入院者（非重症者）にCSTの短縮版を施行している。表1は

表2 アルコール依存症者にみとめやすい「酒に対する認知の偏り」8つのタイプ

1. 自分には飲酒問題がない。自分はアルコール依存症ではない（問題否認タイプ）。
2. 自分ならうまく飲める。今度こそうまく飲める（節酒派タイプ）。
3. 感情や行動は、酒でコントロールできる（逃避型飲酒タイプ）。
4. 〜だから飲んでしまった（言い訳・合理化タイプ）。
5. 酒が好きだから、飲む。飲んだっていい（感情論タイプ）。
6. どうせ断酒なんかできない（断酒あきらめタイプ）。
7. 酒をやめても、いいことはない。どうでもいい（なげやりタイプ）。
8. 自分1人で酒はやめられる。いつでも酒はやめられる（断酒簡単タイプ）。

中年 ARP での久里浜式 CBT の内容である。

#### 4. 久里浜式 CBT の詳細

ステージ1では依存症を認知の偏りの観点からとらえ、その修正によって断酒につながることを説明する。アルコール依存症者の認知の偏りを、アルコール依存症者の否認スケールなどをもとに8つのタイプに分け説明する（表2）。否認を有するアルコール依存症者も、適正飲酒者にはないこのような認知が、1つないし複数存在することを認めることが多く、CBTへの動機付けとしている。ステージ2では周囲がアルコール問題に先に気づき、本人は否認するという病気の特徴について自覚を促す。様々な角度から飲酒問題を考え、問題の広さ、大きさに気づいてもらう。ステージ3では認知の偏りを同定する。いきなり間違いを指摘するのではなく、ステージ2であげた問題を自覚していたのか、対処したのか、結果はどうなったのかと、その矛盾に間接的に直面するよう導く。そして、それには先にあげた認知の偏りが関わっていることを気づかせる。ステージ4はステージ3で感じた自らの矛盾についてより具体的に、いかに損失が大きいのかをバランスシート法などを用いて検討する。酒に対する間違っただけの考えがあり、悪い結果が切迫しているのに、よい面に対す

る期待が強く飲酒が続いたという、偏った認知が問題であるとの気づきを促す。ステージ5は、酒につながる状況や認知を意識化させた後、それに代わる、それらを否定できる新しい断酒のための認知をうちたてる。つまり認知の再構成で、それが心構え、スローガンとなる。ステージ6,7はスキルトレーニングを中心としている。ステージ6の1項目には酒の断り方があり、これは心構えがよく表れ、CSTにも取り入れられており、重要である。怒り、ストレスなどへの対処も考える。他に、断酒しているのに飲酒を疑われた場合など、様々な危険に対処する心構えを作っておく。ステージ7では3本柱の正しい認識をやはりバランスシート法を用いて深め、また、1杯から自暴自棄を起こして大量飲酒になる破禁自棄効果を抑制することを学ぶ。再飲酒しても単回で止まる場合があるが、連続飲酒につながる場合の多くは破禁自棄効果が介在しているといわれている<sup>6)</sup>。ステージ8はまとめである。

2001年から2002年にかけて175名を対象にした1年予後調査は、1年に飲酒6日以内で3日以上連続飲酒のない準断酒者と、断酒者を合わせた回復率は、1回目入院者で53%、2回目入院者で38%、3回以上入院者で13%であった。全体では断酒率34%、回復率41%であった。1回目入院者では良好な結果といえるが、複数回入院者では初回に比べると効果が乏しいといえる。

#### 5. 久里浜アルコール症センターにおけるCST

次に再飲酒予防トレーニングと短期治療でとりいれているCSTの概略について説明する（図1）。NIAAAのCSTを参考に作成してある<sup>7)</sup>。

再飲酒予防トレーニングでは複数回入院者を対象としている。初回60分の導入個人セッションによって、治療契約とCSTの意味について説明する。集団セッションは9つあり、常に循環していて、患者は逐次参加開始して、9つのセッションを終えると終了する。各セッションは技術ガイドラインをホワイトボードに書き、患者にノートに書き写してもらい、次にこのセッションがなぜ

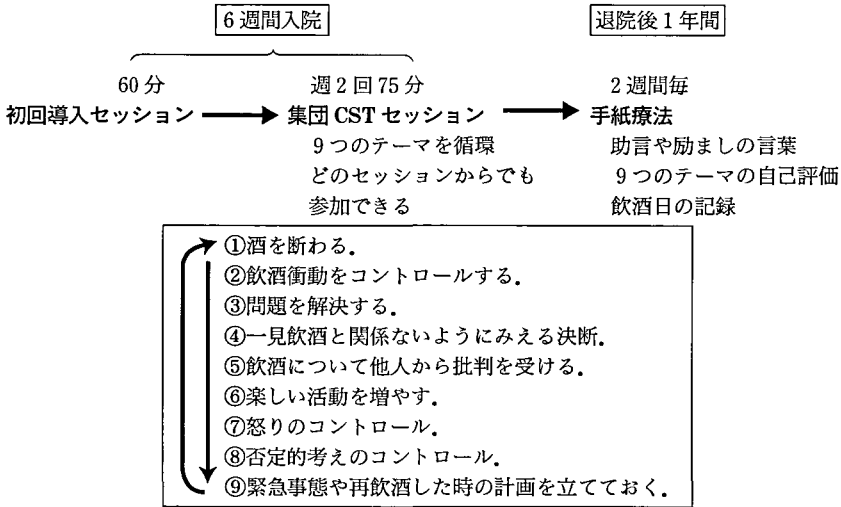


図1 再飲酒予防トレーニング (CST) の概要

**セッション：酒を断る**

酒を断りにくかった場面を思い出してもらい、様々な状況を想定してロールプレイを行います。すばやく効果的に断わるための方法について話し合います。

**技術ガイドライン**

1. はっきりと、迷わずに、しっかりと声で、酒を断る。
2. 断った後で、話題を変える。
3. 他の提案、活動や飲み物。
4. しつこければ、酒の誘いをしないでほしいと頼む。
5. いいわけ、あいまいな返事をしない。最後の手段。

図2 セッションの例

断酒に有効なのかを簡潔に説明し、その後でテーマに関連した各人の体験を話してもらい、集団で検討をおこなう。各セッション終了時に対処技術の要点と、実践練習の宿題を記した用紙を渡し、次のセッションの始めに宿題を発表してもらう。図2は、集団セッションの例で、「酒を断る」である。退院後は1年間、2週間毎に手紙を送り、激励や助言の1文、飲酒した日、9つのセッションで実際に役立ったと感じたテーマを記入してもらう。これにより治療を想起してスキルの定着をはかれる。

手紙を介しておこなった調査では2回目入院者

の1年回復率は57%、3回目以上では19%で、特に2回目入院者では良好な成績とみられる(ただしこの回復率は1年に飲酒7日以内)。ARPの1年予後では2回目入院の回復率38%、3回目以上は13%なので、複数回入院者には一般的にCSTの方が有効と言えるかもしれない。動機付けの乏しい初回入院者にはARPを、複数回入院者にはCSTをおこなう組合せで治療成績の向上が期待できる。

## 6. まとめ

従来の集団精神療法を中心としたアルコール依存症入院治療は有効であるが、問題点も目立ってきた。認知行動療法は患者の個性に対応でき、動機付けの乏しい患者も取り組みやすいなどの利点がある。本来個人セッションだが、久里浜式CBTでは小集団のセッションとして効率を高めた。一方で複数回入院者にはCSTを一部改変したものを実施している。初回入院者には認知の変容にも重点をおいた久里浜式CBT、再入院者にはスキルトレーニング中心のCSTを使い分けることで治療成績の向上が期待できる。今後、治療期間の短縮化や、外来での効率的CBT導入も検討していくべきであろう。精神療法だけでは限界

があるのは事実なので、抗酒剤はもちろん、今後導入が期待されるアカンプロセートとの組み合わせを検討していく必要がある。断酒維持にはこれまで通り自助グループが重要なのはいうまでもない。

#### 文 献

- 1) Bandura, A.: Social Learning Theory. Prentice-Hall, New Jersey, 1977
  - 2) Berglund, M., Thelander, S., Salaspuro, M., et al: Treatment of Alcohol Abuse: An Evidence-Based Review. *Alcohol Clin Exp Res*, 27; 1645-1656, 2003
  - 3) Dryden, W., Rentoul, R.: Adult Clinical Problems: A cognitive behavioral approach. Routledge, London, 1991
  - 4) Kadden, R., Carroll, K., Donovan, D., et al: Cognitive-behavioral Coping Skills Therapy Manual. A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence. NIAAA Project MATCH Monograph Series Vol.3. NIAAA, Maryland, 1995
  - 5) Marlatt, G.A.: Alcohol, stress, and cognitive control. *Stress and Anxiety Vol.3* (ed. by Sarason, I., Spielberger, C.). Hemisphere, Washington D.C., 1976
  - 6) Marlatt, G.A.: Cognitive factors in the relapse process. *Relapse Prevention* (ed. by Marlatt, G.A., Gordon, J.). Guilford Press, New York, 1985
  - 7) Prochaska, J., DiClement, C.: Stages and processes of selfchange of smoking: toward an integrative model of change. *J Consul Clin Psychology*, 51; 390-395, 1983
  - 8) Project MATCH Research Group Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. Project MATCH Research Group. *J Stud Alcohol*, 59; 631-639, 1998
  - 9) 澤山 透, 米田順一, 白川教人ほか: 認知行動療法を中心としたアルコール依存症の新入院治療プログラム. *精神経誌*, 106; 161-174, 2004
  - 10) Sobell, M., Sobell, L.: Behavioral Treatment of Alcohol Problems: Individualized Therapy and Controlled Drinking. Plenum, New York, 1978
-