

## 特集 不安障害の病態・診断・治療の最前線

## 不安障害に対する認知行動療法

坂野 雄二

不安の問題の改善を考えるときには、不安という心理学的現象がもつ特徴を考慮する必要がある。不安は一般的に認められる情緒であり、病的な不安が改善した後も一過性の強い不安の問題を抱える場合も少なくない。したがって、不安障害の改善は、単に病的な不安の改善のみならず、その後の不安のマネジメントをどのように行うかが肝要であり、不安のマネジメントスキルの獲得を治療の中で図ることが大切である。こうした点を考えると、不安障害の治療にあたっては、不安のセルフコントロールの指導まで含めた精神療法の活用が期待されるが、これまでの不安障害に対する精神療法の効果をみた研究を展望すると、強度の不安の改善のみならず予後の不安管理までをねらいとした認知行動療法の有効性を示す成果が多い。本論では、認知行動療法では不安をどのように理解するのか、その基本的仮説について理論的に考察した後、パニック障害、強迫性障害、社交不安障害、外傷後ストレス障害、全般性不安障害、特定の恐怖症に対する認知行動療法についてその動向と効果を展望するとともに、わが国において認知行動療法を一層普及促進するための課題が議論された。

＜索引用語：不安，不安障害，認知行動療法，実証に基づく精神療法，エクスポージャー＞

## I. 不安障害の認知行動的理解

認知行動療法 (cognitive behavior therapy: CBT) とは、心理学の理論である認知行動理論に基づいて、非適応的な振る舞いや考え方を合理的に修正し、セルフコントロールを体系的に学ぶとともに、患者が自立した生活を送ることができるよう援助する心理学的治療法である<sup>21)</sup>。1950年代に始まる行動療法に代表される行動的アプローチと1960年代に始まる認知療法、論理療法を代表とする認知的アプローチが1970年代に融合し、統合されて生まれた新しい精神療法であり、現在に至って、世界の精神療法のグローバルスタンダードとなっている<sup>21)</sup>。CBTはその基本的発想を古典的な精神力動モデルから bio-psycho-social モデルへと転換している。行動理論の発展とともに、CBTは、条件づけ理論、行動分析理論、情動の処理理論、モデリングの理論、記憶の

ネットワーク理論、心理学的ストレス理論といった共通した基礎的な理論基盤をもつとともに、パニック障害の認知行動モデル、社交不安障害の認知行動モデル、慢性疼痛の認知モデルといった個別の疾患モデルを発展させてきた<sup>2)</sup>。また、治療の目的は、単に患者が当面の問題を解決して症状から解放されることをねらうだけではなく、症状のセルフコントロールを目指すことによって患者のQOLの改善と再発予防をねらうというところに力点がおかれる。さらに、CBTは、患者が自らの問題を適切に理解するところから始まり、case formulation (症状の形成、維持、消去に関連する諸要因の関連性を明確にして治療方針を立てるプロセス) を経た結果として治療計画を合理的に立て、介入を行って治療評価に至るまでの一連の作業であると理解することができる。基本的には実証に基づく精神療法の発想をとり、実証的

に確立された治療法や基本となる治療モジュールを患者の症状に適合させて治療を行っていく (tailor-made) という発想をとる<sup>21)</sup>。

さて、認知行動療法では不安をどのように理解するのだろうか、そこには、以下のような基本的仮説がある。

①不安は個体の生存のために必要な基本情動であり、本来適応的である。しかし、実際に危険がないときに感じる不安は不適応的である<sup>2,23)</sup>。

現実には危険が差し迫っているとき、不安がなければ個人は生存することができない。一方で、実際に危険がないときに強度の強すぎる不安は不必要に反応を抑制し、結果として生活を妨害する。強くなりすぎた不安が元に戻ることがなければ生活は妨害され続け、QOL は低下する。しかし、強すぎる状態になる前に適度な状態に戻ることができるならば、あるいは、強すぎたときにはそれを弱くすることができることで生活に支障をきたすことは少なくなる。CBT による治療では、不安をいかにコントロールし、不安といかに上手に付き合うことができるかの学習が促進されるよう働きかけが行われる。

②不安障害では「誤った警報」に対する過度の防御反応が学習されている。

図1は、パニック障害の認知行動モデルを示したものである。何らかの外的、内的刺激に対して脅威を感じると不安が発生する。生じた不安によって心悸亢進といった様々な身体反応が生じると、患者は身体感覚の変化に気づく。身体感覚への気づきは、「最悪が訪れる、死ぬかもしれない」といった破局的解釈を引き起こし、それが知覚された脅威をさらに増強することになり、不安を増強する。こうした悪循環が起きているとき、患者はふとした一過性の鼓動の変化や、呼吸の乱れ、めまいといった些細な変化を「最悪をもたらすパニック発作の前兆」とであると解釈し、身体を防御すべくアラームシステムを発動することになる。

③不安症状には生理的、認知的、行動的コンポーネントがあり、回避行動が生活を妨害している。

不安反応には生理的、認知的、行動的という3

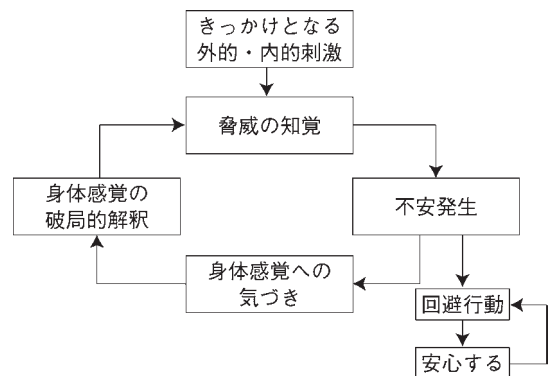


図1 パニック障害の認知行動モデル

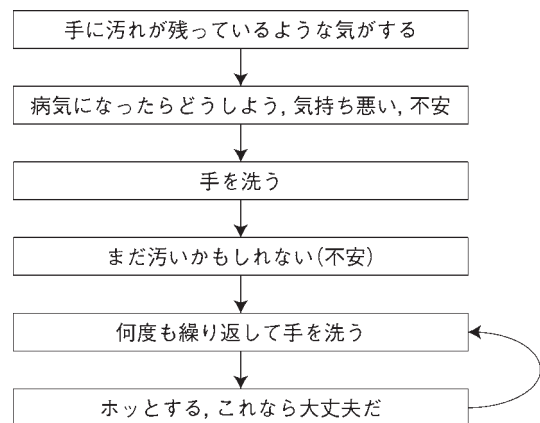


図2 強迫性障害 (強迫行為) の維持モデル

つの反応成分があり、それらがシンクロナイズしながら不安反応を形成している<sup>18)</sup>。これら3つの反応成分の中、行動的な変化のもっとも顕著なものが不安誘発刺激、ないし不安生起場面からの回避行動であり、回避行動はオペラント条件づけの回避学習のパラダイムにしたがって維持されている。回避行動は患者に不安減少をもたらす安全確保行動 (safety behavior) であるが、不安減少は一過性のものであり、それがしばしば生活を妨害する悪習慣となっている。図2は強迫性障害の強迫行為の維持メカニズムを簡略に図示したものであるが、広場恐怖ほか、多くの不安障害における回避行動も同様の仕組みによって維持されている。

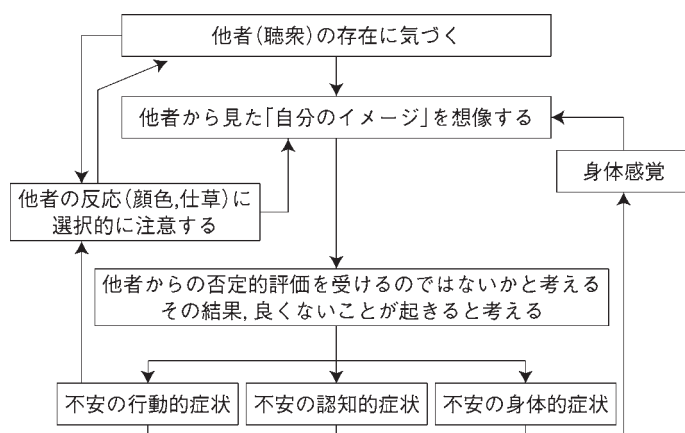


図3 社交不安障害の認知行動モデル

と考えられる。

④患者は、刺激に反応するのではなく、刺激の主観的解釈に反応している。

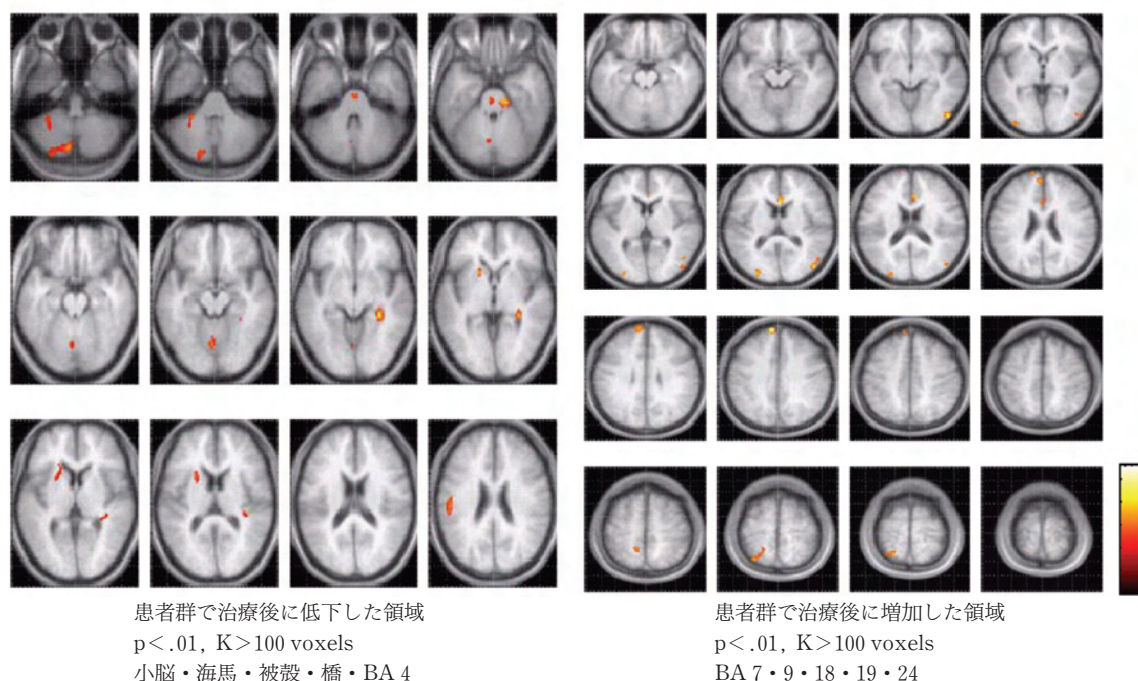
われわれが日常の出来事を認知するときには、個人に一貫して見られる考え方の特徴が影響している。パニック障害患者の身体感覚への気づきは「最悪が訪れる」という破局的解釈を引き起こし、それが不安の増強をもたらすという悪循環を引き起こしているという点を示した図1でも明らかに、患者は刺激に直接反応するのではなく、患者なりに主観的に解釈した結果に対して反応している。つまり、不安の生起には患者の解釈や考え方という何らかの認知システムが影響していることがわかる。患者が行う刺激の主観的解釈は、自動思考によって引き起こされ、自動思考はスキーマによって活性化される<sup>2,8,10)</sup>。不安の問題を抱える人には、「この世の中は危険だらけで、自分はそうした出来事に対処できない」といった考え方の枠組み(スキーマ)が認められることが多い。また、不安障害患者は、ネガティブな知識をたくさん持ち、危険に関連すると患者が判断した刺激に対しては「選択的注意」が生じる。不安に関連する身体反応の気づきに対する閾値が変化し、わずかな変化に対して敏感になるとともに、不安を引き起こしている、あるいは不安に関連し

ていると患者が判断する刺激に対して過度の注目(選択的注意)を向けるようになり、不安に関連する事象を頭の中で繰り返して考える現象(反すう)が認められる。脅威や危険に関連する刺激のみが情報処理されることになるが、そのときの情報処理の仕方には、二者択一的思考や過度の一般化、選択的抽象化、「すべし思考」といった誤った情報処理過程が認められる<sup>2)</sup>。また、普段ならば強い恐怖を引き起こさない刺激や自分自身の変化が、「それは強い恐怖を引き起こすものだ」と認知され記憶されたときには、病理的な恐怖が生じることになる(恐怖記憶のネットワーク)。

図3は社交不安障害の認知行動モデルを示したものであるが、このモデルの中には、選択的注意から認知的判断を経て不安が発生する状況が示されている。社交不安障害患者は人前で相手を見ていなかったり、ただ下を見るだけで相手を見ることなく話をしているかのように感じるが、実は相手のしぐさや表情の変化に非常に敏感で、相手をよく見ていることがわかる<sup>14,15)</sup>。

⑤大脳辺縁系の活性化など、生理学的基盤を考える。

CBTの基礎理論は心理学の理論であるが、神経生理学的モデルとも齟齬をきたすものではない。図4は、エクスポージャー、リラクセーション、

図4 パニック障害に対する CBT による糖代謝の変化<sup>9)</sup>

認知の修正, 選択的注意の修正, 呼吸訓練, 自己強化法などから構成される, 筆者が作成した 10 セッションからなる CBT プログラム (薬物療法は実施せず) をパニック障害患者に実施したときの, 治療前後の糖代謝の変化を見たものである<sup>20)</sup>. CBT による治療の後, 海馬, 橋, 小脳での代謝の低下, および内側前頭前野, 前帯状回吻側での代謝亢進が認められ, 回避行動は海馬レベルで学習されていた恐怖反応の解条件づけと, 扁桃核を抑制している前頭葉機能を強化することによる認知機能の修正の結果生じると考えられた. なお, 患者群では治療前に, 扁桃体領域に加え, 海馬, 視床, 延髄などのいわゆる「恐怖ネットワーク」と呼ばれる部位に代謝亢進部位を認め, パニック神経回路の少なくとも扁桃核と入力側の過敏性の存在が示唆されていた. このように, CBT は心理学的治療法であるが, 神経生理学的裏づけのある治療法であると言える.

## II. 不安障害に対する認知行動療法の現状

CBT は今や, 世界の精神療法の中心的存在となるに至っている. 治療効果研究に裏づけられた実証に基づく精神療法の代表として挙げられ, 多くの治療ガイドラインで上位に推奨される治療となっている. 例えば, アメリカ心理学会第 12 部会が公表した「十分に確立された治療法」のリストでは, うつ病やパニック障害, 強迫性障害, 社交不安障害といった精神疾患, 頭痛や過敏性大腸症候群, 慢性疼痛といったいわゆる心身症, 発達障害など 18 の問題に対して, 認知行動療法が含まれている<sup>6)</sup>. また, 児童思春期を対象とした精神療法の効果に関しても, 不安, 強迫性障害, 恐怖症, 抑うつ, 怒りと攻撃行動, 摂食障害, 痛み, ストレス, 対人関係, 不登校, ADHD, チック, 遺尿・遺糞, 自閉性障害など, 多様な対象に対して, 認知行動療法は「十分に確立された治療法」, ないし「おそらく効果のある治療法」としてその適用が推奨されている<sup>19)</sup>. さらに, biology や



pharmacology との連携の結果、医学的治療法、薬物療法との併用療法として活用されることも増えてきた。単に治療室にとどまるのではなく IT 技術を活用して community に飛び出すとともに、治療という観点のみならず、予防という観点からさまざまな工夫がなされてくるようになってきている<sup>22)</sup>。

そうした動向の中、多様な不安障害に対する有効な治療法として CBT が推奨されるようになってきた。

パニック障害に対する治療法としては、生物学的基盤への働きかけを行うことによってパニック発作を緩和するとともに、二次的、あるいは併存する症状としての抑うつ反応の緩和をねらった薬物療法と、予期不安・広場恐怖の改善をねらった治療として CBT を併用することが望ましいと指摘されている<sup>1,17)</sup>。また、強迫性障害に対する治療法の選択ガイドラインでは、Y-BOCS の得点に基づく判断で、軽症例では、成人期、青年期、児童期において CBT が治療法の第一選択肢として指摘され、また、中等度および重度で専門的な援助を必要とするほど生活機能上の障害がある症例では、成人期と青年期には認知行動療法とセロトニン再取り込み阻害剤の併用が、児童期には CBT が第一選択肢として推奨されている<sup>9)</sup>。

社交不安障害に対する治療法では、エクスポージャー、応用リラクセーション、SST、不安管理訓練、認知療法という、行動的要因と認知的要因の両者を含む治療パッケージが有効であると言われている<sup>11)</sup>。さらに、PTSD に対する治療法では、治療効果研究の結果、長時間エクスポージャー、認知療法、ストレス免疫訓練、EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) が有効であると言われている<sup>12)</sup>。また、全般性不安障害に対する治療法の中で無作為比較試験によって長期予後を含め効果的であると指摘されている治療法は、認知療法、リラクセーション法、不安管理訓練であると指摘されている<sup>4)</sup>。

なお、各不安障害に対する CBT を構成する治療要素をまとめたものが表 1 である。

表 1 不安障害に対する CBT の構成要素

| 対 象          | CBT の構成要素                                                      |
|--------------|----------------------------------------------------------------|
| パニック障害       | エクスポージャー、内部感覚エクスポージャー、リラクセーション、認知の修正、選択的注意の修正、呼吸訓練             |
| 社交不安障害       | 心理教育、エクスポージャー、認知療法、ロールプレイング、ビデオフィードバック、セルフ・モニタリング、リラクセーション、SST |
| 強迫性障害        | 心理教育、曝露反応妨害法、認知療法                                              |
| PTSD         | 認知行動的心理教育、リラクセーション、長時間エクスポージャー、認知療法、不安管理訓練、ストレス免疫訓練            |
| 全般性不安障害      | 心理教育、セルフ・モニタリング、認知療法 (過剰な心配の修正)、不安管理訓練、リラクセーション、エクスポージャー       |
| 特定の恐怖症       | エクスポージャー                                                       |
| 注射・血液タイプの恐怖症 | エクスポージャーと応用緊張法の併用                                              |

ところで、不安障害に対する精神療法として推奨される CBT であるが、その長所としては、①身体的副作用がない、②患者による症状の controllability が高く、治療に対する動機づけが得やすい、③再発率が低い、④患者の QOL の向上が容易である、⑤マニュアル化が進み、ある程度標準化された治療が可能である、⑥ Self-help も可能であり、Self-help Book やコンピュータプログラムを用いるなど、患者が自ら行うこともできる、⑦治療者にとっては、技法の習得が容易である、といった点を指摘することができる。

一方、短所としては、①現在のわが国の医療現場の実情を考えると、治療者が 1 人の患者に割く時間には限りがあり、費用対効果という点から適用が見送られることがある、② CBT で用いられる技法の中には患者に不安を喚起させる手順が含まれ (例：エクスポージャー)、導入が不適切で

あったときには患者に余計な不安が喚起され、それがドロップアウトを引き起こすことになりかねない、③治療経過の中でホームワークを課すことが多く、患者が負担を感じることもある、といった点を指摘することができる。その他、わが国では依然として CBT を適切に実施することのできる治療者が少なく、患者からの accessibility が小さいという点もわが国の CBT が抱える短所と言えるかもしれない。

### Ⅲ. わが国における認知行動療法の課題

さて、わが国において CBT を不安障害に対して適応し、その普及を考えたときには、以下のような課題があると考えられる。

#### 1. 治療マニュアルの開発と普及

上に述べたように、CBT にはいくつかの長所があるが、わが国ではまだその長所を十分に活かしていないところがある。CBT はマニュアル化が容易であるものの、さまざまなわが国の医療事情の中で利用可能なマニュアルの開発・普及は十分ではない。平成 22 年には CBT の一部診療報酬が認められ、マニュアルが公開されたが、それは入院以外のうつ病などの気分障害患者を対象としたものに限られている<sup>16)</sup>。不安障害の CBT 治療マニュアルは海外ではすでに開発され活用されているが<sup>2)</sup>、そうした治療マニュアルの開発とその信頼性と妥当性の検証、そしてその一般的な提供は急務である。しかも、不安障害患者の少なくとも 50 % は、診断の際に 2 つ以上の診断名がつけられているとの指摘があることを考えると<sup>3)</sup>、並存症への対応を同時に考慮した治療マニュアルを開発しなければならない。

#### 2. Self-help の機会提供

CBT は self-help が可能であり、海外では信頼性のある Self-help Book が公開されているが<sup>5)</sup>、わが国で利用可能なものはない。self-help に供することのできる材料を作成・普及することも必要である。

#### 3. 児童思春期の不安障害への対応

児童青年期の不安障害への対応も大きな課題である。約 10 % の児童が不安の問題を抱えており、不登校の児童では、不安・抑うつに関連する精神疾患の有病率が 30～50 % と高い、また、児童期では異なる不安障害の併存率が 58 % と高いと指摘されていることを考えると、不登校や引きこもりといった児童青年期の不適応問題の中に、不安障害が隠れている可能性は高い<sup>7)</sup>。児童青年期の不安障害は、発達の過程で高まる一過性の不安の範囲を超えて強い苦痛や生活上の支障をもたらすものであり、発症年齢が若いことから、早期介入は非常に重要である。わが国でも児童期の不安障害に対する CBT の効果を立証した研究成果が増えてきているが<sup>13)</sup>、今後一層の発展が期待される。

#### 4. 治療者の教育・育成

CBT には、その技法の習得が容易であるという長所がある。しかしながら、わが国では CBT を適切に行うことのできる治療者は少ない。治療者を積極的に育成し、トレーニングすることのできる機会を組織的に提供する体制を整える必要がある。

また、CBT を実施しようとする、1 回の治療セッションに必要とされる時間が長く、わが国の医療現場では十分な時間を 1 人の患者に割くことが難しいという実情もある。したがって、チーム医療の中で CBT に通じたコメディカルスタッフを積極的に登用することも考えなければならない。

#### 5. わが国におけるエビデンスの蓄積と診療報酬化の促進

上に述べたように、平成 22 年には入院以外のうつ病などの気分障害に対して CBT の診療報酬が認められた。しかしながら、不安障害に対する CBT の有効性を考え、患者に対してより効果的な治療機会を提供することによって患者の様々な負担を軽減するとともに、サービス提供者側の費用対効果という点を考えると、不安障害に対する CBT の診療報酬化を促進することは急務である。

また、そのためにも、不安障害に対する CBT の効果を裏づけるエビデンスを多施設共同研究などによって組織的に蓄積していかなければならない。

## 文 献

- 1) American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder. APA, Washington, D.C., 1998
- 2) Beck, A. T., Emery, G., Greenberg, R. L.: Anxiety Disorders and Phobias. Basic Books, New York, 1985
- 3) Brown, T. A., Barlow, D. H.: Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *J Consult Clin Psychol*, 60; 835-844, 1992
- 4) Brown, T. A., O'Leary, T. A., Barlow, D. H.: Generalized anxiety disorder. *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (ed. by Barlow, D. H.). Guilford, New York, p. 137-188, 1993
- 5) Clark, D. A., Beck, A. T.: The Anxiety and Worry Workbook: The Cognitive Behavioral Solution. Guilford, New York, 2012
- 6) Crits-Christoph, P., Frank, E., Chambless, D. L., et al.: Training in empirically validated treatments: What are clinical psychology students learning? *Professional Psychol Res Practice*, 26; 514-522, 1995
- 7) Essau, C.A., Conradt, J., Petermann, F.: Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in adolescents, *J Anxiety Dis*, 14; 263-279, 2000
- 8) Foa, E. B., Kozak, M. J.: Emotional processing of fear: Exposure of corrective information. *Psychol Bull*, 99; 20-35, 1986
- 9) Frances, A., Docherty, J. P., Kahn, D. A.: Treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiat*, 58; Supplement 4, 1997
- 10) Freeman, A., Simon, K. M.: Cognitive Therapy of Anxiety. *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy* (ed. by Freeman, S., Simon, K. M., et al.). Plenum, New York, p. 347-365, 1989
- 11) Heimberg, R. G., Juster, H. R.: Cognitive-behavioral treatments: literature review. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment* (ed. by Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., et al.). Guilford, New York, p. 261-309, 1995
- 12) 市井雅哉：外傷後ストレス障害，不安障害の臨床心理学（坂野雄二，丹野義彦ほか編）。東京大学出版会，東京，p.75-101, 2006
- 13) Ishikawa, S., Motomura, N., Kawabata, Y., et al.: Cognitive behavioural therapy for Japanese children and adolescents with anxiety disorders: A pilot study. *Behav Cogn Psychother*, 40; 271-285, 2012
- 14) Kanai, Y., Sasagawa, S., Chen, J., et al.: Interpretation bias for ambiguous social behavior among individuals with high and low levels of social anxiety. *Cog Ther Res*, 34; 229-240, 2010
- 15) Kanai, Y., Sasagawa, S., Chen, J., et al.: The effects of video and nonnegative social feedback on distorted appraisals of bodily sensations and social anxiety. *Psychol Rep*, 109; 411-427, 2011
- 16) 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」うつ病の認知療法・認知行動療法 治療者用マニュアル (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/01.pdf>)
- 17) 熊野宏昭（編）：パニック障害ハンドブック：治療ガイドラインと診療の実践。医学書院，東京，2008
- 18) Lang, P. J., Melamed, B. G., Hart, J. A.: A psychophysiological analysis of fear modification using an automated desensitization procedure. *J Abnorm Psychol*, 88; 611-619, 1970
- 19) Ollendick, T.H., King, N.J.: Empirically supported treatment for children and adolescents. *Child and Adolescent Therapy: Cognitive-behavioral Procedures* (ed. by Kendall, P.). Guilford, New York, p. 386-425, 2000
- 20) Sakai, Y., Kumano, H., Nishikawa, M., et al.: Changes in cerebral glucose utilization in patients with panic disorder treated with cognitive-behavioral therapy. *Neuroimage*, 33; 218-226, 2006
- 21) 坂野雄二：認知行動療法の基礎。金剛出版，2011
- 22) 内山喜久雄，坂野雄二（編）：認知行動療法の技法と臨床。日本評論社，東京，2009
- 23) Wells, A.: Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. Wiley, New York, 1997

## Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorders

Yuji SAKANO

*School of Psychological Sciences, Health Sciences University of Hokkaido*

It is necessary to take the psychological characteristics of anxiety into account when we consider the improvement of anxiety. Anxiety is generally observed basic emotion in human and never extinguishable. Therefore, it is important for patients with anxiety disorders to learn how to manage their daily anxious responses, even after their pathological anxiety is successfully treated and improved. Considering these points, comprehensive psychological treatment, including not only effective intervention to pathological anxiety but also anxiety management program, is needed in treating anxiety disorders effectively. Reviewing previous studies on effectiveness of psychotherapy for anxiety disorders shows that the cognitive behavior therapy is the most effective intervention in terms of extinction of pathological anxiety, prolonged effectiveness of the treatment, prognosis, prevention of recurrence, and improvement of patients' quality of life.

In this article, firstly, basic conceptualization and case formulation of anxiety disorders are discussed theoretically. Secondly, effectiveness of cognitive behavior therapy for anxiety disorders, including panic disorder, obsessive compulsive disorder, social anxiety disorder, post-traumatic stress disorder, general anxiety disorder, and specific phobia, is reviewed. And finally, challenges of cognitive behavior therapy are discussed in terms of further development and dissemination of cognitive behavior therapy in Japan.

<Author's abstract>

<**Key words** : anxiety, anxiety disorder, cognitive behavior therapy, evidence-based psychotherapy, exposure>

---