

## 4

## 認知行動療法による治療介入

Treatment intervention with the cognitive behavioral therapy



久里浜医療センター  
精神科

中山 秀紀

Hideki Nakayama

## Summary

アルコール依存症の代表的な断酒維持療法には、心理・精神療法や薬物療法、自助グループへの参加などがあげられる。心理・精神療法の一つである認知行動療法（CBT）はアルコール依存症の断酒継続治療にも応用されている。認知行動療法はアルコール依存症者特有の、飲酒に対する認知の偏りや、飲酒につながりやすい行動の修正を目標とする。本稿では、久里浜医療センターで行われている認知行動療法（GTMACK）を紹介する。内科などアルコール専門医療機関以外において認知行動療法の全般を行うことは困難と思われるが、問題飲酒の継続やアルコール専門医療機関への受診を妨げている一因である飲酒への認知の偏りの、検証・修正に有用なセッションもあるので、参考にしていただければ幸いである。



## Key Words

アルコール依存症, 認知行動療法, 簡易介入

### はじめに

久里浜医療センターでは1963年よりアルコール専門病棟が開設された。「久里浜方式」と言われ、従来の閉鎖病棟中心の治療と全く異なったものであった。具体的には「3ヵ月（の入院期間）」「開放処遇（での入院）」「（患者）自治会」「行軍」というキーワードに代表される入院アルコールリハビリテーションプログラム（alcohol rehabilitation program；ARP）を行っていた。しかし①画一的でなかば強制的な治療プログラム、②患者達の多様化した価値観、ニーズおよび患者背景に十分対応できない、③退院後の治療転帰が十分によいとは言えないなどの問題点が指摘され<sup>1) 2)</sup>、ほかにも患者の身体合併症の深刻化、高齢化などの要因もあり修正が期待された。そこで2000年3月よりアルコール依存症の認知行動

療法（cognitive behavioral therapy；CBT）を導入し、小集団治療を中心としたプログラムに修正した。

以前の認知行動療法の患者評価では、88%が肯定的にとらえており概ね良好であった<sup>3)</sup>が、導入から約10年余り経過したことから、改訂のための多職種（医師、看護師、ケースワーカー、臨床心理士、作業療法士など）からなる検討委員会を立ちあげた。そこで従来の認知行動療法の検証を行い、動機づけ面接法、対処スキルトレーニング法、変化のステージモデル、マトリックスモデル、パラダイム発展モデルなど、他の治療モデルなども参考にして、新しい認知行動療法（Group treatment model for alcohol dependence based on cognitive-behavioral therapy, Kurihama version；GTMACK）を作成し、2012年より導入した。本稿ではGTMACKの概要を中心に紹介する。

## アルコール依存症の認知行動療法とは？

認知行動療法とは、人間の情緒が認知のあり方（受け取り方や考え方）の影響を強く受けることに注目して、認知や行動に働きかけて心を軽くしたり、問題解決を手助けしたりする構造化された精神療法である<sup>4)</sup>。当初はうつ病や不安性障害などに用いられていたが、次第にアルコール依存症を含む依存性疾患にも応用されるようになった。

アルコール依存症者は問題飲酒を肯定するような特有の認知の偏り・ゆがみ（表1）を持ち、飲酒・問題飲酒を誘発しやすいような状況、環境（例えば飲み友達が多い、飲酒にかかわる仕事関係など）を持ち、飲酒・問題飲酒につながりやすい行動（仕事が終わった後に居酒屋で夕食をとるなど）をとることが多い。しかし他者（家族・医療関係者など）からそのことを指摘・指導されても、依存症者の認知や行動の修正は容易ではないことも多い。アルコール依存症の認知行動療法は、集団または個人単位でこれらを洞察し、飲酒につながりやすい認知や行動の修正を目的とする。

アルコール依存症の代表的な断酒維持療法には、心理・精神療法や薬物療法、自助グループ参加などがあげられる。心理・精神療法の有効性に関する研究はいくつか散見されるが、大規模なものの1つに米国で行われた Matching Alcoholism Treatments to Client Heteroge-

neity (Project MATCH) がある。この研究ではアルコール依存症もしくは乱用者に、入院または集中的な外来治療（Aftercare群）、もしくは外来患者（Outpatient群）に対して認知行動対処スキル療法（cognitive behavioral coping skills therapy；CBST）、動機づけ強化療法（motivational enhancement therapy；MET）、12ステップ促進療法（12 step facilitation therapy；TSF）を行った。1年間の断酒率は、Aftercare群は35%、Outpatient群は20%であった。Aftercare群ではCBST、MET、TSFの治療に差がなかったが、Outpatient群では1年間の断酒率はTSFでは24%であったのに対し、METでは14%、CBSTでは15%であったと報告されている<sup>5)</sup>。

## GTMACKの概要

GTMACKの概要は、合計10回分の集団療法を想定した、基礎編（3回分）はアルコール依存症特有の認知の偏り（表1）の分析・修正を、実践編（5回分）は飲酒につながりやすい行動の修正を、社会生活編（2回分）は飲酒につながりにくいストレス解消法や活動を考えることを主な目的としている。そのほかに個人療法を想定した3回分のセッションがある。

## 1. ミーティングのルール

最初に参加者が気持ちよくミーティングができるよう

表1. アルコール依存症の人にみられやすい飲酒に対する考え方の偏り

|             |                                                                         |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------|
| ①問題否認タイプ    | 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。                                            |
| ②節酒派タイプ     | 自分なら、うまく飲める。少しくらいなら、飲んでも大丈夫。                                            |
| ③逃避型飲酒タイプ   | 感情や行動は、酒でコントロールできる（例：ストレス解消にはお酒は必要だ、仕事の付き合いにはお酒は欠かせない、眠れないときはお酒がよい、など）。 |
| ④言い訳・合理化タイプ | ～だから飲んでしまった。                                                            |
| ⑤感情論タイプ     | 酒が好きだから、飲む。飲んだっていい。                                                     |
| ⑥断酒あきらめタイプ  | どうせ断酒なんか出来ない。                                                           |
| ⑦なげやりタイプ    | 酒をやめても、いいことはない。どうでもいい。                                                  |
| ⑧断酒簡単タイプ    | 自分1人で酒はやめられる。いつでも酒はやめられる。                                               |

（文献2より）

に、ミーティングのルール（①ミーティングに集中して、ミーティング担当者やほかのメンバーの話をきちんと聞きましょう。②課題を必ず行いましょう。③参加されているメンバーのプライバシーを守るために、ミーティングの内容は治療グループ以外の人には話さないでください。ミーティングの録音は禁止です。）を確認する。

## 2. アルコール依存症の人にみられやすい飲酒に対する考え方の偏り

アルコール依存症者には、飲酒をより進めるような認知の偏りを有するために問題飲酒が継続してしまうことも多い。この項では8つの飲酒に対する考え方の偏り（表1）をあげ、自己洞察の材料としている。

## 3. アルコール依存症の自己診断（個人療用法用）

飲酒問題の整理やアルコール依存症の診断の確認を目的とする。患者自身がワークシートに沿って、飲酒量の確認（何単位飲酒していたか）、alcohol use disorders identification test（AUDIT）の自己採点、身体・精神的問題の有無のチェック（うつ病、不眠、物忘れ、貧血、高血圧、不整脈、胃炎・胃潰瘍、肝障害、下痢・腸炎、膵

炎、糖尿病、がん、末梢神経障害、性機能障害、その他）、アメリカ精神医学会の診断基準である「精神疾患の分類と診断の手引き第4テキスト改訂版」（DSM-IV-TR）によるアルコール依存症の診断基準のチェック、依存症にみられる代表的な行動（表2）のチェックをし、医療関係者と飲酒問題や診断の確認の手助けとする。

## 4. 1日の生活を振り返る（基礎編：集団療用法用）

飲酒していた時などの1日の生活を振り返り、みずからの飲酒パターンや飲酒の生活に占める割合などを振り返ることを目的とする。まず1週間のうちの飲酒日数を振り返る。その後「最もお酒を飲む量が多かった日」と、「最もお酒を飲む量が少なかった日（あるいは飲まなかった日）」の典型的な1日のそれぞれのタイムスケジュールを記載する。その後それぞれの「お酒を飲んでいた時間」、「家事や仕事をしていた時間」、「趣味や娯楽などの時間」、「寝ていたもしくは横になっていた時間」を振り返る。最も飲酒量の多い日と最も少ない日と比較し、最後にみずからの飲酒タイプ（連続飲酒タイプ、短期集中タイプ、山型飲酒サイクルタイプ、その他のタイプ：表3）を振り返る。

表2. 代表的な依存症的行動

1. 嘘をつく（例：飲酒したのに、飲んでいないと言う）
2. 人の物を盗む
3. 無責任になる（例：家に戻らない、仕事をしない）
4. だらしなくなる（例：待ち合わせに遅れる、約束を破る）
5. 健康や身だしなみに構わなくなる（例：ヨレヨレの服を着る、あまり食べない、不潔な格好をする）
6. 家事がずさんになる
7. 衝動的に行動する（考えずに動く）
8. やむにやまれず強迫的に行動する（例：過食、働きすぎなど）
9. 仕事の習慣を変える（例：仕事を増やす、減らす、働かなくなる、すぐに仕事を変える）
10. 物事に対する興味を失う（例：レクリエーション、家族との生活）
11. 孤立する（ほとんど1人ですごす）
12. 治療をすっぽかす、または遅刻する
13. 処方された薬をやめる（例：抗酒剤、睡眠薬、向精神薬）

## 5. いよいよ初回外泊・外出です！（個人療用法用）

飲酒の危険性の高い初回外出・外泊前に、あらかじめ飲酒の危険がある状況や場面を予測・把握し、それを避け、もしくは対策を立て、安全に外出・外泊することを目的とする。病院を出てから帰るまでの大まかなタイムスケジュールをたてる。その後、外出・外泊中に予測される危険因子をチェックし、該当する場合に対策を考える。

## 6. 飲酒問題の整理（基礎編：集団療用法用）

みずからの飲酒歴と飲酒問題を把握することを目的とする。患者はしばしば若い（依存症ではなかった）頃の飲酒に対するよいイメージや飲酒での成功体験を持ち続ける一方、最近（依存症になってから）の問題飲酒や悪影響のイメージが希薄になっていることもあり、認知の修正が必要となる場合も多い。自分の飲酒問題をからだの問題、仕事・お金の問題、人づきあいの問題、こころの問題、その他、に分けて振り返り、該当するものにチェックする。その後、年齢別の飲酒結果歴（若いころからの年齢別に、当時の状況、飲み方・量、飲酒の理由、よい影響、悪い影響）を振り返る。最後に、今までに使ったおおよその酒代（1本の代金×1日の本数×飲酒日数×年数＝合計金額）を計算する。

## 7. 飲酒と断酒のよい点・悪い点（基礎編：集団療用法用）

飲酒・断酒・節酒のよい点と悪い点を考察することによって、断酒の動機づけを高め、退院後の断酒生活のなかで遭遇するさまざまな問題への対策につなげることを

目的とする。飲酒・断酒・節酒のよい点と悪い点を身体面、精神面、社会面、生活面などで振り返る。これまで試みた節酒について振り返り、退院後の節酒をしようとした場合を想定する。最後に飲酒と断酒のよい点と悪い点のどちらが重要か比較する。

## 8. 引き金といのち綱（実践編：集団療用法用）

再飲酒の引き金となりうる行動・状況・場面・感情などを把握し、飲酒のリスクを意識させることを目的とする。飲酒の引き金となりうる人、場所、物、状況、感情、その他の別にチェックする。よく会う人、よく行く場所、身の回りにある物、状況、感情の状態について、飲酒に関係している度合いに応じて、「飲むことはない」、「ときどき飲んでしまう」、「たいてい飲んでしまう」に分類して、飲酒リスクを評価する。最後に再飲酒の引き金となる行動と、再飲酒を防いでくれるいのち綱となる行動を数個ずつ書き出し、外泊・外出中、そして退院後にそれらの行動をできたかどうかをチェックリストとする。

## 9. 飲酒欲求への対処と「思考ストップ法」（実践編：集団療用法用）

強い飲酒欲求の出現や再飲酒を予防し、強い飲酒欲求が起きた時に適切な対処ができることを目的とする。アルコール依存症では、「（飲酒の）引き金」→「飲酒欲求」「飲酒」は同時に起こっているようにみえるが、「（飲酒への）引き金」→「考え・気持ち」→「（強い）飲酒欲求」→「飲酒」という一連の流れで飲酒してしまうこと

表3. 依存症的な飲酒のタイプ

|             |                                   |
|-------------|-----------------------------------|
| 連続飲酒タイプ     | 毎日飲酒し、1日のうちの比較的長時間にわたってだらだら飲むタイプ  |
| 短期集中タイプ     | 毎日飲酒し、1日のうちに1～2回、比較的短時間で集中的に飲むタイプ |
| 山型飲酒サイクルタイプ | たくさん飲む日と、少量しか飲まないもしくは飲まない日があるタイプ  |
| その他のタイプ     |                                   |

が多い。飲酒に至らないようにするためには、強い飲酒欲求を予防する必要がある、飲酒欲求・飲酒に至りやすい「考え」や「行動」を変容する必要がある。それぞれの飲酒欲求・飲酒を引き起こす「引き金」、「考え・気持ち」をあげて、その「対処方法」を検証する。また、強い飲酒欲求が起きてしまったときに、ほかのことに意識を向けることでこの流れを断ち切り、強い飲酒欲求を止める（しのぐ）対処方法である思考ストップ法を検証する。強い飲酒欲求は比較的短時間（30分以内）のことが多いのでその間をしのげるような方法（軽い運動、お茶を飲む、インターネットをみるなど）を検証する。

#### 10. アルコールへの誘惑（実践編：集団療用法用）

飲酒欲求・飲酒に至りやすい社会的プレッシャーを検証して、その適切な対処ができることを目的とする。実際の社会的プレッシャー（表4）の例を、「全く気にならない」、「少し気になる」、「とても気になる」に分類し、それぞれの対処方法を検証する。

#### 11. もしもの時に備える（実践編：集団療用法用）

アルコール依存症者は一生断酒を継続するのが理想的であるが、実際にはさまざまな理由で再飲酒してしまうことも多い。再飲酒してしまったときに適切な対処により再び断酒に立ち戻れるようにすることを目的とする。再飲酒時の「よい」、「悪い」、「私の」対処方法を検証する。そして再飲酒したときの計画書（酒から逃れる方法、受診、家族・支援者への連絡、自助グループへの参加、その他）をつくる。

#### 12. ストレスに対処する（社会生活編：集団療用法用）

強いストレスから飲酒につながることも多い。ストレスに適切に対処することを目的とする。ストレスに気づく方法、ストレスを減らす方法（リラックスできること、自分の周りの環境を居心地のよいものにする方法、自信を高める方法、他者とうまく折り合う方法、怒りを鎮める方法）を検証する。

表4. 飲酒を誘発しやすい社会的プレッシャーの例

1. 家族が目の前で晩酌している
2. 自分がアルコール依存症であることを理解してくれない人がいる（家族・友人）
3. 飲まないでいると周囲が気を使う
4. 知人・友人から飲みに行こうと誘われる
5. 仕事や趣味で知り合うと一緒に飲もうと誘われる
6. 自分が断酒していることを人に言うのが恥ずかしい
7. 家の中には冷蔵庫や棚に酒が置いてある
8. 友人のほとんどが酒を飲む人たちだ
9. 葬式や結婚式など冠婚葬祭に出席しなければならない時がある
10. 祝賀会やパーティーに参加する時がある
11. 職場や近所付き合いでは「飲み会」が多い
12. 自分の配偶者あるいは交際している人はお酒好きである
13. 周囲の人が自分に「なんで飲まないの？」とプレッシャーを掛ける
14. 同窓会で飲まないといみんなが気を使う
15. 「本当に飲んでないの？」と家族や職場で疑われる
16. その他

## 13. 楽しい活動を増やす（社会生活編：集団療用法用）

飲酒のかわりとなる楽しい活動を発見し、増やすことを目的とする。以前行っていた趣味や活動を検証し、今後できそうな楽しい活動をあげる。それらをすぐできるものと準備が必要なものに分類する。

## 14. 退院後の生活設計（個人療用法用）

退院後にあらかじめ飲酒の危険がある状況や場面を予測・把握し、それを避け、もしくは対策を立て、安全に外出・外泊することを目的とする。仕事や学校などの日、休日など何も予定がない日などのスケジュールを書き、検証する。

### 内科医のためのアルコール依存症の認知行動療法

内科など精神科以外の診療科においても、身体疾患の合併したアルコール依存症者や、それが疑わしい患者を診療する機会は多いと考えられる。そして、問題飲酒が原因で身体疾患が治癒しないことや、悪化することも多

い。しかし節酒・断酒するように指導しても守られず、アルコール専門医療にもなかなかつながらず対応に苦慮することも多いと思われる。その原因はさまざまだが、アルコール依存症者特有の認知の偏りによることも多い。多忙な内科医やその医療スタッフにGTMAACKの全般を行うことは困難と思われるが、その一部を簡易的な介入に取り入れることによって、よい方向に向かうことも想定される。例えば「2. アルコール依存症の人にみられやすい飲酒に対する考え方の偏り」、「3. アルコール依存症の自己診断」、「4. 1日の生活を振り返る」、「6. 飲酒問題の整理」、「7. 飲酒と断酒のよい点・悪い点」は、アルコール依存症者特有の認知の偏りの修正に役に立つセッションであり、アルコール専門医療につなげるのに参考になると思われる。久里浜医療センターでは2015年7月現在、GTMAACKを無料配布中なので、取り寄せてご一読いただければ幸いである。久里浜医療センターホームページ→介入ツール・教材・パンフレットのページ ([http://www.kurihama-med.jp/kaijyo\\_tool/index.html](http://www.kurihama-med.jp/kaijyo_tool/index.html)) をご参照いただきたい。

## 文 献

- 1) 米田順一：アルコール治療・認知行動療法の可能性と限界について。日アルコール関連問題会誌 6：85-87, 2004
- 2) 澤山 透, 米田順一, 白川教人, 他：認知行動療法を中心としたアルコール依存症の侵入院治療プログラム。精神誌 106：161-174, 2004
- 3) 山本 史：久里浜式認知行動療法。日アルコール関連問題会誌 15：93-97, 2013
- 4) 大野 裕：うつ病と認知行動療法入門。臨と研 91：630-634, 2014
- 5) Fuller RK, Hiller-Sturmhofel S：Alcoholism treatment in the United States. An overview. Alcohol Res Health 23：69-77, 1999