

〈論 文〉

精神医療領域における認知行動療法の社会的考察

榎原 克哉

Abstract This article explores Cognitive Behavioral Therapy (CBT), which is one of the most important psychotherapy in contemporary society, from the standpoint of sociology. The analysis relied upon interviews conducted 7 people who were trying or had tried CBT. Drawing upon the two critical considerations of CBT, the analysis emphasizes the effect of what is left behind in the paradigm of CBT upon people's interpretations of CBT and the conditions for continuing it.

キーワード： 認知行動療法, 精神医療, 「社会的なもの」の無視, 過食型エンパワメント, 認知主義批判

1. はじめに

本稿は、現代の主要な精神療法の一つである認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy: 以下、CBT）¹について、社会学の立場から考察するものである。

CBTとは、「人間の気分や行動が認知のあり方の影響を受けるという理解にもとづき、認知（ものの考え方や受けとり方）のあり方に働きかけることによって精神疾患を治療することを目的とした構造化された短期の精神療法」（大野 2016: 801）である。CBTの詳細は下山編（2011）や熊野（2012）で解説されているため、本論では後続する論点に関連する記述に留め、以下の2点に焦点を絞って言及する。

第一に CBT は、精神療法の中でも適用範囲が広く、うつ病や不安障害などの精神疾患への適用から、職場での活用、自殺予防、重篤な患者や被災者に対する支援にいたるまで、汎用性が高いという特徴がある。精神医療の領域では、CBT が薬物療法に匹敵する効果があるということから、2010 年から健康保険の対象になっている（大野 2016）。また、精神医療外の領域では、『個人の疾患治療』のためだけでなく、『集団の疾患予防・健康増進』のための技術」（松本 2016: 139）としての CBT も普及しており、社会環境に非適応的な認知や行動を調整し、心身を管理するための技法として幅広い用途に用いられている。

第二に CBT には、フロイト流の精神分析から離脱する形で発展したという経緯がある。精神分析理論は仮説検証が困難であることが多いのに対し、CBT は仮説検証の過程が明確で実証可能であり、たとえば CBT が「無意識」という精神分析的な言葉を「自動思考」²という検証可能な概念に置換した点には、両者の相違点が顕著に表れている（Weishaar 1976=2009, Pilgrim 2011）。この背景には、CBT の学問的ルーツの中心が心理学よりもむ

1 認知行動療法は「認知療法（Cognitive Therapy）」と呼ばれることもあるが、熊野（2012）によれば、これらの用語法は歴史的に変遷してきた経緯があり、現在では用語の混乱を回避して「認知行動療法」の語が多く使用されるようになっている。本論もこれに倣い、「認知行動療法」の語を用いる。

2 「自動思考」とは、「気持ちが大きく動揺したりつらくなったりしたときに患者の頭に浮かぶ考え」（大野 2016: 801）を指す。

しろ医学にあり、臨床に携わって治療行為にあたる精神科医や心理学者が中心になって発展させた技法であることが関係している (Pilgrim 2008)。CBT の創始者である米国の精神医学者 A. T. ベックと心理学者 A. エリスの臨床家としての関心も、日常的な認知機能の探究というよりは、行動の機能不全を変えていくことにあり、「彼らが求めたのは、観察可能 (accessible) で有効な治療法であり、それは現在と過去に焦点を当てるものの時間がかかってしまう精神力動の伝統を回避するものだった」 (Pilgrim 2008: 260) ³。

以上をまとめると、さまざまな社会的場面や人生の局面で、観察・調整可能な認知および行動を対象化し、科学的根拠にもとづいて実践的に調整していくことが CBT の要であるといえる。これらの CBT の特性をめぐっては、心理学⁴のみならず社会学の立場からも論争や批判が展開されてきた。次節では、CBT の議論を概観したい。

2. CBT をめぐる社会学的考察

2.1 CBT の概念定義および境界設定をめぐる問題

CBT を社会科学の立場から扱った研究は一定の蓄積があるが、まずは考察対象となる「CBT」の用語や概念定義そのものが孕む問題を確認しておきたい。

CBT の賛否を心理学者や社会学者が論じた著書に、R. ハウスと D. ローウェンタール (2008) の編著『CBT に賛成か反対か——建設的対話に向けて?』がある。同書は CBT をめぐる論争の体をなしており⁵、論争の要点を剔出するならば、CBT の反対派がその問題点を指摘するのに対して、賛成派は反対派が批判する「CBT」を、誤解・曲解された「CBT」、今日的ではない「CBT」として退ける⁶。たとえば W. マンセル (2008) は、CBT が社会的な文脈や無意識を無視しているという指摘に対して、CBT はこれらの問題を射程に収めているといった知見を示して反証している。これらの論争はおおむね、CBT の定義や境界設定の困難性の問題に最終的に逢着し、CBT は反対派が指摘する問題も潜在的には解決可能であるという想定のもとで、CBT を捉え直すところに着地点を見いだしている⁷。

3 ベック自身も、顕在意識からは到達不可能な「無意識」から自己欺瞞や歪曲に相当する「自動思考」への置換に関して、次のように述べている。「フロイトは、奇妙な行動の起源が無意識にあり、意識レベルで観察できる非合理性はすべてその基底にある無意識欲動が顕在化したものにすぎないと仮定した。しかしながら、自己欺瞞や歪曲は、フロイトが考えたような無意識を仮定しなくても存在しうる。非合理性は、現実の体系化や解釈の不適切さという観点から理解できるのである」 (Beck 1976=1990: 12)。

4 CBT に対する臨床心理学内の主要な批判として、認知の歪みが精神疾患を引き起こすのか、精神疾患が認知の歪みを引き起こすのか、因果関係が定かでないという指摘がある。また熊野 (2012) は、①CBT の理論や技法の統一性・網羅性が欠如しているために、実際の治療実践が臨床家の判断に委ねられている点、②「認知の歪み」の想定を支持する科学的根拠が不十分な点、③問題とみなされる「行動」も社会的状況 (文脈) が異なれば意味が異なるなど一貫性がない点、④クライアントが生活において有する価値観が治療に及ぼす影響が捨象されていた点を、CBT の問題点として挙げている。熊野は、治療を「認知・行動」の図式内に限定する CBT に対し、行動の「文脈」への着目や、クライアントが有する「価値」など、認知・行動図式を越えたアプローチの必要性も指摘している。

5 イントロダクション (第1章) に続く Mansell (2008) の論文では、同書に所収されている論文も含んだ CBT 反対派の主張と、CBT の創設者および CBT 賛成・中立派の研究者による論考を比較する形で、反対派の主張の妥当性を懐疑的に問うている。同書の賛成派の論文は、時間的に反対派の論文が出された後に作成されているため、同時的な論争というよりはメタレベルでの批判といった構図をなしている。

6 Mansell (2008) は、反対派がいう「CBT」を、「藁人形論法の CBT、CBT の権威主義的原型」という言葉でまとめて論じている。

7 臨床心理学における CBT の記述においても同様の傾向はみられ、CBT に関する批判を専門家が熟知したうえで、それに対する予防線を張るような様子もうかがえる。たとえば下山編 (2011) では、『認知行

このような論争の構図をふまえると、CBTの不十分な点や看過されている点を指摘しても、CBTの概念定義の変更および境界の再設定によって、批判の論旨が脱臼せざるをえなくなるという結果が予想される。

2.2 「社会的なもの」の無視という批判

CBTをめぐる論争は、その言及対象が噛み合わない部分が多々あるものの、繰り返し提起されているテーマとして、CBTが「患者の病の経験や病に対する意味付け」や「社会的なもの」を無視しているという指摘がある。先に参照した House と Loewenthal (2008) は、CBT 反対派の批判の骨子を次のようにまとめている。

それ[=CBT]は、苦しみを客体的な「モノ」に変えてしまう過程の中で、「外的な」原因となった影響を物象化し、患者が主観的に経験したり、クライアントとしての患者が理解するようになった病のカテゴリーを無視する。また、病の意味や病に込められた意図も捨象してしまう (House and Lowenthal 2008: 9, 傍線は筆者による)。

上記の CBT 批判は、医療人類学者の A. クラインマン (1988=1996) が提起した「疾患 (disease)」と「病い (illness)」の問題、すなわち疾患カテゴリーが患者の個人的経験を吸収し、不可視化する問題に通底するものにほかならない。社会学においても、社会の「心理学化」や「心理主義化」批判、人々が心理学的な言語や思考を通して、自身や他者、社会状況を捉えるようになる傾向が批判的に論じられてきた (Berger 1965, Bellah et al. 1985=1991, 森 2000 など)。そのため、この論点のみでは CBT に固有の批判が成立するとは限らないが、ここで注目したいのが『外的な』原因となった影響を物象化し」という記述である。ここでは、CBT が「外的な」原因を特定するに留まり、その人が置かれている環境や境遇そのもの、すなわち「社会的なもの」には介入しないという点が批判されている。

しかし、CBT が「社会的なもの」を無視しているといった批判の有効性も、前述のように CBT の概念定義や境界設定に依存するうえ、そもそも CBT の範疇で「社会的なもの」をめぐる問題までも解決すべきなのか、他の方法等も組み合わせて取り組むべきではないのかといった疑問も生じる。

上記の CBT 批判の有効性や妥当性を検証した研究として、平井秀幸 (2015) の研究がある。平井は刑事施設における薬物事犯者に対する処遇 (施設内成人薬物処遇) を事例に、そこで用いられる CBT、特に CCBT (CCBTD)⁸ を社会的に考察している。先述した CBT

動療法は表面的な行動を操作するだけで、「深い」レベルの変容を促すことはない』といった誤解」(下山編 2011: 57) に対して、CBT の“本来の”治療目標を解説するといった形で応答しているほか、Q & A 形式で CBT に関する「誤解」を解いていく記述が複数にわたってみられる。

⁸ 平井が考察対象としているのは CBT の中でも、刑事施設内処遇プログラムとしての CBT (Correctional CBT: CCBT)、特に薬物事犯者に対する処遇としての CCBT (CCBT on Drug Treatment: CCBTD) であり、CBT に関する指導方法の研修を受けた職員によって、施設内で実施されるものである。そのため対象となる CBT は、高度に制度化・体系化されているほか、刑事施設という性質上、CBT の受講もほぼ義務化されているという特徴をもつ。一方で本論は、後述するように、精神疾患の治療ないし関連する取

による「社会的なもの」の無視といったテーマについては、以下の問いを提起している。

この種の社会学的批判に対しては、以下のようなかたちで問いをさし返すことができるように思われる。つまり、こうした批判は、言わば CCBT の有する処遇理念のレベルに向けられたものであり、CCBT が実際に矯正処遇へと応用される実践の場において生じる「社会的なもの」の無視とはいかなる事態であるのか、という点に関して明確な回答を有するものではない、と——。仮に CCBT において「社会的なもの」の無視が生起していたとしても、それはいかにしてなのか、また、「社会的なもの」の無視とはどのような意味での無視なのか、といった問いは、相互作用レベルでの CCBT の実践に定位し、その作動のあり方を詳細に分析することなくしては解かれ得ぬままに留まるだろう (平井 2015: 215-216)。

「社会的なもの」の無視といった主張は、ア priori に設定できるものでなく、実践の場における分析を経なければ、その妥当性は担保されないといえるだろう。

2.3 「過食型エンパワメント」としての CBT

平井は CCBT の分析結果として、CCBT には「社会的なもの」をむしろ積極的に活用し、それを自己コントロールするように求めるような役割期待があったという、逆の事態を示している。具体的には、薬物事犯者らが、薬物の再使用のきっかけになりうる「引き金」、特定の場所や人物等を明確にしたうえで、それをいかにして回避し、再使用を防ぐかといった予防策を講じるといった取組を指す。薬物使用を回避可能とする CBT は、薬物事犯者に対して「自律的な自己コントロールの希望と自信、それゆえの安心感と解放感」(平井 2015: 258) と形容されるエンパワメントの効果をもたらす。しかし、過去の薬物使用においても「引き金」を回避すべきだったという責任が遡及的に追及されるほか、彼らの置かれている環境がきわめて劣悪である場合でも責任が求められるため、「社会的なもの」の自己コントロールの完遂には必然的に困難が伴う。この困難性について、彼らは自覚的であり正しく認識している、すなわち「認知は歪んでいないからこそ、困難性が生まれる」(平井 2015: 283) という。そのうえで平井は、J・ヤング (1999=2007) の「過食型エンパワメント」の存在を指摘する。「過食型エンパワメント」とは、達成すべき規範的ルールや目標を内在化しているものの、不遇な状況に置かれるなど社会的に排除されているために、断念を余儀なくされる事態を指す。薬物事犯者らも、再犯を防ぐべくリスクに真摯に向き合い、徹底的な自己コントロールを通じて対処しようとするものの、当人の対処能力を上回るリスクの存在が、それによってますます明らかになっていく。「過食型エンパワメント」の存在は、CBT にもとづく思考や実践の継続の脅威になりうることが想定される。

組としての CBT を考察対象とし、その実施場所も医療機関や企業、デイサービスやリワーク施設等を除いて空間的な制約条件がないため、平井が対象とする CBT と異なる点が多い。しかし、平井の論考は刑事施設内の CBT という限定条件を越えて、CBT 一般に対しても示唆に富むものである。そのため本論も平井の論考に依拠しつつ考察を進めていく。

2.4 K. ガーゲンによる認知主義批判

次に、CBT が依拠する基礎理論における「認知」と「行動」のモデルが、人間の社会生活で存立することの困難性について論じた、K. ガーゲンの認知主義⁹批判に目を転じたい。ガーゲンが認知主義およびそれにもとづく説明の問題点として挙げているのは、①世界存在の不可能性、②認知の起源の不可知性、③行為の不可能性の3点である。

第一に「世界存在の不可能性」に関する説明を引用すると、「世界の出来事は、認知者のカテゴリー・システムを通してのみ、存在を与えられる。別の言い方をすれば、認知主義の観点に従うと、世界は、認知者個人の主観の投影ないし副産物へと還元されてしまう」（Gergen 1994=2004: 161）ことを指す。認知還元主義とも呼べる「世界存在の不可能性」は、先述した『『社会的なもの』の無視』にも関連する論点であるが、ガーゲンが重視するのは、それが必然的に唯我論に陥る点であり、認知主義にはそこから脱却する術がないという問題である。

第二に「認知の起源の不可能性」とは、何らかの認知がいかんして構築されるにいたったのか、その起源の解明が理論的に説明できないことを意味する。ガーゲンは認知の起源に関して、強化理論、認知地図理論、生得説を検討しているが、これらのいずれも十分な説明であるとはいえないとしている。

第三に「行為の不可能性」とは、「抽象的思考・概念的思考から具体的行為を引き出す余地は全くない」（Gergen 1994=2004: 169）こと、換言すれば、認知が抽象的な概念の領域を越えて、その対応物としての行為に接続できないことを指す。たとえば「リラックスした方がよい」という認知があったとしても、具体的にどのような行為が「リラックス」に相当する行為にあたるのかが、定かでない事態がこれに当たる。深呼吸など、何らかの特定の行為を見いだせたとしても、それが「リラックス」をもたらす行為であると本当にいえるのか（呼気の量や息を吸う速さなどは適切か？）といった問題がつきまとい、無限後退に陥らざるをえなくなる。このように認知と行為は必然的に断絶せざるをえなくなる。

以上がガーゲンによる認知主義批判の概要になる。以下では、先に論じた『『社会的なもの』の無視』の無視、「過食型エンパワメント」、そしてガーゲンの認知主義批判が、CBT の実践にどのように反映されているのかについて、インタビューデータをもとに考察していく。

3. 調査の概要

2012 年から 2016 年にかけて、筆者は外来精神医療機関（心療内科・精神科など）に入院経験のある 31 名に対してインタビュー調査を行った。本論では、この中から CBT の経験者¹⁰である以下の 7 名を抽出し、語られた内容について考察している。CBT に関する質問

9 認知主義とは、外界の事物の認知のありかたが、生起する行動を左右するという基本的立場を指す。CBT は、20 世紀を通じて発展した行動主義にくわえて、1960 年代から 70 年代にかけて起こった「認知革命」の流れを汲んでおり、「自動思考」や「スキーマ」などの概念に代表されるように、認知主義の立場をとる。

10 本論が扱う「CBT」について、それが医学的・心理学的な観点からみて“正統”な CBT であるか否かといった点は、不問に付す方針をとる。理由として、何が学術的に“正統”な CBT であるかという問題は、それ自体が論争を生むトピックであり、本論での考察範囲を越え出ることがある。むしろ本論が着目するのは、一般の人々の日常生活における「CBT」であり、人々が「CBT」として受け取った知識や技法から、いかなる解釈や社会的帰結を引き出しているのかという点である。

項目としては、CBTに触れるようになったきっかけ、CBTの内容、CBTに対する印象、治療・改善効果が含まれる。なお、調査の実施に際しては、東京大学文学部社会学研究室社会調査倫理委員会に具体的な調査内容を申請し、実施の承認を受けている。

以下のプロフィール表は、調査対象者7名を一覧化したものである。

図1. 調査対象者のプロフィール表

名前	年齢	性別	診断名	CBTを受けるまでのプロセスとその内容
A	30代	男性	統合失調症、うつ病、 広汎性発達障害	減薬に伴う再発防止のため、医療機関内の心理士のもとで開始。
B	50代	男性	自律神経失調症、うつ病、 双極性障害（II型）	主治医の勧めからCBTの自習および実践を開始。 調査時点では約1年間継続。
C	30代	女性	強迫性障害、身体醜形障害	独学でのCBTを約10年続けた後に、CBT（曝露技法）を専門とする心理士のもとに通院。調査時点でも継続していたが、翌年に終了していた。
D	30代	男性	パニック障害、社会不安障害	調査時点から約2年前に、主治医に紹介された心理士のもとでCBT（曝露技法）を開始するも、調査時点では中断。
E	20代	女性	社会不安障害、うつ病	調査時点から約4年前に、通院先の医療機関を通じてCBTに近似したカウンセリングを受けるも、すぐにやめている。
F	30代	男性	うつ病	調査時点から約2年前の休職期間中にCBTの集団プログラムをけたほか、CBT関連の書籍を読む、CBTのアプリで記録表をとるなどしたが、その後中断。時期の詳細は不明。
G	30代	女性	自律神経失調症、うつ病	調査時点から約2年前に、医療機関併設のデイサービスにて講習（CBTの集団精神療法）を受けるも、すぐにやめている。

4. 調査の結果

本調査を通じて、CBTに肯定的な印象を抱き、治療・改善効果を実感している人がいる一方で、疑念や抵抗感を抱いた結果、離れた人の存在も確認された。また、自発的ないし主治医に勧められる形で、CBT関連の書籍等のメディア¹¹に接触したものの、継続していないケースも確認された。その理由として、「CBTで必要な作業として課される、一日の気分や認知の日常記録を取り続けるのが面倒だった」、「あまり印象に残らなかった」といった点が挙げられている。この場合、当人にとってのCBTの重要度が低く、継続もされていないという理由から、本論の考察対象に含めていない。

以下では、CBTに対して好意的な印象や意見を述べていた人の語りを取り上げた後に、困難性や違和感を抱くようになった人の語りを順にみていく。

4.1 局所的な調整対象の構成

CBTを肯定的に評価する意見として、その調整対象が局所的であると解釈するものがあった。Aさんは、統合失調症とうつ病の薬物療法の継続後、減薬するようになったが、通院回数の減少と減薬に伴い、再び「薬を増やしたくない」と思ったことから、心理士のも

11CBTの自習や実践を推奨する書籍は数多く出版されており、たとえば英語版がベストセラーとなり、日本でも『うつ病のバイブル』の謳い文句のもと出版されたD. バーンズの著書『いやな気分よさようなら—自分で学ぶ「抑うつ」克服法』（Burns 1999=2004）などはその最たるものである。ウェブ上でもCBTを学び実践できるホームページが多数提供されている。

とで CBT を本格的に始めるようになった。ただし A さんは、通院当初から CBT に集中的に取り組んでいたわけではなく、減薬がきっかけとして大きかったという。当時の様子と CBT の調整対象について、次のように述べている。

[CBT は]通院回数が多くなればなるほど、効果が出てくる¹²。最初の頃は「何だこれ？」って。要するに「全然、自分の考え方なんて変えられないだろう」という気持ちだったんですね。それが薬を併用することによって、だんだん変えていって、認知行動療法のあれ[=効果]が比例的に上がっていくというか。性格を変えるんじゃなくて、自分の捉え方、考え方の歪みを是正するっていうことに焦点を当てている。

(質問者)性格を変えるのと、捉え方を変えていくって違う感じですか？

いやいや、性格を変えるっていうのは、ある種の洗脳っていうか、あれじゃないですか、自己啓発とか。あれとは違うんですよね。そうじゃなくて、何か命題があって、難しい喩えですけど、それに対する捉え方を変えることによって、それが苦にもなるし楽にもなるって、あると思うんですよね。そここのところのあれを、導き出していくってことですよ。細かいところをちょこちょこ変えていく。

「ある種の洗脳」という言葉が示唆するように、「性格」そのものを治療対象とすることには忌避感を伴う。一方で CBT が調整対象とする「捉え方」はそれとは異なり、性格や人格に侵襲的な作用を及ぼさないほか、「細かいところをちょこちょこ変えていく」¹³、日常に根ざした実践的な技法として受け取られている。さらに、「変えられないだろう」と思っていた「自分の考え方」も可変性に関われ、観察や調整が可能な対象に変換されることにより、改善の展望が開かれるようになる。このように CBT は、調整の対象を限定し明確化する作用をもつため、平井（2015）がいうように患者をエンパワメントするものとなる。

では、CBT の実践者は、具体的にどのようにして認知や行動の問題に取り組んでいるのだろうか。続いて、A さんと同じく認知を主な対象とする試みを実践してきた B さんの事例をみていき、その後に行動を主な対象とする試みの事例をみていく。

4.2 認知のコントロール

B さんは調査時点では、就労支援サービスを利用していた。CBT にはかなり肯定的で、「本当にすごい認知行動療法推進派というか、非常に信頼の置ける方法」と評している。

12 四角括弧は筆者による補足を意味する。

13 A さんは具体例として、人から嫌なことを言われる場面を挙げ、『この人、俺のこと嫌いなのかな』って、やっぱり基本瞬間的に思うわけですよ。『あ、こんな嫌な顔して、こんなこと言って、こいつ俺のこと嫌っているのかな』って思う。そこんこの考えが歪んでいるのかもしれない、『本当はこの人は俺を嫌っていないかもしれないんじゃないか』と。そんな中で歪みが出てくると、結局自分が辛くなるからということで是正をする」と説明していた。

うつ病を発症した当時は損害保険会社に勤務していたが、その年は天災が相次いだこともあり、損害調査業務のための出張が頻繁になったほか、業務量も激増した結果、キャパシティオーバーの状態に陥った。心身の状態の悪化はその後も続いたため、最終的には退職せざるをえなくなった。CBTには、休職期間中に通っていたリワーク施設での集団講習を通じて接触している。しかし本格的に取り組み始めるのは退職後にあたり、主治医からCBTの書籍を勧められたことがきっかけである。日常記録表をパソコンで自作するなど、熱心な様子が見受けられ、調査時点で約1年間継続していたほか、心身の状態に配慮しながら就職面接を受け続けるという目的のもとCBTに取り組んでいた。Bさんはその様子を次のように語っている。

今就活で、障害者枠で面接を受けているんですけども、やはりかなり辛辣な質問が結構あるんですね。たとえば「なぜここでもっと頑張れなかったのか」とか「病気になるのは、何かあなた自身に落ち度があったんじゃないか」とか。前だったら、そこでグショーっていう感じで、悪い方に考えたんですけど、「面接官は、本当は自分のことを考えて言っているんじゃないか」とか「これは実は深い愛情があって訊いているのかもしれない」とか、良い方の可能性っていうのを見つけて。そういう捉え方を、普通に考えられるっていうか。前だったら額面通り受け取って「嫌だなあ」という気持ちになったのが、何か自然と「この人こういうふうに訊いているんだ」、そういう捉え方がある程度ついてきているのかなって気がします。

上記の語りには、就活を続ける中で面接官から受けてきた辛辣な言葉が含まれており、「病人役割」の観点からみれば免責されるはずの、うつ病の罹患といった事態にも、自己コントロール責任が要請されている。面接官から受けた言葉に対して、抵抗や反発を感じるのではなく、メッセージの意図を肯定的に読み替えることによって、Bさんは「適応的」な認知を引き出し、就活の継続という行動につなげている。Bさんは、現在の出来事だけではなく、過去の出来事についても、CBTの枠組みに依拠しながら次のように語り直していた。

キャパシティオーバーで潰されちゃったってことであれば、その時点で自分で抱え込んじゃわないで、「今ちょっとこうなんだけれども」ってことで、誰かに仕事を振ることができますよね。あるいは上司に言って、「一人じゃ対処できないから何とかしてくれ」っていう信号を発する。それらは落ち着いてよく考えれば、誰でも考えられることですけれども、それが認知の仕方っていう癖だと思いますけど、全部自分で背負わなきゃいけないような考え方の癖っていうか、「自分がやんなきゃいけないんだ」っていう思い込みですよ。それがわからないと、そういう癖がついちゃっているんで、どこに行ってもそういう状況ってあるわけですから、そういう発想ができなくなっちゃうっていう。

過労によって心身の状態が悪化した当時、もし「認知の仕方っていう癖」を適切に正す

ことができれば、状況に対処できたかもしれない。このような反実仮想的な語りは、過去における本人の責任を強く要請する。すなわち、天災によって不可避免的に生じた業務の増加といった「社会的なもの」に起因する問題も、相談や援助要請を適切に行うといった対処の糸口を事後的に見出すことによって、潜在的にはコントロール可能だったということになる。「過食型エンパワメント」の議論を参照するならば、社会的なリスクへの対処も含めた徹底的な自己コントロールは、必然的にコントロールの不可能性に逢着する困難性を惹起するものである。しかし、調査時点ではそれに相当する内容が語られることはなかった。むしろ逆に、日々の面接内容や、その時の気分や認知を記録し続けることによって、「普通だったらみんなしよげちゃうんじゃないかというぐらいだけど、今頑張れているのは、記録をつけているからかなって自分で勝手に思っている」と語っていた。Bさんは、認知のコントロールによって環境に適応できるという想定に（調査時点では）留まっており、それゆえに CBT の実践に意義や効果を見いだせていたと推察できる。

4.3 行動のコントロール

次に、行動を主な調整対象とする CBT についてみていく。Cさんは独学での CBT を経た後に、CBT の中でも曝露技法¹⁴に取り組みたいと思うようになったことから、専門の心理士を探したうえで受療している。当時の Cさんは、自身の容姿を極端に醜いと思い込む「身体醜形障害」に苦しんでいたため、外出はおろか、人の視線に触れること、鏡で自分の姿を見ることなども難しかった。発症の背景として、彼女の父親による容姿や立ち居振る舞いに対する過度な干渉が挙げられていた。

一方で Cさんは、CBT の実践という文脈においては、具体的な行動群を主要な調整対象とみなしていた。Cさんは曝露技法の一環で、電車に乗る、繁華街に行くなどの具体的な行動に取り組み、最終的には目標に設定したすべての行動が可能になった。そのため Cさんは、自身は「回復」したものとみなしており、通院も終了していた。さらに、CBT の解釈枠組みのもとで過去の自分を捉え直す際には、解釈の変化もみられた¹⁵。特に顕著だったのは、過去の父親の態度が Cさんの精神状態に影響を及ぼしたという理解様式が逆転し、Cさんの父親に対する認知の方に問題があったと捉え直していた点である。Cさんは「ずっと父親に対するコンプレックスがあったので、どうしても父に認められたい」と常々思っていたと語り、その心理を「評価懸念」という心理学的語彙で説明し、それが他の様々な問題に派生していたと語る。ここから「評価懸念に臆することなく、自分らしくやっていけばよいというふうに気持ちの切り替えをするようになってから、かなり回復し始めた」と総括する。Cさんは「評価懸念」という認知の問題に言及する一方で、過去の影響については、それが現在に影響を及ぼすほどには「根深くなかった」と再評価していた。

14 曝露技法とは、「ある刺激に曝されつづけると、その刺激によって引き起こされる情動反応の強度は低下していく」（下山編 2011: 108-109）という基本原理のもと、「なんらかの治療的な守りが用意されたなかで、ターゲットとなる感情をごく弱めに（段階的曝露の場合）あるいは可能な限り強く（持続的・集中的曝露の場合）引き出し、結果的にその感情を高まりにくくするものです。主に、過剰な恐怖・不安の表出あるいは回避行動とみなせる症状・問題行動に応用」（下山編 2011: 109）されている技法である。本調査では、不安障害や強迫性障害などに対する曝露技法の適用事例が主にみられた。

15 Cさんには初回の調査から約1年後に追跡調査を実施している。

このように行動に焦点をあてた CBT を通じた「回復」の自認は、本人が目標設定する諸々の行動をすべて具体化し、かつそれらを克服したと認識することから導出される。さらに、行動を困難なものにならしめていた原因として、自身の特定の認知のパターンが名指されることによって、「回復」を今後維持するために必要な、日常的な調整対象も認識可能になる。C さんの場合、「気持ちの切り替え」が持続するかぎり、「回復」も維持されると考えられるが、B さんの事例と同様に、継続的な自己コントロールは不可欠であるといえる。

一方で曝露技法によって克服できた行動から、回復や改善した自己像を導出しにくい事例もあった。不安障害を抱える D さんは、視線・閉所恐怖に苦しんだことから、心理士のもとで曝露技法を試すようになった。D さんは、不安の程度が強い行動を段階的に記入した不安階層表を作成し、程度の弱いものから順に取り組むようになった。不安階層表に記載された項目の一部、たとえば外食や散髪などは完遂することができた。しかし、回復や改善の兆しの認識は困難であるといい、「どうしてもこの性格の難しいところで、[同じ行動を]何度やっても『できたから良かった』ととれないんです」と語っている。一連の行動に対置されている「性格」は、不安階層表に記載される CBT の介入対象には含まれないものであり、心理士から達成した行動を成功体験として捉えるように促されても、どうしても受け入れることができなかつたという。そのため曝露技法の進捗が滞り、最終的に中断せざるをえなくなった。

D さんは C さんと異なり、克服できた行動の蓄積を回復の文脈に乗せて認識することに困難を覚えていた。「行為の不可能性」の議論でいえば、行動と認知は隔絶せざるをえず、行動は行動の領野を出ることができない。そこから脱却するには、C さんのように一連の行動を司っていた「評価懸念」、換言すれば恒常的な影響を及ぼす「認知」を独立して措定することが必要になり、それに対して常に配慮し、必要に応じて調整する作業が要請される。

B さんと C さんは CBT に積極的な意義を見出し、自身の肯定的な変化を読み取っていたが、両者に共通するのは認知の調整に終わりがなく——行動レベルでの変化が生じたとしても、それは認知の変化を直接的には意味しない——が暗黙の前提として想定されていた点である。そのため、自身の認知の何が問題なのか、それはどのようにすれば変えられるのか、いかにして適応的な認知を引き出すことができるのかといった自問自答を、絶えず、かつ将来的にも行い続けることが求められる。

しかしながら、CBT にもとづく自己コントロールを継続し、その意志を鼓舞し続けることに、困難や抵抗感を抱くことも起こりうるのではないだろうか。

4.4 CBT の言語をめぐる問題

これまで CBT に継続的に取り組んできた人々の事例を扱ってきたが、以下では CBT を開始してからやめるに至った事例を扱う。E さんは当時通院していた病院でカウンセリングを受けていたが、程なくして受診を中断している。カウンセリングが CBT であったのか否かについては、正確には明らかにされていないものの、内容としては「話をするだけ」で、その中で家族と電話する、自助会に参加するといったことが宿題として出されたという。しかし E さんは、心理士に宿題を課されることに抵抗感を抱いたという。

怒りと悲しみと憎しみがものすごくある時って、頑張ってる話そうとしても嫌なんです。もう話すこと自体が嫌なんです。宿題を課されても、それはもう今まで十分に頑張ろうとしてきたし、人に決められようとしてきたし、人を楽しませようとしてきたし。それをやって、私は地獄に落ちたみたいになってしまったの。「まだ頑張れ」というメッセージ、「これをやってみてください」と言われても、そんなの頭でわかっているから、今まで何回も挑戦してきたし、やっても何も変わらなかったし、という気持ちがあったんです。だから、ただのアドバイスっていうのは、私にはすごく合わなくて。自分でとことん考えて、いろいろやってきて、全然変わらないっていうことだったので。

Eさんにとって、心理士によって実行が求められる一連の行動は、「もう今まで十分に頑張ろうとしてきた」、「何回も挑戦してきた」ことであり、たとえこれらを繰り返したとしても、状態改善は見込めない。さらにEさんは発症の原因として、他者の要求に過剰に 대응しようとする隷属的な立場の自己を想定しているため、心理士の言葉に従うことは状態の悪化をもたらしかねないとされる。Eさんの事例は、他者のアドバイスに従って自己コントロールを要請されることに対する強い抵抗感を示している。そして、CBTとは対照的な目標、Eさんの言葉を借りるならば「本当の気持ちを大事にする」ことが重視される場合、カウンセリングに内在する命令的な言語からいかにして逃れるかが焦点となり、CBTとの親和性も著しく低下する事態が予想される。

CBTの言語そのものに対して、抵抗感を抱くようになった事例も確認された。Fさんは担当医に勧められてCBTの書籍を読んだことがあるほか、うつ病で休職している時期にCBTのスマートフォンアプリをインストールして、一日の気分や行動の記録をとっていた。しかしFさんがCBTの学習や実践を通じて得たのは、CBTが「外から見て自分を正当化するだけ」の印象、すなわち「自分がやっていることを俯瞰的にみて、『頑張ったんだからいいじゃん』っていうような結論に最終的になるよな」という印象だったという。

自分の根っからの性分なのかもしれないですけど、人に協力してあげたいとか、世話焼き的なところがあって。そうすると当然、自分が疲れるので、それを「頑張ったんだからいいじゃん」っていうのも何か変。[CBTの思考法では]最終的に「頑張ったからいいよね」っていうような考え方に行き着いてしまうので、何かしっくりこない。うまく言葉にできないですけど。

Fさんの語りを整理するならば、「根っからの性分」に従い、他人に親切で献身的な態度をとるならば、当然Fさんに負担がかかり疲労感が生じる。しかしCBTの枠組みの中では「人に協力すると自分が疲れてしまう」という考えは、「人に協力すると自分が疲れてしまう、けれども協力を惜しまなかったことは望ましい行動だった」などといったように、疲労感を上書きするような形で書き換えられる。「うまく言葉にできない」とFさんは語っているものの、語りから推察されるのは、自然発生的で当然生じる疲労感が、CBTの解釈枠組みを参照すると隠蔽されてしまうことへの違和感である。Fさんはこのほかにも、

職場の会議で衝突が生じた場面を例に挙げ、そのような時には「当然嫌な思いがする」としている。このような状況下で F さんの方が妥協し、衝突を回避すべく相手に合わせようとした場合、F さんの心的負担が生じる。そこで「CBT の論理に乗っけると、『それでも自分が頑張っているんだからいいじゃん』ってなっていくのが、自分を正当化するのが何か嫌」であると F さんは語る。

上記の問題に F さん本人も自覚的で、かつ抵抗感を抱いている様子がうかがえる。自己コントロールに相当する「自己正当化の論理」のもとで、疲労や負担に甘んじることについては、「僕はそこまで最終解脱をした人間ではないので、煩惱の塊なので、『そんなことできねえよ』みたいな感じ」と述べている。先に見た B さんの事例では、CBT にもとづく認知のコントロールによって面接で受けた心的ダメージを緩和しようと試みる様子がみられたが、F さんは対照的に、自己コントロールの不可能性、いわば「煩惱の塊」である自己から無理に脱却する必要はないと捉えていることがうかがえる。

G さんもまた、「認知の歪み」を適応的なものに変えていくという目的で、CBT の言語を用いることから距離をとっていた。G さんは、通院先の医療機関に併設されていたデイケア施設を通じて CBT の集団精神療法を受けた。そこで、受講者が自身の体験や講習中に感じたことを CBT の言語に依拠しながら語る様子に違和感を覚えたという。具体的なエピソードとして、G さんが受講者の一人に抱いた印象が語られた。その受講者は、当人の意に反する形で、他人の話をも 6 時間以上にわたって聞かされた経験を講習中に語ったという。

傷つき体験を負った時に言語化できる人っていうのは、言語に頼って立ち直るプロセスを経るような気がするんだけど、認知行動療法にいた人たちは、言語化が下手なんです。

(質問者) 言語化が下手？

申し訳ない言い方をすると、国語力。たぶん国語のテストをやったら、私なんかすごく高い点になっちゃって。学歴主義の話をしたいわけではなく、本当に言語運用能力というか、自分の体験を 6 時間聞かされて嫌だった体験っていうのを、言語化して発表することに、すごく不自由する人がたくさんいた。この人たちは言語化がうまくいっていないから、CBT でいろんなことを言語化して、認知の歪みを言語によって正していくっていう、意識的な作業に意味がある、この人たちにはこの作業の意味があると思う。ただ、私はそれを他者に指導されながらやる必要がないのではないかな。それは自分でむしろやり過ぎるくらいにやっていたようなことの気がしたんです。認知の歪みを自分でモニターしながら、歪んでいると思ったら変えてみたりとかいうのを、やってしまった。やりがちだし、ここでやる必要がないと思った。

「言語化が下手」という G さんの発言を読み替えると、認知や行動を基軸とする言語に親和性の高い人もいれば、低い人もいる、ということになる。前者は、「認知の歪み」や「自

動思考」といった CBT の言語に支えられる形で実践にあたり、その対象となる認知や行動を積極的に見出してそれに対処する。後者は、「傷つき体験を負ったときに言語化できる人」にあたり、必ずしも CBT の言語に依拠せずとも（あるいは、すでに CBT に類する実践を独自に試みた結果）、別様の自己理解や解釈、治療の言語を導入可能な余地をもつ。

これまでの事例をふまえたうえで、前者と後者の CBT 受容のあり方を対比させつつ小括すると、前者は「認知や行動を適応的なものに変化させていく」という言葉で表されるような、CBT がもたらす能動性や治療可能性といった要素に対して、解放感やエンパワメントといった肯定的意味を読み込むため、それが要請する自己コントロールの課題も積極的に引き受けていこうとする。一方で後者は「認知や行動を適応的なものに変化させよ」といった命令形という言葉——これには自分が自分に課そうとする命令も含まれる——に対して、抵抗感や違和感を抱くようになる。CBT の命令形という言葉そのものに対して強い抵抗感を覚えた E さんの事例、「自己正当化の論理」の徹底に違和感を覚えた F さんの事例、CBT の言語に自身にとっての有効性を見出さなかった G さんの事例と、CBT の言語から離脱する過程や理由は多岐にわたる。しかし、CBT の中に命令形のメッセージを読み取ったという点では共通しており、そこから命令を忠実に履行することに難儀する、あるいは追加的な命令を拒否するといった事態がもたらされることが看取できる。

5. 考察

CBT に関する 8 名の語りをみてきたが、ここで再び CBT に関して提起された問題群を振り返りつつ、本調査の結果と照らし合わせながら考察していく。

まず、「社会的なもの」の無視という点に関して、本調査でもそれに近い事例（B さん）がみられた。天災に起因する損害保険業務の激増に対処できなかったことを、自己管理能力の問題に求めたり、面接官から受けた辛辣な言葉を自分の受け取り方の問題として考えたりすることは、やや極端ともいえるかもしれないが、「社会的なもの」の無視に起因する現象であると解釈することもできる。

一方で、「過食型エンパワメント」の問題に関しては、その重圧に押し潰されるというよりはむしろ、エンパワメント自体を受け容れようとしなない事例が複数みられた。CBT に命令形という言葉を読み取ったことから抵抗感を覚えた E さん、CBT において要請される「自己正当化」の論理が貫徹不可能であるとして退ける F さんの事例では、その様子が顕著だった。これは CBT の断念というよりも抵抗に近いものであると解釈でき、顕在化すると CBT からの離反がもたらされると考えられる。また、G さん事例のように、抵抗とまではいかなくとも、CBT の言語から距離をとる、あるいは別の言語を求めるケースもみられた。

以上の知見から、CBT によるエンパワメントは「過食」に転じるリスクを孕むものの、そこからの脱却を同時に可能にするような言語、とりわけ CBT に何らかの命令形の手紙を読み込む実践も惹起するといえる。これこそが CBT の「誤解」であるといえるかもしれないが、ただの「誤解」として退けるのではなく、自縄自縛の状態に陥らないための一つの解釈のありようとして人々に用いられているという側面にも目を向ける必要があるだろう。

次に、CBT の理論に内在する問題として、本論ではガーゲンの認知主義批判を扱ってき

たが、これらの問題は CBT の実践の場においても看取することができた。第一に「世界存在の不可能性」については、「世界」が不在であることへの違和感という形で経験される様子もみられた。たとえば F さんは「自己正当化」の認知のロジックに還元しきれない要素として、疲労感や不快な情緒反応、それらを引き起こす社会的場面を挙げていた。「僕はそこまで最終解脱した人間ではない」という F さんの言葉が示すように、「世界」を認知に還元することには相応の労力が必要なものであり、この還元不可能性を自覚することもまた、CBT から距離を置くようになる要因の一つであると考えられる。

第二に「認知の起源の不可能性」の問題については、肯定的な文脈で語られるケースがまずみられた。A さんは、CBT が「性格」を対象とするのではなく、物事の「捉え方」などの局所的な対象を「ちょこちょこ変えていく」点を肯定的に評していた。A さんは、性格と認知の因果関係等には直接言及していなかったが、「性格」の問題をブラックボックス化するという点では、「認知の起源」の探求（＝問題の複雑化）の必要性を削ぎ、日々の生活の中で実際に経験可能な「認知」の水準に照準を当てようとしていたと解釈できる。さらに、「認知」に関する問題解決的なアプローチは、当人にとって前進的で可変性に開かれたものとして捉えられていたといえる。

この「認知の起源の不可能性」をめぐる問題は、第三の論点である「行為の不可能性」の問題とも関連し、認知と行動の断絶という経験に関する人々の解釈が、CBT の継続に影響を及ぼす様子もみられた。C さんは CBT を続ける中で「認知の起源」を想定するようになり、CBT とは別の枠組みから、過去に父親から受けた影響について語っていた。ただ、CBT の実践においては、具体化された現在の行動の調整が焦点となるため、起源の探求という文脈とは断絶せざるをえなくなる。C さんは、目標とする一連の行動の克服に照準を定めることで、認知の問題を保留していたものと考えられるが、目標達成後には認知の問題が再び前景化するようになる。そこでは、行動の発生源であり、状態を維持するために調整が必要な「認知」の問題が再定式化されると同時に、C さんが父親から過去に受けた影響も、父親に対する認知（評価懸念）の問題に読み替えられていた¹⁶。この認知は、行動にも影響を及ぼしうるため、CBT による恒常的な調整が必要な対象（行動群の克服後の配慮の対象）として位置づけられる。このように C さんの事例においては、認知と行動、さらには認知の起源の断絶をその都度、再解釈を通じて縫合することで、CBT を継続するための自己解釈の素地を形成していたものと考えられる。

一方で、CBT の取組を通じて達成した行動の集積から、回復や改善のイメージをつかめない事例として D さんの事例があった。D さんは A さんと対照的に、自身の「性格」の問題を強調し、それは行動の変化によって対処可能なものとはみなされない。D さんにとって「性格」は CBT の取組の成否に影響を及ぼすものであるが、それは CBT の介入対象の範囲外にあるもの、特に成功体験を受け容れられない「認知」の起源にあるものとして位置づけられるため、CBT は必然的に行き詰まらざるをえなくなる。また、C さんのように行動と認知、認知の起源の断絶を埋め合わせるような自己解釈も展開されない。そのため C さんは、行為がただの行為にすぎないものとして、隔絶して存立してしまうという意

¹⁶ 「評価懸念」の発生源については特に言及されなかった。発生源への言及は、CBT の枠組みの外に出ることを意味し、CBT 以外の説明や言語を呼び込むものであるとも解釈できる。

味での「行為の不可能性」の問題に直面していたものであるといえるだろう。

6. 結び

本論では CBT に関する批判的考察をもとに、CBT の経験者 6 名の語りを考察した。その中では、「過食型エンパワメント」の回避につながるような、追加的な「命令形」の言語を見出す実践や、認知主義に内在する問題に対する人々の捉え方が CBT の継続や解釈に影響を及ぼす様態が明らかにされた。特に CBT における「認知」と「行動」への照準、裏を返せば他の要素のブラックボックス化に関する人々の解釈様式が、CBT との親和性に影響を及ぼすという論点は、本調査から示唆された主要な知見である。この「解釈様式」は、本来の「CBT」から乖離しているという批判があるかもしれないが、CBT がどのように“誤解”され、それがいかなる帰結をもたらすのかを明らかにすることもまた、必要な作業であるといえるだろう。

最後に、本調査の限界について言及したい。まず、サンプル数が少ないために、年齢・性別による差異や経年変化に関する考察を十分に展開できていないことがある。そのため、CBT の継続・離脱の条件に関する限定的な考察に留まり、薬物療法や CBT 以外の精神療法等への接近といった、相対的な視座からの考察が行えていない。また、治療者を対象とした調査は行えていないため、治療者が依拠する CBT の具体的内容（1990 年代前後から導入された「第三世代」の認知行動療法（熊野 2012）が含まれているかなど）や、技量の問題を扱っていないことも課題として残っているといえるだろう。これらの問題は今後の課題として、稿を改めて論じることにしたい。

文献

- Beck, A. T., 1976, *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York: Penguin.
(=1990, 大野裕訳『認知療法—精神療法の新しい発展』岩崎学術出版社.)
- Bellah, et al., 1985, *Habits of the Heart: Individualism and Commitment in American Life*, California: University of California Press.
- Berger, P. L., 1965, “Toward a Sociological Understanding of Psychoanalysis,” *Social Research*, 32(1).
- Burns, D. D., 1999, *Feeling Good: The New Mood Therapy (Revised and Updated)*, New York: Harper Collins Publishing. (=2004, 野村総一郎・夏苺郁子・山岡功一・小池梨花・佐藤美奈子・林建郎訳, 『いやな気分よ さようなら—自分で学ぶ『抑うつ』克服法』星和書店.)
- Gergen, K. H., 1994, *Realities and Relationships: Soundings in Social Construction*, Massachusetts: Harvard University Press. (=永田素彦・深尾誠訳, 2004, 『社会構成主義の理論と実践—関係性が現実をつくる』ナカニシヤ出版.)
- 平井秀幸, 2015, 『刑務所処遇の社会学—認知行動療法・新自由主義的規律・統治性』世織書房.
- House, R. and D. Loewenthal eds, 2008, “Introduction: An Exploration of the Criticisms of CBT,” House, R and D, Loewenthal (eds), *Against and For CBT: Towards a Constructive Dialogue?*, Herefordshire: PCCS BOOKS.

- Kleinman, A., 1988, *The Illness Narratives: Suffering, Healing and Human Condition*, New York: Basic Books. (=1996, 江口重幸・五木田紳・上野豪志訳, 『病いの語り——慢性の病いをめぐる臨床人類学』誠信書房.)
- 熊野宏昭, 2012, 『新世代の認知行動療法』日本評論社.
- Mansell, W., 2008, “What is CBT Really, and How Can We Enhance the Impact of Effective Psychotherapies such as CBT,” House, R and D, Loewenthal (eds), *Against and For CBT: Towards a Constructive Dialogue?*, Herefordshire: PCCS BOOKS.
- 松本俊彦, 2016, 「特集にあたって」『精神科治療学』31(2): 139-140.
- 森真一, 2000, 『自己コントロールの檻——感情マネジメント社会の現実』講談社.
- 大野裕, 2016, 「認知療法〔認知行動療法〕」加藤敏ほか編『現代精神医学事典』弘文堂, 800-801.
- Pilgrim, D., 2011, “The Hegemony of Cognitive Behaviour Health Care,” *Health Sociology Review*, 20(2): 120-132.
- 下山晴彦編, 2011, 『認知行動療法を学ぶ』金剛出版.
- Young, J., 1999, *The Exclusive Society: Social Exclusion, Crime and Difference in Late Modernity*, London, Thousand Oaks and New Delhi, Sage Publications. (=2007, 青木秀男・伊藤泰郎・岸政彦・林澤真保呂訳, 『排除型社会——後期近代における犯罪・雇用・差異』洛北出版.)
- Weishaar, M., 1993, *Aaron T. Beck*, London: Sage Publications. (=2009, 大野裕・岩坂彰・定延由紀訳, 『アーロン・T・ベック——認知療法の成立と展開』創元社.)

【付記】本研究は JSPS14J10403 の助成を受けたものです。