

認知療法尺度 CTRS 解説

(大野裕著『はじめての認知療法』講談社現代新書の内容を一部改変したものです)

これは「認知療法尺度 (Cognitive Therapy Scale : CTS, CTRS)」にもとづいて認知療法を評価するポイントを解説したものです。CTRS は、認知療法の創始者アロン・ベック博士とその弟子のジェフリー・ヤング博士が、認知療法の治療者を教育するときに、研修生の面接の内容を評価するために作った、専門家向けの評価表です。CTRS では、①アジェンダ、②フィードバック、③理解力、④対人能力、⑤共同作業、⑥ペース調整および時間の有効使用、⑦誘導による発見、⑧重要な認知または行動への焦点づけ、⑨変化に向けた方略、⑩認知行動的技法の適用、⑪ホームワークの 11 項目が、評価されます。

次に、各項目について説明することにします。

1. 毎回、課題 (アジェンダ) を決めて話しあっていますか？

認知療法は比較的短期間で行う問題解決的治療法です。ですから、1 回ごとの面接時間を有効に使うために、その面接でどのようなアジェンダ (課題) を話しあうかを定めるようにします。

課題 (アジェンダ) は、前回の面接内容、前回の面接以降の生活や出来事、ホームワーク、そのときの気持ちなどをもとに、患者さんと治療者が相談して決めます。まず、その回のセッション中に扱いたい問題のリストを作ります。それは、気力の低下や憂うつな気分、集中力低下などのうつ病の症状や、夫婦間の問題や仕事上の問題、子育て、経済的な問題など、様々です。そして、問題の優先順位を決めて、その回に話題にする課題をひとつかふたつ決めます。定型的な認知療法では、この作業に 5 分から 10 分くらいをかけます。

ときに、コラムを使った認知再構成法や活動スケジュールなどの方略 (スキル) をアジェンダとする治療者がいますが、そうではなく出来事ないしは問題をアジェンダとします。また、アジェンダを決めるときには患者さんの意見を尊重しますが、治療者はそのときに、概念化に基づいて適切な内容が選ばれるように手助けしていきます。

その後の面接のなかでは、その課題について話しあっていくのですが、話の途中でもっと重要な課題が出てきたときには、患者さんと治療者が話しあって課題を変えることもあります。柔軟に対応することが大事です。

一般に、治療が始まって間もない段階やうつ病の症状が重いときには、認知よりも行動について話しあうようにします。また、治療初期には、行動ができないことや自分を責めること、絶望感などのうつ病の症状にどう対処するかが課題になることが多く、治療が進むにつれて、仕事の問題や対人関係の問題、人生の目標などより大きな課題に移っていきます。

2. 治療者は、患者さんからのフィードバックを大切にしていますか？

認知療法では、患者さんと治療者が力を合わせて進めていきます。ですから、治療者が一方的に患者さんの問題を決めつけたり、アドバイスをしたりするのは、好ましいことではありません。

治療者は、患者さんが治療のなかで、自分の気持ちを十分に表現できるように配慮する必要があります。とくに、患者さんは不満を口にしにくいもので、そうした気持ちを自然に表現できることも大事です。

治療者は、患者さんの気持ちや考え、そして解決すべき問題を専門的に理解して面接を進める必要がありますが、その理解が必ずしもすべて当たっているとは限りません。効果的に治療を進めるためには、治療者が、自分の見立てをきちんと患者さんに説明して、患者さんの考えに耳を傾け、お互いの考えを理解し合って治療を進めることが大事です。そのためには、面接のなかで治療者が自分の理解を患者さんに伝えて患者さんの意見を聞いたりするなど、双方向的に治療を進めていくようにします。

3. 治療者は、患者さんの考えや気持ちをきちんと理解し、その理解を伝えていますか？

効果的に治療を進めるためには、治療者が、患者さんの話に十分に耳を傾け（傾聴）、その考えや気持ちに共感することが大事です。また、そのように自分が理解したことを患者さんに自分の言葉で伝えて、力を合わせて治療を進めていくようにします。治療者が、自分の考えや理論にとらわれて、一方的に治療を進めていくようでは、治療の成果はあまり期待できません。

そのときに、治療者は、患者さんが言葉で表現したことだけでなく、態度や雰囲気などにも気を配りながら、患者さんの気持ちや考えを理解するようにします。もちろん、言葉にならない気持ちを推測するのは困難ですから、患者さんができるだけ、自分の気持ちや考えを言葉に出せるように手助けしていきます。

4. 治療者は、人としてきちんと患者さんに向き合っていますか？

治療者は、患者さんに人間的な関心を持ち、気持ちを思いやり、専門家として信頼できる態度で接することが大事です。そうした人間的な触れあいが、治療の効果を上げる大きな力になることが、多くの研究から明らかになっています。

治療者は、温かくもの柔らかな態度で患者さんに接し、一方的に自分の考えを押しついたり、患者さんのペースを乱したりしないように配慮します。患者さんが言うことにきちんと耳を傾け、患者さんの提案を治療のなかに取り入れる努力をします。ときには、ユーモアのある言葉かけをして、その場を和ましたりするようにすることも大事です。

しかし、だからといって、患者さんの希望を一方的に叶えてしまうのもまた問題です。

専門家として必要なことは、きちんと患者さんに伝える、そうした専門家としての強さをあわせ持っていることも大事です。

5. 治療者は、患者さんと協同して面接を進めていますか？

認知療法の大原則のひとつが患者さんと治療者との協同関係です。この協同関係を力にして、患者さんと治療者は共通の敵、つまり患者さんのストレスと闘っていくのです。

そのためには、患者さんと治療者が共通した治療目標を持つことが大事で、治療の最初に何と治療の目標にするかを言葉にして共有することが大事です。それができていれば、患者さんと治療者が不必要に対立したり、治療の方向性が見えなくなったりすることが少なくなります。また、その時々患者さんの気づきや治療者の理解、使っている方略（スキル）の目的などを言葉に出して説明する心理教育を行うことで、患者さんが自分の気づきを自分のものにできるようにします。

協同関係を維持するために、治療者は、温かく共感的であるだけでなく、患者さんひとりひとりのニーズや希望に応じて、認知療法の進め方やスキルを柔軟に使い分けていくようにします。しかし、その一方で、治療を効果的に進めるためには、治療者の方針を守らなくてはならないこともあります。治療者は、治療に役立つ形で、患者さんの希望と治療者の専門的な判断とのバランスを取ることが求められます。

もちろん、こうした判断は治療者が一方的に決めるのではなく、患者さんと話しあいながら決めていくことが必要です。そのために、治療者は、必要に応じて、治療の進め方やスキルについてわかりやすく説明します。

6. 面接のペース配分や時間の使い方は適切でしょうか？

治療者は毎回、使える時間をできるだけ有効に使って、患者さんの気づきを助けていきます。そのためには、面接の構造化やペース配分、時間の使い方が大切になります。基本的には、5分から10分でアジェンダを設定し、20～30分間アジェンダについて話し合い、残り10分でまとめとフィードバックという枠組みを守って、45分～50分でセッションを終わるようにします。

治療者は、患者さんの理解度や吸収度を判断しながら、大切な課題（アジェンダ）を取り上げ、その患者さんにあったスピードで面接を進めていきます。患者さんが理解しているかどうかに関わりなく話を進めたりどんどん話題を変えたりしないようにしなければなりません。

治療者は、重要な問題を話しあっても内容が深まらないときには、患者さんと話しあって、別の視点からその課題に取り組むようにします。もっと他の課題（アジェンダ）について話しあった方が良く判断したときには、そのことを患者さんに説明して相談します。

一回の面接で話し終わらないときには、引き続いて次の回にも話しあうことを提案することもあります。

7. 治療者の質問は、気づきを助けるようなものでしたか？

他の人からいくら良い話をされても、いくら説得されても、自分で納得できなければこの中に残りません。ですから、認知療法では、「誘導による発見」と呼ばれる技法を大切にします。「誘導による発見」というのは、患者さんが新しい見方や考え方に気づけるように導いていく質問の仕方です。

これは、治療者が一方的に説得するのではなく、患者さんが体験を通して理解したり問題を解決したりできるように、手助けするものです。患者さんが思い込みのために可能性を狭めていることはないか、いまの行動が問題を解決するのに役立っているのか、いま体験していることを現実以上に大きな問題だと考えていないか、自分の力や周囲からの支援、将来の可能性を否定的に考えすぎていないか、など否定的な考えを実生活の体験を通して修正していけるように手助けをします。

そのとき、治療者は、自分の考えを一方的に説明したり説得したりするのではなく、患者さんが自分で気づけるように、優しく導くような態度を取ります。

8. 面接では、重要な認知や行動について話し合えていますか？

治療者は、患者さんと一緒に、患者さんの考えや思い込み、行動を明らかにして、解決すべき考えのクセや問題点を明らかにし、重要な課題に取り組んでいきます。また、どのような理由でこのような問題や課題が生まれているのかについても、可能な範囲で理解するようにします。もちろん、その理解はすぐにすべてできるものではなく、お互いの理解が進むにつれて少しずつ変わっていく可能性があります。そのときどきで大切だと判断した課題に取り組んでいくようにします。

課題や問題の背景を理解するために、治療者は、①患者さんの考えを聞く、②気持ちが動揺した場面をリアルに思い出してもらう（イメージ法）、③患者さんと一緒にロールプレイをして辛い場면을再現し、自動思考を思い出してもらう、④面接中に気分が変化したときの考えを覚えてもらう、⑤非機能的思考記録表（コラム）に書き込んだ自動思考を患者さんと一緒に見直す、といった方法を使います。

患者さんの悩みを軽くするためには、その人のこのころの規則を理解することも大事です。そうした規則には、「幸せになるためには、いつも成功しなくてはならない」「愛がないと生きていけない」「自分は、何をしてもうまくできない」などといったものがあります。こうした考えが強いと、気分が沈み込んだり不安になったりしやすくなるので、治療や再発予防のために、このころの規則通りに行動しないとどうなるかを試したりして、その規則を書

き換える練習をしたりすることも大事です。

9. 適切な認知・行動的技法を選んで、変化に向けての作戦を立てられていますか？

患者さんの悩みの背景、問題になっている認知や行動がわかった後は、そのときどきに適した方法を使って、問題を修正するために工夫していく必要があります。そのときの目的は、①自動思考を検討する、②思い込みを修正する、③行動を変える、の3つになります。

自動思考を検討するためには、患者さんと治療者が一緒に科学者のような態度を大切にしながら次のような方法を使います：①自動思考の根拠と反証をリストにする、②患者さんの予想が当たるかどうかを現実の生活で実験してもらう、③患者さんの話の矛盾点を話しあう（例：「自分はダメな人間だ」という判断が誰のものよりも正しいと自信を持っていること、など）、④「自分は臆病者だ」というようなレッテルのいみを具体的に定義してもらう、⑤出来事の原因をはっきりさせる（例：患者さんだけに原因があるわけではないことをはっきりさせる）、⑥別の問題解決策を考える。

思い込みを修正するためには、その思い込みの利点と欠点を書き出して検討すると良いでしょう。また、思い込みは「…べき」といった「べき思考」の形を取っていることが多いので、そのときには、こころの規則に従わなかったときにどうなるかを試す実験を考えます。

行動を変えるためには、出来事をどう考えるかではなく、どのように行動し、どのように対処するかが大切になります。こうした行動的技法は、治療の初期段階に集中して行われることが多く、とくに、動けない、引きこもっている、楽しめない、集中力が落ちていくといった症状が強いときに効果的です。そのときに使われる方法としては、活動記録表、達成感と喜びの記録、段階的課題設定、認知的リハーサル、自律性を高めるトレーニング（宗治や買い物などの日常的な活動や、アサーション、気持ちのコントロール、など）、ロールプレイ、気晴らし技法などがあります。

10. 認知行動的技法が上手に使えていますか？

変化に向けての作戦を立てた後は、治療者は技法を上手に使う面接を進めなくてはなりません。そのためには、治療者が使う技法を使い慣れていて、患者さんにわかりやすく説明できる必要があります。治療はおたがいに力を合わせて進める必要がありますし、治療が進むにつれて、治療者が理解していることが徐々に患者さんにわかっていくようになることも大切です。その過程のなかで、患者さんの認知が修正されていくことが大切なのですが、そのときに治療者は中立的な姿勢をとって、最初から患者さんの考えを否定しないで受け止め、現実と照らし合わせながら協同的に検討していくようにします。

11. 患者さんの問題や治療の流れにあったホームワークが出されていますか？

認知の修正は、肌で感じながら体験を通して気づきを深めるなかで行うことが大切で、その意味でホームワークは認知療法の中心的な技法と言えます。治療者は、そうしたホームワークの意味を患者さんにわかりやすく説明して、そのときどきで役に立つホームワークを出すようにします。

ホームワークが機能すると、面接で学んだことを日常生活に応用したり、気づきを深めたりでき、現実に沿った認知の修正ができるようになり、患者さんに自信がついてきます。ホームワークは、最初は治療者の方から提案することが多いが、治療が進むにつれて患者さんが自分で提案するようになります。

ホームワークが決まった後には、できそうかどうか、実行するときに障害になることはないかについて話しあって、できるだけ成功するように準備をします。ただし、ホームワークの目的は成功するかどうかではなく、成功したとすれば何が良かったのか、うまくいかない面があつとすれば何が良くなかったのかといったことを話しあって情報を集めることにあることを忘れないようにしてください。うまくいけばそれに越したことはないのですが、うまくいかないときの方が今後に生かせる情報はたくさん集まります。ですから、治療者は、前回出したホームワークを次の回に必ず取り上げるようにします。

以下は、CTRS の解説書に出ている代表的なホームワークです。

表：代表的なホームワーク

- a. 非機能的思考とそれに伴う気分の記録を毎日つけること
- b. 活動計画をすること
- c. 達成感と喜びの点数をつけること
- d. 面接中の重要なポイントのリストを見直すこと
- e. 関連する本や記事を読むこと
- f. カウンターを使って自動思考を数えること
- g. 治療セッションのテープを見たり聞いたりすること
- h. 自分の人生の振り返りを簡単に書いてみる
- i. 非機能的思考尺度（Dysfunctional Attitude Scale : DAS）や抑うつ尺度などの質問紙に記入すること
- j. 不安、悲しい気持ち、怒りといった気分の変化を1時間ごとのグラフやチャートにすること
- k. 気晴らしやリラクゼーションなどの対処方法の練習をすること
- l. 今まで難しかった行動を試してみる（例、アサーション、知らない人と会う、など）