

# **Cognitive Therapy Scale – Rating Manual**

## **認知療法尺度—評価マニュアル**

**原著**

**Jeffrey Young, Ph.D.**

**Aaron T. Beck, M.D.**

**翻訳**

**慶應義塾大学認知行動療法研究グループ**

(2008年9月11日作成、2011年8月7日改訂)

## 目次

評価者に向けた全般的注意	2
1. アジェンダ	3
2. フィードバック	5
3. 理解力	6
4. 対人能力	8
5. 共同作業	9
6. ペース調整および時間の有効使用	10
7. 誘かれた発見	11
8. 中心となる認知または行動に焦点をあてる	14
9. 変化に向けた方略の選択	17
10. 認知行動的技法の実施	22
11. ホームワーク	24

## Cognitive Therapy Scale – Rating Manual

### 認知療法尺度－評価マニュアル

#### 評価者に向けた全般的注意

1. 評価結果に影響を与える最も深刻な問題は“ハロー効果”である。評価者が治療者は良いと思うと、すべての採点項目において治療者は優れていると評価するが、セッションがうまくいかなかった時にはまったく逆のことがおきる。

認知療法尺度の最も重要な機能は、治療者の特定の長所と短所を明らかにすることである。一様にどの部分も良い治療者、ないし悪い治療者、に出会うのは非常にまれであり、したがって、治療者について、毎回のセッションごとによい面、悪い面を見出す方が、全体を通じて包括的な印象を述べるより有用であろう。

2. 2つめの問題は、評価者の中に、尺度の数字に自分で意味をもたせてしまう傾向（例えば、4が平均、などと意味づけをする）の人がいて、用紙の説明文にある記述を無視してしまうことである。この問題は、6点法の特定の数字に、我々が特有な意味を付加してしまうところにある。厳しい評価者は“自分は満足いかない”と思えば1をつけるが、寛大な評価者は治療者が“よくやった”とか“がんばっていた”と見て取れば5をつける。

尺度に書いてある説明は、評価者間の統一性をより確実にするためのものである。したがって、可能な限り、数的評価は書いてある説明をもとに行う必要がある。数値の結果が治療者に対する評価者の“直観”と合わないのではないかと心配することはない（結局のところ、最初のページにある全体の評価で直観を表現してよいのであるから）。

唯一の例外は、記述が、治療者のある問題や行動を表しているように見えない場合である。そのような場合は、その項目の記述を無視して、一般的な指示に従うとよい。こうした場合に評価者がそぐわないと思う理由を記述してもらおうと今後尺度が改訂される際に役立つ。

## 1. アジェンダ Agenda

### 目標

認知療法は比較的短期間の問題解決的療法なので、1回ごとの面接時間を有効に使うべきである。毎回セッションのはじめに、治療者と患者は今回のセッション中にどの問題を話題にするか、というアジェンダを共に決める。アジェンダを設定することは、関係する問題に効果的なやり方で取り組むことにつながる。

#### Background material

- a. Cognitive therapy of Depression 、 pp.7-78、93-98、167-208.
- b. Cognitive Therapy and Emotional Disorders、 pp.224-300

### 望ましい治療者のあり方

アジェンダは、患者が前回のセッションからどのように過ごしてきたかという手短なまとめから始まる。このまとめには、関連する先週の出来事、ホームワークの振り返りと話し合い、患者の現在の気分の状態（BDIスコア、不安チェックリストのスコア、患者自身による経過報告）が含まれる。

認知療法は比較的短期間であるため、標的となる特定の問題をピンポイントで扱うことが極めて重要である。問題を焦点化しないと、治療はぼやけたものになり、効果も弱まり、結果として進むのが遅くなる。扱う問題を適切に選ばないと、治療者は面接を進めることが困難になる。なぜなら、中核的な問題が進行を妨げるかもしれないし、患者は治療者とその問題に取り組んでいくことに十分納得していないかもしれない。ただし、扱おうとした問題が中核的であっても、現時点で扱うのはまだ難しいという場合もある。

従ってセッションの始めでは、患者と治療者は共同して、その回のセッション中に扱いたい問題のリストを作る。このリストの中にはうつ病の特異的的症状—例えば無気力、やる気の低下、涙が出る、集中困難—が含まれることもある。また、患者の環境的な問題も含まれるだろう。たとえば、夫婦間の問題や、キャリアに関すること、子育てに関すること、経済的問題などである。

問題リストが出来上がったら、患者と治療者はどの問題を取り扱うかとその順番を決める。必要であれば、どの問題にどのくらい時間を割り当てるかも決める。優先順位を設定する上で考慮すべき点は、治療の段階、うつの重症度、希死念慮の有無、各問題領域におけるストレスの程度、問題解決が進展するかどうかの可能性、そのテーマやトピックが日常生活のさまざまな場面のうちのいくつに影響するか、である。

認知療法の初心者によく見られる間違いとして、1) 取り扱う問題について患者の同意が得られていないこと、2) 中核的な問題よりも周辺的な問題を選んでいること、3) 1つの問題に腰をすえてじっくり取り組まずに扱う問題を次から次へとかえること、がある。

一般的に、治療の初期段階の場合や重症のうつの患者の場合、厳密な認知よりも行動を目標にするほうがうまくいく。治療が進むと、うつの症状を取り除くこと（行動力の低下、過度に自己非難すること、絶望感、涙が出ること、集中困難など）から、より広域の問題（仕事への不安、人生の目標、対人関係の問題など）へと重点が移り変わる。

取り扱う問題を選ぶプロセスはある程度は“試行錯誤”になる。しかし、治療者はセッションを通じてアジェンダ通りに進めようとするべきである。しかしながら、時として治療者と患者は、扱うと決めた問題がそう重要でないとわかったり、時期尚早でまだ扱いきれないと思ったりした時には別の問題を扱いたいと思うだろう。扱う問題を変える時には共同的に、どうして問題を変えたいと思うのかの根拠を話し合ってから変えたり決めたりすべ

きである。治療者が説明なしに話題を変えることは、患者にとって、その問題は解決できない、望みのないものだと思わせてしまうからだ。

患者は時に、長い目でみるとあまり解決にならない、もしくは治療者と話し合っても生産的でない話題であっても、話し合いたかったり吐露したかったりする。治療者はそうした患者の願望にも配慮しなければならない。そうした柔軟性は認知療法における共同的关系を集約したものであるからだ。

アジェンダ設定は素早く効果的に行わなければならない。治療者はアジェンダ設定をすべて終える前に、特定のアジェンダの内容について話し合い始めるのは避けるべきである。さらには、アジェンダは多くを望みすぎても良くない。1セッションの中で、1つか2つ以上の問題を話し合うのは通常不可能である。アジェンダ設定は適切に行えば5分以内に可能である。

## 2. フィードバック Feedback

### 目標

治療者は、患者が治療のあらゆる側面に対するポジティブならびにネガティブな反応を、細心の注意をはらって汲み取る必要がある。フィードバックには、患者が、治療者の介入、概念化、考えの道筋を理解しているかどうかを確認し、また、治療者が患者の主たる問題を正確に理解しているかどうかを確認することが含まれる。

#### Background material

- a. Cognitive Therapy of Depression、pp.81-84

### 望ましい治療者のあり方

認知療法家は各セッションを通して、患者が治療のプロセスに対して納得しているかどうか確認しながら進めていくよう努めなければならない。第1回セッションから、治療者は患者が治療のあらゆる側面に対してどのように考え、感じているか、丁寧に聞きとるようにする。治療者はセッションごとに患者の評価を確認し、治療者について、問題がどう取り扱われたかについての評価、ホームワークなどについて、陰性の反応を積極的に述べてもらうようにする。言語的表現であれ非言語的表現であれ、患者が面接に対して抱いた表面上はわからないネガティブな反応にも治療者は気をつける必要がある。そのような様子に気付いた時には、患者がどのように思っているか聞くべきである。可能であれば、治療者は患者にどのように面接を進めていくのがよいか、ほかのやり方はないかを聞いてみるとよい。

フィードバックにおいてもっとも重視することは、治療者は患者が治療者の概念化を理解しているかどうかを常にチェックすることである。抑うつ的な患者はしばしば、単に治療者に従っているだけ、ということがある。従って、治療者は常に今日のセッションでは何を話し合ったのかをまとめ、患者に要点となる部分を確認してみるとよい。実際、患者にとってセッションで話し合ったことをメモにするというのは次のセッションまでの間に振り返る手助けとなる。同様に、治療者も、患者が言ったことをどう理解したのかを定期的にまとめたり、そのまとめを患者に尋ねて修正・訂正してもらったり、“微調整”してもらったりすることが重要である。

### 3. 理解力 Understanding

#### 目標

治療者は患者の考えたことや気持ちをどう理解したかを的確に伝える必要がある。“理解力”とは、どのくらい患者の世界に治療者が入り込んでいるか、患者のたどった人生をありありと想像できているか、そしてその結果理解したことを患者に伝えられるかどうかである。理解とは、ほかの文献でいうところの傾聴、共感のスキルのことを言う。

#### Background material

- a. Cognitive Therapy of Depression, pp.47-49

#### 理論的根拠

治療者が効果を出せない場合には、患者の見解に対する解釈を間違えているか、無視していて、自身の態度とか、紋切り型の態度、ある理論に基づいたそのままの態度を誤って押し付けていることがしばしばある。こうした態度で接すると、患者の現実認識の中心でない認知や行動へと介入が向いてしまい、治療的介入は失敗に終わってしまう。

#### 望ましい治療者のあり方

治療者は患者が明確に言葉にして伝えてきたことと、声の調子など非言語的な表現で伝えてきたことの両方に対して敏感である必要がある。患者は時に、ある出来事や人物について語る際に、特定の感情（怒りなど）を認めたり言葉にしたりしないながらも、声のトーンによって治療者に自分の気持ちを伝えることがある。

治療者が“患者の内なる世界”をつかみ取ることができなければ、効果的な介入は不可能である。さらには、患者が、治療者が自分を理解してくれていると信じられない限り、治療者は患者とラポールを形成することが難しい。治療者は、患者がどのように感じているようにみえるかを、言葉を言い換えたりまとめたりすることによって、理解していることを示すことができる。治療者の声の調子や非言語的表現によっても、患者の視点を共感的に理解しているということが伝わる（治療者は患者の問題に対して客観的な姿勢も保たねばならないが）。

理想的には、治療者が患者の“内なる世界”を理解することは、患者の問題についての正確な概念化へとつながり、それは改善に向けての有効な方法につながる。

#### 評価するときの注意

“理解力”は評価者間の一致を得るのが最も難しい項目のひとつである。評価者が尺度のそれぞれの記述を丹念に読み込むことが重要となってくる。0は「治療者は患者が言ったことのポイントを全く外している」ということで、患者が口に出して言った最も明白な事項に対しても正確に繰り返すことができなかった場合に0となる。2は、理解が文字通りすぎているかある断面しか把握できていない治療者にあてはまる。患者がはっきり言ったことを正しく繰り返すことは出来るが、なにかほかのことを言わんとしている微妙なニュアンスに対して鈍感であるとか、または枝葉のことについては正確に繰り返して言うことが出来るが、主要な問題をもらしている、といった場合である。

4と6は、治療者が、患者がどう思っているかを把握できているようにみえる場合につけられる。6は患者への共感的な理解を伝える能力と、患者の世界を鮮明に理解し、ある状況下に対して、患者がなぜ、どのように反

応するのかを予期できる能力を有している場合に6となる。



## 4. 対人能力 Interpersonal Effectiveness

### 目標

認知療法家は適切なレベルの思いやり、関心、信頼感とプロフェッショナリズムを示さなければならない。

#### Background material

- a. Cognitive Therapy of Depression, pp.45-47, 49-50

### 理論的根拠

多くの研究から、こうした“非特異的”要素が、精神療法で良好な結果をだすためには重要であるという結果がでている。認知療法においては、こうした対人能力が共同関係を築く上で鍵となる。

### 望ましい治療者のあり方

認知療法家は公明で、誠実で、オープンな態度で接することができる必要がある。治療者が恩を着せるような態度だったり、わざとへり下ったような態度をとったり、患者が質問したのにそれをはぐらかすようなことをしてはならない。つまり、経験ある認知療法家というのは、いかにも治療者といった態度をとることはなく、率直でまっすぐな印象を与えるものだ。

認知療法家は、こうしたオープンな態度と同時に、発言の中身と、声の調子やアイ・コンタクトといった非言語的行動によって、温かさや関心を相手に伝える。治療者が患者の見解について質問する時には、患者側からみてあら探しされているとか、非難されているとか、ばかにされているような様相にならないように注意しなければならない。治療者はよい信頼関係を築くためにユーモアを用いるのもよいだろう。

プロフェッショナリズムを示すのもまた治療者にとっては必要なことである。遠い存在のようであるとか冷淡な雰囲気がないような言い方で、自分にはうつ病の患者を助けられる力がある、という自信を患者に伝えるようにしなければならない。患者は当初自分の置かれている状況に絶望しているものであるが、治療者のこうした自信は、患者のそうした気持ちを揺り動かすのに役立つ。プロフェッショナリズムがあれば、治療者は指導的役割をとりやすくなるし、治療構造をしっかりとものにできるし、別の見方を患者に提案しても納得を得やすくなる。治療に対する責任は患者と治療者の両方で折半するものだが、効果をだせる治療者というものは、必要な時に患者に見合った専門家としての力を使うことができるものなのだ。

### 評価するときの注意

対人能力の項目は、評価者間の一致度が、求められるレベルより低くなりやすい項目のひとつである。0は治療者の対人能力が貧弱であるために、患者によく影響を与えていると客観的に考えられるレベルである。そのような治療者は非友好的で、冷淡で、批判的で、患者の自尊心をひそかに傷つけ、信頼を育むのを難しくしてしまう。2は患者にとって有害というわけでないが、せっかちだったり、誠意に欠けたり、冷淡だったり、能力が不十分に見えるために、治療がすすむのを妨げる治療者にあてはまる。そのような治療者は患者とより固い絆を築くことができないだろう。4と6は十分に対人能力がある場合で、その違いは単に程度の違いである。

## 5. 共同作業 Collaboration

### 目標

認知療法の大原則のひとつが患者と治療者間の共同関係である。共同関係は、治療者と患者が、共通の敵、即ち患者のストレス、に戦っていくための治療同盟という形をとる。

#### Background material

- a. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders, pp.220-221
- b. Cognitive Therapy of Depression, pp.50-54

### 理論的根拠

共同のアプローチのためには少なくとも3つの目標がある。第一に、共同関係は治療過程のそれぞれのポイントで、患者と治療者が一致した目標を持てることを助ける。したがって、相反する目標を掲げた時には共同関係は機能しなくなる。第二に、患者にとって治療者が戦う相手や自分を脅かす存在にみえたとき、または自分をいのように扱ったり支配しようとしているようにみえたり、患者は治療者に対して抵抗をみせるが、共同関係はこれを最小限に留めてくれる。第三に、治療同盟は患者と治療者間の誤解を防ぐ作用がある。患者と治療者の間の誤解があると、治療者にとっては治療が暗中模索になってしまい、患者にとっては治療者が伝えようとしていることを、間違って解釈することにつながってしまうのである。

### 望ましい治療者のあり方

ラポール：ラポールは人同士の調和のとれた関係のことをいう。認知療法においては、ラポールとは患者と治療者がチームとして機能し、一緒に作業していて心地よいと感じている状態のことを言う。それは防衛的でも、過度に抑圧的でもよくない。ラポール形成のためには、治療者は認知療法尺度の評価項目2（フィードバック）、3（理解力）、4（対人能力）にあるような理解と対人関係における資質を示すことが時として必要である。しかしながら、ラポールというのは、温かさや共感以上のことも指し示すもので、治療者は患者ひとりひとりのニーズや希望に応じて、認知療法の構造や手法を柔軟に応用することも求められる。

治療構造と患者の意思のバランス：共同関係構築のためには、治療者は、指示的に構造を守って治療をすすめることと、患者が自分で意思決定をしてその決定に責任をもつこととの、ほどよいバランスをとることが求められる。このバランスをとるといふことには、いつ話す役にまわり、いつ聞き役にまわるか、いつ直面化し、いつ静観するか、いつ治療者の考えを提案し、いつ患者が自分で提案できるのを待つか、ということである。

患者と治療者の双方が重要と思う問題に焦点をあてること：共同関係において最も重要なことは、セッションが患者も治療者も重要と思っている問題に焦点が当たっているという認識があることである。毎回のセッションで治療者がきちんと患者の言うことに耳を傾けていないと、治療者は、患者が関連があるとも重要であるとも思えない問題に焦点を置き続けてしまうことになる。そうなると、患者と治療者は相反する目標に向かい始め、共同関係は壊れてしまう。

介入に対する理論的根拠の説明：治療者にとってもうひとつ必要な共同関係の要素は、ほとんどの介入について理論的根拠を説明することである。理論的根拠を示すことによって、治療のプロセスがはっきりわかりやすくなり、患者にとっては個々のアプローチ方法を理解しやすくなる。さらには、患者が、ホームワークや技法と解決したいと思っている問題との関連性がわかると、患者はそれにまじめに取り組む可能性が高くなる。

## 6. ペース調整および時間の有効使用 Pacing and Efficient Use of Time

### 目標

治療者は各セッションにおいて、患者が新しい情報を吸収できる能力を考慮に入れつつ、できるだけ多くのことをすべきである。使える時間をできるだけ有効に使うためにも、治療者はセッションを十分にコントロールし、周辺的な（重要度の低い）問題についての話し合いを制限し、非生産的な話し合いはさえぎり、セッションが適切なペースとなるようにしなければならない。

#### Background material

- a. Cognitive Theory of Depression, pp.65-66

### 治療者に望まれる方略

我々はしばしば、治療者がある患者に対してセッションを遅すぎ、または早すぎて進めるのを目撃する。一方で、患者がメッセージをすでに把握した後でもそのポイントを冗漫に述べ立てたり、変化のための方略を概念化するために必要以上に多くのデータを集めたりすることがある。このような場合には、セッションは痛々しいほど遅くて非効率的である。また一方で、治療者は、患者が新たな観点を会得する前にトピックからトピックへほとんど移ることもある。または、治療者は問題を概念化するのに十分なデータを集める前に介入を始めてしまうこともある。

アジェンダは、治療者が時間を効果的に使える助けとなる構造計画を与える。治療者は、ディスカッションの流れをモニターし、十分なコントロールを維持することによって、各セッションのプロセスを通じて、患者も治療者も元来の計画を遵守することをめざすようにする。そうすることによって、最も重要なアジェンダ項目をカバーすることができる。取り扱えなかった事柄は次に話しあう機会を設定する。

アジェンダ設定の間、治療者は患者を教育することによって、周辺的な問題について話し合うことを制限することができる。しかしながら、セッションの間、治療者と患者はうっかり重大なアジェンダトピックから、関連はあるがしかし大して重要でない他のトピックへ移行することがある。そうした場合には、治療者は丁寧にこうした周辺的問題について話しあうことを中断し、アジェンダに掲げた項目へと戻るべきである。

たとえ中心的な問題に焦点を当てて話し合っても、治療が進まなくなることがある。そうした場合は、治療者はその非生産的な話し合いを優しくさえぎり、別の観点から、問題に取りくもうと試みるべきである。

## 7. 導かれた発見 Guided Discovery

### 目標

導かれた発見は、認知療法を効果的に行うための最も基本となる技法のひとつである。認知療法以外の治療者が議論したり講義したりするのに対して、認知療法家はしばしば、患者が新たな見解を得る手助けとなるように探索をしたり質問したりする。認知療法家は、患者に“反対尋問”したり、患者が防御的になったりしないように努めるものである。

#### Background Material

- a. Cognitive Therapy of Depression, pp.66-71

### 理論的根拠

我々は、治療者が患者を説き伏せた時よりも、患者が自分で結論をみつけた時の方が新たな観点を得やすいということをししばしば目撃してきた。このことから、認知療法家は弁護士というより経験ある教師のようだと言える。治療者は“生徒”を、生徒自身の立場から論理的に問題があるとわかるように導く；生徒が信じていることと矛盾する証拠を調べたり、仮説を検証するために必要であれば情報を集めたり、生徒が今まで気づかなかったような新しい別の見方を探したりして、こうした調査を経て妥当な結論へと導く。認知療法において認知と行動を変える技術の大部分は、教育者たちが”誘導による発見”と名づけられたものに包含される。例えば、仮説の検証、経験主義、実験の設定、帰納的質問、利点と欠点をはかりにかけること、などは、すべて”誘導による発見”を行う助けとなる、治療者が自由に使える道具なのである。

### 治療者に望まれる方略

質問の仕方は、誘導による発見のプロセスにとって極めて重要なものであるため、特別な注意を払う必要がある。論理的つながりをもった熟練して調整された質問はしばしば非常に効果的である。たったひとつの質問でも、患者に自発的に特定の問題領域に気づかせ、治療者が患者の新しい領域の質問に対する反応を評価するのを助け、問題について特別な情報を与え、患者が解決できないとしていた問題に対する適当な解決策をもたらし、患者が以前に抱いていたはずんだ結論に対して大きな疑いを投げかけさせることができる。

このプロセスにおいて、質問することがもたらすいくつかの機能は以下のとおりである。

1. 患者がいろいろなアプローチを考えて意思を決定し始めることを促す。
2. 患者が今までにあげた選択肢の利点と欠点をはかりにかけて決定した結果、望ましい可能性が狭まってしまっている状態を解消することを手助けする。
3. 非機能的な行動をとり続けるとどうなるかを患者が認識するよう促す。
4. もっと適応的な行動をとることによってメリットが得られる可能性を検討する。
5. 特定の出来事や一連の状況に対して患者が付加している意味を同定する。
6. 患者が非適応的自己評価をする際の基準を決定することを助ける。(第9セクションの、マイナスの概念を体系的に意味づけするテクニックについての項目を参照のこと)
7. 患者がどれほどマイナス面しか見ずに結論を導き出しているかを示す。以下は、ダイエット中にアメを食べてしまって自分自身に嫌気がさしてしまった抑うつ患者の例である。

- 患者：私は自分で自分をコントロールすることがまったくできないのです。
- 治療者：そのように言う根拠（理由）は何ですか？
- 患者：アメをすすめてくれた人がいて、私はそれを断れなかったのです。
- 治療者：毎日アメを食べていたのですか？
- 患者：いいえ。食べたのはその時1度きりです。
- 治療者：ダイエットできるよう、先週、何か前向きな取り組みをしましたか？
- 患者：ええと、お店でアメを見ても買わずに、誘惑にまけないようにしたし、すすめられて断れなかったその時以外はアメを食べていません。
- 治療者：自分をコントロールできた回数と出来なかった回数を比較してみると、どんな割合になりますか？
- 患者：だいたい100対1くらいです。
- 治療者：では、あなたは100回自分をコントロールしていて、たった1回だけ出来なかった。このことは、あなたが全くもって弱い人間だというサインになりますか？
- 患者：いいえ—全く、ではないですね（にっこり笑う）。

8. 患者がポジティブな証拠をどのように価値下げしているかを例示する。患者が改善しているという明確な証拠を無視してしまっていることを気づかせる様子を以下の例にあげる。

- 患者：治療をしていてもちっとも進歩していないと思います。
- 治療者：退院して復学するためによくなろうと頑張って、今は復学できているでしょう？
- 患者：毎日大学に行くなんて大したことじゃないです。
- 治療者：どうしてそう思うの？
- 患者：まわりが健康な人ばかりだから、毎日授業に出るなんて簡単なことです。
- 治療者：じゃあ、あなたが病院の集団療法に参加した時はどうだった？その時はどう感じてたかしら？
- 患者：その時は、ほかの人と一緒にいるのはそれほど苦痛ではなかったわ。みんな自分と同じように変だから、って思っていたから。
- 治療者：あなたは自分で成し遂げたことの価値を値引きする傾向がある、ということはないかしら？

9. 患者が早々に見切りをつけてしまっているが、しかし、患者の非適応的行動パターンに影響し続けている特定の問題領域について、話し合いを始める。

効果的な認知療法家が全てのセッションにおいて、質問だけに頼るわけでもないし、いつもまず質問するわけではない。例えば、治療者は質問するよりも、情報提供や直面化、説明、自己開示などを行った方が適切な場合もある。扱っている問題、患者のタイプ、治療のポイントによって、質問するか、ほかの介入方法をとるかのバランスをとることが大事である。介入が適切かどうかは次のことを観察すれば計ることができる；介入が共同的關係に与える影響、患者の依存具合、そしてもちろん、患者が新しい見解を取り入れられるよう上手く手助けできているか、である。

患者を導いているか、患者を説得しようとしているかの間には微妙な違いしかない。認知療法家は、治療者と患者がすでに成し遂げたことを力強く繰り返すことが必要となる場合がある。治療者が望ましい方法をとっているかどうかの区別は、治療者が力強いとかどうかとか粘りがあるかどうかではなく、全体として、患者と議論になるのではなく、患者と共同的であるか、というところにある。以下にあげる例は、どんな場合も自分の能力の

限界まで頑張らなければならないと考えている患者が、その結果として非適応的な結果になってしまっているということを、治療者が質問によって明らかにしているものである。

患者：私はいつも限界まで頑張るべきだと信じているようです。

治療者：どうしてそうなのですか？

患者：そうでないと、時間を無駄にしていると思うのです。

治療者：では、限界まで頑張ることの、長期的な目標はなんですか？

患者：（長い沈黙をおいて）今までそんなことを考えたことはありませんでした。ただいつもそうすべきだと思っていたのです。

治療者：限界まで頑張ることをやめてみると、あなたにはどんないいことがあるでしょうか？

患者：リラックスしたり、休暇をとったりするのが難しくなるように思います。

治療者：自分が楽しんだりリラックスしたりすることに“限界まで頑張る”というのはどうですか？これは重要ではないですか？

患者：今までそんなふうに考えたことはありませんでした。

治療者：私たちは、あなたがいつも限界まで頑張らなくてもいいように自分に許可を与えることについて、取り組んでいけるといいかもしれませんね。

### 望ましくないやり方の例

上述の望ましい利用法と対照的に、研修中の治療者に見受けられる最もありがちな間違いがある。治療者の行動が時折、高圧的なセールスマンと不適切にも似ていることがある。治療者の見方を患者もするように納得させようとするものだ。“高圧的”なやり方の短い例を以下に記す。

患者：もう学校で何一つきちんとできないのです。

治療者：それはよくわかります。あなたはうつ状態なのです。人はうつ状態になると勉強するのが困難になるのです。

患者：私、単に自分が馬鹿なのだと思います。

治療者：でもあなたは1年前、あなたのお父さまが亡くなってうつ状態になるまでとてもよくやっていたのでしよう。

患者：でも、それは課題が簡単だったからです。

治療者：あなたが学校できちんとやっけていけることが必ずありますよ。あなたはおそらく過大評価しているのだと思いますよ。

## 8. 中心となる認知または行動に焦点をあてる Focusing on Key Cognitions and Behaviors

### 目標と理論的根拠

治療者と患者がお互いの同意で扱うべき中心的問題が決まったら、次のステップは治療者がなぜ患者はこの特定の領域に困難を抱えているのかを概念化することである。問題を概念化するためには、治療者は問題を作り出すカギとなる自動思考、背景となる思い込み、行動などを引き出して特定しなければならない。こうした特異的認知と行動が介入の対象となる。

#### Background Material

- a. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders pp.6-131、246-257.
- b. Cognitive Therapy of Depression pp.142-152、163-166、244-252.

### 問題の概念化

効果的に認知療法を行う治療者は、患者がカギとなる自動思考、思い込み、行動などを特定するのを助けながら、絶え間なく患者の問題の概念化を行っている。こうした概念化を通じて、治療者は特異的な認知、感情、行動を、なぜ患者は特定の問題領域で困難を感じるのかという広い枠組みへと統合してゆく。こうして広い枠組み（何度も改訂することになるであろう）がないと、治療者は多くの手がかりはつかんでいるものの謎は解けない探偵のようなものである。（しかし、バラバラになっていた手がかりが組み合わせると、その“犯行”がはっきりわかる。）すると治療者は、探りを入れるべき中核的な思考や行動と、周辺的な思考や行動とがはっきり区別できるようになる。概念化は、治療者がまずどの自動思考、思い込み、行動に焦点をあてるべきか、どれを後日にまわしにしてよいかを決める指針となる。概念化をしないと、治療者は“行き当たりばったり”に認知と行動を選ぶことになり、治療は限られた進展しかしないか、誤った方向へといってしまう。

一度きりのセッションから良質の概念化を行っているかを評価するのは難しいことであるが、良質な概念化を行うことは、長期的にみて、認知療法が効果をだすための重大な決定要因のひとつの証であると私たちは考えている。我々は、ある任意のセッションの中で、治療者が焦点を当てた特定の状況や行動が、患者にとって周辺的なものではなく中核的な問題であるかどうかを観察することによって、概念化の質を推測するようにしている。（私たちが推測するに）、治療者の概念化が貧弱な場合、経験ある評価者は、評価の際に、特定の思考や行動に焦点をあてる理論的根拠は明確ではなくなる。さらにいうと、概念化がうまくいっていると、扱うべき問題、介入、ホームワークなどは統一された枠組みの中で“つじつまがあったもの”になるのだ。

### 自動思考を引き出すために望まれる治療者の方略

帰納的質問 治療者は患者に、患者の気持ちの原因となった可能性のある理由を探る一連の質問をする。うまく質問すると、患者は自身を振り返って考えることができ、後々治療者がそばにいなくても自分でそれを出来るようになる。（誘導による発見の項目の例を参照のこと）

イメージ法 患者が自分の気持ちが動く出来事や状況を特定できるようになると、治療者はストレスを感じた場面を詳細にイメージするよう提案する。イメージがリアルで鮮明だと、患者はその時に浮かんできた自動思考を捉えやすくなる。以下にその方法を例示する。

患者：私、ボーリングに行けないのです。ボーリングに行くといつも逃げ出したくなるのです。

治療者：ボーリングに行った時にどんなことを考えていたか、何か覚えていますか？

患者：別ににも。嫌なことを思い出すだけなのかもしれませんが、よくわかりません。

治療者：あなたが何を考えていたか探し出す実験をしてみませんか？どうですか？

患者：わかりました。

治療者：リラックスして、目を閉じてみてください。あなたはボーリングのレーンに立ちました。何が起きているか私に言ってみてください。

患者：（レーンに立って、スコアシートをみて、など言う）逃げ出したくなりました。もうただ逃げ出したのです。

治療者：今、何を考えていますか？

患者：“一緒にゲームしている人たちはみんな、私が下手くそなのを知って笑うわ”と思います。

治療者：そう考えて、あなたはあの時逃げ出したくなったのですか？

患者：そうだと思います。

ロールプレイ 引き金となるような出来事は人間関係の中で起きるものなので、ロールプレイはイメージよりも効果的な場合がしばしばある。ロールプレイでは、患者がつかった状況で、治療者が患者の相手役を演じ、患者は自分自身を“演じ”てもらふ。患者がロールプレイに入りこむことが出来ると、治療者の助けによって、より自動思考を引き出しやすくなる。

セッション中の気分変化 治療者は、セッション中に患者に気分の変化が起きたら、それを出来るだけ早く患者に指摘することによって、それを治療にいかすことができる。治療者は、患者が不快な気分や涙、怒りといった気持ちになる直前にどのようなことを考えていたかを尋ねてみるのである。

非機能的思考の日記 患者が慣れてくれれば、この技法は自動思考をもっとも簡便にとらえられる方法である。患者は家で、非機能的思考記録表の該当するコラムに自動思考を列挙する。そしてセッション中に治療者と患者とでそれを見直すというものだ。

重要なのは、自動思考を引き出すこのプロセスと、他の心理療法における“解釈”をはっきり区別することである。認知療法家は、まだ患者が言葉に出来ていない自動思考を自発的に述べてはならない。そうした“千里眼”があると、患者の共同作業者としての立場を損なうことになるし、患者が家で、治療者がそばにいない時にそうした考えを特定することを難しくさせてしまう。さらに重大なことには、治療者の“直観”が間違っていると、患者は真っ暗な道をたどることになってしまうのだ。ただし、他の方法がうまくいかなかった場合は、時として治療者がいくつかもっともらしい自動思考を挙げる（複数の選択肢をあげる方式をとって）が必要な場合もある。

前述したイメージを用いた方法の比較として、“千里眼”の例を以下にあげる。

患者：私、ボーリングに行けないのです。ボーリングに行くといつも逃げ出したくなるのです。

治療者：なぜですか？

患者：わかりません。ただもう逃げたくなるのです。

治療者：“自分で投げなくてもよければいいのに”と思いませんか？

患者：たぶん。よくわかりませんが。

治療者：きっと、あなたはボーリングをしても日常生活の問題を解決にはならないと思っているの shouldn't でしょうね。



確かにそうですが、でもやってみないとわかりません。

出来事の意味をつきとめること 時おり、治療者が自動思考を引き出そうといくらうまく試みても成功しない場合がある。そうした時には、治療者は質問を通して、患者にその感情を喚起させた直前におきた出来事に対する特別な意味を見極めようとする。例えば、恋人と口論した時はいつも泣いてしまう患者がいた。自動思考を特定するのは不可能であった。しかし、治療者がその出来事の意味を探るための一連の質問をすると、患者がいつも口論やケンカは人間関係の終わりだと結びつけて考えていたことが明らかとなった。それこそが患者の泣きたい気持ちを呼び起こす、その出来事に対するその患者の見解に埋め込まれた意味だったのである。

### 背景となる思い込みを特定するのに望ましい治療者の方略

我々はしばしば、患者の自動思考に潜む一般的なパターンを見受ける。これらのパターン、もしくは規則性は、多くの異なった状況で患者がふるまう道標としての一連のルールとなるものである。我々はこうした規則を思い込み assumption と呼ぶ。思い込みは、例えば、自分自身や他人について何が“正しくて”何が“間違っているか”を決めるものである。

患者は自分の自動思考は容易に特定できても、背景となる思い込みはなかなか特定できないことがある。多くの人たちは自分の“ルールブック”に気づいていない。典型的な根拠のない思い込みには

1. 幸せであるためには、自分が引き受けたことすべてで成功しなければならない。
2. 愛なくしては生きられない。

といったものがある。こうしたルールが絶対条件になっていたり、現実的でなかったり、不適切または過剰に用いられていると、抑うつ、不安、パラノイアといった障害へとつながることがしばしばある。こうした問題へとつながってしまうルールのことを“非適応的”と言う。

認知療法の大きな目標の一つに、特に治療後期における目標の一つに、患者が将来またうつ病になることを避けるために、非適応的な思い込みを特定しそれに立ち向かうということがある。

こうした非適応的な思い込みを特定するには、治療者はいくつかの異なる状況や問題領域において共通するテーマに注意して聴いてみる。すると治療者は、患者は別の状況ですでに話した自動思考と似たようないくつかの自動思考をあげることができる。そして患者に、自動思考につながる一般“ルール”を抽出してみないかと伝えてみるができる。もし患者ができなかった場合には、治療者はそれらしい思い込みをあげてみて、それとあうような思考をあげて、患者にこの思い込みは“正解”ですか？とたずねてみればよい。治療者はその思い込みが患者にあっていない可能性にも目を向けておくべきであり、そうした時には、陰に潜んでいる“ルール”をもっと正確に表現できるよう患者と一緒に努める。

### 評価するときの注意

このカテゴリーは基本的に2つのプロセスからなっている。1つは患者の自動思考、背景となる思い込み、行動などを引き出すのに適切なテクニックを使うことである。治療者が引き出すことに失敗した場合には、0と評価する。治療者が思考、行動を適切なテクニックを用いて引き出した場合には少なくとも2と評価する。

2つ目のステップは、そうした思考や行動を患者の問題の概念化へと治療者が統合することである。概念化は、どの認知や行動が当該の問題にとって周辺的——したがって、後回しにすべき——で、どれが中核的で介入の中心となるかの布置を説明するものである。治療者が特定の思考や行動を焦点化できない場合には、2と評価する。もしくは、治療者の概念化が焦点をあてるべきところから大幅にずれている場合も、2と評価する。

もし治療者が焦点をあてるべき認知/行動に関連あるものを選んではいるが、評価者がほかの部分に焦点をあてた方がさらに実りあるものになると思った場合には4と評価する。治療者の概念化も問題への焦点化もかなり見込みがあって“的を射ている”場合、6と評価する。

この項目における注意点として、高得点を得るために治療者が特別にしなくてはいけないことはなにもない、ということである。治療者にとってもっとも必要なことは、関連する思考/行動を引き出すこと、問題を概念化すること、そして重要なポイントを特定することである。

## 9. 変化に向けた方略の選択 Strategy for Change

### 目標

問題の概念化とカギとなる認知/行動を正確に捉えたら、治療者は変更に向けた方略を計画する。変化に向けた方略とは、問題の概念化に従って行われ、それぞれの患者にとって適切な治療段階で、その患者にあわせて選んだ最も効果のありそうな認知—行動的介入を具体的に行っていくことである。

#### Background material

- a. cognitive therapy and the emotional disorders pp.233-300
- b. cognitive therapy of depression pp.104-271

### 理論的根拠

認知療法家はたくさんの異なる治療的方略を用いることが可能であるが、その症例に対して全般的な方針がたっていないと、治療は試行錯誤の上で間違った方向へとすすんでしまうかもしれない。治療者は同時にいくつかの手順を行うかもしれないが、そうした場合には、すべての手順は主計画の一部としてそぐようにしなければならない。第8項目（“重要な認知または行動への焦点づけ”）で論じたように、変化に向けた方略は、問題の概念化に基づいて行うべきである。

変化に向けた全般的方略は、一般的に以下の3つの介入カテゴリー—自動思考を検証すること、思い込みを修正すること、行動を変えること—のうちの1つまたはそれ以上による技法を組み込む。

### 自動思考を検証するのに望ましい技法

治療者と患者がカギとなる自動思考を特定できたら、治療者は患者に、その考えは疑いようもなく真実なのだという確信を一時的に保留にし、代わりにその考えは仮説と考えてそれを検証するよう勧める。治療者と患者は協力してデータを集め、証拠を検討して、結論を導き出す。

この経験的方法は認知療法の適用において基礎となるものである。治療者は患者が科学的調査にも似た思考のプロセスを学ぶのを助ける。治療者は認識した現実は現実そのものと同じではないということを患者に実地で示す。患者は自分の自動思考の妥当性を検証する実験計画をたてることを学ぶ。そうすることで、患者は非適応的思考を修正する方法を身につけ、そして、治療が終わっても得たものを維持することができる。

自動思考の妥当性を検証する技法はいくつかある。

手に入る証拠を検証する 治療者は患者に、これまでの経験から、仮説を支持する証拠と仮説に矛盾する証拠をあげてもらおうようにする。患者は手に入ったすべての証拠をはかりにかけて、何度も、間違った自動思考、不正確な自動思考、誇張された自動思考をはじいていく。

実験を組む 治療者は患者に、仮説を検証する実験を立案してもらおう。実験計画ができれば、結果がどうなるかを患者に予測してもらおう。そしてデータを収集する。データはしばしば患者の予測と相反するものであり、そうしたら患者は自動思考を却下する。

帰納的質問 前の2つのアプローチが適切でなかったり当てはまらなかったりした場合には、治療者は自分の経験から患者の仮説と矛盾する証拠を出してみる。証拠は患者が論理的にジレンマを感じるような質問の仕方ですべて述べてみる（たとえば、“90%の患者さんが自分はよくなりませんが、その大半の患者さんは良くなります。あなたがその人たちと違うと考える理由はなんですか？”）。ほかには、治療者が質問を通して患者の信念

体系に論理的欠陥を指摘することもできる(例えば、“あなたはいつも自分が弱い人間だったとおっしゃいますが、うつ状態になる前は元気に暮らしてきたともおっしゃっていました。こうした考えになにか矛盾はないですか?”)。

マイナスの概念・用語を操作的に定義する 自動思考を検証するステップの1つとして、治療者と患者は特定の単語や表現を用いて、患者が何を意味しようとしているのかをより具体的に定義する必要があることが時折ある。例えば、ある外来患者は、“自分は臆病者だ”と心の中で言い続けていた。この考えを検証するために、治療者と患者はこの概念について定義し、概念に関連する事柄をあげる必要があった。そこでこの症例では、“臆病”とは、攻撃された時に自分を守らないこと、と操作的に定義した。この基準に治療者と患者が納得した後は、治療者と患者は今までの証拠に対して“臆病”と判定することが妥当であるかどうか調べることにした。こうした手続きは患者の元来の自己評価を認識する手助けとなり、ネガティブな言葉に対しても適性範囲内で常識的な定義ができるようになった。

原因をもう一度明確にすること(再帰属) 自動思考を検証する最も効力のある技法は、“原因をもう一度明確にすること(再帰属)”である。患者が嫌な出来事に対して非現実的に自分を責めている場合に、治療者と患者はその状況を見直して、患者の行動だけではなく、それに加えてそのほかに何が起きていたのかがわかる要素を見つけることができる。この技法は患者に、今抱えているいくつかの問題はうつ症状(例えば集中力の低下)であり、未来永劫気分は落ち込んだままではない、ということを示すために用いることができる。

他の方法を考えること 患者がその問題を解決することはできないと思っている時、治療者は患者とともに今まで考えなかった方法で問題を解決することを始めることができる。しばしば患者は実行可能な解決方法を考え付いてはいるものの、早々にうまくいかないとか効果が得られないだろうとみなして却下してしまっているのだ。

### 背景となる思い込みを修正するのに望ましい技法

背景となる思い込みを修正するにあたり、認知療法家には質問をすることに重点が置かれる。我々は、一人であっても治療者とともにであっても、患者が自分で思い込みに反する証拠を見つけることが最も効果的な方法であると発見した。思い込みが特定できた後は、治療者は患者に思い込み特有の矛盾や問題を明らかにするように一連の質問をする。

思い込みを検証するもうひとつの方略は、治療者と患者が思い込みを変更するにあたっての利点と欠点のリストを作ることである。このリストが出来上がると、治療者と患者は競合する考えについて話し合い比較することができる。患者が思い込みの有用性を長期的、短期的に比較するというのもアプローチ方法のひとつである。

多くの思い込みは“すべき”—与えられた状況下で患者が理想としてどうふるまうべきかというルール—という形をとる。行動的方略としては、“反応妨害”という技法がこうした“すべき”を克服するために適応となる。ひとたび“すべき”と思っているところが特定されると、治療者と患者は患者がそのルールに従わなかった場合どうなるかということを試す実験を考案する。患者は結果どうなるかという予測をし、実験をし、結果を話し合う。一般的に、“すべき”を打ち破るための一連の課題の階層を作成するのが望ましい。その方が患者は最初の変化にそう恐れを感じずにすむ。例えば、すべての時間を仕事にささげる“べきだ”と思っている患者には、徐々に休暇時間を増やすという実験をしてみる事が出来る。

### 行動変化についての望ましい方略

認知療法家は、種々の行動的技法を、患者がさまざまな状況や対人関係の問題に対して対処できる手助けとして使う。こうした行動的技法は、患者が具体的状況に対応するとか時間をもっと適応的に使うといった特定の手

順を練習するという意味で“行動志向的”である。厳密な認知的技法とは対照的に、行動的技法は出来事をどうみるか、どう解釈するかよりも、どう振舞うか、どう対処するかに主眼が置かれている。

行動的技法の目指す原理のひとつに非機能的認知を修正する、というものがある。例えば、“自分は何も楽しいと思えない”という患者に対しては、しばしば楽しいと思う活動の数や種類を増やしていくという行動実験を完遂することで、その自動思考を修正する。行動変容は認知が変化した証拠となるのだ。

行動的技法は治療全体を通して組み込まれているが、たいていは治療の初期段階に集中して行われることが多い。これは動けない、受け身、喜びの喪失、社会的引きこもり、集中困難といった、うつ症状の重い患者に対して特に当てはまる。

行動技法の端的な例を以下に記す。

**活動記録表を使う** 患者がその日の1時間毎の活動を計画できるよう活動計画表を用いる。患者は時間毎に実際にとった行動を書き込んでいく。うつ病患者にとって活動記録表は最初に用いる技法のひとつで、モチベーションの低下や絶望感、くよくよ考えることの防止にもなる。

**達成感と喜びの記録** 行動計画が目指すものは、患者がその日毎に感じる喜びや達成感を徐々に増やしていくことである。そのためには、患者は行った活動に対して1から10で達成感と喜びの両方に点数をつける。こうして評価することは、一般的に患者が持っている、「何も楽しめない」とか「何に対しても達成感など感じない」という信念に対して、目に見えて矛盾するものとなる。

**段階的課題設定** 患者が達成感と喜びを感じる活動に手をつけやすくするために、治療者は最もシンプルな課題から最も複雑で厄介な課題へと活動を細かく分類する。こうした一歩ずつのアプローチによって、うつ状態の患者は、到底出来ないとか圧倒されてしまうと思っていた課題に、図らずも取り組むことになるのである。こうした段階的課題は、やれば出来るのだという直接的で明白なフィードバックを患者にもたらず。

**認知的リハーサル** 中には連続的な段階をふんで課題を完遂することが困難な患者もいる。往々にして集中力に問題があるためである。“認知的リハーサル”は課題に取り組むに先立って、それぞれの段階を患者に想像してもらう技法である。このリハーサルは、患者が課題に注意を向けることを促し、また治療者にとっても、その患者にとって取り組むことを困難にさせている陰に潜んだ障害を明らかにする。

**自律性を高めるトレーニング** 治療者は日々の活動に対して、すべてのニーズを満たしてくれるよう他者に頼るのではなく、患者自身が責任をもてるようにするよう教える必要があるかもしれない。例えば、患者はシャワーをあびることから始め、自分でベッドメイキングをし、家の掃除をし、自分で食事を作り、買い物に出かけるようにする。こうした責任の中には、自分の気持ちをコントロールする責任も含まれる。段階的に課題に取り組むこと、主張訓練すること、実験することはすべて自律性を高める練習の一部である。

**ロールプレイ** 認知療法の観点では、ロールプレイは対人関係の状況において自動思考を引き出すのに使われる。患者にとって以前は問題となっていた社会において、人と接することに対する新たな認知的反応を練習し、新たな行動を他の人に対してさらに効果的に機能させるためにリハーサルするのである。別のやり方として、役割交換がある。これは、患者が、他者は自分の行動をどうみているかを“実際に試し”、自分自身を思いやりをもってみられるようになる、という点で有効である。ロールプレイは主張訓練（アサーション）の一部として用いることもできる。ロールプレイでは、しばしばモデリングとコーチングを行う。

**気晴らし技法** 患者は気分不快、不安、怒りといった痛々しい気持ちを一時的に減らすためにさまざまな気晴らしをするのもよい。気晴らしには、運動すること、社会と接すること、働くこと、遊ぶこと、視覚的イメージ法などがある。

### 評価者への留意点

変更に向けた方略を評価するにあたり、評価者はまずはその特定の技法が、評価対象のセッションにおいて、患者の問題にとってどれくらい適切かどうかに注意しなければならない。技法が適切かどうかは、治療者が行った問題の概念化に従って首尾一貫した変化に向けた方略の一部としてその技法が用いられているかどうか、で決まる。もしその技法を用いる理論的根拠が不明瞭な場合、または理論的根拠に誤りがある場合には、評価者は治療者に低得点をつける。もし理論的根拠が明確で適切な場合には、評価者は高得点をつける。

評価者は変化に向けた方略の質(この項目における主たる懸念)と、技法が効果的に実行されているかどうか(第10項目で評価される)、または実際に変更が起きているかどうか(これはどの項目においても高得点をとる必要がないことである)とを混同してはいけない。

## 10. 認知行動的技法の実施 Application of Cognitive- Behavioral Techniques

### 目標と理論的根拠

最適な認知 - 行動的技法を用いて変化に向けての方略を計画立てたら、治療者は技法を上手に用いなければならない。技法の適用が不十分だと有用な方略であっても失敗に終わってしまう。

#### Background material

- a. cognitive therapy and the emotional disorders pp.221-225、229-232、250-254、282-299.
- b. cognitive therapy of depression pp.27-32、67-72、104-271、296-298.

### 望ましい技法の使い方

技法が上手く使えているかどうかを知る方法を詳細に述べるのは非常に難しい。こうした事柄を評価するには明らかに多くの臨床的判断と経験が必要とされる。いくつかの大まかな基準について述べよう。治療者は、用いる技法に対して、手探りや不慣れな様子でなく、堪能であるべきである。技法は患者が容易に理解できる言葉ではっきりと説明しなければならない。常に、始まり（導入、問題の陳述、理論的根拠）、中盤（可能な解決方法や変化についての話し合い）、終わり（結論のまとめとホームワークの確認）というように、体系的に用いねばならない。治療者は、患者が変化のプロセスのどの位置にいるのか、コンプライアンスから離れて“見かけだけ”になっていないか、に対して敏感である必要がある。治療者は患者に考えを伝えるときには、治療者が見えている複雑なものが段々と患者にも見渡せていけるように、さまざまな方法を用いるべきである。治療者は、患者が見解や行動を変えるにあたってセッション外でくわすかもしれない問題を予期する必要がある。最後に、治療者は患者と議論したり、反対尋問したり、極度のプレッシャーにさらすように接するのではなく、共同的であるべきである。

### 望ましいやり方の例

以下の短い例では、治療者は“もう何にもちっとも集中できない”という自動思考を試す実験を行っている。

患者：私はもう、何にもちっとも集中できないのです。

治療者：どうしたらそれを確かめられるでしょう？

患者：何か読んでみればそれがわかると思います。

治療者：ここに新聞があるのですが、あなたはいつもどのページを読みますか？

患者：以前はスポーツ欄を楽しんでいました。

治療者：ここに昨夜のペンシルバニアのバスケットボールの試合の記事があります。どのくらいなら集中して読めますか？

患者：多分1段落くらいなら。

治療者：では今言ったことを書きとめておきましょうね（患者は1段落と書く）。では、試してみましよう。もう集中できない、というところまで読み続けてください。きっと私たちに価値ある情報をもたらしてくれますよ。

患者：(記事をすべて読みきって)終わりました。

治療者：どこまでいきましたか？

患者：全部終わりました。

治療者：では試してみた結果を書き込みましよう(“8段落”と患者が書く)。最初にあなたはちっとも集中できな

いと言いましたね。今でもそう思いますか？

患者：いやまあ・・・。前ほどは集中できない、といったところでしょうか。

治療者：だいたいそんなところかもしれませんね。でも回復してきたところもありますね。では、集中力を回復できるかやってみていきましょう。

治療者は、最初に患者が言ったことに対して中立な姿勢を崩さないこと、また患者の信念は間違っているとかが歪んでいると当初から即座に決めつけないことが重要である。患者が正しい場合もある。

#### 評価者への留意点

治療者がどのくらい上手く認知行動療法の技法を使っているかを評価するには、評価者は、その技法が患者の問題にとって適切かどうかや、技法が機能しているかどうかを無視するよう努めなければならない。しばしば、治療者は技法をととても有用に使うが、患者はちっとも融通が利かず、断固としていて反応しない場合がある。そうした場合には、例え患者は何も変わらなくとも、治療者の柔軟性、器用さ、忍耐強さはこの項目では高い評価となる。

この項目では、技法は思考、思い込み、行動を修正するために用いられるのであって(第 9 項目で述べたように)、認知を引き出すためにデザインされているのではないことにも留意していただきたい(“引き出す”技法は第 8 項目で評価される)。



## 11. ホームワーク Homework

### 目的

治療者は、患者が仮説を試せるように、新しい見解を取り入れられるように、セッション外で新しい行動を試せるようにホームワークを“オーダーメイド”する。治療者は前回のセッションのホームワークを見直し、新たなホームワークの理論的根拠を説明し、患者がホームワークをどう思っているか聞き出すことが求められる。

#### Background material

- a. cognitive therapy of depression pp.272-294

### 理論的根拠

ホームワークの体系的に完成させることは認知療法において非常に重要である。患者が治療セッションで学んだことを日常生活で用いることができない限り、進歩はない。ホームワークは学んだことを応用することを促進させるものである。また、患者がデータを集めたり、仮説を試したりする機会にもなり、それによって非適応的認知を修正でき、日常生活との一貫性を保つことができる。ホームワークは、伝統的に心理療法の分野であった観念や洞察といった抽象的なものを患者が具体化するのを助け、治療を行動的で熱心に取り組ませていくものである。最後に、ホームワークは患者を治療者頼みにするのではなく、自己コントロール感を持たせ、治療終了後も改善が維持されることを確実にするという点でも重要なのである。

### 望ましい治療者のあり方

理論的根拠を示す 治療者は治療におけるホームワークの重要性を強調しなければならない。そのために、毎回の取り組みから得られる利益を細かく説明することと、患者に回復の手助けに不可欠なものであることを定期的に繰り返し理解してもらうことが重要である。

ホームワークを決める 治療者は患者個々人にあわせてホームワークを取り決める。理想的にはセッション中に話し合われた問題から導き出されたものであるとよい。ホームワークの内容は明確で状況が特定されていて、複写式の紙に書きとめられることが望ましく(1枚は患者に渡し、1枚は治療者が持つ)、通常はセッションの終わりに取り決められる。ホームワークを取り決める時に患者にたずねることとして代表的なものに、

- a. 非機能的思考とそれに伴う感情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. セッション中の重要なポイントのリストを見直すこと
- e. 患者の問題に関する本や記事を読むこと
- f. リスト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る/聞くこと
- 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を埋めること
- 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. 気晴らしやリラクセーションといった対処方法の練習をすること

## I. 今まで難しかった行動を試してみる(例えば主張訓練であるとか、知らない人と会うとか)

反応と起きそうなトラブルを引き出すこと 治療者は常に患者がホームワークについてどう思っているか尋ねてみるのが望ましい(“有効そうに思いますか?”“できそうですか?”“内容は明確になっていますか?”)。患者がホームワークを実行するにあたり、それを心に思い描いてもらい、何か障害となることはないか尋ねることは治療者にとっても助けとなる。最後に、治療がすすむにつれて、患者はホームワークを自分で提案したり計画したり、取り決めに関して多くの役割を担うようにするべきである。

前回のホームワークを見直す 治療者が前回のホームワークのふりかえりを常に行わないと、患者はホームワークをきちんとやる必要はないのだと思うようになってしまう。各セッションの始めの方で治療者と患者はホームワークについて話し合い、治療者は得られたことや進展について簡単にまとめるべきである。

以上

日本語版・認知療法尺度—評価マニュアルCognitive Therapy Scale - Rating Manual は、原著者のJeffrey Young, M.D., Aaron T. Beck, M.D.の許可を得て、慶應義塾大学医学部精神神経科の藤澤大介と田村法子が翻訳した(2008年9月11日作成、2011年8月7日改訂)。

(藤澤大介. 精神療法の研修と教育に関する研究. 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(主任研究者:大野裕)」平成20年度総括・分担研究報告書pp109-143. 厚生労働省. 東京. 2009)