

Scale や Supervision Check List などを用いて、個別の症例をもとに技術を獲得していくことが望ましい。

それを踏まえて、本年度は、SCID 研修 Supervision Checklist と Cognitive Therapy Scale Rating Manual の翻訳、概念化シートの作成を行ってその基盤を整えた。

F. 健康危険情報：なし

G. 研究発表：

1. 論文発表

- 1) Fujisawa D, Nakagawa A, Tajima M et al. Cross cultural validation of the Japanese version Quick Inventory of Depressive Symptomatology - self rated (QIDS-SR). Psychiatry and Clinical Neuroscience (submitted)
- 2) 藤澤大介. 一般診療における認知療法. 2008 (in press)
- 3) 藤澤大介. 本邦における精神療法の効果研究の現状と課題. こころのりんしょう a la carte, 26(3) 412-417, 2007

2. 学会発表

Fujisawa D, Tamura N, Koshi M, Sakamoto S, Ono Y. Prevalence and dissemination of cognitive behavioral therapy in Japan. World Congress of Behavioral and Cognitive Therapy. Barcelona, 2007.7

Fujisawa D, Nakagawa A, Sado M, Kikuchi T, Sakamoto S, Yamauchi K, Ono Y. Prevalence and dissemination of psychotherapies in Japan. World Psychiatric Association-regional meeting. Seoul, 2007.4

大野裕ほか. 教育研修コース「うつと不安の認知療法」. 日本認知療法学会. 東京. 2007年12月

藤澤大介. 抑うつ研究の進展と今後 この10年の回顧と最前線：第71回日本心理学会大会. 東京. 2007年7月

H. 知的財産権の出願・登録状況：なし

I. 参考文献

- 1) DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, et al. Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression. Arch Gen Psychiatry. 62, 409-416, 2005
- 2) Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. J Consult Clin Psychol. 64, 532-9, 1996
- 3) Nathan & Norcross. Psychotherapeutic relationships that work. American Psychological Association Press, 2002
- 4) Wright JH, Basco MR, Thase ME. Learning Cognitive Behavioral Therapy, an illustrated guide. 2006, American Psychiatric Publishing, Arlington.
- 5) Padesky C. Developing Cognitive Therapist Competency: Frontiers of Cognitive Therapy. Salkovskis P, Guilford Press

表1 スーパービジョン・チェックリストの項目

	各セッションで発揮されるべき コンピテンシー	単一または複数の治療過程において 発揮されるべきコンピテンシー
1	協同経験的關係を維持する	CBT定式化に基づいた治療の目標および計画を設定する
2	適度な共感、誠実さを示す	CBTモデルおよび/または治療介入方について患者を教育する
3	適切な専門化意識および境界線を維持する	非機能的認知へ対応した思考記録やその他のほかの構造化手法の使用能力を発揮する
4	適切なフィードバックを引き出し、提供する	活動または快感を与える出来事のスケジュール設定を活用できる
5	CBTモデルの知識を示す	暴露および反応妨害、または段階的課題設定を活用できる
6	誘導による発見の使用能力を発揮する	リラクセーションおよび/またはストレス管理技法を活用できる
7	効果的にアジェンダを設定し、セッションの構成をする	CBTの再発防止手法を活用できる
8	有用な宿題の見直しおよび設定を行う	
9	自動思考/信念(スキーマ)を特定する	
10	自動思考/信念(スキーマ)を修正する	
11	行動的介入法を活用する、または患者の問題解決を手助けする	
12	患者のニーズを満たすよう、CBT手法を柔軟に適用する	

表2. 認知行動療法事例定式化ワークシート

患者名:		日付:	
診断/症状			
形成期の影響:			
状況的な問題:			
生物学的、遺伝学のおよび医学的要因			
長所/強み:			
治療の目標:			
出来事1	出来事2	出来事3	
自動思考	自動思考	自動思考	
情動	情動	情動	
行動	行動	行動	
スキーマ			
作業仮説			
治療プラン			

Ⅲ 資 料

うつ病の認知行動療法
治療者用マニュアル
(簡略版)

Case description

- Name:
- Age:
- Diagnosis:

Progress note

No.	1	2	3	4	5	6	7	8	
date									
BDI									
QIDS									
HAMD									
memo									

Progress note

No.	9	10	11	12	13	14	15	16	
date									
BDI									
QIDS									
HAMD									
memo									

1. 総論

1.1 はじめに

- 原則としてマニュアルに準じて治療を進めますが、記載されたセッション番号は目安であり、患者さんの理解度と治療関係の維持を重視します。
- 優先事項
 - 下記が話題にあがった場合は、マニュアルの進行度によらず、優先して話しあうことを検討してください。
 - 自殺・自傷に関連する問題 → 可能性を評価する
 - 治療の継続に影響しうる現実上の大きな問題(例: 経済的な問題、身体的健康問題、被虐待など)
 - 治療や治療者に対する陰性感情

1.2 治療全体の流れ

ステージ	セッション	目的	アジェンダ	使用ツール・配布物
1	1-2	症例を理解する 心理教育と動機付け 認知療法へsocialization	症状・経過・発達歴 などの問診 うつ病, 認知モデル, 治療構造の心理教育	うつ病とは 認知行動療法とは
2	3-4	症例の概念化 治療目標の設定 患者を活性化させる	治療目標 (患者の期待) を話し合う 治療目標についての話し合い 活動スケジュール表など	問題リスト 活動記録表
3	5-6	気分・自動思考の同定	3つのコラム	コラム法 ~考えを切り替えましょう
4	7-12	自動思考の検証 (対人関係の解決) (問題解決技法)	コラム法 (オプショナル: 人間関係を改善する) (オプショナル: 問題解決)	バランス思考のコツ 認知のかたよりは 人間関係モジュール 問題解決モジュール
5	13-14	スキーマの同定	上記の継続 スキーマについての話し合い	「心の法則」とは 心の法則リスト
6	15-16	終結と再発予防	治療のふりかえり 再発予防 ブースター・セッションの準備 治療期間延長について決定する	治療を終了するにあたって

厚生労働省こころの健康科学「精神療法の実施と有効性に関する研究」研究班

※患者の病態・理解度により、進展は異なる

・ 治療を早く終結したいと希望された場合

- 過去の研究から、16週間続けることで、より十分な効果が期待できること、一見症状が良くなっている、改善を定着させ、再発を予防するために、最後まで続けることが大切である旨を患者さんに話して下さい。
- それでも、早く終結する場合は、最後のセッションで、第16週の評価を施行して下さい。

» マニュアルに関する問題点・質問は事務局までご連絡下さい。

厚生労働省こころの健康科学「精神療法の実施と有効性に関する研究」研究班

8

1.3 1セッションの流れ

0. 開始15分前に来てBDI・QIDSを記入してもらう
 1. チェック・イン
 2. ホームワークをふりかえる
 3. アジェンダ(取り扱う議題)を設定する
 4. アジェンダについて話し合う
 5. ホームワークを決める
 6. セッションをまとめ、フィードバックを求める
- ※始めは治療者主導 → 徐々に患者主導に

1.4 アジェンダ設定について

(agenda = 議題)

- 患者と協力して双方向的に設定する
 - 治療者が必要と思うこと
 - 患者が話したいこと
- 総合的な治療目標、治療の段階を踏まえる
 - 患者の問題点を念頭におく
 - 認知・行動スキルの習得度にあわせる
- 優先する項目
 - 自殺関連
 - 治療妨害行動: HW不履行、遅刻、治療の停滞、治療者と不和
 - 生活上致命的な問題:
 - 例) 期限のある決定事項、失職、虐待、物質乱用など

1.4.1 アジェンダ設定のポイント

- 1回のセッションで取り組めること
- 具体的で達成可能であること

- X 不安をなくす
 - ○不安をやわらげる行動スキルを練習
 - どんな時に不安を感じるか検討する

- X 苦手な上司に馴れる
 - ○苦手意識について考える
 - ○上司との上手な話し方を考える

1.5 典型的な認知行動療法の技法リスト

行動的技法

1. 活動記録表/スケジュール
2. “ホッタイプ”に言い換える”法
3. 行動実験
4. 段階づけ
5. 注意そらし法
6. リラクゼーション
7. 社会技能(ソーシャルスキル)訓練
8. アサーション・トレーニング
9. 有意義な時間の使い方習得
10. 運動
11. 飲酒、薬物、カフェインを減らす
12. 不眠への介入
13. 「他の人に聞いてみる」
14. 読書療法

認知的技法

1. 認知再構成
2. スキーマを同定する・修正する
3. 「認知の偏り」を教育する
4. 認知的(想像上の)リハーサル
5. 自己教示法
6. 思考静止法
7. コーピング・カード
8. 過去の経験から証拠を探す
9. ロール・プレイ
10. 不安な出来事の結果を考える
11. 問題解決技法
12. 利点・欠点を考える
13. 理知的/情緒的ロールプレイ
14. 認知的連続表

2. 第1ステージ

第1-2セッションに相当

2.1 第1ステージの目標

- 目標
 - 治療関係を結ぶ
 - うつ病、認知行動療法を理解してもらう
 - 治療構造になじんでもらう
 - 時間配分
 - ホームワーク
 - 症例の概念化(患者を「理解する」)
 - 問題点を整理し、目標と方向性を明らかにする
 - 患者を活性化する
 - 活動量を増やす
 - 活動記録表を利用する

2.2 第1セッションのアジェンダ

- 自己紹介 と 治療構造の説明
- 病歴聴取と問題点の整理
- うつ病と認知行動療法の心理教育
- ホームワークを出す
 - ①パンフレットを読む、 ②治療ノートを作る
- セッションをまとめ、フィードバックを求める
- 次回への橋渡し

MEMO

- ホームワーク

- 次回の注意点

第2セッション

2.9 第2セッション

- 目的
 - 治療関係を強化する
 - 治療構造になじんでもらう
 - 問題点の整理をする
 - 認知療法へのsocialization
- 注意
 - 初回セッションと同様、患者さんの気持ちを“受け止め”、共感を伝えることが重要です。

2.10 第2セッションのアジェンダ

- チェックイン
 - 大まかな状態のチェック(気分、生活上の変化)
 - アジェンダを設定する
- ホームワークのふりかえり
- アジェンダ: 病歴聴取と問題点の整理
- ホームワークを出す
 - パンフレットを読む
- セッションをまとめ、フィードバックを求める
- 次回への橋渡し

MEMO

- ホームワーク

- 次回の注意点

MEMO

3. 第2ステージ

3～4セッションに相当

3.1 第2ステージの目的とポイント

• 目標

- 治療目標を設定する
- うつ病、認知行動療法を理解してもらう
- 治療構造になじんでもらう
 - 時間配分
 - ホームワーク
- 症例の概念化(患者を「理解する」)
 - 問題点を整理し、目標と方向性を明らかにする
- 患者を活性化する
 - 活動量を増やす
 - 活動記録表を利用する

3.2 第2ステージのアジェンダ

- チェックイン
 - 状態チェック、アジェンダ設定
- ホームワークのふりかえり
- アジェンダ：病歴聴取と問題点の整理、目標設定
- ホームワークを出す
 - 活動記録表を記入する
 - 目標設定について考える
- セッションをまとめ、フィードバックを求める
- 次回への橋渡し

MEMO

- ホームワーク

- 次回の注意点

MEMO