

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協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、温かさに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したものができるし、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. 協同作業 Collaboration

目標

認知療法の大原則のひとつが患者と治療者間の協同関係である。協同関係は、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

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

理論的根拠

協同的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、協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協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、協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うし、患者にとっては治療者が伝えようとしていることを、間違っただけで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：協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：協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、協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協同関係の要素は、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. ベ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さげり、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どんどん移ることもある。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さげり、別の観点から、問題に取りくもうと試みるべきである。

7. 誘導による発見 Guided Discovery

目標

誘導による発見は、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す、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. 患者が不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；介入が協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、患者と協同的であるか、ということにある。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

なってしまうということ、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ょ。

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ていた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. 重要な認知または行動への焦点づけ 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の問題が決まったら、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さると、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いくなるのです。
- 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：別になにも。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）逃げ出したいくなりました。もうただ逃げ出したいのです。
- 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いくなったのですか？
- 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、患者の協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こと（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いくなるのです。
- 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”と思っていませんか？

患者：たぶん。よくわかりませんが。

治療者：きつと、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
思っているのでしょうか。確かにそうですが、でもやってみないとわかりませ
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引き起こす、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、パノイアといった障害へとつな
がるものがしばしばある。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ことができる。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の——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ないが、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なら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 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や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ふかもしれない。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分としてそぐう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めていく。

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。実験計画ができたなら、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ると思います、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ておっしゃいますが、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成することである。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」と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、患者が具体的な状況に対応する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な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、囚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す。

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った技法である。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. 認知行動的技法の適用 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

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

望ましい技法の用い方

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。いくつかの大き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よくわすかもしれない問題を予測する必要がある。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、協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みました。

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、試してみましょう。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ょう（“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、例えば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. 気晴らしやリラクゼーションといった対処方法の練習をすること

1. 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

(翻訳：藤澤大介、田村法子)

別表3. 認知行動療法スーパービジョンチェックリスト

治療者 _____ スーパーバイザー _____ 日付 _____

実施方法: このチェックリストを使用して、認知行動療法(CBT)におけるコンピテンシー(能力)のモニタリングおよび評価を行う。パートAに挙げられているのは、一般的に各セッションにて発揮されるべきコンピテンシーである。そしてパートBには、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が挙げられている。なお、初回または最終回のセッションにおけるパフォーマンスの評価は、このチェックリストの対象外である。

パートA: 一般的に各セッションにて発揮されるべきコンピテンシー

コンピテンシー	優	可	要改善	実施/該当せず
1. 共同経験的関係を維持する				
2. 適度な共感、誠実さを表す				
3. 的確な理解を示す				
4. 適切な専門化意識および境界線を維持する				
5. 適切なフィードバックを引き出し、提供する				
6. CBTモデルの知識を示す				
7. 誘導による発見の使用能力を発揮する				
8. 効果的にアジェンダを設定し、セッションの構成をする				
9. 有用な宿題の見直しおよび設定を行う				
10. 自動思考および/または信念(スキーマ)を特定する				
11. 自動思考および/または信念(スキーマ)を修正する				
12. 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				
13. 患者のニーズを満たすよう、CBT技法を柔軟に適用する				

パートB: 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

コンピテンシー	優	可	要改善	実施/該当せず
1. 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. CBTモデルおよび/または治療介入法について患者を教育する				
3. 非機能的認知へ対応した思考記録やその他の構造化手法の使用能力を発揮する				
4. 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. 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. リラクゼーションおよび/またはストレス管理技法を活用できる				
7. CBTの再発防止手法を活用できる				

コメント:

V. エビデンス