

CT8 認知療法 (ベック) 2024-8

© 2024.08.29 ↻ 2025.03.22

1. 概要

認知療法は、人々が認知的、感情的、動機的、行動的な反応の組み合わせを通じて人生の出来事に反応すると主張する人格理論に基づいています。これらの反応は人類の進化と個人の学習の歴史に基づいています。認知システムは、個人が出来事を認識し、解釈し、意味を割り当てる方法を扱います。それは他の感情、動機、生理学的システムと相互作用して、物理的および社会的環境からの情報を処理し、それに応じて反応します。状況の誤った認識、誤った解釈、または機能不全で特異な解釈のために、反応が非適応的になる場合があります。

認知療法は、認知システムを通じて作用することによって、情報処理を調整し、すべてのシステムに前向きな変化を引き起こすことを目的としています。協力的なプロセスで、セラピストと患者は、自分自身、他人、世界についての患者の信念を調べます。患者の不適応的な結論は検証可能な仮説として扱われます。行動実験と言語的手順は、別の解釈を検証することに使用され、また、患者の信念に反する証拠を確認することで、より適応的な信念を裏付け、治療上の変化が生まれます。

1.1. 基本概念

認知療法は、理論、戦略体系、および一連のテクニックとして考えることができます。この理論は、情報の処理はあらゆる生物の生存にとって重要であるという考えに基づいています。環境から関連情報を取り込み、それを総合し、その総合に基づいて行動計画を策定するための機能的な装置を私たちが持っていなかったら、私たちはすぐに死ぬか殺されるでしょう。

生存に関わる各システム (認知、行動、感情、動機) は、スキーマとして知られる構造で構成されています。認知スキーマには、自分自身と他人、および自分の目標と期待、記憶、空想、および以前の学習についての人々の認識が含まれています。これらは、情報の処理を決定しているわけではないにしても、大きな影響を与えます。

不安障害、抑うつ障害、躁状態、妄想状態、強迫性神経症などのさまざまな精神病理学的状態では、特定のバイアスが人が新しい情報をどのように取り入れるかに影響を与えます。したがって、うつ病の人は、自己、世界、将来に対する否定的な見方など、否定的な偏見を持っています。不安では、危険のテーマを選択的に解釈するための体系的なバイアスまたは認知の変化が見られます。偏執的な状況では、支配的な変化は虐待や干渉の無差別な帰属への移行であり、躁状態では、個人的な利益の誇張された解釈への移行です。

こうした変化に寄与しているのは、特定の生活状況の影響下にある人々が自分の経験を偏った方法で解釈する傾向にある、特定の特定の態度や核となる信念です。これらは認知的脆弱性として知られています。たとえば、どんな些細な喪失も大きな剥奪を意味すると信じている人は、たとえほんの小さな喪失に対しても壊滅的

な反応を示す可能性があります。突然死に弱いと感じている人は、正常な体の感覚を差し迫った死の兆候として過剰に解釈し、パニック発作を起こす可能性があります。

以前、認知理論は、認知スキーマの活性化と他のシステムの変化との間の線形関係を強調していました。つまり、認知（信念と思い込み）が感情、動機、行動を引き起こします。現在の認知理論は、臨床心理学、進化心理学、認知心理学における最近の発展の恩恵を受けており、すべてのシステムがモードとして連携して動作していると見なしています。モードは、人格を構成し、進行中の状況を解釈する認知、感情、動機、および行動のスキーマのネットワークです。不安モードなどの一部のモードは原始的なものであり、普遍的で生存に結びついていることを意味します。会話や勉強などの他のモードはマイナーであり、意識的に制御されます。原始的なモードは進化的な意味では適応的であると考えられていますが、日常生活では、原始的なモードが不適応であると感じる可能性があります。誤った認識や過剰反応によって引き起こされる。パーソナリティ障害でさえ、以前の適応戦略の誇張されたバージョンと見なされる可能性があります。パーソナリティ障害では、原始モードがほぼ継続的に作動します。

原始的なモードには、厳格で、絶対的で、自動的で、偏見のある原始的な思考が含まれます。それにもかかわらず、意識的な意図は原始的な思考を上書きし、それをより柔軟にすることができます。自動的で反射的な反応は、意図的な思考、意識的な目標、問題解決、長期計画に置き換えることができます。認知療法では、モードとそのすべての統合システムを完全に理解することが症例の概念化の一部です。この治療へのアプローチは、患者に、不適応反応を認識し、克服するために意識的なコントロールを使用することを教えます。

1.1.1.戦略

認知療法の全体的な戦略には、主に、機能不全の解釈を探索し、それらを修正しようとする、患者と治療者の間の協力事業が含まれます。この協力的経験主義は、患者を、刺激を解釈することによって生きているが、自分自身の情報収集と統合装置によって一時的に妨げられている実践的な科学者として見なします（ケリー、1955年を参照）。

2番目の戦略である誘導発見は、患者の現在の誤解や信念にどのような糸が通っているかを発見し、それらを過去の類似の経験に結び付けることに向けられています。このようにして、セラピストと患者は協力して、患者の障害の発症の物語を伝えるタペストリーを織り上げます。

これらの戦略は両方とも、患者の見解を明らかにし、患者の適応的特徴と非適応的特徴を調べるのに役立つ質問スタイルであるソクラテス的対話を使用して実装されます。

この療法では、個人的な結論を継続的に評価することで、現実テストを改善しようとしています。当面の目標は、情報処理装置をより「中立」な状態に移行させ、イベントがよりバランスのとれた方法で評価されるようにすることです。

機能不全モードの治療には3つの主なアプローチがあります：(1) モードを非アクティブ化する、(2) モードの内容と構造を変更する、(3) モードを無効化するためのより適応的なモードを構築する。治療では、特定の信念が機能不全に陥り、新しい信念がより正確または適応的であることが証明される場合があるため、最初と3番目のアプローチが同時に実行されることがよくあります。機能不全モードの非活性化は、気を散らしたり安心させることによって起こる可能性があります。人の根底にある核となる信念が修正されない限り、永続的な変化は起こりそうにありません。

1.1.2. テクニック

認知療法で使用される技術は、主に情報処理における誤りや偏りを修正し、誤った結論を促進する核となる信念を修正することを目的としています。純粋に認知技術は、患者の信念を特定してテストし、その起源と根拠を探り、経験的または論理的テストに失敗した場合は修正するか、問題解決に焦点を当てます。たとえば、一部の信念は、その人の文化、性別役割、宗教、または社会経済的地位に結びついています。治療は、これらの信念が患者にどのような影響を与えるかを理解することで、問題解決に向けられる場合があります。

核となる信念も同様の方法で探求され、その正確性がテストされます。そして適応力。これらの信念が正確ではないことを発見した患者は、新しい信念がより正確で機能するかどうかを判断するために、別の一連の信念を試してみることをお勧めします。

認知療法では、スキルトレーニング（リラクゼーション、自己主張トレーニング、ソーシャルスキルトレーニングなど）、ロールプレイング、行動リハーサル、エクスポージャーセラピーなどの行動テクニックも使用されます。

1.2. その他のシステム

1.2.1. 精神分析

認知療法で使用される手順（患者の感情的な反応、物語、イメージに共通するテーマを特定するなど）は、精神分析の方法に似ています。しかし、認知療法における共通の要素は、意識的な解釈が容易にアクセスできる意味であるのに対し、精神分析では、その意味は無意識（または抑圧）であり、推測する必要があります。

1.2.2. 精神力動的心理療法

精神力動的心理療法と認知療法はどちらも、すぐには気づいていない信念によって行動が影響を受ける可能性があるかと想定しています。しかし、認知療法では、患者の苦痛の原因となっている思考は無意識の中に深く埋もれているわけではないと主張しています。さらに、認知療法士は、患者の自己申告を、より深く隠されたアイデアをふるいにかけるものとはみなしません。認知療法は、症状、意識的な信念、現在の経験の間の関連性に焦点を当てます。精神分析的アプローチは、抑圧された幼少期の記憶や、性欲や幼児の性的欲求などの動機付けの構造に焦点を当てています。

1.2.3.認知療法

認知療法は高度に構造化されており、通常は短期間で、通常は 12 ~ 16 週間続きます。セラピストは患者さんと積極的に協力していきます。精神分析療法は長期にわたるもので、比較的体系化されていません。アナリストはおおむね消極的だ。認知療法では、機能不全に陥ったアイデアに論理を適用したり、機能不全に陥った信念をテストするために行動実験を使用したりすることで、偏った情報処理を変えようとしています。精神分析者は、自由な連想と深い解釈に頼って、未解決の幼少期の葛藤のカプセル化された無意識の残渣に侵入します。

1.2.4.合理的感情行動療法 (REBT)

認知療法と合理的感情行動療法 (REBT) は、心理的機能不全における認知の主な重要性を共通して強調しており、どちらも治療の課題を不適応な思い込みを変えることと、療法士の立場を積極的かつ指示的であるとみなしている。ただし、これら 2 つのアプローチにはいくつかの違いがあります。

情報処理モデルを使用する認知療法は、情報の偏った選択と歪んだ解釈に対処することで「認知の変化」を修正することを目的としています。通常の認知処理への移行は、偏った処理から生じる誤った推論をテストすることによって達成されます。認知エラーを継続的に否定することは、フィードバックシステムとして機能し、徐々により適応的な機能を回復します。ただし、そもそも不均衡な認知処理の一因となった機能不全の信念も、さらなるテストと無効化を必要とします。

REBT 理論では、苦しんでいる人は不合理な思考の一因となる不合理な信念を持っており、対立を通じてこれらが修正されると、それらは消えて障害は解消される、と述べています。認知療法士は、帰納的モデルに基づいて操作し、患者が解釈や信念を仮説に変換し、その後経験的テストを受けるのを手助けします。REBT セラピストは、非合理的な信念を指摘するために演繹モデルを使用する傾向があります。認知療法士は、問題のある信念は非合理的であるというよりも非適応的であるため、機能不全を支持して非合理的という言葉 avoids 避けます。それらは非合理的であるためではなく、正常な認知処理を妨げるために心理的障害の一因となります。

これら 2 つのアプローチの大きな違いは、認知療法では、各障害が独自の典型的な認知内容または認知特異性を持っていると主張していることです。うつ病、不安症、パニック障害の認知プロファイルは大きく異なり、実質的に異なる技術が必要です。一方、REBTは、障害を認知的テーマを持つものとして概念化するのではなく、むしろ、すべての障害の根底にあると推定される「しなければならない」、「すべきである」、およびその他の命令に焦点を当てます。

認知療法モデルは、精神病理における認知欠陥の影響を強調しています。一部のクライアントは、認知障害により、遅れた、または長期にわたるマイナスの結果を予測できないため、問題を経験しています。集中力、方向性のある思考、思い出すことに問題がある人もいます。これらの困難は、重度の不安、うつ病、パニック発作で発生します。認知障害は、誤った解釈だけでなく、知覚上の誤りも引き起こします。さらに、自殺願望の

ある人に見られるように、不十分な認知処理は、クライアントの対処能力や対処技術の使用、および対人問題の解決を妨げる可能性があります。

最後に、REBT は患者の信念が現実と哲学的に一致しないとみなしています。Meichenbaum (1977) はこの見方を批判し、非患者も不合理な信念を持っているが、それらに対処することができるかと述べています。認知療法は、誤った認知処理を自己修正し、対処できるようにするための思い込みを強化することを患者に教えます。したがって、REBT はこの問題を哲学的なものとして捉えています。認知療法では、それが機能的であると見なされます。

1.2.5. 行動療法

認知療法は、一部の行動療法と多くの類似点がありますが、他の療法とは大きく異なります。行動療法には、認知プロセスに重点を置く点で異なる数多くのアプローチがあります。行動スペクトルの一端は応用行動分析であり、解釈や推論などの「内部イベント」を可能な限り無視するアプローチです。別の方向に進むにつれて、さまざまな認知行動アプローチに到達するまで、認知媒介プロセスへの注目が高まります。この時点で、純粋に認知的なものと同様に行動的なものの区別が不明確になります。

1.2.6. 認知療法と行動療法との共通点

認知療法と行動療法にはいくつかの共通点があります。それらは経験的で、現在中心で、問題指向であり、問題とそれが発生する状況、およびそれらから生じる結果を明確に特定する必要があります。ラディカル行動主義とは対照的に、認知療法は、同じ種類の機能分析を内部経験、つまり思考、態度、イメージに適用します。行動と同様に、認知も、新たな学習を促進する行動実験を通じて積極的に協力することで修正できます。また、単純な条件付けパラダイムに基づく行動的なアプローチとは対照的に、認知療法では、個人を環境の積極的な参加者とみなし、刺激を判断および評価し、出来事や感覚を解釈し、自分自身の反応を判断します。

恐怖症の治療のための暴露方法など、いくつかの行動テクニックの研究では、認知と行動の変化が連携して機能することが実証されています。例えば、広場恐怖症では、認知の改善は行動の改善と同時に起こっている (Williams & Rappoport, 1983)。否定的な自動思考を言語化しながら広場恐怖症の状況に単純にさらされると、認知指標の改善につながる可能性があります (Gournay, 1986)。Bandura (1977) は、認知を変える最も効果的な方法の 1 つはパフォーマンスを変えることであることを実証しました。実生活での曝露では、患者は脅威的な状況だけでなく、危険に対する個人的な期待や、自分の反応に対処できないと想定されている状況にも直面します。経験自体は認知的に処理されるため、曝露は認知手順と考えることができます。

認知療法では、不安やその他の障害の治療に対する包括的なアプローチには、不安を引き起こす思考やイメージをターゲットにすることが含まれると主張しています。うつ病患者の研究 (Beck, Rush, Shaw, および Emery, 1979) は、望ましい認知の変化が必ずしも行動の変化から生じるわけではないことを示しています。このため、出来事に対する患者の期待、解釈、反応を知ることが重要です。認知の変化は想定されるものではなく、実証されなければなりません。

2. 歴史

2.1. 先駆者

認知療法の理論的基礎は、(1) 心理学への現象学的アプローチ、(2) 構造理論と深層心理学、(3) 認知心理学の3つの主な情報源から得られます。現象学的アプローチは、個人の自己観と個人的な世界が行動の中心であると仮定します。この概念はギリシャのストア派哲学に由来しており、イマヌエル・カント (1798 年) の意識的主観的経験の強調に見ることができます。このアプローチは、アドラー (1936 年)、アレクサンダー (1950 年)、ホーニー (1950 年)、およびサリバンの (1953 年) の著作にも明らかです。

2 番目の大きな影響は、カントとフロイトの構造理論と深層心理学、特に一次プロセスと二次プロセスへの認知の階層構造というフロイトの概念でした。

認知心理学の最近の発展も影響を及ぼしています。ジョージ・ケリー (1955 年) は、「個人的構成要素」の使用と行動変化における信念の役割の強調を通じて、同時代の人々の中で認知モデルを説明した最初の人物であると信じられています。マグダ・アーノルド (1960 年) やリチャード・ラザラス (1984 年) のような感情の認知理論も、感情や行動の変化において認知に優先順位を与えるもので、認知療法にも貢献しています。

2.2. 初期

認知療法は、アロン・ベックのうつ病に関する研究の結果として 1960 年代初頭に始まりました (Beck, 1963, 1964, 1967)。精神分析の訓練を受けたベックは、フロイトのうつ病理論がその核心にあるのは「怒りが自己に向けられること」であると検証しようとしてきました。

この公式を実証するために、ベックはうつ病患者の臨床観察を行い、伝統的な精神分析に基づいて彼らの治療を調査しました。ベックは、彼らの思考や夢の中に遡及的な怒りを見つけるのではなく、彼らの認知処理に否定的なバイアスがあることを観察しました。継続的な臨床観察と実験的テストにより、ベックは感情障害に関する理論とうつ病の認知モデルを開発しました。

アルバート エリス (1962 年) の研究は、認知行動療法の開発に大きな推進力を与えました。エリスもベックも、人は意識的に理性を取り入れることができると信じており、患者の根底にある思い込みを介入の対象とみなした。同様に、彼らは両方とも分析トレーニングを拒否し、受動的な傾聴を患者との積極的で直接的な対話に置き換えました。エリスが患者と対峙し、彼らが生きる哲学は非現実的であると説得したのに対し、ベックは「患者を検証可能な現実を研究する同僚に変えた」 (ウェスラー、1986、p. 5)。

多くの現代行動学者の研究は、認知療法の発展に影響を与えました。Bandura (1977) の強化期待、自己効力と結果効力、人と環境の間の相互作用、モデリング、代理学習といった概念は、行動療法の認知領域への移行を促進しました。Mahoney (1974) の行動の認知制御に関する初期の研究とその後の理論的貢献も認知療法に影響を与えました。Meichenbaum (1977) の認知行動修正は、認知療法および合理的感情行動療法と

並んで、3つの主要なセルフコントロール療法の1つとして認識されています (Mahoney & Arnkoff, 1978)。マイヘンバウムの認知修正と対処スキルパラダイムにおけるスキルトレーニングの組み合わせは、不安、怒り、ストレスの治療に特に役立ちます。心理学における構成主義的な動きと心理療法の統合を求める現代的な動きは、現代の認知療法を形作る最近の影響となっています。

2.3.現在のステータス

2.3.1.研究: 認知モデルと結果の研究

研究では、認知モデルの理論的側面と、さまざまな臨床障害に対する認知療法の有効性の両方がテストされています。うつ病の認知モデルに関しては、単極性と双極性、反応性と内因性など、あらゆる形態のうつ病で否定的に偏った解釈が見られています (Haaga, Dyck, および Ernst, 1991)。認知三徴、ネガティブに偏った刺激の認知処理、および特定可能な機能不全の信念も、うつ病で機能することがわかっています (Hollon, Kendall, および Lumry, 1986)。うつ病に対する認知療法の有効性は、Clark, Beck, Alford (1999) によってまとめられた多数の研究で実証されています。最近、Beck (2008) は、情報処理の基礎から、機能不全の信念の形成とうつ病の促進因子に対する感受性に対する初期のトラウマ体験の影響の組み込みに至るまで、うつ病の認知モデルの進化を追跡しました。彼は現在、うつ病において遺伝的、神経化学的、認知的要因がどのように相互作用するかに興味を持っています。

不安障害の場合、パニック発作における身体感覚の危険性の推定、社会不安における評価の歪んだ認識、PTSDにおける自己と世界に対する否定的な評価など、すべての不安診断において危険関連バイアスが証明されています。さらに、各精神疾患には異なる認知プロファイルがあるという認知特異性仮説が、さまざまな疾患で支持されています (Beck, 2005)。

対照研究では、パニック障害の治療における認知療法の有効性が実証されています (Beck, Sokol, Clark, Berchick, および Wright, 1992; Clark, 1996; Clark, Salkovskis, Hackmann, Middleton, および Gelder, 1992)、社会恐怖症 (Clark, 1997; Eng, Roth, & Heimberg, 2001)、全般性不安障害 (Butler, Fennell, Robson, & Gelder, 1991)、薬物乱用 (Woody et al., 1983)、摂食障害 (Bowers, 2001; Fairburn, Jones, Hope, Carr, Solomon, 他, 1993; Pike, Walsh, Wilson, および Bauer, 1996)、夫婦の問題 (Baucom, Sayers, および Sher, 1990)、強迫性障害 (Freeston 他, 1997)、心的外傷後ストレス障害 (Ehlers & Clark, 2000; Gillespie, Duffy, Hackmann, & Clark, 2002; Resick, 2001)、統合失調症 (Turkington, Dudley, Warman, & Beck, 2004; Zimmerman, Favrod, Trieu, & ポミニ, 2005)。さらに、認知療法は、不安やうつ病の他の治療法よりも再発率が低いようです (Clark, 1996; Eng, Roth, および Heimberg, 2001; Hollon, DeRubeis, および Evans, 1996; Hollon et al., 2005; ホロン、スチュワート、ストラック, 2006年、ストラック、デルベイス, 2001年)。

2.3.2.自殺研究

ベックは、自殺とその予防に関する重要な理論的概念を開発しました。自殺のリスクに関する彼の発見の中で最も重要なものは、絶望の概念です。自殺念慮を抱いた入院患者と外来患者の両方を対象とした縦断的研究では、ベック絶望尺度のカットオフスコアが9以上であれば、最終的な自殺を予測できることが判明した

(Beck、Brown、Berchick、Stewart、および Steer、1990; Beck、Steer、Kovacs)、およびギャリソン、1985)。その後の研究では、絶望感が最終的な自殺の予測因子であることが確認されています。

最近のランダム化比較試験では、以前に自殺未遂をしたことがあり、重大な精神病理と薬物乱用の問題を抱えているため、自殺未遂のリスクが高い人々に対する、短期間の認知療法治療の有効性が調査された。結果は、認知療法が 18 か月間で再試行率を 50% 減少させたことを示しています (Brown et al., 2005)。

2.3.3.心理療法の統合

認知療法は他の治療法と統合され、新しい治療アプローチが生まれています。Jeffrey Young によって開発されたスキーマ療法 (Young、Klosko、および Weishaar、2003 年) は、人生の早い段階で形成され、慢性的なうつ病や不安の根底にある可能性がある不適応な核となる信念を修正することに焦点を当てています。別のアプローチであるマインドフルネスベースの認知療法 (Segal、Williams、Teasdale、2002) では、受け入れと瞑想の戦略を使用して回復力を促進し、うつ病エピソードの再発を防ぎます。

2.3.4.評価尺度

ベックの研究により、数多くの評価尺度が生み出されており、特に注目すべきは、ベックうつ病目録 (ベック、ステア、ブラウン、1996 年; ベック、ワード、メンデルソン、モック、アーボー、1961 年)、自殺念慮尺度 (ベック、コヴァックス、& Weissman、1979)、自殺意図尺度 (Beck、Schuyler、および Herman、1974)、Beck 絶望尺度 (Beck、Weissman、Lester、および Trexler、1974)、Beck 不安目録 (Beck & Steer、1990)、ベック自己概念テスト (ベック、ステア、ブラウン、エプスタイン、1990 年)、機能不全態度尺度 (ワイズマン & ベック、1978 年)、社会向性自律性尺度 (ベック、エプスタイン、ハリソン、1983 年)、ベック青少年インベントリ (Beck & Beck、2002)、Personality Beck Questionnaire (Beck & Beck、1995)、および Clark-Beck Obsessive- Compulsive Inventory (Clark & Beck、2002)。これらの中で最もよく知られているのは、ベックうつ病インベントリです。これは何百もの転帰研究で使用されており、心理学者、医師、ソーシャルワーカーが患者やクライアントのうつ病を監視するために日常的に使用しています。

2.3.5.トレーニング

ペンシルベニア大学医学部と提携している認知療法センターは外来診療を行っており、臨床観察と経験的知見を統合して理論を開発する研究機関です。ペンシルバニア州バラ・シンウィドにあるベック研究所は、外来診療と研修の機会の両方を提供しています。さらに、臨床心理学のインターンシップや博士研究員フェローシップでは、認知療法のトレーニングを提供しています。認知療法の研究と治療の取り組みは、米国とヨーロッパの多くの大学や病院で行われています。国際認知療法ニュースレターは、認知療法士間の情報交換を目的として 1985 年に創刊されました。五大大陸のセラピストがニュースレター ネットワークに参加しています。1971 年に設立された欧州行動認知療法協会は、2010 年にミラノで年次会議を開催します。世界中の 7 つの

組織で構成される世界行動認知療法会議は、次回の会議を 2010 年に開催する予定です。認知心理療法協会は、2011 年にイスタンブールで第 7 回国際認知心理療法会議を主催します。

非営利団体であるアカデミー・オブ・認知療法は、認知療法の分野の主要な臨床医、教育者、研究者のグループによって 1999 年に設立されました。このアカデミーは、認知療法に熟練した臨床医を特定し認定するために客観的な評価を実施しています。1999 年、大学院医学教育認定評議会は、精神医学研修プログラムで研修医が認知行動療法の実践において有能になるよう訓練することを義務付けました。

認知療法士は定期的に心理学、精神医学、行動療法の雑誌に寄稿しています。認知療法の研究に特化した主なジャーナルは、『認知療法と研究』、『認知心理療法ジャーナル: 国際季刊誌』、および『認知と行動の実践』です。

認知療法は、米国心理学会、米国精神医学会、米国自殺学会などの年次総会に参加しています。これは行動療法推進協会において非常に大きな力となっているため、この組織は 2005 年に行動認知療法協会 (ABCT) に名前を変更しました。

認知療法は短期的な精神療法として有効であるため、費用対効果を実証する必要がある環境や、患者との短期的な接触が必要な環境で広く使用されています。入院患者と外来患者の両方の環境に適用されます。

多くの才能ある研究者や革新的なセラピストが認知療法の発展に貢献してきました。認知療法と他の治療法を比較する転帰管理研究は、不安障害、パニック、薬物乱用、拒食症と過食症、老人性うつ病、急性うつ病、気分不快障害を対象に実施されています。ベックの学生と同僚は、うつ病、不安、孤独、夫婦不和、摂食障害、広場恐怖症、痛み、人格障害、薬物乱用、双極性障害、統合失調症の性質と治療法について研究を行っています。

3. 人格

3.1. 人格理論

認知療法は、人間の反応における情報処理の役割を強調します。そして適応。個人が状況に対応が必要であると認識すると、認知、感情、動機、行動のスキーマ全体が動員されます。以前の認知療法では、認知は主に感情や行動を決定すると考えられていました。現在の考え方では、人間の機能のあらゆる側面が 1 つのモードとして同時に動作すると考えられています。

認知療法では、性格は生得的な気質と環境の間の相互作用によって形成されると見なされます (Beck、Freeman、および Davis、2003)。性格特性は、環境に応じて開発された基本的なスキーマ、または対人関係の「戦略」を反映していると考えられています。

認知療法では、心理的苦痛はさまざまな要因の結果であると見なします。人々は病気になりやすい生化学的素因を持っているかもしれませんが、学習履歴により特定のストレス要因に反応します。精神病理の現象（ただし必ずしも原因ではない）は、通常感情反応と同じ連続体にありますが、誇張され、持続的な形で現れます。例えば、うつ病では、悲しみと興味の喪失が激化して長期化し、躁状態では自己拡大への投資が高まり、不安状態では極度の無防備さと危険感が生じます。

人は、状況が自分の重大な利益を脅かすものであると認識すると、心理的苦痛を経験します。そのようなとき、彼らの出来事の認識と解釈は非常に選択的で、自己中心的で、厳格になります。これにより、正常な認知活動の機能的障害が生じます。特異な思考をオフにし、集中したり、思い出したり、推論したりする能力が低下します。現実性のテストと全体的な概念化の洗練を可能にする修正機能は低下します。

3.1.1.認知的脆弱性

人はそれぞれ、心理的苦痛を負いやすい一連の特異な脆弱性と感受性を持っています。これらの脆弱性は人格構造に関連しているようです。性格は気質と認知スキーマによって形成されます。認知スキーマは、個人の基本的な信念と仮定を含む構造です。スキーマは人生の早い段階で、個人的な経験や大切な人との同一視から形成されます。これらの概念はさらなる学習経験によって強化され、ひいては信念、価値観、態度の形成に影響を与えます。

認知スキーマは適応的である場合もあれば、機能不全である場合もあります。それらは本質的に一般的なものである場合もあれば、特定のなものである場合もあります。人は競合するスキーマを持っている可能性があります。認知スキーマは一般に潜在的ですが、特定のストレス要因、状況、または刺激によって刺激されると活性化します。パーソナリティ障害では、非常に簡単かつ頻繁に引き起こされるため、さまざまな状況に対して定型的な方法で過剰に反応してしまいます。

3.1.2.人格の次元

特定の性格属性または認知構造のクラスターが特定の種類の感情反応に関連しているという考えは、Beck、Epstein、および Harrison (1983) によって研究されており、彼らはうつ病およびおそらく他の障害に関連する 2 つの主要な性格側面を発見しました。社会的依存（社会向性）と自律性。ベックの研究では、依存している人は人間関係の崩壊後にうつ病になることが明らかになりました。自律的な人々は、敗北したり、望ましい目標を達成できなかつたりすると、落ち込んでしまいました。社会向性の側面は親密さ、育成、依存を中心に構成され、自律的な側面は自立、目標設定、自己決定、自らに課した義務を中心に構成されます。

研究では、社会向性と自律性の「純粋な」ケースは存在するものの、ほとんどの人は状況に応じてそれぞれの特徴を示すことも証明されています。したがって、社会向性と自律性は行動のスタイルであり、固定された人格構造ではありません。この立場は、固定的な性格の次元を仮定する精神力学的性格理論とは著しく対照的です。

したがって、認知療法では、個性は生物学的および社会的両方の影響を受ける個人の認知組織と構造を反映していると見なされます。神経解剖学と生化学の制約の中で、個人的な学習経験は、人がどのように発達し、反応するかを決定するのに役立ちます。

3.2.さまざまなコンセプト

認知療法では、心理的障害の発症における重要な人生の出来事の影響を含む、個人の学習履歴に重点を置きます。これは還元的なモデルではありませんが、心理的苦痛は通常、相互作用する多くの要因の結果であることを認識しています。

認知療法では個人の学習履歴に重点が置かれており、社会学習理論と強化の重要性が裏付けられています。社会的学習の観点では、個人の発達の歴史と、出来事の彼または彼女自身の特異な意味と解釈を徹底的に調査する必要があります。認知療法では、同じ出来事が2人の個人にとって非常に異なる意味を持つ可能性があるため、認知の慣用的な性質が強調されます。

スキーマと根底にある仮定を反映するものとしての性格の概念化は、社会学習理論にも関連しています。人が経験を構築する方法は、過去の行動の結果、大切な人からの代替りの学習、および将来についての期待に基づいています。

3.2.1.因果関係理論

精神的苦痛は、最終的には多くの先天的、生物学的、発達の、環境的要因が相互に影響し合うことによって引き起こされるため、精神病理学の「原因」は1つだけではありません。例えば、うつ病は、遺伝的感受性、持続的な神経化学的異常を引き起こす疾患、特定の認知脆弱性をもたらす発達上のトラウマ、適切な対処スキルを提供できない不十分な個人的経験、および次のような逆効果な認知パターンなどの素因によって特徴付けられます。非現実的な目標、仮定、または義務。身体疾患、重度の急性ストレス、慢性ストレスも発症の要因となります。

3.2.2.認知の歪み

認知の歪みと呼ばれる推論における体系的な誤りは、心理的苦痛の際に明らかです (Beck、1967)。

恣意的な推論: 裏付けとなる証拠や、矛盾する証拠に直面せずに、特定の結論を導き出すこと。その一例は、特に忙しい一日を過ごした後、「私はひどい母親だ」と結論付けるワーキングマザーです。

選択的抽象化: 他の情報を無視し、文脈から切り離された詳細に基づいて状況を概念化すること。例としては、騒がしいパーティーで彼女が自分の声を聞きやすくしようと別の男性に向かって首を傾げるのを見て嫉妬する男性が挙げられます。

過度の一般化: 1 つまたは少数の個別のインシデントから一般規則を抽象化し、それを広範かつ無関係な状況に適用しすぎます。意気消沈したデートの後、ある女性は「男はみんな同じ。私はいつも拒絶されるよ」と結論づけた。

拡大と最小化: 何かを実際よりもはるかに重要または重要ではないように見ること。ある学生は「授業中に少しでも緊張しているように見ると、大変なことになる」と悲惨な状況に陥った。別の人は、母親が末期の病気であるという事実と直面するのではなく、母親はすぐに「風邪」から回復すると判断します。個人化: 因果関係を裏付ける証拠なしに、外部の出来事を自分自身に帰すること。交通量の多い通りの向こう側で、男性が知人に手を振りました。挨拶も返せなかったため、「私が彼を怒らせるようなことをしたに違いない」と結論づけた。

二分法的思考: 経験を 2 つの極端などちらかに分類します。たとえば、完全な成功または完全な失敗として。ある博士候補者は、「彼らがこれまで見た中で最高の試験を書かなければ、私は学生として落第だ」と述べた。

3.2.3.精神障害における系統的偏見

情報処理における偏りは、ほとんどの精神疾患の特徴です (表 8.1 を参照)。このバイアスは一般に、通信や脅威などの「外部」情報に適用され、情報処理の初期段階で作用し始める可能性があります。人の方向性スキーマは、たとえば、危険や損失をもたらす状況を識別し、適切な対応方法を示します。

3.2.4.うつ病の認知モデル

認知的トライアドはうつ病を特徴づけます (Beck, 1967)。うつ病の人は、自己、世界、将来に対して否定的な見方をしており、自分は不適切で、見捨てられ、無価値であると認識しています。否定的な見方は、膨大な需要が存在し、目標へのアクセスを巨大な障壁が妨げているという信念に見られます。世界には喜びや満足感が欠けているように見えます。うつ病患者の将来に対する見方は悲観的であり、現在の問題は改善されないとの信念を反映しています。この絶望感は自殺願望につながる可能性があります。

うつ病の動機、行動、感情、身体の症状も、うつ病モードで活性化されます。これらの症状は人の信念や思い込みに影響を与え、またその逆も同様です。たとえば、意志の麻痺による動機付けの症状は、自分には出来事に対処する能力や出来事の結果を制御する能力が欠けているという信念に関連しています。

表 8.1 - 精神障害の認知プロフィール

障害	情報処理における系統的な偏り
----	----------------

うつ病 軽躁病	自己、経験、未来に対する否定的な見方 自己と未来に対する誇張した見方
不安障害	身体的または心理的な危険感
パニック障害	身体的/精神的経験の壊滅的な解釈
恐怖症	特定の回避不可能な状況における危機感
妄想状態	偏見を他者に帰する
ヒステリー	運動または感覚の異常の概念
強迫観念	安全性についての繰り返しの警告または疑念
自殺行為	認識された脅威を回避するための儀式
神経性無食欲症	絶望感と問題解決能力の欠如 太ることへの恐怖
心気症	重篤な医学的障害の帰属

その結果、目標に取り組むことに消極的になります。自殺願望は、耐えられない問題から逃れたいという願望を反映していることがよくあります。

うつ病患者によく見られる依存の増大は、自分は無能であるという見方、通常的生活課題の難しさの過大評価、失敗の期待、より有能な誰かが引き継いでほしいという願望を反映している。優柔不断も同様に、自分には正しい決定を下すことができないという信念を反映しています。うつ病の身体的症状（エネルギーの低下、疲労感、無気力など）も否定的な期待と関連しています。うつ病患者の治療からは、活動を開始すると実際に惰性と疲労が軽減されることがわかります。さらに、否定的な期待を否定し、運動能力を実証することは回復において重要な役割を果たします。

3.2.5.不安障害の認知モデル

不安障害は、正常な生存メカニズムの過剰な機能または機能不全として概念化されています。したがって、脅威に対処するための基本的なメカニズムは、正常な人でも不安を抱えている人でも同じです。つまり、生理学的反応が身体を逃避または自己防衛に備えるのです。心理社会的脅威に直面した場合にも、物理的危険の場合と同じ生理学的反応が発生します。不安を抱えている人の危険認識は誤った仮定に基づいているか誇張されていますが、通常反応はリスクと危険の大きさのより正確な評価に基づいています。さらに、正常な人は論理と証拠を使用して自分の誤解を修正できます。不安を抱えている人は、安全の合図や危険の脅威を軽減するそ

他の証拠を認識することが困難です。したがって、不安の場合、認知内容は危険というテーマを中心に展開し、個人は危害を受ける可能性を最大化し、対処能力を最小化する傾向があります。

3.2.6.マニア

躁病患者の偏った考え方は、うつ病患者の偏った考え方の逆です。このような人は、人生のそれぞれの経験において大きな利益を選択的に認識し、ネガティブな経験を遮断したり、ポジティブなものとして再解釈したり、さまざまな企業からの好ましい結果を非現実的に期待したりします。能力、価値、成果といった誇張された概念は多幸感をもたらします。誇張された自己評価と過度に楽観的な期待による継続的な刺激は、膨大なエネルギー源を提供し、躁病患者を継続的な目標に向けた活動へと駆り立てます。

3.2.7.パニック障害

パニック障害の患者は、説明のつかない症状や感覚を、差し迫った大惨事の兆候とみなす傾向があります。彼らの認知処理システムは身体的または心理的経験に注意を集中させ、これらの内部情報源を災害が差し迫っているという確信に形作ります。各患者には特定の「方程式」があります。まず、胸や腹部の苦痛は心臓発作と同じです。また、息切れはすべての呼吸が停止することを意味します。また別の人にとって、立ちくらみは意識を失いそうな兆候です。

患者の中には、突然怒りがこみ上げてくると、コントロールを失って誰かを傷つけてしまう兆候だと考える人もいます。精神錯乱、一時的な混乱、または軽度の見当識障害を、正気を失っていることを意味すると解釈する人もいます。パニック発作を起こす人の重要な特徴は、重要なシステム（心臓血管系、呼吸器系、または中枢神経系）が崩壊するという結論に達することです。恐怖のせいで、彼らは内部の感覚に対して過度に警戒する傾向があり、その結果、他の人が気づかずに通過する感覚を検出して拡大してしまいます。

パニック障害の患者は、症状や壊滅的な解釈を現実的に見ることができないという、特有の認知障害を示します。

3.2.8.広場恐怖症

特定の状況で1回以上のパニック発作を起こした患者は、その状況を避ける傾向があります。たとえば、スーパーマーケットでパニック発作を起こした人は、そこに行くことを避けます。無理をして行こうとすると、自分の感覚に対してますます警戒するようになり、またパニック発作が起こるのではないかと予想し始めます。

このような発作の予期は、差し迫った災害の兆候（心臓発作、意識喪失、窒息など）として誤解されるさまざまな自律症状を引き起こし、本格的なパニック発作につながる可能性があります。パニック障害を治療せずに放置した患者は、広場恐怖症を発症することがよくあります。最終的には家に閉じこもったり、活動が非常に

制限されたりして、家から遠くへ旅行することができなくなり、どんなに遠くまで冒険しても同行者が必要になる場合があります。

3.2.9.恐怖症

恐怖症では、特定の状況において身体的または精神的危害が予想されます。患者がこうした状況を回避できる限り、脅威を感じることはなく、比較的快適に過ごすことができます。しかし、こうした状況に陥ると、重度の不安という典型的な自覚的および生理学的症状を経験します。この不快な反応の結果、将来その状況を回避する傾向が強化されます。

評価恐怖症では、社会的状況、試験、人前での講演で軽蔑されたり失敗したりすることへの恐怖があります。潜在的な「危険」に対する行動的および生理学的反応（拒絶、評価の低下、失敗）は、患者が恐れていることがまさに起こる可能性がある程度に患者の機能を妨げる可能性があります。

3.2.10.妄想状態

偏執的な人は、偏見を他人のせいにする傾向があります。被害妄想者は、他人が意図的に虐待したり、干渉したり、批判したりしていると思いつまみ続けます。侮辱や拒絶が正当化されると信じているうつ病患者とは対照的に、妄想症患者は他人が自分を不当に扱っていると考え続けます。

うつ病患者とは異なり、妄想症患者は自尊心の低下を経験しません。彼らは、実際の損失よりも、推定される攻撃、阻止、または侵入の不当性の方に関心があり、推定される偏見や他者の悪意を激しく非難します。

3.2.11.強迫観念と強迫行為

強迫観念を持つ患者は、ほとんどの人が安全だと考えるであろう状況の評価に不確実性をもたらします。不確実性は一般に、潜在的に安全ではない状況に付随しており、危険の証拠がない場合でも、継続的な疑念によって明らかになります。

強迫観念の人は、自分が安全に必要な行為を行ったかどうかを絶えず疑います（たとえば、ガスオープンの電源を切る、夜間にドアをロックするなど）。彼らは細菌による汚染を恐れているかもしれませんが、いくら安心させても恐怖を軽減することはできません。強迫症者の主な特徴は、この責任感と、自分や他人に害を及ぼす可能性のある行動をとったこと、または行動をとらなかったことに責任があるという信念です。認知療法では、そのような侵入的な思考を普遍的なものに見なします。苦痛を引き起こすのは、患者が何か不道德なことや危険なことをしたという侵入的思考に割り当てられた意味です。

強制は、予想される災害を無力化するために設計された儀式を実行することによって過度の疑念を軽減しようとする試みです。たとえば、手洗いの強迫観念は、体の各部分から汚れや汚染物質をすべて取り除いていない

という患者の信念に基づいています。患者の中には、汚れを身体的疾患の原因、または不快な悪臭の原因として危険の源とみなし、この身体的または社会的危険の原因を除去せざるを得なくなる人もいます。

3.2.12.自殺行為

自殺願望のある人の認知処理には 2 つの特徴があります。まず、状況は改善しないという強い絶望感または信念があります。2 番目の特徴は認知障害、つまり問題解決の困難です。絶望感は問題解決の下手さを強調し、その逆も同様ですが、生活状況に対処する困難は、それ自体が自殺の可能性に寄与する可能性があります。思考はより硬直化し、減少した反応レパートリーの中で自殺が唯一の選択肢として現れます。

3.2.13.神経性無食欲症

神経性拒食症と過食症は、「私の体重と体型が私の価値や社会的受容性を決定する」という 1 つの中心的な思い込みを中心とした一連の不適応信念を表しています。この思い込みを中心に展開しているのは、「これ以上体重が増えたら醜くなる」「人生でコントロールできるのは体重だけだ」「絶食しなければ太っても大丈夫だ」といった信念です。完全に行って巨大になります。」

拒食症の人は、情報処理に典型的な歪みを示します。彼らは、食後の満腹感の症状を、太っている兆候だと誤解します。そして、鏡や写真に映った自分の姿を実際よりもはるかに太っていると誤解します。

3.2.14.統合失調症

統合失調症では、素因となる神経生物学的、環境的、認知的、行動的要因の複雑な相互作用が存在します。脳の統合機能の障害と特定の認知障害は、ストレスの多い生活上の出来事に対する脆弱性を高め、機能不全の信念（例：「自分は劣っている」）や行動（例：社会的引きこもり）につながります。ストレスや繰り返される否定的な思考に反応して、過剰な精神生理学的反応が発生します。コルチコステロイドの放出によりドーパミン作動系が活性化され、妄想や幻覚の発症に寄与します。認知的混乱は、注意力の問題、実行機能、作業記憶の障害などの神経認知障害の結果です。これらの障害は、拒絶感受性の高まりと相互作用して、コミュニケーションの逸脱や侵襲的で不適切な思考を生み出します。妄想は、外部帰属や結論に飛びつく認知的ショートカットなどの認知バイアスの相互作用から生じます。知覚傾向は否定的な自己スキーマと結合して幻聴を生成しますが、「声」は制御不能で強力であり、外部から生成されるものであるという信念によってさらに悪化します。社会的、職業的、楽しい活動への参加は、社会的無関心、快樂への期待の低さ、課題遂行に関する敗北主義的信念などの機能不全の態度によって増幅される神経認知障害によって損なわれます。パフォーマンスや成功に対する期待が低いと、さらに陰性症状が生じます。

4.心理療法

4.1.心理療法の理論

認知療法の目標は、誤った情報処理を修正し、患者が不適応な行動や感情を維持する思い込みを修正できるように支援することです。認知的小よび行動的手法は、機能不全に陥った信念に挑戦し、より現実的な適応的思考を促進するために使用されます。認知療法は、最初は症状の軽減に取り組みますが、最終的な目標は、思考における体系的なバイアスを除去し、将来の苦痛にさらされやすくする中心となる信念を修正することです。

認知療法は、患者と治療者が共同で合意した行動実験を通じて検証される検証可能な仮説として信念を扱うことにより、患者の信念の変化を促進します。認知療法士はクライアントに、その信念が不合理であるとか間違っているとか、あるいは療法士の信念を採用すべきだとは言いません。代わりに、セラピストは患者の信念の意味、機能、有用性、および結果を引き出すために質問をします。患者は、自分の感情的および行動的結果を十分に認識した上で、すべての個人的な信念を拒否するか、修正するか、維持するかを最終的に決定します。

認知療法は、否定的な信念を肯定的な信念に置き換えることではありません。それは希望的観測ではなく現実に基づいています。同様に、認知療法は人々の問題が想像上のものであるとは主張しません。患者は、機能的欠陥だけでなく、深刻な社会的、経済的、または健康上の問題を抱えている場合があります。しかし、現実の問題に加えて、彼らは自分自身、自分の状況、自分のリソースについて偏見のある見方をしており、それが対応範囲を制限し、解決策を生み出すのを妨げています。

認知の変化は、患者がリスクを負うことを可能にすることで行動の変化を促進します。さらに、新しい行動を適用する経験によって、新しい視点を検証することができます。感情は、出来事の別の解釈を含めて視点を拡大することで和らげることができます。感情が引き起こされると学習が強化されるため、感情は認知の変化に役割を果たします。したがって、認知、行動、および感情のチャネルは治療上の変化において相互作用しますが、認知療法では、治療上の変化を促進および維持する上で認知の優位性が強調されます。

認知の変化は、自発的な思考、継続的または自動的な思考、根底にある仮定、核となる信念など、いくつかのレベルで発生します。認知モデルによれば、認知は階層構造で組織され、各レベルはアクセスしやすさと安定性が次のレベルとは異なります。最もアクセスしやすく、最も不安定な認識は、自発的な思考です。次のレベルは自動思考で、状況によって引き起こされたときに自発的に思い浮かびます。それらは、出来事や刺激と個人の感情的および行動的反応との間に介在する思考です。

自動思考の例としては、社交不安のある人がパーティーに行く前に経験する「私が緊張しているのは誰にでも見られるだろう」というものがあります。自動思考には感情が伴い、経験した時点ではそれがもっともらしく、非常に顕著で、内部的には個人の論理と一致しているように見えます。彼らは異議を申し立てることなく信頼を与られます。自動思考は自発的な思考よりも安定しており、アクセスしにくいですが、患者は自動思考を認識して監視するように教えることができます。自動思考には認知の歪みが顕著に表れます。

自動思考は根底にある仮定から生成されます。たとえば、「他人の幸福に対して自分には責任がある」という信念は、自分自身が他人に苦痛を与えていると認識する人々に多くの否定的な自動思考を生み出します。仮定

は、認識を認識に形作り、目標を決定し、出来事に解釈と意味を与えます。それらは非常に安定していて、患者の意識の外にある可能性があります。

核となる信念は認知スキーマに含まれています。治療の目的は、これらの絶対的な信念を特定し、その影響を打ち消すことです。信念そのものを変えることができれば、患者は将来の苦しみに対して弱くなるでしょう。スキーマ療法では、これらの核となる信念は早期不適応スキーマと呼ばれます (EMSS; Young, Klosko, & Weishaar, 2003)。

4.1.1.治療関係

治療関係は協力的です。セラピストは苦痛と機能不全の原因を評価し、患者が目標を明確にするのを手助けします。重度のうつ病や不安症の場合、患者はセラピストに指示的な役割を果たしてもらう必要があるかもしれません。他の例では、患者が治療の目標を決定する際に主導権を握ることもあります。コラボレーションの一環として、患者はさまざまな状況で生じる思考、イメージ、信念、およびその思考に伴う感情や行動を提供します。患者もまた、各セッションの議題の設定を手伝い、セッション間の宿題を行うことで責任を共有します。宿題は治療をより迅速に進めるのに役立ち、患者に新しく学んだスキルや視点を練習する機会を与えます。

セラピストは、信念や態度が感情や行動とどのように相互作用するかを患者が理解するのを助けるガイドとして機能します。セラピストは、認知の変化とスキルの習得につながる矯正体験を促進する触媒でもあります。したがって、認知療法では心理療法の学習モデルが採用されています。セラピストは信念や行動を調べ、修正する専門知識を持っていますが、受動的な専門家の役割は持ちません。

認知療法士は患者の視点を積極的に追求します。認知療法士は、温かさ、正確な共感、誠実さを利用することで (Rogers, 1951 年を参照)、患者の個人的な世界観を評価します。しかし、これらの特質だけでは治療の変化には十分ではありません。認知療法士は問題を特定し、重要な領域に焦点を当て、特定の認知および行動テクニックを教えます。

認知療法士は優れた対人スキルを備えていることに加えて、柔軟性にも優れています。彼らは患者の快適さのレベルに敏感であり、自己開示を賢明に利用します。彼らは必要に応じて支援的な接触を提供し、認知的アプローチの目標と課題の範囲内で活動します。治療技術の使用における柔軟性は、対象となる症状によって異なります。たとえば、うつ病の惰性は行動介入に最もよく反応しますが、うつ病の自殺願望や悲観主義は認知技術に最もよく反応します。優れた認知療法士は、テクニックを恣意的または機械的に使用するのではなく、健全な理論的根拠とスキルに基づいて、そして各個人のニーズを理解した上で、テクニックを適用します。

コラボレーションを維持するために、セラピストは通常、各セッションの終了時に患者からフィードバックを引き出します。フィードバックは、患者が役に立ったか役に立たなかったか、患者がセラピストについて懸念を抱いているかどうか、患者に質問があるかどうかに焦点を当てます。セラピストはセッションを要約したり、患者に要約するよう依頼したりする場合があります。セラピストが協力を促すもう 1 つの方法は、使用

される各処置の理論的根拠を患者に提供することです。これにより、治療プロセスがわかりやすくなり、患者の参加が増加し、患者が徐々に治療の変化に対してより多くの責任を担うようになる学習パラダイムが強化されます。

4.1.2.定義

認知療法の3つの基本概念は、協力的な経験主義、ソクラテス的対話、誘導された発見です。

4.1.2.1.協力的な経験主義。

治療関係は協力的であり、治療の目標を共同で決定し、フィードバックを引き出して提供し、それによって治療上の変化がどのように起こるのかを解明する必要があります。セラピストと患者は共同研究者となり、患者の認知を支持するか拒否するかの証拠を調べます。科学的調査と同様に、解釈や仮定は検証可能な仮説として扱われます。

経験的証拠は、特定の認識が何らかの有用な目的に役立つかどうかを判断するために使用されます。事前の結論は論理分析の対象となります。患者が別の情報源に気づくにつれて、偏見のある考え方が明らかになります。このプロセスは患者とセラピストのパートナーシップとして行われ、どちらかが必要に応じてより積極的な役割を果たします。

4.1.2.2.ソクラテス的対話。

質問は認知療法における主要な治療手段であり、ソクラテス的対話が好まれる方法です。セラピストは、新たな学習を促進するために一連の質問を慎重に設計します。セラピストの質問の目的は一般に、(1) 問題を明確にする、または定義する、(2) 考え、イメージ、仮定を特定するのに助ける、(3) 患者にとっての出来事の意味を調べる、(4) 不適応的な思考や行動を維持することの結果を評価する。

ソクラテス的対話は、患者がセラピストによって提起された質問に基づいて論理的な結論に到達することを意味します。質問は、患者を「罠」にしたり、避けられない結論に導いたり、攻撃したりするために使用されるものではありません。質問はセラピストが患者の視点を理解することを可能にし、患者が自分の思い込みを客観的かつ非防御的に見ることができるよう、慎重に質問を投げかけます。

Young、Rygh、Weinberger、Beck (2008、p. 274) は、治療の過程を通じて質問がどのように変化するかを説明しています。

治療の開始時に、患者特有の困難を完全かつ詳細に把握するために質問が行われます。これらは、背景データと診断データを取得するために使用されます。患者のストレス耐性、内省能力、対処方法などを評価する。患者の外部状況および対人関係に関する情報を入手するため。そして、患者と協力して取り組むべき特定の対象問題に到達することで、漠然とした訴えを修正します。

治療が進むにつれて、セラピストは質問を使って問題へのアプローチを探り、患者が考えられる解決策の長所と短所を比較検討できるようにし、特定の不適応行動を続けた場合の結果を検討し、自動思考を引き出し、EMS とその結果を実証します。つまり、セラピストはほとんどの認知療法テクニックで質問を使用します。

4.1.2.3.ガイド付きディスカバリー。

ガイド付き発見を通じて、患者は不適応な信念や思い込みを修正します。セラピストは、新しいスキルや視点の獲得につながる新しい経験（行動実験）をデザインすることで、問題行動や論理の間違いを解明するガイドの役割を果たします。ガイド付き発見とは、セラピストが患者に新しい一連の信念を採用するよう勧めたり、なだめたりしないことを意味します。むしろ、セラピストは患者が情報、事実、確率を利用して現実的な視点を得るように奨励します。

4.2.心理療法のプロセス

4.2.1.初期セッション

最初の面接の目標は、患者との関係を開始し、重要な情報を引き出し、症状を軽減することです。患者との関係の構築は、治療を開始する際の感情や考えについての質問から始まる場合があります。患者の期待について話し合うことは、患者を安心させるのに役立ち、患者の期待に関する情報をもたらし、認知と感情の実証する機会を提供します (Beck, Rush, et al., 1979)。セラピストはまた、最初のセッションを利用して患者を認知療法に慣れさせ、協力的な枠組みを確立し、治療に関する誤解に対処します。最初のセッションでセラピストが求める情報には、診断、過去の病歴、現在の生活状況、心理的問題、治療に対する態度、治療に対する動機などが含まれます。

問題の定義と症状の軽減は最初のセッションで始まります。問題の定義と背景情報の収集には数回のセッションが必要になる場合がありますが、多くの場合、最初のセッションで非常に具体的な問題に焦点を当て、迅速に問題を解決することが重要です。たとえば、自殺願望のある患者には、絶望感を直ちに打ち破る直接的な介入が必要です。症状の軽減は、具体的な問題の解決、曖昧な不満や一般的な不満を実行可能な目標に明確にすること、障害についての客観性を獲得すること（例：患者の症状が不安を表しており、それ以上のものではないこと、または集中力の低下が症状であることを明確にすること）など、いくつかのソースから得られます。うつ病の症状であり、脳疾患の兆候ではありません）。

問題定義には、問題の機能分析と認知分析の両方が必要です。機能分析では、問題の要素、つまり問題がどのように現れるかを特定します。それが起こる状況。その頻度、強さ、持続時間。そしてその結果。問題の認知分析により、感情が引き起こされたときに人が抱く思考やイメージが特定されます。また、その人がどの程度思考やイメージをコントロールできていると感じているか、その人が悲惨な状況で何が起こると想像しているか、そしてそのような結果が実際に起こる確率についての調査も含まれる。

したがって、初期のセッションでは、認知療法士は患者よりも積極的な役割を果たします。セラピストは情報を収集し、患者の問題を概念化し、患者を認知療法に慣れさせ、症状を軽減するために積極的に介入します。患者には最初のセッションから宿題が割り当てられます。

この初期段階での宿題は、通常、思考、感情、行動の間のつながりを認識することに向けられています。たとえば、患者は、苦しんでいるときに自動的に考えたことを記録するように求められるかもしれませんが。したがって、患者は最初から思考や行動を自己監視するように訓練されます。後のセッションでは、患者は宿題を決定する上でますます積極的な役割を果たし、課題は非常に具体的な仮定をテストすることに重点が置かれます。

初期セッション中に、問題リストが生成されます。問題リストには、特定の症状、動作、または広範な問題が含まれる場合があります。これらの問題には、介入の対象として優先順位が割り当てられます。優先順位は、苦痛の相対的な大きさ、進歩の可能性、症状の重症度、特定のテーマやトピックの普及度に基づいています。

セラピストが治療の早い段階で患者の問題解決を手助けできれば、その成功が患者にさらなる変化を起こす動機を与えることができます。それぞれの問題に取り組む際、セラピストは適用する適切な認知または行動テクニックを選択し、そのテクニックの理論的根拠を患者に提供します。セラピー全体を通して、セラピストはさまざまなテクニックに対する患者の反応を引き出し、それらが正しく適用されているかどうか、成功しているかどうか、またセッション外の宿題や実践経験にどのように組み込むことができるかを確認します。

4.2.2.中期以降のセッション

認知療法が進むにつれて、重点は患者の症状から患者の思考パターンに移ります。思考、感情、行動の間につながりは、主に自動思考の検査を通じて実証されます。患者が機能を妨げる考えに異議を唱えることができれば、そのような考えを生み出す根本的な仮定を考慮することができます。

通常、その後のセッションでは、いくつかの機能不全の思考を伴う複雑な問題に焦点を当てる行動テクニックよりも認知に重点が置かれます。多くの場合、これらの考えは行動実験よりも論理分析の方が適しています。たとえば、「人生で欲しいものは決して手に入らない」という予言は簡単に検証できません。しかし、この一般化の論理に疑問を持ち、それを信念として維持することの利点と欠点を検討することはできます。

多くの場合、患者の意識の外にあるこのような思い込みが、自動思考のテーマとして発見されます。自動思考が時間の経過とさまざまな状況で観察されると、仮定が現れるか、推測することができます。これらの仮定とその威力が認識されると、治療はそれらの妥当性、適応性、患者にとっての有用性を検討することによってそれらを修正することを目的とします。

その後のセッションでは、患者は問題と解決策を特定し、宿題を作成する責任を負います。患者が認知技術を使って問題を解決できるようになるにつれて、セラピストは教師ではなくアドバイザーの役割を引き受けま

す。患者がより自給自足できるようになるにつれて、セッションの頻度は減少します。目標が達成され、患者が自分の新しいスキルや視点を独立して実践できると感じた場合、治療は終了します。

4.2.3.治療の終了

治療期間は主にクライアントの問題の重症度によって異なります。単極性うつ病の通常の間隔は、週ごとに15～25回のセッションです (Beck, Rush, et al., 1979)。中等度から重度のうつ病患者は、通常、週に2回のセッションを4～5週間、その後は毎週のセッションを10～15週間必要とします。不安症のほとんどのケースは、同様の期間内に治療されます。

患者の中には、古い考え方を放棄することに伴う不安に耐えることが非常に難しいと感じる人もいます。彼らの場合、治療は数か月続く場合があります。さらに、早期に症状が軽減され、早期に治療を終了する人もいます。このような場合、構造的な変化はほとんど起こらず、問題が再発する可能性があります。

治療者と患者は最初から、治療には時間が限られているという期待を共有します。認知療法は中心に行われ、時間も制限されているため、長期にわたる療法に比べて、終了に関する問題が少ない傾向があります。患者が自立するにつれて、治療セッションの頻度は減っていきます。

認知療法の理論的根拠が提示されるため、最初のセッションでも終了が計画されています。患者には、この療法の目標は自分自身のセラピストになることを学ぶことであると言われます。問題リストは、治療で何を達成すべきかを明確にします。行動観察、自己モニタリング、自己報告、そして時にはアンケート（例：ベックうつ病インベントリ）によって、問題リストの目標に向けた進捗状況が測定されます。患者からのフィードバックは、セラピストが認知の変化を促す体験をデザインするのに役立ちます。

患者の中には、再発や自律的に機能することについて懸念を抱いている人もいます。これらの懸念の中には、二分法的思考（「病気か100%治る」）や否定的な予測（「また落ち込んでしまう、自分ではどうにもならない」）などの認知の歪みが含まれます。治療の目標を見直す必要があるかもしれない。つまり、「治癒」を生み出したり、中核となる人格を再構築したりすることではなく、より効果的に問題に対処する方法を患者に教えることである (Beck, Rush, et al., 1979)。再発性うつ病の可能性を認識するなど、精神疾患に関する教育は、患者が予後について現実的な視点を持てるように、治療期間中ずっと行われます。

通常の治療過程において、患者は成功と挫折の両方を経験します。このような問題は、患者に新しいスキルを練習する機会を与えます。終了が近づくにつれて、患者は、挫折は正常であり、以前にも対処されてきたことを思い出させることができます。セラピストは患者に、以前の特定の問題が治療中にどのように対処されたかを説明するよう求める場合があります。治療者は、患者に将来の困難を想像させ、それにどう対処するかを報告させることで、終了前に認知的リハーサルを行うこともできます。

通常、終了後は1～2回の追加セッションが行われ、通常は終了後1か月後と2か月後に行われます。このようなセッションは、得た成果を確固たるものにし、患者が新しいスキルを習得できるように支援しま

す。

4.3.心理療法のメカニズム

効果的な治療法にはいくつかの共通点があります。成功したすべての精神療法に共通する 3 つの変化のメカニズムは、(1) 理解可能な枠組み、(2) 問題状況における患者の感情的関与、および (3) その状況における現実テストです。

認知療法では、機能不全に陥った仮定を修正することで認知、感情、行動の効果的な変化がもたらされると主張しています。患者は、自動思考を認識し、それを裏付ける証拠に疑問を抱き、認知を修正することで変化します。次に、患者は新しい、より適応的な考え方に合った方法で行動します。

変化は、患者が問題のある状況を現実の脅威として経験した場合にのみ起こります。認知療法によれば、中核となる信念は感情と結びついており、感情の覚醒により、それらの信念はアクセス可能になり、修正可能になります。したがって、変化のメカニズムの 1 つは、不適応行動や症状を生み出した認知的集合体にアクセスできるようにすることに焦点を当てています。このメカニズムは、精神分析家が「無意識を意識化する」と呼ぶものに似ています。

単に感情を呼び起こし、それに伴う認知を高めるだけでは、永続的な変化を引き起こすには十分ではありません。人は生涯を通じて、何の利益もなく感情を、時には爆発的に表現します。しかし、この治療環境により、患者は感情の覚醒と現実のテストを同時に経験することができます。さまざまな心理療法にとって、治療効果があるのは、問題のある状況に巻き込まれながらもそれに適応的に反応する患者の能力です。認知療法の観点から言えば、これは認知を体験し、治療の枠組みの中で認知をテストすることを意味します。

5.アプリケーション

5.1.誰を助けることができるでしょうか？

認知療法は、現在中心で、構造化され、積極的で、認知的で、問題指向のアプローチであり、問題の輪郭を描くことができ、認知の歪みが明らかな場合に最適です。元々は I 軸障害の治療のために開発されましたが、II 軸障害も治療できるように改良されました。さまざまな臨床および非臨床の問題に幅広く応用できます。元々は個人の心理療法に使用されていましたが、現在ではカップル、家族、グループに対して使用されています。入院患者や外来患者において、単独で、または薬物療法と組み合わせて適用できます。

認知療法は、単極性うつ病の効果的な治療法として広く認識されています。ベック、ラッシュ、他(1979, p. 27) は、認知療法を単独で使用するか、薬物療法と組み合わせて使用するかの基準を列挙しています。患者が投薬を拒否する場合、心理的治療を好む場合、抗うつ薬に許容できない副作用がある場合、抗うつ薬の使用が不可能な病状がある場合、または抗うつ薬の適切な試験に抵抗性であることが証明されている場合に選択され

る治療法です。DeRubeis、Hollon らによる最近の研究。(2005)は、中等度から重度の大うつ病の初期治療において、認知療法が薬物療法と同じくらい効果的である可能性を示しています。

認知療法は、双極性感情障害または精神性うつ病の場合の唯一の治療法として推奨されません。また、統合失調症などの他の精神病の治療に単独で使用されることはありません。不安を抱えた患者の中には薬物治療を開始する人もいますが、認知療法は薬物に頼らずに生活できるよう患者に教えます。

認知療法は、適切な現実テスト（幻覚や妄想がないこと）、良好な集中力、および十分な記憶機能を備えた患者に対して最良の結果をもたらします。それは、自分の自動思考に集中でき、セラピストと患者の役割を受け入れ、実験を行うために不安に耐えることができ、仮定を永久に変更でき、自分の問題に責任を持ち、満足感を先延ばしにすることができる患者に理想的に適しています。治療を完了するために。これらの理想が常に満たされるわけではありませんが、この治療法は、結果の期待と構造の柔軟性をある程度調整しながら進めることができます。たとえば、治療によってスキームが永続的に変更されるわけではありませんが、患者の日常生活機能は改善される可能性があります。

認知療法は、さまざまなレベルの収入、教育、背景を持つ患者に効果的です (パーソンズ、バーンズ、パーロフ、1988)。患者が思考、感情、行動間の関係を認識でき、自助努力にある程度の責任を負っている限り、認知療法は有益です。

5.2.治療

認知療法は、患者に、(1) 否定的で自動的な思考 (認知) を監視すること、(2) 認知、感情、行動の間のつながりを認識すること、(3) および歪んだ自動思考に対抗すること、(4) これらの偏った認知をより現実指向の解釈に置き換えること、(5) 経験を歪める素因となる信念を特定し、変更する方法を学ぶこと (Beck, Rush, et al., 1979)。

これらの目標を達成するために、認知療法では認知技術と行動技術の両方が使用されます。どの時点で使用される技術も、患者の機能レベルと、提示された特定の症状や問題によって異なります。

5.2.1.認知的技法

言語化技法は、患者の自動的な思考を明らかにし、その思考の背後にある論理を分析し、不適応な仮定を特定し、それらの仮定の妥当性を吟味するために使用されます。自動的な思考は、動揺する状況で生じる思考について患者に質問することによって明らかにされます。患者が考えを思い出すのが難しい場合は、イメージやロールプレイングを使用できます。自動思考は、現実の状況で発生したときに最も正確に報告されます。このような「ホットな」認知は、アクセスしやすく、強力で、習慣的です。患者は、考えを認識して特定し、動揺したときにそれを記録するように教えられます。

認知療法士は、患者の自動的な思考を解釈するのではなく、特に患者がかなり中立的な思考を報告しているにもかかわらず強い感情を示している場合に、その意味を探ります。そのような場合、セラピストは、その考え

が患者にとって何を意味するのかを尋ねます。たとえば、最初の訪問の後、不安を抱えた患者が非常に苦しんでセラピストに電話しました。彼は不安症の薬物治療に関する記事を読んだところだった。彼の自動的な考えは、「薬物療法は不安症に役立つ」というものでした。彼がこの言葉に込めた意味は、「認知療法では私を助けることはできない。私はまた失敗する運命にある」というものだった。

自動思考は、直接的な証拠または論理分析によってテストされます。証拠は過去と現在の状況から導き出すことができますが、科学的調査に忠実に、それは可能な限り事実に近いものでなければなりません。データは行動実験でも収集できます。たとえば、男性が会話を続けることができないと考えている場合、3人の人と短い会話を始めようとするかもしれません。行動実験の経験的な性質により、患者はより客観的な方法で考えることができます。

患者の考えを調べることも、認知の変化につながる可能性があります。質問すると、論理的な矛盾、矛盾、その他の思考上の誤りが明らかになる場合があります。認知の歪みを特定することは、患者にとって修正すべき特定の間違いがあるため、それ自体が役立ちます。

患者にとって、不適応な思い込みは、自動思考に比べてはるかに理解しにくいものです。一部の患者は自分の仮定を明確に説明することができますが、今ではそれが難しいと感じています。

思い込みは自動思考のテーマとして現れます。セラピストは患者に、特定の思考の根底にある抽象的なルールを尋ねることがあります。セラピストは、これらのデータから仮定を推測し、検証のために患者にこれらの仮定を提示することもあります。自分の仮定を特定するのに苦労していた患者は、セラピストが推測した仮定を読んで泣き出しました。これは、その仮定の顕著性を示しています。患者は常にセラピストの意見に同意せず、自分の信念についてのより正確な表現を見つける権利を有します。

前提が特定されると、変更が可能になります。これはいくつかの方法で行われます。つまり、その仮定が合理的であると思われるかどうかを患者に尋ねること、患者にその仮定を維持する理由とその反対の理由を作成させること、およびその仮定に反する証拠を提示することです。特定の仮定が特定の状況では合理的であるように見えても、普遍的に適用すると機能不全に見える可能性があります。たとえば、仕事で生産性が高いことは一般に合理的ですが、娯楽時間で生産性が高いことは不合理である可能性があります。キャリアを通じて自分の能力を最大限に発揮して働くべきだと信じていた医師は、早期に燃え尽き症候群になる可能性については考えなかったかもしれません。したがって、短期的には彼を成功させたかもしれないことが、長期的には問題につながる可能性があります。具体的な認知手法には、デカタストロフィジング、リアトリビューション、再定義、脱中心化などが含まれます。

「もしも」テクニックとしても知られるデカタストロフィジング (Beck & Emery, 1985) は、患者が恐れる結果に備えるのに役立ちます。これは、特に対処計画と組み合わせる場合、回避を減らすのに役立ちます (Beck & Emery, 1985)。予想される結果が発生する可能性がある場合、これらのテクニックは問題解決戦略を特定するのに役立ちます。デカタストロフィジングは、情報の範囲を広げ、患者の時間的視野を広げるために、時間投影技術と併用されることがよくあります。

リアトリビューション技術は、出来事の別の原因を考慮することによって、自動思考と仮定をテストします。これは、患者が自分自身を個人化したり、出来事の原因として自分自身を認識したりする場合に特に役立ちます。証拠がないのに、別の人物または単一の要因が出来事の唯一の原因であると結論付けるのは不合理です。リアトリビューション手法は、状況に影響を与えるすべての要因の調査を要求することで、現実のテストと責任の適切な割り当てを促進します。

再定義は、問題が個人のコントロールを超えていると信じている患者を動員する方法です。 Burns (1985)

は、「誰も自分に注意を払ってくれない」と考える孤独な人は、この問題を「他の人に手を差し伸べ、思いやりを持つ必要がある」と再定義することを推奨しています。問題を再定義するには、問題をより具体的かつ具体的にし、患者自身の行動の観点から述べる場合が含まれる場合があります。

脱中心化は主に、自分がみんなの注目の的だと誤って信じている不安な患者の治療に使用されます。他人が自分を見つめ、心を読むことができるという確信の背後にある論理を調査した後、行動実験はこれらの特定の信念をテストするように設計されています。たとえば、クラスで話すことに消極的だったある生徒は、クラスメートが常に自分を監視しており、彼の不安に気づいていると信じていました。自分自身の不快感に焦点を当てるのではなく、彼らを観察することによって、彼は、メモを取る学生、教授を見つめる学生、空想にふける学生がいることに気づきました。彼は、クラスメートは別の懸念を抱いていると結論づけた。

認知領域には思考とイメージが含まれます。患者によっては、思考よりも絵の方がアクセスしやすく、報告しやすい場合もあります。不安を抱えている患者さんにはよくあることです。ある研究では、不安患者の90%が不安のエピソードの前および最中に視覚的なイメージを報告しました (Beck、Laude、および Bohnert、1974)。したがって、画像に関する情報を収集することは、概念システムを理解するためのもう1つの方法です。自発的な画像は、患者の認識と出来事の解釈に関するデータを提供します。歪んだ認知を修正するために使用される他の具体的なイメージ手順は、Beck と Emery (1985) および Judith Beck (1995) によって議論されています。

場合によっては、画像が目的のために変更されることがあります。トラウマに関連する画像などの侵入的な画像は、その影響を軽減するために直接変更できます。患者は、何が起こったのかを「脚本を書き直す」ことで画像の側面を変更し、攻撃者を無力になるまでサイズを縮小させたり、画像の中で自分自身に力を与えたりすることができます。このような画像を再構築するポイントは、実際に起こったことを否定することではなく、画像が日常の機能を混乱させる可能性を減らすことです。

画像は感情にアクセスできるため、ロールプレイにも使用されます。健康な自分とネガティブな思考との対話などの経験的テクニックは、感情を動員し、有害で自滅的なパターンから解放される権利があると患者が信じ、感じられるよう支援するために使用されます。

5.2.2.行動的技法

認知療法では、行動手法を使用して自動思考や思い込みを修正します。これは、特定の不適応信念に挑戦し、新しい学習を促進するように設計された行動実験を採用しています。たとえば、行動実験では、患者は個人的な自動思考に基づいて結果を予測し、合意された行動を実行し、その後、新しい経験に照らして証拠を評価する場合があります。

行動テクニックは、患者の反応レパートリーを拡大したり (スキルトレーニング)、患者をリラックスさせたり (漸進的弛緩)、活動的にしたり (活動スケジュール設定)、回避された状況に備えさせたり (行動リハーサル)、あるいは患者を危険な状況にさらしたりするためにも使用されます。恐怖の刺激 (暴露療法)。行動テクニックは認知変化を促進するために使用されるため、各行動実験の後に患者の認識、思考、結論を知ることが重要です。

宿題は、患者にセッションの間に認知原則を適用する機会を与えます。一般的な宿題は、自己観察と自己監視、時間を効果的に組み立て、具体的な状況に対処するための手順を実行することに重点を置いています。自己モニタリングは、さまざまな状況における患者の自動的な思考や反応に適用されます。自動思考に挑戦するなどの新しいスキルも宿題として練習されます。

仮説テストには、認知的要素と行動的要素の両方が含まれます。「仮説」を立てるには、それを具体的かつ具体的にする必要があります。「私は良い医師ではない」と主張する研修医に、その結論に達するために必要なものを列挙するよう求めた。医師は患者との信頼関係やプレッシャーの下で意思決定を下す能力などの要素を見落としていたため、セラピストは他の基準も提供した。その後、研修医は自分の行動を観察し、同僚や上司にフィードバックを求めて仮説を検証し、「自分の訓練と経験のレベルに見合った優れた医師である」という結論に達しました。

暴露療法は、不安な患者が経験した思考、イメージ、生理学的症状、自己申告の緊張レベルに関するデータを提供するのに役立ちます。特定の思考やイメージの歪みを検査し、特定の対処スキルを教えることができます。認知療法は、患者の特異な考えに直接対処することで、その患者の特定のニーズに焦点を当てることができます。患者は自分の予測が常に正確であるとは限らないことを学び、将来の不安な考えに対抗するためのデータを得ることができます。

行動リハーサルとロールプレイングは、後で実生活に適用されるスキルやテクニックを練習するために使用されます。モデリングはスキルトレーニングにも活用されます。多くの場合、ロールプレイングはビデオに録画され、パフォーマンスを評価するための客観的な情報源が得られます。

強い感情を軽減し、否定的な思考を減らすために使用される気晴らしテクニックには、身体活動、社会的接触、仕事、遊び、視覚的なイメージなどが含まれます。

アクティビティのスケジュール設定により構造が提供され、参加が促進されます。その日の各活動中に経験する習熟度や喜びの程度を（0 から 10 のスケールで）評価すると、いくつかのことが達成されます。うつ病が一定のレベルにあると信じている患者には、気分の変動が見られます。自分には何も達成できない、何も楽しむことができないと信じている人は、証拠によって矛盾しています。そして、生まれつきの欠陥のせいで自分は活動的ではないと信じている人々は、活動には何らかの計画が必要であり、それ自体が強化されていることが示されます。

段階的タスク割り当てでは、セラピストが割り当てられたタスクの難易度を徐々に上げながら、患者が脅威のないレベルで活動を開始するように求められます。たとえば、社交が難しい人は、他の 1 人の人と交流を始めたり、少数の知人グループと交流したり、短期間だけ他の人と交流したりする可能性があります。患者は段階的に、他の人と過ごす時間を増やすようになります。

認知療法士はさまざまな環境で働いています。患者は、認知療法が特に役立つと考える医師、学校、大学、その他の療法士から紹介されます。患者さんの多くは自己紹介です。Academy of Cognitive Therapy は、

Web サイト (www.academyofct.org) でセラピストの国際紹介リストを管理しています。

認知療法士は通常、45 分間のセッションを遵守します。認知療法の構造により、この時代に多くのことが達成できるでしょう。患者は、各セッションの開始前に、BDI などのアンケートに記入するよう頻繁に求められます。ほとんどのセッションはセラピストのオフィスで行われます。しかし、不安を抱える患者に対する実際の仕事は、セラピストのオフィスの外で行われます。セラピストは、広場恐怖症の人と一緒に公共交通機関を利用したり、げっ歯類恐怖症の人と一緒にペットショップに行ったり、飛行機に乗るのが怖い人と一緒に飛行機に乗ったりするかもしれません。

機密保持は常に維持され、セラピストは音声撮影とビデオ撮影についてインフォームドコンセントを取得します。このような記録は、スキルトレーニングや、患者の思い込みに反する証拠を提示する方法として使用されます。たとえば、会話するときにはいつも緊張しているように見えると信じている患者は、この仮定をテストするために会話をビデオ撮影されるかもしれません。カメラに映った彼女の姿は、彼女の思い込みが間違っていたことを確信させたり、改善すべき具体的な行動を特定するのに役立つかもしれません。場合によっては、患者がセッションの合間に内容を確認するために、録音したセッションを家に持ち帰ることもあります。

セッションは通常毎週行われますが、最初は重度の精神障害のある患者がより頻繁に診察されます。認知療法士は、緊急時に連絡できる電話番号を患者に伝えます。

可能な限り、患者の許可を得て、友人や家族などの大切な人も治療セッションに参加して、治療目標を検討し、大切な人が役立つ方法を模索します。これは、家族が病気の性質を誤解していたり、過度に気を遣ったり、逆効果な行動をしている場合に特に重要です。他の重要な人々は、宿題を奨励したり、患者の現実テストを支援したりすることで、行動の改善を維持するのに役立ち、治療において大きな助けとなる可能性があります。

認知療法の実践では問題が発生する可能性があります。たとえば、患者は治療者の言うことを誤解する可能性があります。それが怒り、不満、または絶望感を引き起こす可能性があります。セラピストがそのような反応を感知すると、他の自動思考と同様に、患者の思考を引き出します。セラピストとクライアントは一緒に別の解釈を探します。間違いを犯したセラピストは責任を受け入れ、間違いを修正します。

問題は、行動がどのくらいの速さで変化するかについての非現実的な期待、テクニックの誤ったまたは柔軟性のない適用、または中心的な問題への注意の欠如によって発生することがあります。治療上の問題がある場合、治療者は自分自身の自動思考に注意を払い、強い影響を与えたり、適切な問題解決を妨げたりする論理の歪みを探する必要があります。

ベック、ラッシュ、他(1979) は、困難な患者や治療が失敗した経歴のある患者に対処するためのガイドラインを提供しています。(1) 患者が問題を抱えているのではなく、問題があるという固定観念を避ける。(2) 楽観的であり続ける。(3) 自分自身の認知機能不全を特定し、それに対処する。(4) 患者を責めるのではなく、課題に集中し続ける。(5) 問題解決の姿勢を維持する。これらのガイドラインに従うことで、セラピス

トは困難な患者に対してより機知に富んだ対応が可能になります。セラピストはまた、患者の模範となり、フラストレーションが自動的に怒りや絶望につながるわけではないことを実証することもできます。

5.3.エビデンス

心理学の科学的根拠に基づく実践（EBPP）は、効果的な心理的ケアの提供において、心理的評価、症例の定式化、治療的関係、介入などの経験的に裏付けられた原則を適用することを提唱している（科学的根拠に基づく実践に関するAPA大統領特別委員会、2006年）。あらゆる心理療法の証拠基盤は、その有効性、または結果との実証された因果関係、およびその有用性または一般化可能性と実現可能性、言い換えれば、内的小および外的妥当性の観点から評価されます。次に、利用可能な最良の研究が、患者の特性、文化、好みを考慮した臨床専門知識と組み合わせられて、心理学と公衆衛生の効果的な実践を促進します。

証拠に基づいた診療の基本的な要素は、経験的に裏付けられた治療法、つまり特定の状況下で特定の疾患や問題に効果があることが実証された治療法です。他の健康分野と同様に、心理学におけるランダム化比較試験（RCT）は、因果関係の推論を引き出すための標準であり、治療効果の最も直接的かつ内部的に有効な実証を提供します。メタアナリシスは、複数の研究の結果を体系的に統合する方法であり、治療の成果と効果の大きさを定量的に測定するために使用されます。定性的研究や単一症例の実験計画など、他の研究計画は、経験を説明し、新しい仮説を生成し、個人の因果関係を調べるために使用されますが、RCT とメタ分析は、治療法が患者に効果があるかどうかを調べるのに最適です。人々の数。

認知療法（CT）と認知行動療法（CBT、認知戦略と行動戦略の理論的組み合わせ）は実証研究に基づいています。個々の RCT、さまざまな障害に関するアウトカム研究の文献レビュー、およびメタ分析はすべて、特にうつ病と不安障害の治療における CT と CBT の成功を記録しています (Beck, 2005; Butler, Chapman)、フォーマン、ベック、2006年; グロアゲン、コットロー、クシュラ、ブラックバーン、1995年; ワンポルド、ミナミ、バスキン、カレン・ティアニー、2002年。Butlerらによる16の方法論的に厳密なメタ分析の最近のレビュー。(2006) 単極性うつ病、全般性不安障害、広場恐怖症を伴うまたは伴わないパニック障害、社交恐怖症、および小児期のうつ病および不安障害について、大きな効果量を発見しました。夫婦間の苦悩、怒り、小児の身体表現性障害、慢性的な痛みについては、中程度の効果量が見られました。統合失調症および神経性過食症に対する補助的なCBTでは、比較的小さな効果量が見出されました。他の研究では、CT/CBT は抗うつ薬よりも再発率が低く (Hollon, DeRubeis, Shelton, et al., 2005)、うつ病や不安障害の治療終了後に症状が再発するリスクを軽減することがわかっています (Hollon, Stewart & Strunk)、2006)。

心理療法研究におけるRCTへの依存に対する批判の1つは、研究されたサンプルが併存疾患や実験管理に対する他の脅威を排除するために非常に慎重にスクリーニングされているため、複数の問題を抱えていることが多い地域社会の実際のグループを代表していないということである。しかし、Brown らによる最近の研究では、(2005) は、自殺のリスクが高い人々の自殺企図を予防するための認知療法の成功を示しました。この研究の参加者は複数の精神科診断を受けており、68% が薬物乱用の問題を抱えていました。DeRubeisらによる研究。(2005) も同様に、併存疾患のある参加者を含めました。

利用可能な最良の研究に加えて、証拠に基づく診療のもう 1 つの要素は臨床専門知識、つまり疾患を評価、診断、治療するための高度な臨床スキルです。臨床専門知識の重要性は、DeRubeis らの研究で実証されています。(2005) は、CT はうつ病の初期治療において薬物療法と同じくらい効果的である可能性があるが、有効性の程度はセラピストの高度な経験や専門知識に依存する可能性がある」と結論付けています。

CT/CBT の一般化可能性は、いくつかの研究で調査されています。Stirman ら (Stirman、DeRubeis、Crits-Cristoph & Rothman、2005) は、RCT の被験者の臨床的特徴が臨床現場の患者の臨床的特徴と一致することを発見しました。同様に、パーソンズとその関係者 (パーソンズ、ボストロム、ベルタニヨリ、1999 年) は、うつ病に対して CT で治療を受けたクリニックの患者は、RTC の患者と同等に改善したことを発見しました。さらに、英国の国民保健サービス診療所における統合失調症患者の研究では、薬物療法の補助として CT を使用すると症状が改善することがわかりました (Tarrier、2008)。

科学的根拠に基づいた治療法に関する研修は大学院医学教育認定評議会によって義務付けられているため、米国では CT/CBT が精神医学研修プログラムで教えられています。認知療法の専門知識を持つ専門家の数が増えるにつれ、研究は、必要としているより多くの人々のために療法を改良することと、それを費用対効果が高く、地域社会で利用できるようにする方法を模索することの両方にさらに向けられる可能性があります。

5.4.多文化世界における心理療法

認知療法は、患者の信念、価値観、態度を理解することから始まります。これらは文化的な文脈の中に存在しており、セラピストはその文脈を理解する必要があります。認知療法では、これらの信念が患者にとって適応的かどうか、また、それらが困難を引き起こしたり、機能不全の行動につながったりするかどうかに焦点を当てます。認知療法は、恣意的な方法で信念を変えることはしませんし、治療者の信念を患者に押し付けようとするものでもありません。むしろ、それは個人が自分自身の信念と、それが感情的な幸福を促進するかどうかを検討するのに役立ちます。時々、人々の個人的な信念が周囲の文化的価値観と矛盾することがあります。また、急速な近代化や新しい国への移住など、文化の変化に伴って人の信念が変わり、その相違が苦痛を引き起こすこともあります。このような場合、認知療法は、患者が自分の信念と環境の制約を調和させたり、解決策を見つける力を与えたりするために柔軟に考えるのに役立つ可能性があります。

ベックの著作は十数か国語に翻訳されており、認知療法士は世界中の組織に代表されています。認知療法の研究は、多くの国、主に工業経済国で行われています。認知療法の研究を発展途上国にさらに拡大する必要があります。

6.事例

不安を抱える患者の治療過程を示すこの事例では、行動技術と認知技術の両方の使用を示しています。

6.1.問題提示

患者は21歳の男子大学生で、入眠時の不眠症と頻繁な覚醒、言葉の停止と吃音、震え、神経過敏、めまい、不安感を訴えていた。彼の睡眠障害は、試験や運動競技の前には特に深刻でした。彼は言語障害の原因を「完璧な言葉」を探し求めていたためだと考えた。

この患者は競争を重んじる家庭で育ちました。長子として、彼はすべてのコンテストで優勝することが期待されていました。彼の両親は、自分たちの子供たちが業績と成功において自分たちを超えるべきだと決意していました。彼らは患者の功績を非常に強く認識していたので、患者は「私の成功は彼らの成功だ」と信じていました。

患者は家族以外の子供たちとも競争するよう教えられた。父親は彼に「決して誰にもあなたを不当に陥らせてはいけない」と言い聞かせた。他人を敵対視した結果、彼には友人がほとんどできませんでした。孤独を感じた彼は、いたずら好きになったり、自分のイメージを高めて家族をより魅力的に見せるために嘘をついたりして、必死に友達を引き寄せようとしていました。大学にも知り合いはいたものの、自分がなりたい人間ではないことを他人に知られるのを恐れて自己開示ができなかったため、友人はほとんどいなかった。

6.2.初期のセッション

診断、状況、病歴に関する初期データを収集した後、セラピストは患者の認知がどのように彼の苦痛に寄与しているかを定義しようとしました (T = セラピスト、P = 患者)。

T: あなたにとって最も動揺するのはどのような状況ですか？

P: スポーツ、特に水泳の成績が悪かったとき。私は水泳チームに所属しています。また、ルームメイトとトランプをするときも、間違えたときも同様です。女の子に拒否されると本当にイライラします。

T: たとえば、自分の成績があまり良くないとき、どんな考えが頭をよぎるでしょうか。

水泳？

P: 私がトップ、勝者でなければ、人々は私のことをあまり考えないと思います。

T: それで、トランプで間違えた場合はどうしますか？

P: 自分の知性を疑います。

T: それで女の子に拒否されたら？

P: つまり、私は特別ではないということですね。人としての価値を失ってしまいます。

T: これらの考えの間に何かつながりはありますか?

P: そうですね、私の気分は他の人が私をどう思うかによって決まると思います。しかし、それは重要です。孤独になりたくない。

T: あなたにとって孤独とはどういう意味ですか?

P: それは私に何か問題がある、つまり私が負け犬だということになります。

この時点で、セラピストは患者の組織的信念について仮説を立て始めました。つまり、彼の価値は他人によって決まる、彼に魅力がないのは本質的に何か間違っているからである、彼は負け組である、というものです。セラピストはこれらの信念の中心性を裏付ける証拠を探し、他の可能性にも常にオープンでした。

セラピストは、患者が治療に取り組む目標のリストを作成できるように支援しました。これらの目標には、(1) 完璧主義を減らす、(2) 不安症状を減らす、(3) 睡眠障害を減らす、(4) 友人関係の親密さを増す、(5) 両親の価値観とは別に彼自身の価値観を発展させる、などが含まれます。最初に取り上げられた問題は不安でした。今後の試験がターゲット状況として選択されました。この学生は通常、必要以上に勉強し、心配して床に就き、ようやく眠りに落ち、夜中に目が覚めて自分の成績の詳細や起こり得る結果について考え、疲れ果てて試験に臨みました。彼の成績についての反芻を減らすために、セラピストは彼に、試験のことを考え続けることの利点を挙げるように頼みました。

P: そうですね、いつも試験のことを考えていないと、何かを忘れてしまうかもしれません。常に試験のことを考えていれば、もっと良い成績が取れると思います。もっと準備していきます。

T: 「準備」が不十分な状況に陥ったことはありますか?

P: 試験ではありませんが、一度大きな水泳大会に参加し、その前夜に友達と出かけたとき、そのことについて考えていませんでした。家に帰って、寝て、起きて、

T: 泳ぎました。そしてそれはどうなったのでしょうか?

P: いいよ。とても気分が良くて上手に泳ぎました。

T: その経験に基づいて、自分のパフォーマンスについてあまり心配しないようにしようとする理由はあると思いますか?

P: そうだと思います。心配しなくても大丈夫でした。実際、心配することはかなり気が散ることがあります。結局、自分が何をしているかよりも、自分がどのようにやっているかに集中してしまいます。

患者は反芻を減らすための独自の理論的根拠を考え出した。そのとき彼は、不適応な行動をやめ、危険を冒して何か新しいことに挑戦することを検討する準備ができていました。セラピストは患者に段階的なリラクゼーションを教え、患者は不安を和らげる方法として身体運動を始めました。

患者はまた、認知が行動や気分にどのように影響するかについても指導されました。心配すると気が散ってしまうという患者の言葉を拾い上げて、セラピストは話を進めた。

T: 試験のことを心配すると不安になるとおっしゃいましたね。ここで皆さんにしていいただきたいのは、試験の前夜にベッドに横たわっているところを想像してください。

P: わかりました、イメージできます。

T: 試験のことを考えていて、準備が十分ではないと判断したと想像してください。

P: はい、わかりました。

T: 気分はどうですか？

P: 緊張しています。心臓が高鳴り始めています。立ち上がってもう少し勉強する必要があると思います。

T: いいですね。準備ができていないと思うと、不安になってベッドから起き上がりたくなります。さて、あなたが試験の前夜にベッドにいるところを想像してみてください。いつもの方法で準備を整え、準備は完了です。あなたは自分がしたことを思い出します。あなたは準備ができており、内容を知っていると思います。

P: わかりました。今では自信を持っています。

T: 自分の考えが不安の感情にどのように影響するかわかりますか？

患者は、自動思考を記録し、認知の歪みを認識し、それに反応するように指示されました。宿題として、試験前になかなか眠れなかった場合の自動思考を記録するよう求められました。ベッドに横たわりながら彼が自動的に考えたのは、「試験のことを考えるべきだ」ということだった。彼の答えは、「試験のことを考えても、今のところは変わりません。勉強はしました。」でした。もう一つの考えは、「もう寝なければなりません！ 8時間睡眠をとらなければなりません！」というものでした。答えは「余裕ができたので時間はある。睡眠は気にするほど重要ではない」というものだった。彼は、透き通った青い水に浮かぶ自分自身のポジティブなイメージに思考を切り替えることができました。

学問的、運動的、社会的など、さまざまな状況における彼の自動思考を観察することにより、患者は二分法的思考（例：「私は勝者か敗者のどちらかだ」）が頻繁に起こる認知の歪みであることを特定しました。彼の行動の結果が完全に良いものであるか、完全に悪いものであるかを認識すると、気分に変化が生じまし

た。彼の二分法的思考に役立った 2 つのテクニックは、問題を再構成することと、彼の二分法カテゴリー間の連続体を構築することです。

ここで問題を再構成します。

T: あなたが負け組だからという理由以外に、誰かがあなたに返事をしない理由は思い当たりますか？

P: いいえ、私が本当に素晴らしいと彼らに納得させない限り、彼らは惹かれないでしょう。

T: どうやって彼らを説得しますか？

P: 実を言うと、私がやったことは誇張されているんです。自分の成績について嘘をつきます

平均したり、レースで1位になったことを誰かに伝えたりすることもできます。

た:

それはどうなるのでしょうか？

P: 実は、あまり良くないんです。私は不快になり、彼らは私の話に混乱します。時々、彼らは気にしていないようです。また、私が自分のことをたくさん話した後、彼らが立ち去ってしまうこともあります。

T: 場合によっては、会話に集中すると反応しないこともありますね。

あなた自身。

P: そうですね。

T: これはあなたが勝者であるか敗者であるかに関係がありますか？

P: いいえ、彼らは私が心の底では誰であるかさえ知りません。私が話しすぎるので、彼らはオフになっているだけです。

T: そうですね。彼らはあなたの会話スタイルに反応しているようです。

セラピストは、患者に本質的に何か問題があるという状況から、社会的スキルの問題を特徴とする状況に問題を再構成しました。さらに、「私は敗者である」というテーマが患者にとって非常に強力に見えたため、彼はそれを「主要な信念」と名付けました。この思い込みは歴史的に、間違いや認識されている欠点に対する両親からの絶え間ない批判に遡ります。彼は自分の歴史を振り返ることで、自分の嘘が人々の近づきを妨げている

ことを知り、人々は近づきたくないという信念を強めた。さらに彼は、自分がどのような成功を収めたとしても両親が自分を育ててくれたものであり、自分だけで達成したものなどないと信じていた。そのことが彼を怒らせ、自信をなくしていました。

6.3その後のセッション

治療が進むにつれて、患者の宿題はますます社会的交流に重点を置くようになりました。彼は、他の人についてもっと知るために、会話を始めたり、質問したりする練習をしました。彼はまた、自分自身について小さな嘘をつくのではなく、「舌を噛む」ことも練習しました。彼は自分に対する人々の反応を観察し、その反応はさまざまでしたが、概して好意的であることに気づきました。他の人の話を聞いてみると、自分の欠点を率直に認め、自分の間違いを冗談にできる人を尊敬していることがわかりました。この経験により、彼は自分自身を含めて人々を勝者と敗者に分類することは無意味であることを理解しました。

その後のセッションで、患者は自分の行動が両親に反映され、またその逆も同様であると信じていると述べた。彼は、「彼らが見栄えが良ければ、それは私について何かを物語るし、私が見栄えが良ければ、彼らは賞賛されるでしょう。」と言いました。ある課題では、自分が両親と違う点を列挙することが求められました。彼は、「両親と私は別人であると認識したことで、嘘をつくのをやめられることに気づきました。」自分が両親とどのように違うかを認識することで、両親の絶対的な基準から解放され、他人と交流する際に自意識が薄れるようになりました。

その後、患者は業績とは何の関係もない興味や趣味を追求できるようになりました。彼は学業に対して適度に現実的な目標を設定することができ、デートを始めました。

7.まとめ

認知療法は、経験に基づいており有効性が証明されているため、急速に成長しています。認知理論家からその概念の一部を借用し、行動療法やクライアント指向の心理療法から多くの技術を借用した認知療法は、人格と精神病理学の広範な理論構造、明確に定義された一連の治療戦略、および多種多様な治療法で構成されています。テクニック。認知療法に先立ち、並行して発展した合理的感情行動療法と多くの点で似ていますが、この心理療法システムは、その理論的基礎に対して強力な経験的裏付けを獲得しています。多くの結果研究で、特にうつ病の治療におけるその有効性が証明されています。うつ病に関する関連する理論的定式化は、100を超える実証研究によって裏付けられています。うつ病における認知の三つ組、特定の障害に対する特定の認知プロファイルの概念、認知処理、絶望と自殺の関係など、他の概念も強い支持を受けています。

結果研究では、大うつ病性障害、全般性不安障害、気分変調性障害、薬物乱用、アルコール依存症、パニック障害、拒食症、過食症に対する認知療法が調査されています。さらに、認知療法は、強迫性障害、心気症、さまざまなパーソナリティ障害の治療に応用されて成功しています。向精神薬と併用して、妄想性障害や双極性障害の治療に使用されています。

認知療法の人気の多くは、その理論的枠組みに対する強力な経験的裏付けと、臨床集団を対象とした多数の結果研究に起因しています。さらに、「認知革命」の知的雰囲気により、心理療法の分野がこの新しい療法をより受け入れやすくなったのは疑いの余地がありません。認知療法のさらに魅力的な特徴は、すぐに教えられることです。さまざまな治療戦略と技術は、通常、心理療法士が認知療法士として妥当なレベルの能力を獲得するには1年間のトレーニングで十分であるように説明され、定義されています。

認知療法は患者の問題を理解し、適切な技術を適用することに重点を置いています。療法師の非特異的な治療特性にも注意を払っています。したがって、共感、受容、個人的な配慮といった基本的な資質が高く評価されます。

治療は孤立した状態で行われるわけではないため、認知療法士は患者の対人関係に細心の注意を払い、患者が避けているかもしれない問題に継続的に直面します。さらに、治療上の変化は、患者が自分の問題に感情的に取り組んでいる場合にのみ起こります。したがって、治療中の感情の経験は重要な特徴です。セラピストに対する患者の反応、そして患者に対するセラピストの反応も重要です。セラピストに対する過剰で歪んだ反応は、他の種類の観念材料と同様に引き起こされ、評価されます。セラピストの存在下で、患者は、多くの場合、初期の経験から得られた誤解を正すことを学びます。

認知療法は、精神力動療法と行動療法との接近の機会を提供する可能性があります。多くの点で、これはこれら2つの分野に共通の基盤を提供します。現在、行動療法運動における認知療法士の数は増加しています。実際、多くの行動療法士は自分自身を認知行動療法士だと考えています。

将来に目を向けると、認知療法の理論的背景の境界は徐々に拡大し、認知心理学や社会心理学の分野を包含または浸透することが予想されます。認知療法の理論的背景を提供する社会心理学には、すでに大きな関心が寄せられています。

コスト抑制の時代において、この短期的なアプローチは、患者だけでなく第三者の支払者にとってもますます魅力的であることが判明します。認知療法がその約束を果たすことができるかどうかを判断するために、そのプロセスと有効性に関する将来の実証研究が間違いなく行われるでしょう。

注釈付き参考文献

Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D., およびアソシエイツ。 (2004年)。パーソナリティ障害の認知療法 (第2版)。ニューヨーク: ギルフォード・プレス。

本書は、第2軸障害の認知的概念化の背後にある研究と理論を紹介します。それぞれのパーソナリティ障害に特有の信念や態度が、介入テクニックとともに示されています。

A.T. ベック、A. J. ラッシュ、B. F. ショー、G. エメリー (1979)。うつ病の認知療法。ニューヨーク: ギルフォード・プレス。

おそらくベックの最も影響力のある本であるこの著作は、うつ病の認知モデルと治療介入を示しています。この本は、認知療法で実際に何が起こるかを体系化するのに役立ち、他の心理療法が従うべき標準を設定しました。

ベック、J.S. (1995)。認知療法: 基本とその先へ。

ニューヨーク: ギルフォード・プレス。

ジュディス・ベック博士は、認知療法のための最新マニュアルを提示します。彼女は、認知ケースの概念化を開発する方法から始めて、より深いレベルの認知を特定し、終了に備え、問題を予測する方法を読者に指示します。

エリス、T.E.、ニューマン、C.F. (1996)。生きる選択: 認知療法を通じて自殺を克服する方法。カリフォルニア州オークランド: New Harbinger Publications。

この本はクライアントと臨床医の両方に向けて書かれています。提示された戦略は、絶望感を軽減し、問題解決力を高めることを目的とした研究に基づいています。この本は、臨床研究における治療マニュアルとしても使用されています。

Greenberger, D.、Padesky, C.A. (1995)。気分よりもマインド: クライアントのための認知療法治療マニュアル。ニューヨーク: ギルフォード・プレス。

これは認知テクニックを教えるクライアント向けのワークブックです。単独でも使用できますが、治療の中で使用すると最も効果的です。また、トレーニング中の認知療法士にとっても優れたリソースです。

『Clinician's Guide to Mind Over Mood』は姉妹冊です。

ワイシャール、M.E. (1993)。アーロン・T・ベック。ロンドン: セージ

出版物。

アーロン・ベックのこの伝記には、心理療法に対する認知療法の理論的および実践的な貢献に関する章が含まれているほか、認知療法の批判、批判に対する反論、心理療法やカウンセリングに対するベックの認知療法の全体的な貢献のレビューも含まれています。

症例集

A.T. ベック、J. ラッシュ、B. ショー、G. エメリー (1979)。うつ病で自殺願望のある患者とのインタビュー。うつ病の認知療法において (pp. 225-243)。ニューヨーク: ギルフォード・プレス。 [D. Wedding &

R. J. Corsini (編) に転載。(2011)、心理療法におけるケーススタディ。カリフォルニア州ベルモント: ブックス/コール]

自殺願望のある患者に対するこのインタビューでは、認知療法士が最初のセッションで行った評価と介入の種類の詳細を取り上げています。インタビューの逐語録で実証されているように、1回のセッションで大幅な変化が生じます。

ヤング、J.E.、ライ、J.L.、ワインバーガー、A.D.、ベック、A.T. (2008年)。うつ病の認知療法。D. Barlow (編)、心理障害の臨床ハンドブック (第4版、250 ~ 305 ページ)。ニューヨーク: ギルフォード・プレス。

この章では、うつ病患者の2つのケースを紹介します。どちらのケースも、自動的な思考や思い込みを引き出してテストする方法を示し、もう1つのケースは、再発予防のためのスキーマに焦点を当てた治療を示しています。

フリーマン、A.、ダッティリオ、E.M. (編著)。(1992年)。認知療法の包括的なケースブック。ニューヨーク: プレナム・プレス。

この編集された本には、認知療法の使用を説明するさまざまな症例が含まれています。

Greenberger, D.、Padesky, C.A. (1995)。気分よりもマインド: クライアントのための認知療法治療マニュアル。ニューヨーク: ギルフォード・プレス。

この治療マニュアルでは、本書全体を通して事例を使用して、さまざまな認知療法戦略を適用する方法について説明します。

PDF ドキュメントを印刷するには、ツールバーの [印刷] ボタンを使用してください。

[Beck1 Beck2 merged](#) ダウンロード