

慢性化した抑うつ症状を訴える男性に対する 統合的認知行動療法

——スキーマ療法を併用した症例報告——

佐 野 正 剛

1. はじめに：DSM-5におけるうつ病／大うつ病性障害の概要について

うつ病／大うつ病性障害（以下うつ病）はDSM-IVでは双極性障害とともに「気分障害」のカテゴリーに含まれていたが、DSM-5では、双極性障害とは分離され、「抑うつ障害群」のカテゴリーに分類された。抑うつ障害群には、重篤気分調節症、うつ病（抑うつエピソードを含む）、持続性抑うつ障害（気分変調症）、月経前不快気分変調症、物質・医薬品誘発性抑うつ障害、他の医学的疾患による抑うつ障害、他の特定される抑うつ障害、そして特定不能の抑うつ障害が含まれる（APA, 2013）。DSM-IVとは違い、この「抑うつ障害群」の章は、前章の「双極性障害および関連障害群」とは分けられている（APA, 2013）。

診断的特徴（APA, 2013）：抑うつエピソードの基本的特徴は、抑うつ気分、またはほとんどすべての活動における興味または喜びの喪失のいずれかが2週間存在する。子供や青年においては、気分は悲しいというよりはむしろ易怒的である場合もある。その人は、この他に以下に挙げた症状の中から少なくとも4つを体験していなければならない：食欲または体重、睡眠、精神運動性活動の変化；気力の減退；無価値感または罪責感；思考、集中、決断の困難；または繰り返される死についての考え、または自殺念慮・計画・企図である（基準A）。

抑うつエピソードにおける気分をその人は通常、憂うつで、悲しく、希望のない、気落ちしたまたは“落ち込んだ”と表現することが多い（基準A1）。興味や喜びの喪失は、少なくともある程度はほとんど常に存在する（基準A2）。食欲の変化は、減退する、もしくは亢進するかのいずれかである（基準A3）。睡眠障害は、睡眠困難または過眠のいずれかの形をとる（基準A4）。精神運動の変化には焦燥または制止（例：会話、思考、および体動が遅いこと；応答の時間が長くなる；会話量、または内容の豊かさの減少、または無口）が含まれる（基準A5）。気力の低下、倦怠感、および疲労感は一般的である（基準A6）。抑うつエピソードに伴う無価値感または罪責感には、自己の価値の否定的で非現実的な評価、または罪へのとらわれまたは過去の些細な失敗を繰り返し思い悩むことなどが含まれる（基準A7）。思考力や集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日認められる（基準A8）。死についての考え、自殺念慮、自殺企図がしばしば存在する（基準A9）。

以上が、DSM-5における抑うつエピソードの基本的特徴であるが、本症例においてもこのような特徴が見られ、8年前にうつ病と診断された。その後、半年間の休職を経て復職したが、現在まで薬物治療を受けているにも関わらず、基準Aを満たす抑うつ症状は慢性化し、このままでは、抑うつ症状が悪化し、職場だけでなく家族との関係性にも影響が出ると思い、認知行動療法を希望し来談。セッション初期にクライアントの症状は、人生早期に形成されたスキーマが慢性化した抑うつ状態に強く影響していると考えられたため、ジェフリー・E・ヤング（Young, J. E.）のスキーマ療法を取り入れた統合的認知行動療法を行う方針を立てた。その介入経過を報告する。

2. うつ病の認知行動療法

メンタルヘルスの世界で革命が起きたのは、1960年代の初め頃であった。革命を起こしたのは、アーロン・T・ベック博士（Aaron T. Beck, MD）で、彼は当時、ペンシルヴァニア大学の精神科の助教授であり、十分な訓練を受けた精神分析の実践家でもあった。科学者としてのベックは、医学の領域で精神分析がもっと受け入れられるためには、精神分析の理論の妥当性を実証的に示す必要があると信じていた。そこでベックは、1950年代後半から1960年代の初頭にかけて、精神分析の妥当性を証明するための一連の実験を行なった。当時ベックは、これらの実験によって精神分析の妥当性を示せるものと信じていた。しかし、一連の実験の結果は、精神分析の理論的妥当性を示すものではなかった。ベックは、実験結果を説明するために、抑うつについての新たな視点を探索し始めた。そしてついに、偏った否定的認知（思考と信念）が抑うつの主要な特徴であるとの視点に達し、患者（本研究では、以下クライアントという）の抑うつ的な思考を現実的に検討することを主眼とする短期間の治療を考え出した（J. ベック, 2004）。

アーロン・ベックは1960年代初頭、新たな体系的な心理療法を構築し、それに「認知療法（cognitive therapy）と名付けた。現在「認知療法」という用語は、「認知行動療法」（cognitive behavior therapy: CBT）とほぼ同義に用いられており（J. ベック, 2004）、本研究では「認知行動療法」という用語を用いる。ベックの認知行動療法は、構造化された、短期の、現在志向的な心理療法であり、非機能的な（正確でない、そして／あるいは、有用でない）思考や行動を修正し、今抱えている問題を解決しようとするものである（J. ベック, 2004）。

うつ病における治療的アプローチとしての認知行動療法は、治療効果と再発予防効果を裏付ける優秀なエビデンスが多く報告されてきたことから、欧米を中心に世界的に広く使用されるようになってきている（大野, 2010）。認知行動療法は、うつ病だけでなく様々な精神病理学的な障害（たとえば、不安、恐怖症、痛みの問題等）を治療する際に用いられる、アクティブで、指示的で、時間制限的で、構造的なアプローチである（A. ベックら, 2007）。

認知行動療法では、さまざまな認知的ストラテジーと行動的ストラテジーが用いられる。認知的技法は、クライアントのあやまった考えと不適応的な思い込みを描写し、その妥当

性を検証するために用いられる。このアプローチは患者に、①否定的で自動化された思考（認知）をモニターする、②認知、感情、そして行動の間に結びつきがあることを認識する、③歪んだ自動的思考に当てはまる、あるいは当てはまらない証拠を調べる、④これらの歪んだ認知を、より現実志向的な説明に置き換える、⑤経験を歪める原因となっている非機能的な信念を特定し変容することを学習する、という5つの操作を教えるための、かなり特殊な学習経験から成り立っている。特定の認知と思い込みの背後にあり、その基礎となっているクライアント独自の論理を探し出すためには、さまざまな言語的技法が用いられる（A. ベックら、2007）。

一方、認知行動療法の基礎となる一般的な仮定には以下のようなものがある。

- ①知覚と経験は一般的に、自己を検閲するタイプと内省するタイプを含むアクティブなプロセスである。
- ②クライアントの認知は、内的・外的刺激の統合されたものである。
- ③人が状況をいかに評価するかは、一般的に、その人の認知（思考や視覚的イメージ）を証拠立てるものとなっている。
- ④これらの認知が、自分自身、身の周りの世界、過去、そして未来の輪郭を反映するような、その人の「意識の流れ」や現象的な場を作り上げている。
- ⑤人の基礎にある認知構造の内容の変化は、その人の感情的な状態や行動パターンに影響を及ぼしている。
- ⑥心理療法を通して、クライアントは自分の認知の歪みに気がつくようになる。
- ⑦このようなあやまった非機能的な構成を修正することが、臨床的な改善を導く。

（A. ベックら、2007）

このような仮定の基本に、認知モデルがある。認知モデルとは、ある状況下における人の感情や行動は、その状況や出来事に対する理解の仕方や解釈の仕方によって影響を受けるという仮説であり、人の感情を決定するのは状況（出来事）でなく、状況に対する解釈の仕方であるという考え方に基づくものである。

たとえば、犬恐怖の人がいるとする。道を歩いていたら前方から中型犬が歩いてきた。その人は、即座に恐怖感に襲われる。「怖い！」という感情にさいなまれ、心臓はドキドキと動悸を打ち、掌には汗をかき、その犬からじりじりと遠ざかり、その場を足早に去るだろう。この人に「犬に出会った時、どんなことを感じていましたか」と問うと、（すぐには答えられないかもしれないが）「その犬に噛まれると思った」とか「襲ってきて腕を噛まれるところを想像した」と答えるだろう。この時、「犬を見た」ことを状況と呼び、「怖い」という感じを感情、そして「噛まれると思った」「襲ってきて噛まれる想像をした」ことを自動思考と表現する。そして、このような3つのポイントの関連を「認知モデル」と呼ぶ。なお、動機や発汗といった身体感覚や生理反応、その場を立ち去るといった行動も感情の中に入れる。認知行動療法ではこの認知モデルがアセスメントや介入の基礎モデルとなり、セラピストは常にこのモデルに基づいてケースを考えて、クライアントにも認知モデルを理解させ、クライアント自らそれを使いこなせるようになることが、認知行動

療法の最終的な目標となる（東，2011）。

うつ病の認知モデルは、体系的な臨床観察と実験的な検証から生まれてきた。認知モデルは、①認知の3要素、②スキーマ（非機能的な信念）、③認知的誤り（あやまった情報処理）という、うつ病の心理的な基本要素を説明するための3つの概念を仮定している（A. ベックら，2007）。

①認知の3要素は、自分自身、自分の将来、自分の経験に関して、その人特有のやり方でクライアントを導くような3つの大きな認知パターンから成り立っている。3要素の第1の構成要素は、患者が自分自身を否定的に見るという点に関係している。第2の構成要素は、クライアントが今行っている経験を否定的に解釈するという、うつ病のクライアント特有の傾向である。第3の構成要素は、将来に対する否定的な見方から成り立っている。うつ病のクライアントは独自の長期的見通しを持っているので、現在の困難や苦悩はずっと続くものであると考えている。認知モデルは、抑うつ症候群の症状や兆候を、否定的な認知型が活性化された結果であると考ええる。

②認知モデルの第2の主要な構成要素は、スキーマの概念である。ある特定の状況に出くわしたとき、その状況に関係したスキーマが活性化される。スキーマはデータを認知（言語的・絵画的の内容を持ったあらゆる観念作用と定義される）の鋳型にはめ込む基礎となるものである。スキーマの中には、長い間にわたって活性化されていないが、特殊な環境状況（たとえばストレス状況）になれば活性化されるものもある。軽度のうつでは、クライアントは、自分自身の否定的な思考を少しは客観的に見ることができる。うつが悪化するにしたがって、実際の状況とクライアントの否定的な説明との間には何ら論理的な結びつきがないにもかかわらず、クライアントの思考には次第に否定的な考えが優勢となってくる。潜在的な影響力を持った特異なスキーマが現実の歪んだ認知を生み出し、その結果、うつ病のクライアントに見られる体系的なエラーを生み出すので、クライアントは、否定的な説明が誤りの多いものであるということに気づくことができなくなる。もっと重い鬱状態では、患者の思考は、完全に特異なスキーマによって支配されるようになる。クライアントは、持続的で反復的な否定的な思考に完全に心を奪われ、外的刺激（たとえば、読書や質問にこたえる）に注意を集中させたり、自発的な精神活動（計算、課題解決、想起など）に従事するのに大きな困難性を感じるようになる。

③あやまった情報処理とは、うつ病のクライアントの思考におけるこのような体系的な誤りは、たとえそれとは矛盾する証拠が存在したとしても、否定的な概念の妥当性に関する信念を持続させることになる（A. ベックら，2007）。

端的にいうと、認知モデルが提唱するのは、（うつ病クライアントだけでなく）すべての心理的な問題の背景には、非機能的な思考（それが患者の気分と行動に影響を与える）が存在するというものである。

このように認知行動療法は個々のクライアントの認知モデルに合わせて調整されるにせよ、すべてのケースに共通する以下の基本的な原則がある（J. ベック，2004）。

原則1：認知行動療法では、認知的視点に基づき、クライアントの抱える問題を絶え間な

く定式化（formulation）し、個々のクライアントの概念化（conceptualization）を行う。

原則 2：認知行動療法は、確固たる治療同盟を重視する。

原則 3：認知行動療法は、共同作業と治療への積極的関与を重視する。

原則 4：認知行動療法は、問題に焦点を当て、目標志向的である。

原則 5：認知行動療法は、まず「今・ここ」を強調する。

原則 6：認知行動療法は、心理教育的であり、クライアントが自分自身の治療者となることを目指す。そして再発予防を重視する。

原則 7：認知行動療法は、治療の回数や期間を制約のあるものとして考える。

原則 8：認知行動療法では、セッションを構造化する。

原則 9：認知行動療法は、患者が自らの非機能的な思考や信念を同定・評価したりそれらの思考や信念に対応したりできるようになることを手助けする。

原則 10：認知行動療法は、思考、気分、行動に変化を起こすために多様な技法を活用する。

本症例では、クライアントに対する介入の前半は、上記の原則に基づいて認知行動療法を進めていった。介入後半は、ジェフリー・E・ヤングのスキーマ療法を取り入れ、早期不適応のスキーマの修復による新たな適応的スキーマを獲得していった。

3. 統合的心理療法としてのスキーマ療法

スキーマ療法は、ジェフリー・E・ヤング（Young, J. E.）とその共同研究者によって開発された革新的で統合的な心理療法である。スキーマ療法は、認知行動アプローチの概念と治療法を飛躍的に拡大かつ展開したものである。その治療モデルにおいては、認知行動療法、アタッチメント理論、ゲシュタルト療法、対象関係論、構成主義、精神分析学派が豊かな形で統合されている（ヤングら、2008）。

スキーマ療法はこれまで治療が難しいと考えられてきた、固定化した慢性的な心理的障害を持つクライアントに適している。本格的なパーソナリティ障害のクライアントや DSM-IV-TR でいう I 軸の疾患の背景に深刻な性格上の特徴を持つクライアントが、スキーマ療法に非常によく反応する（ただし他の治療法と組み合わせる場合もある）（ヤングら、2008）。

認知行動療法においては、多くの研究者及び実践家によって、I 軸障害（例：気分障害、不安障害、性の問題、摂食障害、身体表現性障害、物質乱用障害など）に対する心理療法は飛躍的な発展を遂げた。I 軸障害に対する認知行動療法は概して短期間に終了し（大体 20セッション前後）、症状の軽減や患者がスキルを身につけること、そして患者が現在抱える生活上の問題を解決することを目指している（ヤングら、2008）。

認知行動療法によって多大な助けを得られるクライアントも多いが、またそうでない患者も少なくない。治療効果研究によれば、認知行動療法は概して高い成功率を示している（Barlow, 2001）。しかし、パーソナリティ障害や性格上の問題を有するクライアントは、伝統的な認知行動療法に対して十分な効果を示さない（ベックら、2011）。認知行動療法

がクライアントの有する性格的な問題によって減弱されてしまう場合がある。性格上の問題を抱えるクライアントが、たとえばうつ病や不安障害の治療を受けた場合、治療そのものがうまく進まなかったり、治療終了後に再発したりする（ヤングら、2008）。以上のような理由から、ヤングは、治療がうまくいかなかった慢性的な性格上の問題を抱えるクライアントを治療するために、スキーマ療法を開発した。スキーマ療法は認知行動療法を拡張した体系的アプローチであり、多様な学派の技法を統合的に用いる。スキーマ療法は、個々の患者に合わせて短期的にも中期的にも長期的にも適用可能である。伝統的な認知行動療法に加え、患者の抱える心理的問題の幼少期や思春期における起源を探索すること、感情に焦点化した技法を用いること、治療関係を重視すること、不適応なコーピングスタイルを修正することなどを強調しているのがその特徴である（ヤングら、2008）。

認知行動療法でいうスキーマとは、発達初期の経験が自己や将来、そして外的な世界（認知の3要素）についての否定的な概念を形成し、一連の非機能的な“認知構造”をいうが、ヤングは、特に幼少期から思春期にかけての有害な体験の結果として人生初期に形成されたスキーマが、パーソナリティ障害の問題、およびパーソナリティ障害ほど深刻でないがなんらかの性格上の問題、すなわち多くの慢性的な精神障害の問題の中核にあると仮定している。ヤングはこの仮説をさらに探求するため、“早期不適応的スキーマ”という下位概念を提唱した。

早期不適応的スキーマの概念の定義は、下記のとおりである。（伊藤ら、2013）

- ・ 全般的で広範な主題、もしくはパターンである。
- ・ 記憶、感情、認知、身体感覚によって形成されている。
- ・ その人自身、およびその人とその人を取り巻く他者との関係性に関わっている。
- ・ 幼少期および思春期を通じて形成され、その後精緻化されていく。
- ・ かなりの程度で非機能的である。

これらのことから、早期不適応的スキーマとは発達の初期段階で形成され、生涯にわたって維持される、自滅的な認知と感情のパターンである。（伊藤ら、2013）

ヤングが早期不適応的スキーマの起源として最も重視するのが、“中核的感情欲求”である。早期不適応的スキーマは、この中核的感情欲求が幼少期に満たされなかったことによって形成された、というのがヤングの基本的見解である。ヤングは、以下の5つの中核的感情欲求を挙げている。

1. 他者との安全なアタッチメント（安全で安定した、滋養的かつ受容的な関係）
2. 自律性、有能性、自己同一性の感覚
3. 正当な要求と感情を表現する自由
4. 自発性と遊びの感覚
5. 現実的な制約と自己制御

この5つは人間にとって最も普遍的で中核的な感情欲求であるとヤングは想定し、人間の精神的健康は、生育過程においてこれらの欲求が適度に満たされることで育まれるというのがヤングの仮説である。スキーマ療法の究極の目的は、満たされなかった中核的感情

欲求をクライアント自身が習得することである。(伊藤ら, 2013)

このようなことから、スキーマ療法の対象となるのは、自身の生得的な気質と人生早期における環境との相互作用を通じて、不運にもこれらの欲求が満たされることのなかった人たちである。スキーマ療法の目的は、患者が自らの中核的な感情欲求を満たすための適応的なやり方を見つける手助けをすることである。これがスキーマ療法のすべての介入の目的であると言ってもよい(ヤングら, 2008)。

ヤングは、5つの“スキーマ領域 (schema domains)”というのを想定している。これは、上記の5つの中核的感情欲求が満たされないことによって、その人の心や生き方のどの部分に損傷を受けるのか、ということについての仮説である。(伊藤ら, 2013)

ヤングのモデルは上のスキーマ領域と呼ばれる5つの領域とその領域のそれぞれに18の早期不適応的スキーマが下位分類される。5つの領域と早期不適応的スキーマの関係は以下の通りである。

○ 第1領域： 断絶と拒絶

養育者又は親密な他者との安全なアタッチメント（安全で安定した、滋養的かつ受容的な関係）が満たされない事によって損傷を受けるスキーマ領域 → 他者や自己に対する基本的な信頼感が形成されず、生きること自体が辛いものとなる。

1. 見捨てられ／不安定スキーマ

他人との関わりが不安定で常に見捨てられ不安がある。

2. 不信／虐待スキーマ

他人は全て自分をいじめ、食い物にするような虐待者で全く信用できない。

3. 情緒的剥奪スキーマ

自分は誰からも愛されず、理解もされず、守ってもらえない存在だ。

4. 欠陥／恥スキーマ

自分は人間として欠陥のあるダメ人間で、そのような自分の存在が恥ずかしいと感じている。

5. 社会孤立／疎外スキーマ

自分は人と違っており、孤立した存在と感じる。

○ 第2領域： 自律性と行動の損傷

自律性、有能性、自己同一性の感覚が満たされない事によって損傷を受けるスキーマ領域 → しっかりとした自分、自発的に動ける自分という感覚が形成されず、自信を持って能動的に生きる事が困難になってしまう。

6. 依存／無能スキーマ

日常生活において自分は無能であり、他者からの助けがなくてはまともに生きていけないと感じている。

7. 損害や疾病に対する脆弱性スキーマ

今にも破局的な出来事が起り自分はそれを防いだり、対処できないと思う。

8. 巻き込まれ／未発達自己スキーマ

自分が他者（親）に感情的に巻き込まれており、あたかも他者（親）と一体化しているかのように感じている。自分がないと感じ、自らのアイデンティティを感じる事ができない。

9. 失敗スキーマ

自分のしてきた事は、失敗だらけだ、何をやっても失敗するだろう、と思い、自分を失敗者だと思う。

○ 第3領域： 他者への追従

正当な欲求と感情を表現する自由が満たされない事によって損傷を受けるスキーマ領域

→ 自分の価値や行動は他人次第という感覚が形成され、自分の欲求や判断より他者のそれを優先する生き方になる。

10. 服従スキーマ

他者に見捨てられたり、報復されたりしないためには自分の欲求や感情を犠牲にして他者に服従するしかない。

11. 自己犠牲スキーマ

自分より他者を優先し、他者の欲求や感情を満たしたり癒したりすることに過度にとらわれる。

12. 評価と承認の希求スキーマ

他者から評価されたり承認されたりする事にとらわれ、他者の評価によって自尊心が左右され、他者の評価を得るために自らの行動を選ぶ。

○ 第4領域： 過剰警戒と抑制

自発性と遊びの感覚が満たされない事によって損傷を受ける早期不適応スキーマ領域。

→ この世は悪いことだらけ、喜びや遊びは後回し、感情より理性を優先、という感覚が形成され、常に気を張って悪いことが起きないように過剰に警戒する生き方になってしまう。

13. 否定／悲観スキーマ

人生のネガティブな面ばかりを過大に注目し、ポジティブな面を無視する。マイナス思考にとらわれ、いつも心配ばかりしている。

14. 感情抑制スキーマ

感情を感じたり表出したりする事を恐れており、自らの感情を押さえ込んだり、あたかも感情がないかのように振る舞ったりする。

15. 厳密な基準／過度の批判スキーマ

非常に高い基準を自分や他人に対し求め、人は努力するべきと思う。

16. 罰スキーマ

失敗を許せない。自分や他人を簡単に許す事ができない。

○ 第5領域： 制約の欠如

現実的な制約と自己制御が満たされない事によって損傷を受けるスキーマ領域 → 嫌な事はやりたくない、という感覚が形成され、協調性がなく、我慢のできない人になる。

17. 権利欲求／尊大スキーマ

自分は他者と違って特別な存在であり、特権と名誉が与えられて然るべきと信じている。他者より優位に立つこと、ルールにとらわれず自分のやりたいようにすることに過大な価値を置く。

18. 自制と自立の欠如スキーマ

欲求不満耐性が非常に低く、自らの欲求や衝動を制御したり、目標に向けて計画的に自分を律したりする事ができない。

以上の18の早期不適応的スキーマは、幼少期から思春期にかけては、その本人にとって、適応的であるがゆえに精緻化され、アイデンティティの中心となっていく。大人になってそのスキーマが活性化するような出来事が起こると、それまでに身についた不適応なコーピングスタイルでストレスを解消しようとしてしまう。この悪循環に陥った時に、スキーマ療法を行うかスキーマの反証となるような大きな出来事が起きない限り、スキーマは持続していくことになる。

ヤングは、コーピングスタイルは有機体が脅威に対して示す基本的な3つの反応に準ずると仮定した。その3つとは、1) 闘う (fight), 2) 逃げる (flight), 3) 麻痺する (freeze) である。これに対応し、1) 闘う＝スキーマへの過剰補償、2) 逃げる＝スキーマの回避、3) 麻痺する＝スキーマへの服従が起こるとした。

“スキーマへの過剰補償”とは、スキーマと正反対の事があたかも真実であるかのごとく振る舞い、闘おうとする。自らのスキーマを意識的または無意識的に嫌い、そういう自分とは全く違う存在であろうとするコーピングスタイルである。

“スキーマの回避”は、スキーマに直面したり、活性化されたりしないよう、常に用心する。スキーマを避け続け、あたかもそのスキーマが存在しないかのように振るまい、もし活性化されそうになったらすばやくその状況や自らの反応を押さえ込もうとするコーピングのスタイルとなる。

“スキーマへの服従”は、スキーマの言いなりになる人。活性化された自らのスキーマをただそのまま鵜呑みにし、スキーマに従ったり、スキーマを確信する様な行動をとったりするコーピングスタイルをいう。

それらのスキーマが活性化された現在の（コーピング）状態を“スキーマモード”と呼んだ。スキーマモードには、“脆弱なチャイルドモード”や“怒れるチャイルドモード”、“衝動的・非自律的チャイルドモード”などがあり、そのモードを“ヘルシーアダルトモード”（健康な大人の状態。自分自身をモニターし、その有り様を理解し、自分で自分の欲求を適切な形で満たそうとする。モードアプローチの最終目標。）に変容していく技法が開発されている。

本症例報告では、X-12年にうつを発症し、休職や療養を繰り返してきたうつ病のクライアントに対する認知行動療法とスキーマ療法で介入し、その結果、寛解した統合的認知行動療法の経過を報告する。パーソナリティ障害などでスキーマ療法を本格的に導入する場合は、かなりの時間をかけていくことになるが、本症例では、スキーマ療法の認知的技法の一つに挙げられるスキーマフラッシュカードを採用し、18回で終結となった。スキーマ

マフラッシュカード技法とは、個々のスキーマの引き金に対する健康的な反応をカードに書き留める認知的技法である。

なお、症例に関しては、セラピーの実践を伝えるに際して、プライバシー保護を優先し、事実関係の表現を変えた部分はあるが、セラピー過程の重大な点や学術的真実は損なわれないよう工夫している。

4. 症 例

クライアント：A氏（40代男性）。言語聴覚士（非常勤）。

主訴：「2回目の休職から2年かかって今の状態まで戻ったが、仕事を安定させたいのうつ病を根本的に治したい。仕事，対人，将来への不安を改善したい」

家族構成：妻（40代），長女（12歳）の3人家族。妻は病院勤務（事務・管理職）。

現病歴：X-12年9月，仕事が思うように進まず，人間関係でもストレスが高まり，心療内科でうつ病と診断された。その後，X-12年12月から3ヶ月間の休職を言い渡されたがうつは改善せず，休職は1年の長きに渡ってしまった。自分にとって，このまま復職という選択肢はなく，自宅療養を理由に退職を選んだ。退職半年後，知人からの誘いで職についたがX-7年2月，再びうつ症状が悪化し，6ヶ月間の休職となった。2回目の休職があげ復職したかったが友人に迷惑をかけることになると思い自己都合退職をした。その後，週2回作業所のアルバイトをして体を慣らし，X-5年4月から，2つの病院で週5日，非常勤の言語聴覚士として勤務。X-1年5月，仕事での人間関係が辛くなってきたので，このままではまた休職になってしまうのではないかと不安になり，テレビで知った認知行動療法を受けたいと思いカウンセリングを申し込んだ。

投薬内容（X-1年5月）：ノリトレン 25mg x 3回，レスリン 50mg x 3回，ドグマチール 50mg x 3回，デパス 0.5mg x 1回，マイスリー 10mg x 1回／日

心理検査：初回時に心理検査を実施。使用した検査は，日本版 Beck Depression Inventory II（BDI-II，小嶋ら，2003），新版 State-Trait Anxiety Inventory-Form JYZ（STAI，肥田野ら，2000）であった。BDI-IIは抑うつの程度を測定する尺度であり，21項目の質問に0～63点の範囲を取る。高得点ほど抑うつが強いことを示すが，クライアントは，薬物治療を受けながらも25点と中程度の抑うつを示していた。STAIは，不安の程度を測定する尺度であり，今まさに，どのように感じているかという不安を喚起する事象に対する一過性の状況反応である“状態不安”と，ふだん一般，どのように感じているかという不安体験に対する比較的安定した反応傾向である“特性不安”が測定できる。状態不安20項目と特性不安20項目で構成される。結果は，パーセンタイルで表示され，クライアントは，状態不安が86%，特性不安が94%でかなり高い数値が示された。

初回面接時のクライアント像：カジュアルだが，清潔感が漂う。話し方も言語聴覚士という職業柄もあるのか丁寧な口調で話す。目はあまり合わせず，笑顔もない。暗さは漂うが知的面や人格面には特に問題は見られなかった。体格は痩せ気味で中背。

生育歴：原家族は父母と3歳下の妹（独身）の4人家族。母はクライアントが3歳の時

に子供を置いて家出し、それ以来、消息はわからない。母の姿はかすかに記憶が残っているが出来事などは全く記憶がない。母が家出した後は、小学3年生まで母方の祖母に育てられた。祖母は、当時、居酒屋で働いていたので夕方から家を出て夜遅く帰ってきていた。祖父は、すでに他界しており夕食は作り置きのおかずを温め、妹と二人で食べた。祖母は、クライアントや妹を大切に育ててくれたが、父とは仲が悪く、父の悪口を聞かされるのは嫌な思いがしていた。小学4年になると、父から近所に住んでいた父の妹である叔母の家で妹と共に夕食を食べるように言われた。当時、叔母は叔父と別居し、重度の障害を持つ長男と二人暮らしをしていたので、夕食を食べ終わると居場所がなく、叔母の家から徒歩5分の実家で寝るようになった。父の帰宅は深夜になることが多く、妹と二人でよくゲームをしていた。中学になると父のガンが判明し、中学2年の秋、父が他界すると叔母に引き取られた。叔母が実家を人に貸し、それを自分たちの養育費に当ててくれていたことがわかったのは、それから何年経ってからだった。思春期までの思い出は、養育者が3回も変わり、辛く寂しい思い出しかない。高校は進学校に合格したが、勉強がついていけなくなり、相談する友人もできず、高校を中退した。その後アルバイトをしながら、大検（現、高等学校卒業程度認定試験）に合格した。それを機会に障害者の支援をする仕事に就きたいと思い、知的障害者施設で働いたが、22歳の時、当時まだ資格者の少ない言語聴覚士の仕事に興味を抱き、専門学校に入学した。国家資格を取得後、言語聴覚士として病院に勤務し、X-14年、同病院で事務で働いていた現妻と結婚した。

ケースフォーミュレーション：

1) 面接構造

面接は、当機関のカウンセリングルームで行った。面接時間は50分、面接頻度は隔週で進めていき、#5からは月1回となった。

2) 問題の同定

もともと対人関係で人の顔色を伺う性格と自覚していたが、仕事についてからは自分がどう評価されるかを意識してきた。自分が言いたいと思っていることが言えない。上司にはさらに気を遣ってしまいしんどくなる。家族のことでも第1子が生まれて、妻の実家から徒歩2-3分の賃貸マンションに引越したが、妻の実家への気遣いもストレスになっていった。その結果、勤務先でも家庭でも自分の思いを伝えることができず、抑うつ状態が維持されてきたことが読み取れた。

BDI-IIの結果からも、「いつも気が滅入っている」（悲しさ）、「物事が自分にとってうまくいくとは思えない」（悲観）、「人生を振り返ると失敗ばかりを思い出す」（過去の失敗）、「以前は楽しめたこともほとんど喜びを感じなくなった」（喜びの喪失）、「自分自身に失望している」（自己嫌悪）、「他の人に比べて自分は価値がないと思う」（無価値観）などうつ病の特徴を示したうえ、「自殺したいと思う」（自殺念慮）と考えていることが明確となった。

3) 介入計画

クライアントの主観的な考え方によって、抑うつ状態が維持されストレスが強くなると

より悲観的になる特徴、つまり自分の“認知の歪み”に気づくことが重要である。このようなあやまった非機能的な認知を修正することが、臨床的な改善を導く（ベックら、2007）ので初期は心理教育に重点を置きながら、客観的視点を養う期間とした。そのため“いま、ここ”での出来事をどう感じ、その感情はどの程度なのかを自己分析できるよう共同作業を行う段階（出来事から起こる感情の理解。2コラム表の作成）を第1ステップとした。第2ステップは、その感情が起こった時にどう考えたのかを探り、非機能的な思考の特徴を理解する段階（思考→認知→感情という認知モデルの理解。3コラム表の作成）とした。このようなトレーニングを行なうと、認知構造の理解を進めたうえで、クライアント自身が楽になる考え方を探るトレーニングを共同作業で行い、“いま、ここで”起こる考え方を修正できるように非機能的思考記録表（DTR: Dysfunctional Thought Record,）をホームワークとし、それをセッションで検証することにより、中核信念の理解と適応的思考を獲得していく計画を立てた。

このようなトレーニングを実施し、セルフセラピー力を身につけたうえで、クライアント自身が人生早期に体験し、心の奥深くに根付いている早期不適応的スキーマの修正を図ることがこのクライアントにとっては重要な作業であると考え、スキーマ療法のフラッシュカード技法を取り入れて早期不適応的スキーマを“修復”していく計画を立てた。

5. 面接の経過

以下に、フォローアップを含む全18回を4期に分けて示す。なお、クライアントの発言を「 」, Th. の発言を< >で示した。

第1期（#1～#3）心理教育と個別モデルの理解

#1では、インテーク面接終了時に出していたホームワーク（出来事モニタリングシート）に書かれていた内容について進めていった。“出来事モニタリングシート”（2コラム）とは、①ネガティブな出来事を抽出し、② その時の感情を思い起こし、その感情の強度を%で記入する自己分析シートである。これを書いてくることによって、その日のカウンセリングのアジェンダ（テーマ）もクライアントの意思で決めてくることになる。シートに記入する外在化作業により、セルフモニタリング力を高めるトレーニングの第1段階となり、セッションが進んで行くにつれて、クライアント自身が出来事に対する感情の変化を時系列で客観的に理解できるメリットもある。また、ここに書かれた出来事を通じ、セラピストはクライアントの日常生活の中で何が起こって、それがどういう感情を引き起こしているか理解できていくと同時に、セッション中にアジェンダがぶれずに進めていけるメリットがある。その出来事の状態や背景などをさらに深く聞いたり、書かれた感情から<その感情が起こった時、どのような考えが頭に浮かんでいましたか？>という質問を投げかけ、セッション初期にクライアントの認知の特性を理解することができる。一方、この出来事モニタリングシートを進めながら、クライアントは、認知と感情（気持ち）・行動・身体の関係（認知モデル）の理解が深まっていく。また、この段階で必要に応じ、心

理教育を行うことによってセラピーに対する強い動機付けとなる。＃1では、出来事モニタリングシートの内容を取り上げることによって問題を維持する認知・感情・行動の悪循環に気づいていった。

出来事（1）（月日省略、『 』は、記載内容）

①『家族がいうことを聞かない。具体的には、子供が遊んで速やかに食事をしないことや妻がそれを見ても何も言わないことなど些細なことでも怒りが湧く。怒りをあらわす自分にも不快感や苛立ちが起こる。強く言わないと理解されないと思うとイライラする』②感情（結果）『怒り＝80％，不安＝60％』

この内容について、出来事は下線部分でそのほかは、感情や一部思考（認知）が書かれていることを指摘した。“強く言わないと理解されない”というのは、クライアントの認知である。これを題材に、感情は、出来事に対する結果であり、結果の前にその出来事に対する評価（思考・認知）があるということを説明した。（認知モデルの心理教育）

＜この出来事（下線部）に対して怒りが強く出ていますが、その時、なぜこんなに怒りが強く出たと思いますか？その時、Aさんはどのような考えが頭に浮かんでいましたか？＞「家族と一緒に食べたいのに、なぜ遊んで食べないのか。と考えていたと思います」＜この考えがあったことを気づくことが大切です。思考によって感情が起こるのですがその思考は言語化されない場合も多いのです。例えば、ある女性が恋に落ちて、彼にライン送ったが既読にならない状態が長く続いた。その女性は、翌日友人にすごく悲しく思った。とか、すごく悲しい。などと表現することがよくあります。こんな場合もどう考えたのかを友人が知ることができればその時の対処をアドバイスできます。“彼は私のことを嫌いに思っているに違いない”と考えたとすれば、事実はどうなのか、彼に連絡とってみたのかなどその友人が彼女に確認し、アドバイスも可能になっていきます。このようにネガティブな感情が起った時、自分はどう考えているのかを分析したり、理解することは大変重要です＞ 具体的な例を出して説明した後、悲しみ、憂うつ、不安、怒りなどの気分と喪失認知や悲観的認知、危険認知、不当認知の関係を説明した（認知モデルの心理教育）。

セッションでは妻に対してなぜ家族と一緒に食べようと思わないのかという不当認知も語られた。彼は、このとき起こった不安は、「こんなことを繰り返していると、家族から嫌われるんじゃないか」という思いがあることにも気づいていった。このように進めることにより、それ以外にも「また、言ってしまった。なんでこんな言い方をしてしまうのか」という思いが自分への苛立ちや罪悪感を起こしたと理解できた。出来事モニタリングシートを進めることにより、問題を維持する思考と感情・行動の悪循環があることに気づいていった。この後、ソクラテス式質問法により、“家族はいつも一緒に行動するべきだ”という彼の媒介信念（認知の歪み）が語られた。この信念の奥に幼児期から母と別離し、その後も養育者が転々と変わった彼の体験により、家族に対する“信念”が形成されていたことがうかがえた。このセッションで理解できた彼の家族に対する個別モデルを図1に示した。

出来事（2）

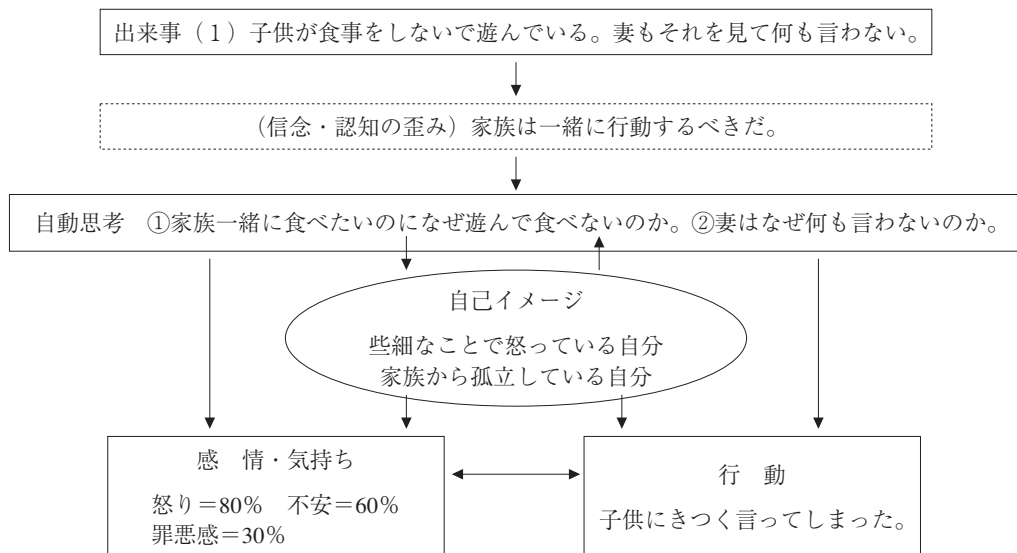


図1 家族に対する個別モデル

①『40代には管理職にならなければいけない。という主旨のネットの記事を見た。自分はそうっていないので落ち込み、焦る。うつを患ってからこの12年間が無駄に思え、自分は人並み以下であるという自己否定感に陥った』

② 感情『不安=80%, 憂うつ=80%, 劣等感=80%, 焦り=60%』

この出来事でも出来事(下線部)以外に思考、感情が書かれていたので、それを指摘し出来事(1)同様に仕事に対する個別モデルの特性を探っていった。この出来事から同世代の人間と比較し、“自分は人より劣っている”という信念があり、それが活性化した時に将来への不安や悲観的認知から憂うつになっていくクライアントの特性が理解できた。この出来事から妻に対する劣等感や自分自身を過小評価する認知の歪みが明確になった。このセッション(#1)での振り返りでは、自分の思考や感情の特徴を理解するのに心理教育が役に立ったことや出来事モニタリングシートを書くことによってクライアント特有の“考えのくせ”(認知の歪み)が理解できたと同時にホームワークをしていく意欲が出てきたことなどが語られた。セッションの最後に、引き続き出来事モニタリングシートを書くこと、家族に対する今までの行動パターンを変える行動実験(怒りを感じた時に6秒かけてゆっくり深呼吸をし、6秒後、怒鳴らず冷静に自分の思いを説明する。それができそうでない時は、席を外し自分の考えを紙に書いて妻に渡す)をホームワークとした。この行動実験は、妻に強く言わないと理解されないのと思っていることが正しい認知なのかを確認する実験であることを説明し、クライアント同意を得た。

一方、仕事に関しては、セッションの中で患者のことを考えすぎて準備しすぎる特徴が見られたので、今までやって来た自分を信じて、準備しすぎずに行動してみることを課題とした。

#2では、最初にホームワークの行動実験の結果を確認した。クライアントが家でイラ

イラすることは、ほぼ毎日あったが深呼吸を試み、強く言わないよう頑張って流したという。この実験をしたことで家族間の雰囲気が少し良くなったと感じたと報告した。強く言わないと理解できないという考えは、間違っていたかもしれないというので、家庭での行動実験は今後も続けて検証していくこととした。仕事に関しては、患者に対して準備しすぎないようにその場の対応で何度かやってみたが、大きなミスやクレームもなくいった。「そんなに準備しなくてもいけるやんと思いました」と語った。その後、新たに書いてきた出来事モニタリングシートを進めていった。クライアントは、妻の出産後、妻の実家近くの家を購入し、引越した。それ以降、頻繁に訪ねてくる義母に対する気持ち（うっとおしさ、苛立ちなど）が書かれていた。その思いを探ることにより、仕事で疲れて帰った時や、義母らと家族で夕食に出る時、疲れた様子を見せずにきっちり振るうべきだと考える“べき思考”や完璧な夫であろうとする“全か無かの思考”などの認知の歪みが強くでることが明確になった。また、それらの認知の歪みがあるゆえ、集合時間にルーズな妻に対する苛立ちが生じていた。この出来事から、認知の歪みについて再度確認し、認知モデルの復習も行った。出来事モニタリングシートを2回にわたって取り上げたことによって、刺激（出来事）から起こる認知（反応）と感情（結果）の関係が理解できて来たので、この回のホームワークとして認知も自己分析するシート、当機関で、“セルフモニタリングシート”と称している3コラム（①出来事、②感情 [%]、③自動思考 [その時どのような考えが浮かんだか?]）のシートを渡した。

#3では、最初にクライアントの調子はかなりいい状態だったと報告した。ホームワークも一つの出来事を3コラムに書き上げて来た。

① 出来事『職場の飲み会での会話中、先輩から看護師を対象に嚥下障害の勉強会をして欲しいと言われ、他の人に頼んでくださいと断った』② 感情『情けなさ=30%、無力感=60%』③ 自動思考『○課題から逃げてしまった。逃げたと思われるんじゃないか。・期待に応えられなかった。・能力が足りない』

<以前より感情の程度は低くなったようですが、Aさんはどう思われますか？>「確かに、前ならもっとしんどくて落ち込んでたかもしれません。今回は、客観的に見ようとしてたのは確かです。でもやっぱりこんな感情になったので書いて来ました」<課題から逃げてしまったと思った？そこに向き合おうとしないで回避したことで情けない感情が出たと思うんですが、このように何か自分にとって困難なことに直面すると回避する傾向はありますか？>「確かに……やっとうまくいかなかったら嫌ですから」<なぜ嫌なんですか？>「それは……自分の評価が下がるし、ダメな奴と思われるから」<嚥下障害は、ST（言語聴覚士）の専門分野ですが、仕事のことで人前で話したり教えたことはなかったのですか？>「いえ、以前に何回かあります」<その時は、どういう評価を受けましたか？>「その時は患者さんに対して指導したり、教えたりしたのでわかりやすかったと言われました」<看護師も嚥下障害については専門外なので勉強会をしてほしいと依頼してこられたのではないですか？>「確かにそうですが、やっぱり看護師は緊張しますよ」<看護師はあなたにとってどういうポジションなんですか？>このようにソクラテス

式質問法を進めていくことによって、看護師に対する劣等感、それは管理職の妻に対しても通じる感覚があるということや、自分の能力への過小評価、やる以上完璧にやるべきという考えがこの出来事でも出ていることが理解できていった。＜では、情けなさや無力感が減少する考え方はないですか？＞と適応的な思考を見つける練習も進めていき、自分は今まで十分患者さんと向き合ってきたし、STとしての仕事はこなしてきた。患者さんからもなんども感謝されたことがあったことなどを相互的に実証していき、そのような事実を根拠に先輩から頼まれるということは、信頼されているからと考えるとネガティブな感情が減ったと語った。

第2期（＃4～＃9）非機能的認知再構成法（DTR）の実施

＃3まででクライアントに今、起こっている職場や家庭での問題（抑うつ症状、不安、怒りなどが生じる問題）は、クライアントの認知の歪みの奥にある中核信念が活性化して生じていることが明確になった。そのため、その中核信念の修正作業として、DTRを使用して認知を変容していく方針をたてた。認知の再構成作業で一般に使用されるのは、5コラム（①出来事、②感情、③自動思考、④適応的思考＝ネガティブな感情が減少する合理的な考え方、⑤結果＝その考えで変わる感情）が使用されることが多いが、当機関では、クライアントに負荷がかかり過ぎないと判断した場合、自動思考の根拠と反証を検討していく7コラムを使用している。7コラムは、自動思考の根拠を探ることにより、中核信念だけでなく、それを形成する原点となった幼少期や思春期の問題が明確化されていくメリットがある。中核信念が明確になった場合、その中核信念がどのように形成されていったかを知り、スキーマ療法で介入していくことは、固定化した慢性的な心理的障害を持つクライアントには有効である（ヤングら、2008）。本症例の場合、辛い幼児期から思春期までの体験により、早期不適応的スキーマが形成されたと考えられたので、ベックのいう中核信念が明確になった段階で、本人の同意を得て、スキーマ療法を採用した統合的な認知行動療法により根本的な問題の解決を図る治療計画を立てていた。そのため、＃4からは、7コラムを採用し、中核信念を同定していった。

7コラム表（大野裕、2001）は以下のような構成である。

- ① 具体的なネガティブな出来事
 - ・いつ、どこで？誰と？ ・どんな状況で？（何をしていましたか？）
 - ・その時どんな出来事が？
- ② 感情（気分）
 - ・否定的な感情（気分）とその強度（％）
（行動と身体反応についてはどうか）
 - ・その時のとった行動は？ ・身体反応は？
- ③ 自動思考
 - ・その時どのような考えが浮かびましたか？
（この質問の後、自動思考の奥にある考えを探る質問が続く）

- ・こんなことが起こるのではないかと恐れていることは？
- ・それは自分をどう評価していますか？
- ・もしそうだとしたらどんなことが起こりますか？
- ・それは自分の将来についてどういう意味を持ちますか？
- ・そんな自分と比べ、他の人たちはどうだと思えますか？
- ・この状況で浮かんだ記憶やイメージはありますか？

④ 自動思考を肯定する根拠

- ・その考えがその通りだと思える事実や根拠は？

⑤ 反証

- ・自動思考を信じることのメリットは？
- ・自動思考を信じることのデメリットは？
- ・経験上、自動思考が正しくなかった出来事は？
- ・自動思考と矛盾する事実や根拠はないですか？
- ・否定的感情が低くなるもっと別の考え方はありませんか？（反証）
- ・④の根拠と反証を「しかし」でつないでみましょう。
- ・最悪のシナリオはどうなるのでしょうか？
- ・最良のシナリオは？
- ・では、事実を踏まえた現実的なシナリオは？
- ・親しい第三者が聞いたらどうアドバイスしてくれるのでしょうか。
- ・友人が同じ立場ならどう言ってあげますか？

⑥ 適応的思考

- ・気持ちが楽になる新たな考えとその確信度（％）は？

⑦ 結果

- ・適応的思考の結果、否定的な感情はどう変化しましたか？（％）

以上を A4 用紙 3 枚に記入していく。最初は、3 コラムでトレーニングした③項目までを記入してきてもらい、④からは協同で完成させていく方法をとっている。記入が困難なクライアントには、ソクラテス式質問法で聞いていきながら表を完成させていく。A 氏の場合は、3 コラムの記入も問題なくこなせていったので前者の方法をとった。

4 では、7 コラムの③自動思考までをホームワークとしていたのでその出来事を扱っていった。

- ① 出来事『仕事が終わって帰宅後。友人に誘われていた飲み会をドタキャンした。結局、自宅でダラダラ過ごした』
- ② 感情『後悔＝30％、申し訳なさ＝20％、寂しさ＝15％』
- ③ 自動思考（①番強く思った思考に○印をつける）
 - できないような約束をしなければよかった（確信度 80％）。
 - ・約束が果たせず、友人に申し訳ない（確信度 70％）。
 - ・こういった繰り返しで少しずつ人がはなれていくのだろうか（確信度 60％）。

③まで記入していたので、④以降は、セラピーで確認していった。自動思考の奥には、人が離れていく怖さや信用を失う怖さが語られ、自己評価の質問には、「自分は約束が守れないだらしない人間だ」と評価し、将来の孤独への不安が語られた。

#5では、中学時代からの友人と久々に飲みに行った出来事を書いてきた。その飲み会で友人のヒゲを茶化したところ、友人が反発してきた。その出来事に対する自動思考は、「そんなに怒らなくてもいいだろう」と思い、怒り（40%）が生じたが、その後すぐ「彼に対してあんなこと言わなかったらよかった」（後悔 40%）と思い、「嫌われてしまうかもしれない」「見くびられる」ことを恐れ、「他者に見くびられ、不快な人生を送ることになる」という認知の歪みの“過度の一般化”が見られた。反証では、この推論を根拠にしている事実は、いつもそういうことが起こっているのかを確認し、それを反証材料とした上で、適応的思考を作成していった。

#6でも仕事上の出来事で「頼りにならない者だと思われているのではないか？」と考え、成長できない自分を確信していた。このセラピーで、クライアントは認知の歪みが生じやすく、その推論によって、ネガティブな感情が強く出ることに気づいたと語った。

#7では、自宅での出来事『寝ようと思って、妻の様子を見にいくと彼女がパソコンに向かい、事務長から依頼された原稿を書いていた』これを見て、「妻は、レベルアップしているのに自分は何もししていない」（無力感 70%、取り残され感 40%）、「無駄に時間を過ごしている。成長もしないまま時間が過ぎていく」（焦り 50%）、「妻にも構ってもらえない」（寂しさ 40%）などの自動思考と感情が湧き起こった。自動思考の奥にある考えを検証する欄には、「全く成長しないまま老いる」「このままでは、生活も維持できなくなる。社会的信用も築けない」と書かれていた。クライアントの破局視（運命の先読み）的思考が認められた。この奥には、「自分は何もできないダメな人間だ」（中核信念）と認めていることも気づいたと話した。適応的思考の欄には、「妻が向上していくことは、自分に取ってもプラスになる」「自分はうつを乗り越えて、新たに進もうとしている。破局的な考えは、自分の体験からくる推論であり、今の自分は無理をしないで一步步つ前に進んできた。もっとそのことを評価しよう」（確信度 60%）と中核信念を否定し、適応的な考え方に変える力がついてきたことが認められた。その結果、否定的な感情は、「無力感 40%、取り残され感 0%、焦り 30%、寂しさ 10%」まで低下した。

#8でも夫婦間の出来事が書かれ、妻から見捨てられる恐怖や夫婦生活の不安などが書かれていた。この出来事からも自動思考では“破局視”する考え方が書かれていたが、適応的思考の構築も順調に進んでいた。

#9では、出来事『夜、自宅でくつろいでいると前職場の介護士をしていた先輩から電話があり、来月独立すると聞いた』→自動思考「自分は何をしているのだろうか」（情けなさ 70%）「先輩はどんどん成長しているのに自分は進歩がない」（焦り 60%）「自分にはとてもできない。自分はダメである」（自己否定感、憂うつ 50%）という中核信念が自動思考の段階で記載されていた。＜もしそうだとすると自分の生活や将来にどういう意味を持ちますか？＞「ステップアップできず空虚な人生になる」と破局的思考が書かれて

いたが、適応的思考では、「自分の周りに出世する人間が多いことは、自分にとって財産となる」（確信度 80%）。「今、仕事や家庭、趣味においてやりたいことができている。人と比較することはしんどくさせるだけで意味のないことだ」（確信度 80%）「人生を仕事だけでなく多面的に捉えることが大切なことだ」（確信度 70%）と書かれ、適応的思考の獲得が順調に進んでいった。

以上のように、# 4 から # 9 の DTR（7 コラム）記入により、中核信念が賦活する出来事が起こってもその根拠となる考えを否定、反証し適応的な思考へ変容することができるようになった。しかし、夫婦間で生じる見捨てられ不安や仕事関係で生じる無力感により深いスキーマが賦活すると思われたので、スキーマ療法での介入を提案し、クライアントの同意を得た。

第 3 期（#10～#16）早期不適応的スキーマの修正と自己肯定

10 では、早期不適応的スキーマを理解することに重点を置き、スキーマ療法についての心理教育を実施した。心理教育の内容は、早期不適応的スキーマの成立について、その 5 領域と 18 の早期不適応的スキーマを当機関で作成した印刷資料で説明、各スキーマが活性化した時の不適応的コーピングスタイルとその具体例の説明などを行った。具体例は、別途、それぞれのコーピングスタイルの事例を書いた表を渡し、該当するものに印をつけてくることをホームワークとした。# 9 までの DTR（7 コラム）作成により、クライアントは自らのスキーマの特徴をほぼ理解しているので、この作業は、クライアントが自らのスキーマを詳細に同定していく作業となる。フラッシュカードの作成は、# 11 以降の作業とした。

フラッシュカード技法で作成したカードは、クライアントが常に持ち歩き、スキーマが活性化されそうになった時、すぐに関連するカードを見るようにする。そのためには、スキーマに対する強力な反証がカードに書かれている必要がある。クライアントは、カードを読むたびに、スキーマに対する合理的な反応のリハーサルを行うことができる。最初はセラピストとクライアントが協同してフラッシュカードを作成する。（ヤングら、2008）

当機関のフラッシュカードは、DTR で訓練した後にスキーマ療法が必要と思われる場合、クライアントの同意を得て介入していくため、フラッシュカードは、DTR と同じような形式をとっている。その形式は A4 シートに『①出来事、②気分・感情、③自動思考、④スキーマの種類とその反証、⑤適応的な考え方』を記入する表形式をとっている。最初の数回は、今まで語られてきた出来事から認知や行動のパターンが類似している状況を捉え、それについてのスキーマをセラピストと協同で検証し、その場でクライアントが書き上げていく。数回これを行うことでクライアントは自己のスキーマをより明確に理解し、適応的思考が身についていく。その時点からフラッシュカードをホームワークとし、自ら書き上げてきたカードをカウンセリングで検証していく。

このケースにおいても、DTR（7 コラム）でトレーニングし、適応的思考の訓練も重ねてきたので上記の方法で介入していく方針を立てていた。

#11では、これまでのセッションで妻に対するコンプレックスや他人と比べて辛い場面が何度も出ていたのでそれらの一つを題材にしてフラッシュカードを書き上げることを提案した。題材はクライアントが最近、起こった出来事を取りあげたいと申し出た。「出来事は、妻が寝る前に再来週マネジメント研修の最終回があるので不在にするといったことです。これに対して自動思考は、“他の人と比べ自分の努力が足りないのではないか。無知で劣っているのではないか”という考えでした。感情は、不安 80%」この出来事から彼の中にある早期不適応的スキーマを協同で探っていき、フラッシュカードを作成していった。

『僕は、妻が仕事の話をするときすごくナーバスになってしまう。妻と比べ劣っているんじゃないかと過剰に反応してしまう。それだけではなく他人と比べて自分はダメな人間だと思う癖がある。でも、このような思いが僕の中の“断絶と拒絶”領域の“欠陥／恥スキーマ”のせいで生じていることは理解できている。この原因は、幼児期に僕を見捨てていった母親であり、妻のせいではないことは明確なことだ。さらに、幼児期から思春期にかけての体験から、“見捨てられ／不安定スキーマ”が形成された。その結果、妻が不在になることで不安感も強くなることがよくある。しかし、今の僕は、妻を愛し、妻も僕を愛してくれていることは知っている。これを確信することがスキーマを変容するための唯一のやり方だ。また、妻がスキルアップし評価されることは、一緒に人生を歩む僕にとっても大いにメリットがあり、喜ぶべきことだ。僕もうつを乗り越え、今は他人と比べても遜色ない仕事ができているし、患者さんからも信頼されている。』

上記のフラッシュカードを協同で書き上げることにより、クライアントは妻に対して不安感や見捨てられ感が生じたときに、このカードをいつでも読み返すことができるようになる。

不安な場面に入りそうになったときにこのカードを読めば、彼はポジティブな方向に自らの視点を修正することができるようになる（ヤングら、2008）。

#12から#16まで最近のネガティブな出来事をアジェンダとしフラッシュカードを協同で書き上げていった。この作業を通し、クライアントが幼児期から思春期までの体験が早期不適応的スキーマの形成の原点になっていることを確信していった。彼が活性化しやすい早期不適応的スキーマは、“断絶と拒絶”領域（第1領域）の“欠陥／恥スキーマ”や“見捨てられ／不安定スキーマ”，“自律性と行動の損傷”領域（第2領域）の“損害や疾病に対する脆弱性スキーマ”であることが明確になり、そのスキーマ群は、形成された当時は適応であったが、今は不適応な反応を引き起こしていることが理解できていった。また、フラッシュカードを持ち歩き、それを必要に応じて読み返すことを通じて自らのスキーマ（“欠陥／恥スキーマ”，“見捨てられ／不安定スキーマ”，“損害や疾病に対する脆弱性スキーマ”）を克服し、“ヘルシーサイド”を強化するための行動をとることができるようになっていった。

第4期（#17～#18）フォローアップセッション

入室後、着席して様子を聞くと「すこぶる快調」と述べた。久しぶりに家族旅行にも行き、楽しく過ごせたと報告した。仕事も焦りはなく、当分は非常勤のままでいいと思えるようになったという。

「抑うつ感情や不安感情についてもほとんどありません。人に役立つ仕事ができている満足感や、やりがい、使命感が湧いてきていますが前みたいに追い込まず、できることをやっていけばいいとも思っています」「自分が変わってきていると気づきました。過去を見つめ直し、スキーマを克服できてきています。過去と今がうまく繋がってきた感じがします。いつもダメだと決めつけていた自分が肯定的な見方に変わってきました。ふっと嫌な気持ちが湧き上がるとカードを確認して、考え方をチェックしています」と述べ、認知の変容が順調に進んでいることが確信できた。

#18では、調子は良好で以前と比べると全く違うと報告した。フラッシュカードを作成し、持ち歩くことでセルフセラピーのスキルも獲得できていることがうかがえた。いまの状態は、以前と比べて下記の変化が起こっていた。

- ①妻とは、非常にうまくいっており家族の悩みはほとんどない。たまに不安が起こってもすぐに見方を変えて対応できている。
- ②仕事が非常に楽である。
 - ・前日に翌日の準備をしないという行動実験も続けているが、当日の対応で問題が起こったことはない。（行動実験により、予期不安が強かったことが理解できた）
 - ・朝、出勤前の憂うつさやしんどさがなくなった。
 - ・細かい仕事と重要な仕事を冷静に判断できるようになり、仕事にメリハリをつけて対応できているので楽になった。
 - ・デメリットばかり注目してしまう癖（トンネル視）がなくなり、メリットは何かを考えられるようになった。
 - ・仕事を任されることが多くなり、自分は認められていることが理解できた。
 - ・患者に対する対応も自信がついてきた。うまくこなせていると実感している。
 - ・薬は、#16までに段階的に減薬された。#17時点では、睡眠導入剤のマイスリー5mg／日のみになった。
- ③うつになった事はマイナスでなく、人生に役に立っていると思えている。スキーマの理解と修正が生き方や考え方をこんなにも変えていくのかと実感した。
- ④あれだけ悲観していた将来が楽しみになってきた。

このように述べ、これから自分にできることとできないことを客観的視点に立って検証し冷静に前に進んでいけばいいと語った。

6. 考 察

ヤングは、スキーマ療法の対象となるのは、自身の生得的な気質と人生早期における環境との相互作用を通じて、不運にもこれらの中核的欲求が満たされることのなかった人た

ちであり、スキーマ療法の目的は、患者が自らの中核的な感情欲求を満たすための適応的なやり方を見つける手助けをすることであると断言している。特に幼少期から思春期にかけての有害な体験の結果として人生初期に形成されたスキーマが、パーソナリティ障害の問題、およびパーソナリティ障害ほど深刻でないがなんらかの性格上の問題、すなわち多くの慢性的な精神障害の問題の中核にあると仮定している。本症例においても、クライアントが人生早期に体験した辛い体験が中核信念の根底にあり、それが慢性的なうつ症状の原因であるという仮説を立て、“いま、ここで”の問題解決だけでなく、早期不適応的スキーマの修正と適応的な考え方と行動を身につけることが根本的な解決になると考えた。本症例は、パーソナリティ障害ほど深刻なケースではないが慢性的な精神障害の問題を抱えており、スキーマ療法の認知的技法を取り入れることにより症状の軽減につながることを示された。

第1期（#1～#3）に認知モデルや認知の歪みについての心理教育に重点を置いたことによって、具体的な出来事と認知・感情・行動・身体の一連のつながりの理解が進んだ。出来事モニタリングシート（2コラム）からセルフモニタリングシート（3コラム）に段階的に進めながら、心理教育の復習も常におこなったことがセルフモニタリング力の促進につながったものと考ええる。また、#1の段階で「家族は一緒に行動すべきだ」（図1）という認知の歪み（べき思考）が示され、クライアントの思春期までの辛い体験がこのような信念につながっていると考えられた。このような時に生じやすい怒りの感情については、怒りを抑える行動実験を提案した。その提案を実施することにより、クライアントが怒りを表出することにより家族はクライアントを避けるという悪循環が生じるという理解につながった。仕事を事前に準備しすぎてしまうことに関しても、自動思考の奥にある考え方を修正し、新しい考え方が問題ないかを行動実験としての課題を出した。この行動実験も認知の修正に大いに役立ったと考える。

第1期で認知モデルの理解が進んでいったので、第2期（#4～#9）では、適応的思考を獲得する訓練として非機能的認知再構成法（DTR）を中心に進めていった。DTRは、自動思考の根拠とそれを反証する力を高めるため、7コラム法を採用した。当機関の7コラムは、ソクラテス式質問法を多用したA4用紙3枚で構成されるため、クライアントによってはホームワークで作成するのは困難な場合がある。そういう場合は、数回は口頭で進めていくが、A氏の場合は第1期でのホームワークも順調にこなして理解が進んでいったため、問題なく7コラムに入っていた。この間の作業では、“破局視”や“過度の一般化”が多く見られ、その結果、無力感や取り残され感、憂うつ感などの感情が生じていた。“自分はダメな人間だ”という中核的信念が明確になり、その修正も進んでいった。#9でここまで進んでいったのは、第1期での心理教育と具体的な出来事を取り上げ、認知モデルを理解していったことが大きい要因だったと考える。

“いま・ここで”の問題を解決するという視点からはこの状態での終結も考えられたが、クライアントの心の奥にある早期不適応的スキーマへの介入がより適応的な対応力を獲得できると考え、スキーマ療法への移行を提案した。

第3期（#10～#16）の#10では、スキーマ療法について心理教育を行い、18の早期不適応的スキーマが活性化した時に起こるコーピングスタイルの事例表を渡し、その事例をクライアントに当てはめた場合、どの事例がクライアントに起こりやすいかを検討することをホームワークとした。具体的な事例を、細かく検討することによって、#11からのスキーマフラッシュカードで検討していく早期不適応的スキーマの同定に役立ったと考える。

#12では、フラッシュカードの作成について説明をした後、具体的事例を挙げ、共同で進めていった。第2期に7コラム法で自動思考の反証をトレーニングしていったことが認知的技法の延長線であるフラッシュカードを理解し、それを作成する力を養ったと考える。その結果、早期不適応的スキーマの同定も順調に進み、自分自身をモニターし、その有様を理解し、自分の欲求を適切な形で満たそうとする“ヘルシーアダルトモード”（健康的な大人のモード）（ヤングら、2008）が定着していったと考える。

以上のように、来談時は慢性化した抑うつ症状を示していたが、スキーマ療法を行っていったセッション後半ではネガティブな感情を抱くような出来事は一気に減少していった。薬物も来談時は、抗うつ剤3種、抗不安剤1種、睡眠導入剤1種を処方されていたが、#5で抗うつ剤1種が減薬され、#14では、抗うつ剤1種、睡眠導入剤1種となり、#17時点では抗うつ剤、抗不安剤の処方はなくなっていた。この症例が示すように慢性的なうつ症状を示すクライアントにもスキーマ療法を取り入れた統合的な認知行動療法が有効的であると考ええる。

参考・引用文献

- American Psychiatric Association 2013 Diagnostic and statistical manual disorders (5th edition).
Author. 日本精神神経学会（監修）高橋三郎・大野裕（監訳）2014 DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院.
- ジュディス ベック（著）、伊藤絵美・神村栄一・藤澤大介（訳）2004 認知療法実践ガイド・基礎から応用まで. 星和書店.
- 大野裕 2010 認知療法・認知行動療法 治療者用マニュアルガイド. 星和書店.
- アaron・T・ベック, A・ジョン・ラッシュ, ブライアン・F・ショウ, ゲアリー・エメリイ（共著）坂野雄二（監訳）神村栄一・清水里美・前田基成（共訳）2007 うつ病の認知療法（新版）. 岩崎学術出版社.
- 東齊彰 2011 統合的観点から見た認知療法の実践—理論, 技法, 治療関係—. 岩崎学術出版社.
- ジェフリー・E・ヤング, ジャネット・S・クロスコ, マジョリエ・E・ウェイシャー（共著）伊藤絵美（監訳）2008 スキーマ療法—パーソナリティの問題に対する統合的認知行動療法アプローチ. 金剛出版.
- Barlow, D. H. 2001 Clinical handbook of psychological disorders (3rd ed.) New York: Guilford Press.
- アaron・T・ベック, A・フリーマン, D・D・デイビス（共著）井上和臣・友竹正人（監訳）2011 改訂 第2版 パーソナリティ障害の認知療法. 岩崎学術出版.
- 伊藤絵美（著, 編集）津高京子・大泉久子・森本雅理（著）2013 スキーマ療法入門. 星和

書店.