

Cognitive Remediation Therapy for Anorexia Nervosa

神経性無食欲症に対する
認知機能改善療法



AUTHORS :

著者

KATE TCHANTURIA

ケイト・チャントウリア

南ロンドン・モーズレイ NHS トラスト

コンサルタント臨床心理士、准教授

キングスカレッジ・ロンドン・精神医学研究所

HELEN DAVIES

ヘレン・デイビス

南ロンドン・モーズレイ NHS トラスト

キングスカレッジ・ロンドン・精神医学研究所

CLARE REEDER

クラーレ・リーダー

キングスカレッジ・ロンドン・精神医学研究所

TIL WYKES

ティル・ワイクス

臨床心理リハビリテーション学教授

キングスカレッジ・ロンドン・精神医学研究所

Japanese translation :

日本語訳 :

Research Center for Child Mental Development, Chiba University

Graduate School of Medicine

千葉大学大学院医学研究院子どものこころの発達研究センター

CRT research team

CRT 研究チーム

Kenichi Asano

浅野憲一

Michiko Nakazato

中里道子

第 1 章

イントロダクション

「千里の道も一歩から」 老子

ようこそ！

このマニュアルの狙いは、神経性無食欲症を患う患者さんに向き合っている人たちに、患者さんのこころの柔軟性や大局的な思考スタイル(global thinking strategies) を促進する包括的なモジュールを提供することです。

最近までは、大人の脳はもはや変化しないと考えられていました。しかし、最近の脳科学や心理学の知見からは、必ずしもそうではないことがわかってきています。

脳や思考、情報処理の形式は生涯を通じて変化しうるのはです。このモジュールは重篤な神経性無食欲患者の治療の出発点として、「脳のトレーニングジム」を紹介しています。

臨床現場では、既に様々な心理的治療を試みながらも病歴の長くなった「治療抵抗性」と称される患者さんに出会うことが少なからずあり、治療者にとっての課題となっています。こうした患者さんに対しては、今までと違ったアプローチでの治療を行う必要があります。重篤な患者さんに対しては、「症状」としての食行動異常をターゲットとすることから始めるよりもむしろ、認知機能を高める練習を行うことで治療意欲を整えながら、思考の「プロセス」をターゲットにすることから始めると良いのではないのでしょうか。こうした方法によって、治療者は、患者さんが治療に取り組んでいることや、患者さんが治療構造に参加する力を持っていることを確認することができるでしょう。

本マニュアルは、神経性無食欲症の診療に携わる専門家が脳科学の最近の知見を現場で役立てること、つまり、エビデンスに基づく研究の成果を、臨床実践の場で活用するために作られたものです。

マニュアルには、以下のような実践的な内容が含まれています。たとえば、神経性無食欲症患者さんに認知機能改善療法(Cognitive Remediation Therapy: CRT, 以下 CRT)を行うことの理論的背景、患者さんに CRT を紹介するための導入のスク립ト、セッションのプラン、推奨されるウェブ上のサイトを含む訓練法、症例、スーパービジョンやワークショップなどでよく寄せられる質問、スーパービジョンやグループワークに関する情報、などです。また、治療者による CRT の質的な評価についての記載や、私たちが最初に CRT

を重篤な神経性無食欲症患者さんの診療に活用しようとした試みの総括なども含まれています。

患者さんはどのように考えながら、また、どの方略を用いながら、それぞれの課題に取り組むのでしょうか？また、面接室内で取り組まれたその方略をどのように患者さんの「日常生活」へと活かしていくのでしょうか？私たちは、CRT のアプローチが、その探究に役立つことを願っています。CRT の訓練は、患者の普段の習慣に小さな変化を起こす可能性を高めるだけでなく、より重要な治療的取り組みを始める手がかりにもなります。それは、摂食や体型や体重に関連する問題行動の変容など、より大きな変化を起こすための土台となることでしょう。

以下の motto がこのモジュールの狙いをよく表しています。

私の問題を抜きにして私のやり方を考えることは難しい。なぜなら私の問題とは私の考え方そのものだから

このマニュアルが、あなたの患者が“考えること”について考え始め、変化を起こすものとして役立つことを望んでいます。CRT を特徴づけているのは、シンプルさ、特別な題材を用いること、介入による動機づけです。入院患者さんを対象として CRT を始めたところ、心理的介入を始めるにあたって、CRT は最も受け入れられやすい介入の様式であるようです。

どうか、良い旅を。

CRT はどこから始まるのか？

認知的な訓練を治療に用いた最初の報告は、第二次世界大戦での脳損傷の患者さんを対象とした研究に遡ります。ロシアの優れた神経心理学者であった A. Luria がこの領域での先駆的な研究を行いました。それによると、認知的な訓練を行うことで、脳損傷による脳機能低下を患った患者さんに、機能の回復が認められたということです。

近年まで、認知機能の訓練 (cognitive enhancement) は脳損傷患者のみに行われていましたが、現在までにその適応は徐々に拡大されてきています。たとえば、この CRT のモジュールで行う訓練の多くが、Ann Delahunty らが行った CRT の先駆けともいえる統合失調症患者さんの認知のシフトに関するモジュールでのタスクにもとづいています (Delahunty et al, 1993, 2001)。さらに、統合失調症患者さんに対する CRT は、Wykes & Reeder (2005)、Medalia & Choi (2009) 等によって進められました。CRT は、その他にも、注意欠陥多動性障害や学習障害 (Stevenson et al., 2002)、強迫性障害 (Buhlmann et al., 2006)、器質性の脳機能障害 (Goldberg, 2001) などでも有効性が確認されています。

さらには、教育心理学(Feuerstein, 1980 など)、ビジネスシーン(www.themindgym.com など)、老年期の心理的諸問題(Goldberg, 2005)などにも適用されるようになりました。患者さんの技術の練習や新しい方略の習得を勇気づけていくことは、QOL に影響したり、機能を強化したり、自信を回復させたりすることがわかってきたのです。統合失調症に関する文献のシステマティック・レビューでは、この介入を行った患者群で、認知機能の発揮や臨床症状、全般的な機能において改善が認められたことが、明確に示されています (McGurk et al 2007; Wykes & Huddy 2009 など)。

メンタルエクササイズは脳をどのように変えるか？

人は習慣に強く依存する生き物であり、一日のほとんどの時間は、以前に行った物事を行うために費やしています；毎日同じ時間に起き、同じように朝食を摂り、同じ道を通って仕事場や学校へ通う、等の習慣です。それらのルーチン作業により、ほとんどの時間、脳は自動運転される傾向にあり、それほど意識的に考えずに環境に反応することができます。一方で、脳は新しい情報を取り入れて学ぶ能力もあり、おかれた環境のなかで、その学んだ別の方法をやってみることが出来ます。私たちは、意識しながら何かを行うことで、受動的に反応するのではなく、しっかりと環境に関わり対応することができます。

最近の研究者は、脳はこれまで考えられていたよりもずっと可塑性があり、この可塑性の故に、脳は再構成できると考えています (Doidge,2007)。脳の可塑性とは、脳が神経レベルおよび認知レベルいずれにおいても、環境の求めに応じて、自らを修復する能力を持っているということです。また、それは、脳の新しい成長と、環境からの明確な刺激と、失われた機能の回復の間に何らかの関係が存在する可能性があることを意味します。つまり、我々の脳は、使われることで形作られ、特定の技法を実践することで関連領域が活性化され、使用される領域が拡大するのです。例えば、ミュージシャンの脳は、脳の聴覚処理を司る領域である、ヘシュル回が発達し、その活動性が高く (Schneider et al.,2002)、タクシー運転手は、記憶に関連する海馬が大きく、活動性も高いことが明らかになっています (Maguire et al., 2000)。さらに、加齢による認知機能の低下に直面している人々 (Goldberg,2005)、あるいは特定疾患に関連して認知障害のある人々においても、このようなことが明らかにされてきました(Wexler et al.,2000)。

認知機能改善療法の目標

CRT の主たる目的は、脳機能が改善するであろうという期待の元に、脳内のつながりを訓練することにあります。これは認知訓練を行うことによって、脳内神経ネットワークが

活性化され、あまり使われていなかった領域に影響を与えていくという発想に基づいています。Wexler と共同研究者は、精神病を罹患していて作業記憶の機能不全を来している患者が、CRT を受けることで、計画性と柔軟性に関連する脳の領域の活動性が向上するという知見を得ています (Bell and Bruson, 2001; Bell et al; Wexler et al., 2000)。この知見は、CRT を練習することでパフォーマンスを改善し、スキルを用いる自信を高めるだろうということを示唆しています。統合失調症の患者さんに対して CRT を用いたすべての研究に関するレビューでは、CRT には治療効果があり、患者の機能改善をサポートする役割を果たすことを支持しています (McGurk et al, 2007; Wykes and Huddy, 2009)。

CRT の第二の目的は、患者が、自らの思考スタイルについて意識を高める方法として、エクササイズをじっくりと振り返るよう働きかけることです。これは、新しい戦略を意識的に学習し、何度も使い、実践し、そして行動へと汎化していきます。つまり、CRT は、思考スタイルを改善するために、スキルを用い、振り返り、誘導による発見を導くことを目的としています。

CRT の更なる狙いは研究エビデンスから示されています。それは、変化しようと動機づけられていること、生活を通して学べる自信を持っていること、そして失敗から学ぶことによって人生のすべての面において素晴らしい目的が達成できるという点です。Carol Dweck (2006) とその共同研究者が行ったいくつかの研究では、人には、二つの考え方、すなわち「固定」(才能や能力は、持っている、あるいは持っていないにかかわらず、固定されていて変更不能であると仮定する) と「成長」(才能は発展し得ると仮定する)、があることを示しています。Dweck の研究から得るべき重要なメッセージは、人々は、その能力ではなく、努力や挑戦に対して賞賛されるべきである、ということです。このような考え方を、CRT の全体的なテーマとして活用しながら認知機能のエクササイズを行い、それらを振り返り、日常生活で実践することが成功につながるでしょう。

CRT は次のような介入技法である...

- ・ 認知方略や思考スキル、実践を通して情報処理を改善するためのメンタルエクササイズで構成されている
- ・ 思考スタイルを振り返ることを奨励する
- ・ 「考える」ということについて考えることを促す
- ・ 日常生活において、新しい思考戦略を開拓することを支援する

神経性無食欲症と関連した考え方のパターン

神経性無食欲症 (Anorexia Nervosa: AN, 以下 AN) の原因と症状維持には、複数の要因

が関わっています。遺伝的、生物学的、発達の要因が含まれていることを示すデータもあります (Jacobi et al, 2004)。さらに、収束研究では、ある種のパーソナリティ特性が、症状維持に寄与することが示されています (Schmidt and Treasure, 2006)。そのような特性には、疾病の転帰不良と関連している強迫性パーソナリティ障害が含まれています (Crane et al, 2007)。神経性無食欲症の患者さんは、細部へのこだわり (Lopez et al, 2008a, 2008b; Southgate et al, 2005)、柔軟性の乏しさ (Roberts et al, 2010; Tchanturia et al, 2004)、ルールへのこだわり (Southgate et al, 2009) などの特性が見られます。これらの特性が体重増加の後でも残存することがエビデンスとして明らかにされています (Green et al, 1996; Kingston et al, 1996; Szmukler et al, 1992; Tchanturia et al, 2004)。

人それぞれ、考え方は様々です。新しい情報を取り入れ、異なる考えや概念によって注意を切り替えることがとても容易で、置かれた環境の中で、ある刺激から別の刺激に対応することに問題のない人もいます。そうした人たちは、概ね一度に複数のことをすることに長けています。一方で、一度に一つのことだけに集中することを好み、一つの作業が終わるまで邪魔されたくない人もいて、慎重に物事を進めます：神経性無食欲症の患者さんは、後者に当てはまるようです。こうした思考スタイルは、臨床面での体重のコントロールだけでなく、患者さんの生活の他の面にも表れます。これは、「まあいいかな」と何か放っておくことが難しいことや、完璧さを求めて確認することが助けにはならず、むしろ差し障ることなどに表れます。一つのことにとっても集中しながら、必要に応じて柔軟に対応できることは、非常に重要なことです。状況によって何が必要とされているかによって、細部と概観の両方を見ることには価値があります。しかしながら、一つの思考スタイルが極端になり、他の思考スタイルを支配してしまうと、あまり有用ではなくなってしまいます。例えば、極端に集中しすぎると、他の選択肢を用いることを止めてしまい、細部にこだわり過ぎると、物事全体を見るのが難しくなります。このような時には、他の好ましい戦略に気づいておき、物事を考えるにあたっての広いレパートリーを持っておくことが、とても役に立ちます。

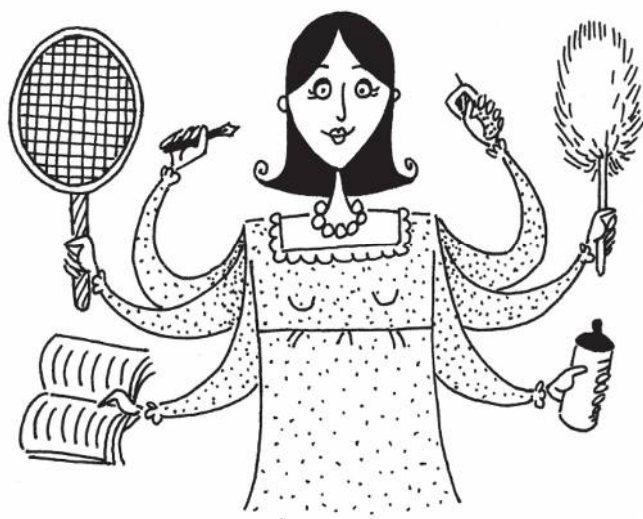
柔軟な考え方ー研究から学んだこと

セットシフティングは、複数を同時に行う課題の中で、前後に心の働きや心構えを働かせる能力とされています (Miyake et al, 2000; Lezak et al, 2004)。セットシフティングにおける問題は、具体的な、厳格な問題解決法アプローチや、保続的で、常同的な行動などに認められる、非柔軟的な反応に表れます。神経心理学的な研究による強力なエビデンスによると、神経性無食欲症の患者さんは認知的な非柔軟性や弱いセットシフティング能力の特性が強く示されました (Tchanturia et al, 2004a,b; Tchanturia et al, 2005;

Roberts et al, 2007; Roberts et al, 2010; Tenconi et al, 2010)。神経性無食欲症の患者さんにおいては、こうした広範囲に渡るセットシフティングの困難さが、急性期だけでなく、体重回復後においても認められました(Tchanturia et al, 2002; 2004)。セットシフティングの困難さが、神経性無食欲症患者さんに見られる特性であるという意見は、その思考スタイルが一貫して頑固で、厳格で、同調的で、強迫的なことから、妥当性が示されています(Casper et al, 1992; Vitousek and Manke, 1994; Davies et al, 2009)。

セットシフティングは、環境の偶発性に対して、対応を変えることを必要とします。例としては、子どもの面倒を見ながら料理をすることなど、家族や友人や仕事仲間の要求に合わせて、習慣を変えることなどが挙げられます。このような場合には、二つのことを同時並行で行いながらも、反応は一貫して、常に変化し続けることが必要とされます。このような柔軟に考えるやり方は、あなたが一つの課題に慎重に取り組むことを好む場合には、むしろ難しいかもしれません。別の例としては、計画を土壇場になって変更し、代替案を取らなければならない場合です。もしあなたが、不変のルールや頑なな習慣にこだわる場合は、計画の予期せぬ変更は非常に不満かもしれません。

このモジュールは、そのような患者群に対して、頑固な考え方をターゲットにするというアイデアから構成されています。各課題は、異なる刺激の中で注意をシフトできるようデザインされており、毎日の生活の中で柔軟に考えることができるよう工夫された、イリュージョンや、注意のシフト、埋め込まれた文字のタスク、推測のタスク、カードゲーム、環境のタスクが含まれています。



柔軟な思考は役立つ

前述したように、私たちは概ね、習慣の生き物です。習慣や、ルーチンワーク、規則、物事を特別な方法や順序で行うこと、家庭や職場で、特別な時、特別な場所で、普段通りのやり方に従うのは、大変役に立ちます。習慣や決まったやり方に従って、心の中で、自動操縦的に動くことができます。そうすることで、生活は管理しやすくなり、予測可能となり、時間の節約、物事を探ることに時間を費やす精神的な労力や、選択肢を決断すること、不安や曖昧さ、混乱を減らすことにつながります。

しかし、柔軟な思考が乏しい人は、通常、習慣に依存しやすいために、うまくいかないことがあります。正しい規則や習慣は、新たな機会や経験を得ることの妨げとなり得ます。他の有益なことに用いることができる時間を占拠し、対人関係から孤立し、果てしない退屈、視野狭窄をもたらし、対人関係は平坦になってしまいます。習慣や規則が一旦崩れると、(例えば、病気や、外傷、喪失など)、結局は非常に取り乱してしまいます。例えば、特別なテディベアを抱っこして、寝付くようにしつけられた、決まりきった就寝前の規則に慣れた子どもは、テディベアが突然なくなると、ひどく動揺してしまうでしょう。

より快適に日常生活の環境や他者に適応するためには、他のやり方やスキルを取り入れたり、他のスキルを有する人と協同作業を行ったりすることが必要かもしれません。

大局的な思考について—知見から学んだこと

神経性無食欲症患者さんは、大局的な思考が苦手な、極端に細部にこだわる情報処理のスタイルを有するというエビデンスが確立されています(Lopez et al, 2008a, 2008b; Tenconi 2010, Wentz 2009)。神経性無食欲症患者さんはまた、摂食障害を罹患していない人たちに比べて、細かな情報処理過程を含む課題に長けていることが知られています(Gillberg et al, 1996; Lopez et al, 2006, 2008; Southgate et al 2007)。細部に焦点を付けることは、長所としても考えられ、特別にこうした技術を要する仕事、例えば、校正業などに求められると考えられます。しかし、一般的には、多くの仕事は、細部と大局的な両方の思考スタイルを要します。例えば、秘書は文章のタイプに詳細の注意を払う必要があると同時に、仕事の優先順位を考える必要があります。看護師は、正確に薬剤が適応されているか確認しなければならず、正しく患者を観察しなければなりません、同時に、すべての患者さんのニーズに気づき、一日のスケジュールを把握している必要があります。そのため、細かな思考スタイルのバイアスがあり、全体的な情報に対して極端に細部にこだわる傾向があると、問題になると考えられます。こうした情報処理スタイルは、「木を見て森を見ず」を意味します。神経性無食欲症患者さんは、細部や、順番や対称性に非常に

こだわります。このような思考スタイルはバランスある食事内容に関する全体的な栄養価を犠牲にして、カロリー内容、脂肪の含有量への没頭することにつながります。

マニュアルに含まれているのは、極端に細部に注意を向けるスタイルを同定し、大局的な思考の練習を促します。例を挙げると、複雑な絵の描き方を誰か他の人に説明すると、神経性無食欲症患者さんは、この課題で、全体的な特徴に気づくことなく、初めに細部を同定します(例えば、一つの形のそれぞれの線についての説明)。構成力に乏しく、形を正確に描き出すことが困難になります。さらに、神経性無食欲症患者さんは、細部に分けて図の情報を保持しているので、記憶の観点から認知的に効率よく提供していません。

日常生活では、このような細かい思考スタイルの例として、地図の方角を、電話で誰かに伝える場合が挙げられます。もし、すべての通過点やルート上のすべての店の細かな特徴に囚われれば、受け手の方は混乱し、どうしようとしているのか目的を見失ってしまうでしょう。大局的な思考を目指したマニュアルの練習には、先述のような複雑図形の課題、地図を用いて方角を説明する課題、手紙を箇条書きにしてタイトルをつける練習(患者に関連する話題、例えば、治療プログラムのリーフレット、摂食障害について、アセスメントレター等)、サマリーを他の人に要約して情報を伝える練習(短いテキストメッセージを送ることが有用)、優先順位の高いできごと(仮に、あるいは個人的に患者の生活上のできごとに関連した)について考える練習が含まれます。こうした課題の目的は、細部に焦点付けるよりも全体的な思考を促進することを目的とします。

木と森の両方を見ましょう

細かい思考スタイルを持つ人は、日々、周囲のことをワイドスクリーンで見るのではなく、むしろズーム設定されたカメラで見ており、例えてみると、印象派の絵画のようではなく、製図のように見ているとも考えられます。それは視覚的な解釈ではなく、触感、味、におい、音などの他の4つの感覚かもしれません。

どんなに細部が重要であったとしても、細部に焦点を合わせ過ぎると(顕微鏡のような視野)と、文脈(望遠鏡的な視野)を見失っています。幅広い視野を忘れてはいけません。すべての小さなステップが正しい方向に進んでいくように、常に頭に大局的な思考(全体像)を持っていることは重要です。行動する際に小さいことと大きいことの適切なバランスを保つことが難しいことも時にはあるでしょう。しかし、一步下がって振り返ってみるのはどんな時でもよい試みです。患者にとって、カロリーやボディイメージや体型を詳細にみることから離れて彼らの生活の大きな文脈について考えることは回復において大変役立ちます。

このワークブックには、‘木々のために森をみる’ための簡単なテクニックを促進し、細部に極端な注意を注ぐことの利点と欠点を理解できるような練習が含まれています。



認知機能改善療法は内容ではなく文脈をターゲットにしている

多くの心理療法（例えば、認知行動療法、認知分析療法、ゲシュタルト療法）は本来、認知機能が損なわれていないことを前提としています。認知的な厳格さや細部に焦点づけた思考スタイルは、これらすべての治療への取り組みや有用性に明らかにマイナスの影響を及ぼすようです。認知機能改善療法は、介入を有益にするための前提となっている障害のない認知機能に依存するというよりも、むしろその内容を基礎とした機能をターゲットとしています。その目的において、神経性無食欲症患者さんにとって有用な第一歩になるかもしれません。

さらに、患者さんの治療でみられる多くの問題点の一つは治療のドロップアウト率が高いことです。それには様々な問題があるのかも知れません。これらの一つは、患者さんの具合が悪い時には、感情や情動について議論することの難しさにあるのかも知れません。認知機能改善療法は情動的な内容をターゲットにしていないので、患者さんの病気の具合が悪いときや患者さんがそれらに向き合っ取り組む準備ができていないとき、患者さんにとってはより魅力的な治療となります。

思考スタイルのふりかえり

練習を通して脳のコネクションを強化する機会を患者に与えるのと同様に、認知機能改善療法は思考スタイルのふりかえりを促進します。特に、患者さんは以下1～4のふりかえりを求められます。

1. 思考戦略の強みと弱み；例えば、複雑な絵画タスクに関して、セラピストは「誰かに別の絵を説明するとき、説明の仕方をどのように変えるとよいでしょうか。」と尋ねることが出来ます。

2. 思考スタイルに関連する不安への挑戦；例えば、「鉛筆と紙のタスクをこのように完璧に行うのはなぜですか？ 'ほどよく'という状態では何がまずいのでしょうか？」
3. 自信を構築する；例えば、タスクを完遂する
4. 自己の強みに対して、承認と評価を得る

新たな行動に挑戦する

このモジュールは実験室内で分かったスキルと現実生活との関連に重きを置いています。これは、患者さんがセッション終了後に戦略や思考スタイルの振り返ることを奨励するだけでなく、セッション間で終えることのできる行動課題を導入することで実施されます。これらの小さな行動課題を始めることで、患者さんに達成感を与えることができ、別の認知スタイルをメンタライズし内在化することを助けることができます。

認知機能改善療法は学習する際に、安全で評価をしない肯定的な環境を提供します。そういった場を提供することで、患者さんは学び体験するために「練習を自由に失敗できる」と感じます。

神経性無食欲症の治療に CRT を使用するための妥当性は、次の基準に基づいています：

- ・ 成人の神経性無食欲症に対する第一選択治療のエビデンスは強固ではない。2004年に NICE は、神経性無食欲症の治療に対する研究のエビデンスを要約したが、それは若い患者に対して家族療法が治療選択肢と高く推奨されているものの、研究報告は限られており、成人の神経性無食欲症に対してエビデンスのある知見はない。そのため未だに強く推奨できる治療はないと結論付けている（NICE ガイドライン, 2004）。
- ・ 神経性無食欲症患者は認知戦略を切り替えるのが難しいというエビデンスがある（e.g. Tchanturia et al., 2005; Roberts et al., 2010）。
- ・ 神経性無食欲症患者は大局的な見方よりもむしろきわめて細部に焦点化する傾向がある（e.g. systematic review Lopez et al., 2008）
- ・ 神経性無食欲症患者の事例では高い割合で治療抵抗性が示されている（Steinhausen, 2002.2009; Treasure et al., 2010; Lock and Fitzpatrick 2009）
- ・ 重症の神経性無食欲症患者は、治療契約を確立することや、食事、情緒的痛みについて話すことが難しい。
- ・ CRT は、患者が思考について考えうる場所、小さな変化を始める機会を与える場所といった安全で動機付けを高める環境を提供する。

神経性無食欲症に対する認知機能改善療法のエビデンス

著者らはこのモジュールを介入に使用した予備研究を行いました。この予備研究は、南ロンドンとモーズレイ NHS 基金摂食障害ユニットで行われました。30名の神経性無食欲症患者さん（DSM-IVの診断基準に基づく）がこの予備研究に参加しました。この研究で用いられたアセスメントは、マニュアルの巻末を参照してください。

今日までに量的および質的なエビデンスが提供されている。

- (1) この介入からのドロップアウトは低率である (Tchanturia et al., 2008)、
- (2) 認知課題における患者の行動は十分に變化した (Tchanturia et al., 2008)、
- (3) 認知的戦略での患者の自己報告では改善した。
- (4) このパッケージに対して全体的に肯定的なフィードバックが患者と治療者から得られている (Davies and Tchanturia, 2005; Tchanturia et al., 2006 ; 2007 ; 2008; Tchanturia&Hambrook, 2009; Tchanturia, 2005; Tchanturia et al., 2008) .

さらにエビデンスはCRTの長期的な効果が示されており (Genders et al., 2008)、集団形式での治療として用いることが出来ることも示している (Genders& Tchanturia, in press)。

CRTは思春期の個人治療にも適用可能である (e.g. Cwojdzinska et al., 2009; Lock et al., in progress)。

治療は学習である

誘導による発見に基づく治療構造を患者さんに提供しましょう。もし患者さんが適切な思考スタイルを教わるのではなく、自分自身で新しく発見したのなら、より強力な学習経験を得ることが見込めます。そのため、課題の中で用いられる戦略と日常生活とのつながりを繰り返し、彼ら自身にとってのつながりを作ることは患者にとってより有益になります。

いくつかの状況で、我々は習慣を再学習する必要があります (病気、加齢、死別など)。

2つのとても重要なメッセージを覚えておきましょう :

学ぶのに遅すぎるといことはありません。

あなたの脳を適応させ強くするための合言葉は「使わないと忘れる」です！

CRT を通じて学ぶ成果について

以下に、患者さんが達成するのを支援し達成目標とすべき成果を示します :
思考戦略を振り返る。自分自身の考えの強みを知る。

今ある思考スタイルを疑う
新しい思考スタイルを探索する
柔軟な考え方へと改善する
意思決定や計画スキルを改善する
統合的な考え方へと改善する
思考スキルを小さな行動課題へとつなげる
特性を手なずけ小さな習慣を打ち破る
次の治療段階を準備する
今後の治療に取り組むための自信を構築する

私たちは通常、自分がどのように考えているかについて考えをめぐらすことはめったにないようです。外国のちいさな町に住んでいて大声で同じ言葉を繰り返し言い続けても、その土地の人たちにはうまく伝わらないように、たとえ望むものを得られない方法であっても、同じやり方で考える傾向があることが多いのです。解決するための方法は心のデフォルト設定に焦点をあて変化させることです。CRT は患者さんの思考スタイルの探索を援助することで、解決の方法に到達することに役立つでしょう。

第 2 章

モジュールの説明

このモジュールは、入院治療と外来治療の両方で用いられます。入院患者さんの治療の一部としては、入院後の第一段階の治療として用いられます。外来治療では短縮化した形で補助的に用いられます。治療効果を測定するため、神経心理学的検査、自己記入式、短い臨床面接指標は介入前、介入後、6か月後フォローアップに実施されます。予備研究でのアセスメントを付録に記しますが、これらが規定というわけではありません。諸外国ではより適した指標を用いることが出来ます。

モジュールは10セッションから構成されています。目標としては1週間に1, 2回のセッションを実施したいですが、患者さんによってことなり、時間構造は多岐にわたります。より良い効果を得るため、介入はかなり高強度のものでなければなりません。一度のセッションも30~40分は実施すべきです。

セッションはエクササイズを用いた特定のスキルの練習と治療者と患者さんによる思考スタイルに関する促進的なディスカッションを含んでいます。また、セッションは動機づけ面接のスタイルで実施されます。

以下はセッションプランの例です。患者がセッション内で行う課題がいくつも変わることが分かるでしょう。他の人がいくつしか終えないうちに、あっという間にすべて終わってしまうこともあります。目標とするのは、練習を繰り返して脳のつながりを鍛えるだけでなく、練習をきっかけにして内省を深めることであり、これらを40分の中でバランスよく行う必要があります。

セッションプランの例

- 1 × 複雑な図の説明
- 2 × イリュージョン課題
- 2 × ストループ課題
- 1 × 線引き推定課題
- 1 × マルチタスクカード課題
- 3 × メインアイデアの課題

CRTの材料

各セッションでは、次の資料が必要となります；関連エクササイズのコピー、カードを描いて遊ぶための紙とペンなど。

これらはイリュージョンタスクで役立つウェブサイトです。

例：

<http://www.brainden.com/optical-illusions.htm>

And for the Complex picture task:

<http://www.primaryresources.co.uk/english/pinst.htm>

行動課題

患者さんの準備が整ったと感じたら（およそ第6セッション後だが人によって異なる）、小さな行動変容をセッション外で起こしてみるよう勧めてください。エクササイズの中で話し合った方略を強化することが出来るからです。

以下は患者さんが実行した行動変容のリストです。ただし、これはあくまでもガイドの一つであり、患者さんとアイデアを話し合うことが望ましいです。この話し合いのためにセッションを割いてもいいでしょう。フィードバックを次のセッションで確認してください。

自宅での日課を変える

買い物をする間は、異なるブランドを選ぶ。例えば、食器洗い洗剤、保湿液、朝食用シリアルの異なる銘柄。

掃除の日課を変える（例えば、家の掃除のまえに朝食を取る、違う順番で部屋の掃除をするなど）。

朝の日課を変える。例えば、シャワーの前／後に歯磨き—就寝時も同じように。

お気に入りのお皿や／マグカップを変える。

手持ちの洋服を選別し、もう着ないであろう物は地元のチャリティショップへ持参する。

古い新聞紙、雑誌などは取っておかずに、例えば、気に入った部分だけ切り取り残りは捨てる。

入社時に散らかった家から離れ、晩に片付ける。クリーニングやアイロンかけも同様に。

食事のときに、違う場所に座る。

ショッピングリストにひとつ特別項目を加える（大量の食べ物ではなく、ハーブや香辛料やガーリックなど）。

室内にある小さな家具類や照明の配置を変える。

計量カップを使わずに、粉石けんの使う分量を見積もる。

リラックスする

‘お気に入り’のリストを聴くよりも、あなたの MP3 プレーヤーに入っているすべてのアルバムを聴く。

表紙から裏表紙まで雑誌全部を読むのではなく、数ページにざっと目を通すか読む異なるラジオ局を聴く。

異なる新聞や TV 番組で実験をする。

食べ物と無関係な、例えば、文房具、花、入浴剤、キャンドルなどの新商品を買うに行く。

異なる化粧をするか、化粧を控える。

異なる髪形にする（髪の分け目を反対側にする、髪を上か下に、おさげにするか違う方向に乾かす）。

たとえ送らないにしても、あなたが話をしてみたい人に向けて短い手紙を書く。

映画館や美術館へ行く。

図書館で CD か本を借りる。

公園やレクリエーション施設へ行く。

ボードゲームをする。例えば、チェッカー、チェス、モノポリー。

ゲームやトランプをする。

利き手と反対の手を使って絵などを描く。

仕事上の日課を変える

家から職場、大学、病院への行き方を変える（例えば、異なるバスを利用する、異なるルートで歩く）。

パソコンを使って文書を作成しているのであれば、その日限りで異なるフォントを使用する。

メールや作品を読むとき、内容の間違いと文法的な間違いの確認を切り替える。

異なるインターネットブラウザを使用する。

異なる携帯電話の着信音を選ぶ。

携帯電話の時刻表示（12 時間表示／24 時間表示）を変更する。

時計を用いず、時間を見積もる。



締めくくりの手紙

全 10 セッションが終わった記録として、セラピストと患者さん自身が手紙を書き交換します。これらは以下の点で役に立ちます。

- さようならを言うこと
- 学んだことや達成できたことを振り返り、要約する
- 他に何か役に立つことはないか振り返る
- 治療に参加したことについての反応を示すための追加手段となる
- 10 セッションを完遂した後も体験がどのように維持できるかを明確にする
- CRTの終了と患者が次に行うことの橋渡しをする 例えば認知行動療法

セッション 9 にて締めくくりの手紙のアイデア（特にその妥当性）を患者と治療者で議論することができます。手紙の内容について患者に尋ねてください。

- 治療に関して、何が役立ちましたか？
- 何が役立たなかったか？
- 介入は日常生活に活かすことができるか？ 他の人にもし薦めるとしたら？
- 介入はどのように改善できるか？

あなた自身の取り組みを評価する

患者さんの観察とあなた自身の観察を助けるための評価のフォームが付録 A に記載されています。これらはセッション9以後に締めくくりの手紙を書く際の手助けになります。

各課題の紹介文には質問が含まれており、患者さんに課題を振り返らせることができます。あなたの患者さんがセッションの進展以上に、簡単だと評価するかもしれないことを心にとどめておいてください。最初の2セッションでは、患者さんはセッション終了時の全体総括をより簡単だと思うかもしれません。これは最初の2セッションの評価フォームのスタイルに反映されています。

一部の患者さんは、課題に関連した自分の思考スタイルを認識し、自分が日常生活でどのように考えているかという思考スタイルを結びつけることが上手です。しかし、それ以外の患者さんはそうすることが難しく、少しの励ましが必要な場合があります。