

博士学位論文

認知行動療法における認知変容過程の  
分析と検証に関する研究  
—メタ認知構造に注目して—

A study on the Analysis and Validation of Cognitive  
Changing Process in Cognitive Behavioral Therapy  
— Focusing on the Metacognitive Structures —

関西学院大学大学院文学研究科

渡辺 克徳

Watanabe, Katsunori

研究指導員：中澤 清 教授

## 論文の要旨

### 1. 背景

近年、認知行動療法（CBT）では、マインドフルネスなどの新しい概念が注目されている。しかし、そもそもなぜ CBT は効果があるのかという、治療構造や治療要因に目を向けると、実は明確でないことが課題として存在した。その様な中で筆者は、臨床現場においてメタ認知こそが重要と考えるようになった。そこで CBT の治療構造や治療要因を明らかにすること。その上で新たなメタ認知構造を考慮した治療モデルを開発し、その臨床的有用性を検証し示すことを本研究の目的とした。

### 2. 本論文の構成

本論文は 9 つの研究からなり、序論（第 1 ～ 3 章）・本論（第 4 章～第 7 章）・結論（第 8 章）から構成され、本論は、第 I 部理論的研究（第 4 章～第 5 章）、第 II 部臨床的研究（第 6 章～第 7 章）の 2 部構成となっている。

### 3. 各章について

第 1 章では CBT について概観し、これまでの CBT（第二世代）に関する臨床上の問題点について触れた。第 2 章では、これらの問題点に対し、メタ認知が重要と考え、メタ認知と CBT との関係について概説した。これら 2 章の内容を踏まえた上で、第 3 章では、本論文の研究目的を設定した。

第 4 章では、まず認知療法（第二世代の CBT）の治療モデルの検証を理論的側面から行い、その過程の中で認知療法の問題点を明らかにした。

認知の歪みがあっても、抑うつにならない人びとが多数存在するのである。そこで自己意識理論を用いた仮説モデルを立て検証を行なった。結果は、部分的には仮説を支持するものであった。しかし、個々人の価値観などが重要であると考察され、質問紙尺度を組み合わせて数量的にモデルを解析する研究法の難しさと、多要因である抑うつ研究、とりわけ近年注目される、素因の問題の困難性についても考慮させられる結果であった。

第5章では、臨床群からのアプローチも重要と考え、質的研究法を用いて認知変容過程の階層的な構造に迫り、新たな治療モデルの生成を試みた。結果として、認知療法においてメタ認知を考慮することが重要であることを明らかにし、メタ認知構造を考慮した治療モデルを開発した。また、近年の CBT のエビデンスの蓄積より生まれてきた、診断横断的な流れ・背景について紹介した。その上で、この治療モデルが臨床場面で役立つと考えられる事例を報告した。この事例を提示することにより、対応の困難な事例に対しても、メタ認知構造を考慮した治療構造モデルが、診断横断的に臨床場面で役立つ可能性を示した。

第6章では、メタ認知構造を考慮した治療構造モデルが臨床現場において個々の事例に有用であるか検証を試みた。第1節では、統合失調症患者の事例を報告した。第2節では、統合失調症と共に、いわゆる精神病と呼ばれる内因性の重い症状を持つ双極性障害の事例を報告した。第3節では、集団精神療法に用いることの有効性について、精神科デイケアでの実践と基礎的な研究論文から考察を加えた。以上より、メタ認知を考慮した治療構造モデルは、エビデンスのある疾患はもとより、精神病圏の治療の困難な事例に対する、個人的・集団的心理療法においても役立つ治療的モデルであることが示唆された。

第7章では、メタ認知を考慮した治療構造モデルが精神科臨床に携わるスタッフに役立つと評価される水準のものなのか検証した。結果は、精神障害の理解には認知理論が有用だと考えるスタッフが多く、またメタ認知をモニタリングとコントロール機能として捉えることが、うつ病や統合失調症などの精神病理を理解することにつながり、今後の臨床にも役立つであろうとの評価であった。幻聴や妄想の形成過程モデルとしても、認知理論を用いることは、病状の理解にも役立つ、スタッフのかかわり方にも影響を与えると考えられ有効性の高いモデルであることを示した。

第8章は総括的考察であり、本研究で得られた知見に今日の医療や心理臨床の現場、および最新の研究の中で、どのような意義があるのか考察した。その上で本研究の限界にも触れ臨床心理学的研究として実践性と科学性を高める為に、循環的にさらなる研究を重ねていくことが必須であり、今後の課題であるとして論文を結んでいる。

#### 4. 結論

CBTにおける認知変容過程を理解するには、メタ認知構造を考慮することが有効であると考え、メタ認知を考慮した治療構造モデルを開発した。本研究で生成した治療構造モデルは、認知の修正を目的としたアプローチはもちろん、必ずしも認知の修正に焦点づけないアプローチも理解可能であることが示された。また臨床や研修場面でも役立つことも示され、近年、CBTにおいて注目されるマインドフルネスなどの、問題と適切な距離を持つという構造も解りやすく説明できると考えられた。本論文の結果は、実践的・統合的心理療法としてのCBTに関する研究として有効であることが示唆された。

## まえがき

著者が精神科領域を中心に臨床活動を行うようになって14年が過ぎた。その間にも心理療法に関する研究の流れは大きく変化し、また、著者個人としても様々な心理療法を学ぶ機会に恵まれた。しかし、そこで常に感じることは、完全に独立した心理療法など存在せず、かなりの部分で共通した側面があることであった。

このような視点から常に心理療法を眺めるきっかけになったのは、大学院時代の講師であり関西学院大学の大先輩でもある曾我昌祺教授（関西福祉科学大学）監訳「心理療法・その基礎なるもの」であった。この本との出会いにより、Lambert らの研究(e.g. Lambert,1992)を知り、その心理療法を捉える視点に深い感銘を受けた。確かに現在では、Lambert らの研究に対する批判 (e.g.丹野, 2014) もあるが、心理療法の分野に与えた影響については、認めなくてはならないであろう。

また、心理療法を研究する者の立場として、著者は修士論文から認知行動療法に関連するテーマを扱っていた。従って、博士論文の研究を行うには、エビデンスとして多くの効果研究があり、理論的な研究が行いやすい認知行動療法を中心に考えることは自然な流れであった。

しかし、実際の臨床現場では、著者の能力の問題もあるが、認知の変容を目的とした介入が困難な事例も多いという現実には著者は直面していた。認知行動療法の立場で治療的介入を行うのであるが、認知の変容は困難であるという矛盾に遭遇してしまったのである。また、実際の精神科医療で対応する患者は、薬物療法のみでは対応が困難な難治性のうつ病や統合失調症の人びとが多いことも課題であった。

このような状況の中で、実践と研究を重ねて行くと、自らの思考・認知に適当な距離を持つことが重要なことに筆者は気づいていった。患者にも「自らの認知を変えましょう」と言うよりも、「無理に変えようとはせずに、自らの非機能的な思考・認知に巻き込まれないように対応する方法を一緒に考えましょう」と伝える方が、対応が上手くいくことを確信するようになった。これらの臨床経験は、新世代の認知行動療法と呼ばれる研究の流れと時を同じくして獲得されたものであった。

心理療法における良い理論やモデルは、理解し易く適応範囲も広域であり、さらに治療効果もあるべきであろう。確かに個々の事例では、個別のアプローチがあっても良いし、また、そうあるべきだと筆者は考える。しかし、効果的な心理療法に共通点があるのなら

ば、それを意識しない手はない。そこで本研究は、認知行動療法を中心に心理療法の治療的共通性も意識しながら、臨床で役立つ治療モデルを求めて行われた研究である。

このような背景をもった研究成果として、原著論文「認知変容の階層性に関する一考察．～メタ認知をどうとらえるか，新しいモデルの試み～」(渡辺, 2012a) が『認知療法研究』に掲載された。続いて、原著論文「精神科デイケアをメタ認知の視点からとらえる．～二重見当識の獲得, 補助自我的かかわりを再考する～」(渡辺, 2012b) が『デイケア実践研究』に、研究論文「メタ認知構造を意識した統合失調症患者へのアプローチに関する一考察」(渡辺, 2013b) が『心理臨床学研究』に掲載された。本書は、これらの論文に紀要論文3編を加え、日本心理学会、日本心理臨床学会、日本認知療法学会、日本ブリーフサイコセラピー学会、日本デイケア学会の5つの異なる学会で発表された研究に加筆・修正を行い、まとめたものである。

# 目次

まえがき	i
------	---

## 序論

### 第1章 認知行動療法に関する概観とその課題

1.1 認知／行動療法の発展とその歴史	2
1.2 マインドフルネスの定義とその臨床応用	3
1.3 アクセプタンスと認知の機能の重視	4
1.4 第二世代の認知行動療法の実際と認知の歪み	5
1.5 認知行動療法のエビデンスからの指摘	6
1.6 本章のまとめ	6

### 第2章 メタ認知と認知行動療法に関する先行研究の整理

2.1 メタ認知とは（概念の定義と分類）	8
2.2 認知行動療法の基本仮説と技法	12
2.3 精神病理の発生に関与するメタ認知	14
2.4 治療過程におけるメタ認知の役割	19
2.5 本章のまとめ	21

### 第3章 本論文の課題および目的と構成

3.1 本論文の目的と意義	22
3.2 本論文の構成	23

# 本論

## 第 I 部 理論的研究

### 第 4 章 認知の歪みと抑うつ，そして階層構造へ

4.1 認知療法の治療モデルと抑うつ（研究 1）	26
1. 要約    2. 問題    3. 方法    4. 結果    5. 考察	
4.2 自己意識理論を用いて階層的な認知モデルを考える（研究 2）	33
1. 要約    2. はじめに    3. 研究目的    4. 方法    5. 結果    6. 考察	
4.3 非臨床のアナログ研究の困難性	48
4.4 本章のまとめ	48

### 第 5 章 認知変容過程における治療構造と治療要因を明らかにする

5.1 認知変容の階層性に関する研究（研究 3）	50
—メタ認知をどうとらえるか，新しいモデルの試み—	
1. 要約    2. 問題と目的    3. 方法    4. 全体的考察	
5.2 認知変容過程に関する仮説モデルの更なる検証と認知行動療法の特殊な 治療要因である「メタファー」について（研究 4）	78
1. 要約    2. 問題と目的    3. 研究方法    4. 結果    5. 考察    6. まとめ	
5.3 「メタファー」を扱うことの本研究での限界	89
5.4 近年の認知行動療法に関する研究との関連 —診断横断的な視点から—	90
5.5 メタ認知を考慮した治療構造モデルの設定（研究 5）	93
5.6 本章のまとめ	99



## 第Ⅱ部 臨床的研究

### 第6章 メタ認知を考慮した治療構造モデルの臨床的研究

6.1	メタ認知構造を意識した統合失調症患者へのアプローチ (研究6) . . . . .	102
	1. 要約 2. はじめに 3. 事例 4. 治療経過 5. 考察 6. まとめ	
6.2	メタ認知構造を意識した双極性障害へのアプローチ (研究7) . . . . .	117
	1. 要約 2. 問題と目的 3. 事例の概要 4. 面接経過 5. 考察	
6.3	精神病患者に対する集団療法の援助指針として、メタ認知を考慮した治療構造 モデルを活かす ～精神科デイケアをメタ認知の視点からとらえる試み～ (研究8) . . . . .	122
	1. 要約 2. はじめに 3. 問題意識 4. 事例 5. 考察	
6.4	本章のまとめ . . . . .	132

### 第7章 コ・メディカルスタッフ (治療援助者) への応用

7.1	メタ認知構造を意識した認知行動療法研修の試み ～メタ認知モデルは、スタッフ に受け入れられるのか? 臨床現場での評価とその可能性～ (研究9) . . . . .	134
	1. 要約 2. 問題と目的 3. 方法 4. 研修の流れと内容について 5. 結果 6. 考察	
7.2	本章のまとめ . . . . .	145

## 結論

### 第8章 総括的考察

8.1	本研究の今日的意義 . . . . .	147
8.2	本論文の成果と提言 . . . . .	148
8.3	今後の課題 . . . . .	150
8.4	今後の展望 . . . . .	151
引用文献	. . . . .	153
あとがき	. . . . .	167

# 序論

# 第1章 認知行動療法に関する概観とその課題

## 1.1 認知／行動療法の発展とその歴史

熊野（2012）によれば、認知／行動療法（ここで用いる認知／行動療法とは、認知行動系の心理療法を広く含む広義の意味である）の発展は、1950年代に学習理論に基づく行動療法が誕生したことによって始まる。具体的には、レスポデント条件づけの原理を恐怖症などの治療に応用した流れと、オペラント条件づけの原理を子どもの学習の促進や回避行動などの随意行動の変容に適用した流れが含まれる。この一連の流れが第一世代である。ここでの学習理論は厳密な動物実験に基づくものであり、客観的に捉えうる環境中の刺激を操作することができたため、確実な治療効果が得られるという利点があった。しかし、その一方で、気分障害、不安障害、摂食障害など、クライアント本人の考え方や感じ方などが行動に大きく影響を及ぼすような問題には適応しにくいという面もあった。例えば、気分障害では同じ状況下でも快と不快の感じ方がクライアントによって違ったり、摂食障害では、本来ならば食行動の持つ意味が正のものであるはずなのに、クライアントによっては、罪悪感などにより負の意味を持ったりするのである。そこで、1960年代に認知を行動の原因と考える認知モデルに基づいた認知療法が登場し、第一世代と合流することで認知面も行動面も統合的に扱おうとする認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy: CBT）の時代になった（第二世代）。

しかし、上記のとおり、行動療法と認知療法はまったく異質な理論的立場をもつ治療体系であったため、近年その適応範囲が拡大されるにつれて、さまざまな限界や混乱が明らかになってきた。例えば、理論的には行動の原因であるとされる認知的変数の効果が、実証的研究において確認されないといったことなどである（e.g., Teasdale & Dent, 1987；詳細は第2章5節）。さらに臨床実践上の最大の難点としては、幅広い臨床的問題に対して行動的技法と認知的技法をモザイク的に適応することからくるケースフォーミュレーションの困難さが挙げられる。行動療法の中だけ、認知療法の中だけであれば統一的なアセスメントが可能であるが、両者を合わせて使う場合には、目の前の問題に対してどちらを使ったらよいかを判断する基準が原理的に存在しないのである。どちらか一方のみでは、とくに成人が有する心理行動面の問題全般を扱うことはできず、モザイク的に適応されてきているのが現状である（熊野，2012；詳細は第1章3節）。

このような限界や混乱を乗り越える1つの解決策として、1990年前後から、のちに第三

世代と呼ばれるようになる認知／行動療法の新たな流れが生まれてきた。第三世代といわれることが多いのは、これまでの第一・第二世代の認知／行動療法に含まれなかった新しいもの、あるいは、含まれてはいたが、十分にかたちをとっていなかったものを含んでいるということを意味している（熊野，2012）。それには、学習理論側がこれまで検討対象にすることを避けてきた認知や言語の問題を、ルール支配行動，刺激等価性，関係フレーム理論など，新たな枠組みで正面から取り上げるようになったことと，情報処理理論側<sup>注）</sup>が直接的かつ臨床的に認知の内容を扱っていたそれまでの方法から，注意制御やメタ認知にかかわる基礎的な研究の成果を踏まえ認知の「機能」に注目するようになったという，それぞれの陣営における大きな変化が背景になっていると考えられる（熊野，2012）。これらの流れには，認知機能の重視，マインドフルネス（Mindfulness）とアクセプタンス（Acceptance）という介入要素の存在という共通の特徴がある。そこには，両陣営が本質的な共通点を持ち始めているという可能性があり，本学位論文において注目する点である。そこで次に第三世代の認知／行動療法で重要とされる，「マインドフルネス」，「アクセプタンス」，「認知の機能を重視」について解説する。

注）本論文で扱う情報処理理論・情報処理アプローチとは，認知心理学で用いられるように，人間の脳を限りなく複雑な情報処理システムに例えて，心をそのソフトウェア，つまりプログラムのようなものとして考えていく研究法の一つとして用いている（e.g.御領ら，1993）。

## 1.2 マインドフルネスの定義とその臨床応用

マインドフルネスとはそもそも何を意味しているのか，それがどのようにして臨床応用されてきたのかという点をまず説明する。マインドフルネスとは，「今，この瞬間の体験に意図的に意識を向け，評価をせずに，とらわれのない状態で，ただ観ること」と定義されている（日本マインドフルネス学会）。なお，「観る」は，見る，聞く，嗅ぐ，味わう，触れる，さらにそれらによって生じる心の働きをも観る，という意味である。

このマインドフルネスが医学や心理学の領域で広く知られるようになったのは，30年ほど前に，Kabat-Zinn がマインドフルネスストレス低減療法（Mindfulness-Based Stress Reduction : MBSR）という心理療法を開発したことによる（Kabat-Zinn, 1990／春木訳，2007）。Kabat-Zinn はマインドフルネスのことを，瞬間瞬間立ち現れてくる体験に対して，今の瞬間に，判断をしないで，意図的に注意を払うことによって実現される気づきであると説明している（Kabat-Zinn, 1990／春木訳，2007）。このことから，マインドフルネスが実現されていれば，さまざまな認知が浮かんできたとしても，その影響を受けにくくなると考えるのである。

そして，この点に注目して開発されたのが，マインドフルネス認知療法（Mindfulness-

Based Cognitive Therapy : MBCT) であった (Segal et al.,2002/越川訳, 2007)。開発者の一人である Teasdale & Dent (1987)は、認知療法の専門家として、情報処理モデルに基づいて長年うつ病の治療にあたっていた。そして、反復性うつ病患者を対象に、同じく良くなった患者であっても、認知の歪み (自分・周囲・将来に対する悲観的すぎる考え方) が残っている者の方が、再発率が高いという仮説に沿って、再発メカニズムの研究を進めていた。しかし、実際には、よくなっている時期における認知の歪みには、その後再発した者と、しなかった者との間で差はなく、その一方で差がみられたのは、ちょっとした抑うつ気分に対応して悲観的な思考パターンが出てきてしまうことと、そこで出てきた思考にさらに反応して悲観的な思考が次々と引き起こされるという反芻思考であった。そこで、Teasdale ら(2002)は、寛解期においても、一時的に強くなる抑うつ気分やそれに反応して最初にフツと出てくる自動思考などの影響力を減じることができればよいと考えたのである。

Teasdale らは、そのためのグループプログラムを開発している途中で MBSR を知り、ここでのマインドフルネスの効力に注目した。つまり、マインドフルに思考や感情を観察できれば、それに動かされる程度も小さくなると考えたのである。その後、大規模なランダム化比較試験 (randomized controlled trial :RCT) によって、想定されたとおりの再発防止効果をもつことが実証された (Teasdale et al.,2000)。そして、マインドフルネスと、その結果実現される思考や感情から距離をとり、それが心の中の一過性の出来事に過ぎないことに気づくメタ認知的気づき (metacognitive awareness) の有効性が広く知られるようになってきたのである (熊野, 2012)。

### 1.3 アクセプタンスと認知の機能の重視

第三世代の認知/行動療法の中では、これまでの「受容」とは大きく異なった意味で使われているので、「アクセプタンス」というカタカナで表記されている (熊野, 2012)。アクセプタンス (acceptance) は、日本語では「受容」と訳されることが多いのだが、C.Rogers の来談者中心療法における「受容」と同じものなのか (e.g.佐治・飯長, 2011)、「障害受容」といった用法 (e.g.氏原ら, 2004) との共通点はどうなのか、などの理解が必要となる。この点について理解するには、治療法の名前にもアクセプタンスを含んでいる ACT (Acceptance and Commitment Therapy)における概念規定 (武藤, 2011) に触れるのが理解しやすい。

ACT は、言語行動 (複数の刺激を関係づけ、その刺激の機能を変える行動 = 「関係フレームづけ」と呼ばれる) も対象に含めた行動分析学 (臨床行動分析) に基づいた体系であり、思考、感情、記憶、身体感覚などの、その本人しか知りえないような意識レベルの身体変化である「私的出来事」も行動とみなして評価や介入の対象とする (武藤, 2011)。そのため、本来的に認知の内容ではなく「機能」を重視する。この立場からは、従来の認知

モデルでは、1つの行動（特定の思考や信念）が別の行動（他の思考、言語表現、外顯的行動、回避など）の原因として扱われているのであるが、「行動」とは環境との相互作用の中で規定される従属変数であって、原因とみなされる特定の思考や信念自体の生起が説明されなくてはならないという点が見落とされていたという考えが基本となっている（Forsyth & Sheppard, 2009）。この点が、モザイク的に実践されていたという指摘の一部である。

「私的出来事」をも行動とみなし、その機能を重視することを前提にして、ACTが人間の苦悩の原因として最も害が大きい行動とみなすのが「体験の回避」である（Hayes & Pistorello, 2009）。これは、嫌悪的な状況だけでなく、それに対する自分の反応（嫌悪的な「私的出来事」）も回避する傾向のことで、不安感、抑うつ感などの不快感情、苦痛な記憶や痛み結びついた思考や身体感覚などを避けようとする、それ自体は自然な傾向である。しかし、不安になりたくないといつも思っていたら、ちょっとした不安の兆しを感じただけでも飛び上がってしまうように、結果的に回避した「私的出来事」の影響力が強くなって（本来ならば影響力を弱めるための「行動（機能）」が結果的に強めてしまう「行動（機能）」になって）しまう。そして長期的にも、回避している「体験」が日々の生活の中で増えてしまうということが問題であり、これらは及川（2011）によって確認されている。

そのうえ何かを避けようとすることは、その対象を直視しないことにつながり、その対象のみをピンポイントで避けることはできず、結果的に関連していそうなものも含めて回避することになる。ただでさえ影響力が強くなった対象がさらに拡大してしまい、それを回避するために懸命になる結果、それ以外の行動にエネルギーがまわせなくなってしまうのである。つまり、本来必要な行動レパートリーが抑制されるという好ましくない結果を伴ってしまうのである。これが人間の苦悩といわれる所以である。

そこで、「体験の回避」を減じる行動＝アクセプタンスが必要になる。アクセプタンスとは、嫌悪的な「私的出来事」に気づきながら、それと自分（観察している主体）との関係性を変えるための行動をしないことといえる。しかし、それは消極的な行動を意味するのではなく、今この瞬間に私的な体験の世界に対して、自動的に心を閉じてしまわないように意図的に努力すること、あるいは喜んで直面していくようにすることであるとみなされる。ここでアクセプタンスとは、マインドフルネスの重要な構成要素であることが理解できる。

#### 1.4 第二世代の認知行動療法の実際と認知の歪み

第一世代の行動療法から第二世代のCBTに発展していく中で、対象となる疾患は、不安障害、抑うつ、摂食障害やアルコール・薬物依存、そして統合失調症に至るまで、その範囲を拡大させていった（e.g., 岩本ら, 1997）。第二世代のCBTの基盤になる情報処理モデルは、先述のBeckら（1979）が提唱したものである。代表例としては、うつ病患者には特

有の「認知の歪み」が存在し、その歪みを合理的なものに再構成する「認知再構成」によって、病気（症状）もよくなるとされる。これは、例えば統合失調症患者には「幻覚」や「妄想」が存在し、それを正常化することが、病気がよくなることであるという考え方と共通する。

しかし、ここに筆者は臨床上の問題性を感じていた。統合失調症の主症状と考えられている幻覚や妄想は、実のところ疾病特有の症状ではない。DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,APA,2013／日本精神神経学会監修, 2014)の改定でもこのことが焦点となった(仙波, 2010)。認知症など、他の疾患でも見られる症状なのである。実際の臨床場面では、統合失調症以外の精神障害においても幻覚・妄想という症状は頻繁に見られる症状である。特に、治療困難な事例においては、うつ病患者や摂食障害の患者であっても、その認知の歪みが訂正不能な妄想と同様に考えられる場合がある。このような事例の場合、認知の歪みを修正することに焦点を当てる治療法は困難となってしまう。実際のところ、症状の改善が見られない重篤な(治療困難な)患者は、いくつもの精神疾患・症状を併せもつことが多いように思われる。統合失調症に対する治療ガイドライン (APA, 2004) にも、精神医学的マネジメントに併存症の治療項目があげられている。この点については、DSM-IIIが導入されて以来、併存症 (comorbidity) 概念として注目されている(大野, 2003)。このような患者に対して、従来型の CBT (第二世代) を行うこと、認知の歪みの修正を図ることに筆者は困難を感じていた。

## 1.5 認知行動療法のエビデンスからの指摘

CBT が発展していく過程で、多くの臨床家が治療経験を重ねるにつれ、情報処理モデルが大うつ病の再発のしやすさを予測できないこと (Segal et al.,2002／越川監訳, 2007)、共分散構造分析を用いた媒介分析 (CBT で治療した外来通院患者 521 名が対象) により、想定された認知的媒介要因によって臨床的な効果が説明されなかったこと (Burns et al.,2001)、さまざまな技法を併せてパッケージ療法として使う CBT プログラムの中で、代表的な認知的技法である認知再構成法が必須要素でない (付加的な効果を持たない) 可能性があること (Jacobson et al.,1996.Dobson,2000) などの問題点が報告されるようになった。このような報告は、認知療法をはじめとする多くの認知的介入法は情報処理理論に基づいているのだが、その情報処理理論は基礎科学的な理論 (認知心理学や認知科学) による十分な裏づけを得るに至っていなかったということを指摘している (熊野, 2012)。

## 1.6 本章のまとめ

近年、わが国の臨床心理学や心理療法の領域で大きく取り上げられるようになっている CBT について概観した。中でも新しい第三世代の認知／行動療法と呼ばれる一群の治療体

系がもつ共通点について、その必要条件ともいえる、認知の「機能」の重視、マインドfulnessとアクセプタンスという介入要素の説明を行った。また、これらの説明により、結果として技法面では認知の取り扱いが旧来の CBT とは大きく異なり、否定的な認知を直接変える介入はしないのが特徴（有村，2013）であることを論じた。この認知を直接的に扱わない介入法がいかなるものなのか探索するのも本研究の目的のひとつである。

次に、本論文の論点を明確にするため、これまでの CBT（第二世代）に関する現実的な臨床上的問題点について触れた。CBT における臨床上的主な問題点をまとめてみると、以下の 3 点があげられる。

- (1)臨床場面では、認知の歪みを扱うことが難しい事例も多いのではないかと。特に、病院臨床における治療困難な事例では、それが顕著であると考えられる。
- (2)複数の研究により、認知の歪みの修正が治療効果にどのような影響を及ぼしているのか不明瞭であることが指摘されている。つまり、認知の修正モデルのみでは説明が困難であることが考えられる。
- (3)その上で、CBT のどのような認知的要因が治療効果に影響を及ぼしているのか明確ではない。

以上、臨床場面において CBT を行うと、これらの 3 点に問題意識が向かうことはごく自然な流れであり、これらの問題点に対し、どのようにアプローチしていくのが臨床現場からの研究課題として重要であると考えられた。



## 第2章 メタ認知と認知行動療法に関する先行研究の整理

著者は、第1章で論じた否定的な認知を直接的に変容させる介入ではなく、マインドフルネスとアクセプタンスという介入要素を用いて行う認知／行動療法には、メタ認知が重要ではないかと考えている。そこで本章では、メタ認知と CBT との関係について概説していく。

### 2.1 メタ認知とは（概念の定義と分類）

メタ認知とはどのような概念であり、どのように定義されるのであろうか。メタ認知の概念が心理学の中に現れてきたのは1970年代であるが、その定義や構成要素についての見解は必ずしも統一されておらず、メタ認知の定義や分類には依然として不統一な部分がある（三宮，2008）。

確かに我われは、日常生活を振り返ることによって、自分の考えの矛盾に気づいたり、課題の特性を把握したうえで解決方略を選択したりするなど、通常の認知よりも高次の、より上位の認知としてメタ認知と呼ぶことがふさわしい心的活動を行っていることに気づくことができる。また、このような心的活動のみならず、私たちは、例えば、「難しい話を相手に理解させたい場合には、具体的な例を示すと良い」という認知についての知識も持ち合わせており、必要に応じて活用している。

本研究では、このようなメタ認知と呼ぶことがふさい心的活動や、認知に対する知識をメタ認知と捉える。つまり、メタ認知とは、ひとことで言えば認知についての認知を意味する語であり、本論文におけるメタ認知を、メタ認知的知識とメタ認知的活動からなる概念と定義する。以下ではその分類について論じることとする。

#### 2.1.1 メタ認知的知識

Flavell（1987）は、メタ認知的知識を次のように分類している。

##### 2.1.1.(1)人間の認知特性についての知識

(a)自分自身の認知特性についての知識：個人内での認知特性についての知識。

例えば、「私は、英文読解は得意だがリスニングは苦手だ」など。

(b)個人間の認知特性の比較に基づく知識：個人間の比較に基づく、認知的な傾向・特性についての知識。例えば、「AさんはBさんより理解が早い」など。

(c)一般的な認知特性についての知識：人間の認知についての一般的な知識。

例えば、「目標をもって学習したことは身につけやすい」など。

### 2.1.1.(2) 課題についての知識

課題の性質が、私たちの認知活動に及ぼす影響についての知識。例えば、「計算課題では数字の桁数が増えるほど計算のミスが増える」など。

### 2.1.1.(3) 方略についての知識

目的に応じた効果的な方略の使用についての知識。例えば、「相手がよく知っている内容にたとえることで、難しい話を理解しやすくすることができる」など。

学習科学では、特に方略に関する知識を重視している。Schraw & Moshman (1995) は、方略についての知識を①宣言的知識、②手続き的知識、③条件的知識の3つに分類している。これらは、方略についての知識を精緻化するのに役立つ。宣言的知識は方略の内容についての知識であるが、手続き的知識は、具体的にどうすればよいのかについての知識であり、実際にある方略を使おうとするときに必要となる。また、方略の中には、どんな場合にも効果的なものと、そうでないものがある。後者の場合は、その方略をいつ使えばよいのか、なぜ使うのかといった条件的知識が必要になる。

## 2.1.2 メタ認知的活動

Flavell (1987) や Nelson & Narens (1994) は、メタ認知的活動をまずメタ認知的モニタリングとメタ認知的コントロールの2つに大きく分けた後、それぞれをさらに細分化している。Nelson & Narens (1994) は、モニタリングとはメタレベルが対象レベルから情報を得ることであり、コントロールとはメタレベルが対象レベルを修正することであると説明する。メタ認知的モニタリングの例としては、認知についての気づき (awareness)、フィーリング (feeling)、予測 (prediction)、点検 (checking)、評価 (evaluation, assessment) などがあり、メタ認知的コントロールの例としては、認知についての目標設定 (goal setting)、計画 (planning)、修正 (revision)などをあげることができる。

なお、本研究では、「メタ認知的モニタリング」は「モニタリング」、「メタ認知的コントロール」は「コントロール」と略して記すことがある。たとえば、「メタ認知的コントロール」と「メタ認知的制御」、「認知の制御」などは同じ意味で使われていることが多く、ま

た，研究分野での慣例が存在することが三宮（2008）により指摘されている。そこで簡略な「モニタリング」と「コントロール」を用いる方が望ましいと判断した場合は，そのように記すこととする。

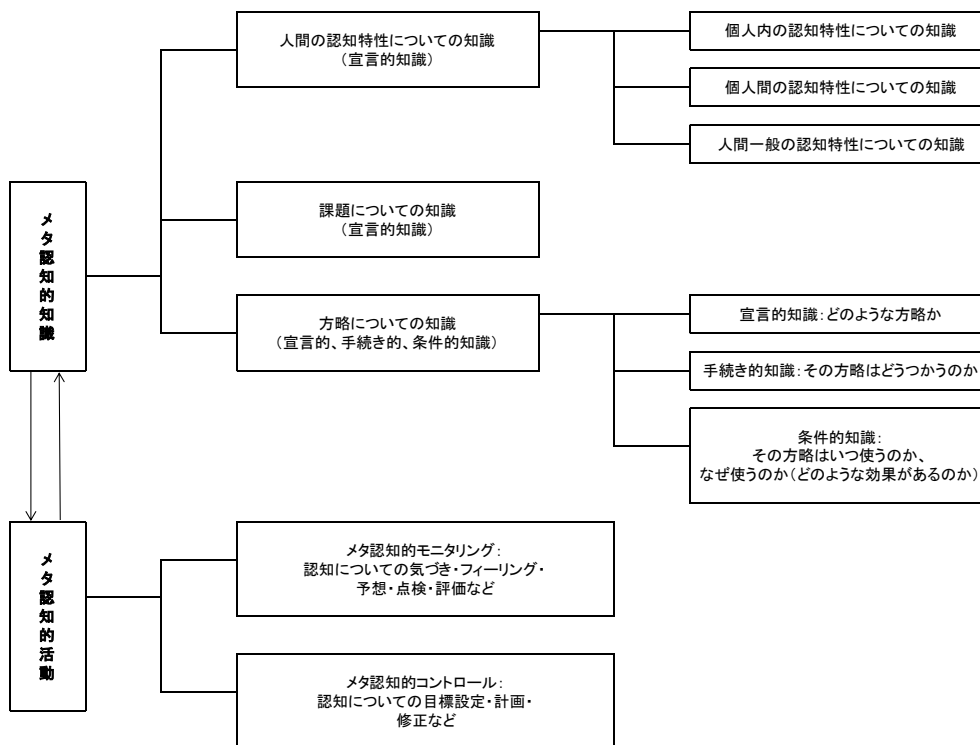


図2-1 メタ認知の分類(三宮, 2008, p.9, 図1-1)

### 2.1.3 メタ認知的知識とメタ認知的活動の関係

三宮（2008）は，メタ認知をメタ認知的知識とメタ認知的活動として大きく分類し，細分化した図 2-1，および学習活動の事前段階，遂行段階，事後段階のそれぞれにおけるメタ認知的活動をまとめた図 2-2 をわかりやすく説明している。これらの図を用いてメタ認知的知識とメタ認知的活動の循環的な働きを，心理面接を行う治療的活動を例に挙げて説明したい。

まず，図 2-2 の事前段階では，「この課題（心理面接）は，私にとってどれくらい難しいものか」「どの程度達成できそうか」を考える（メタ認知的モニタリング）。その評価・予想に基づき，セッションの目標を設定し，計画を立て，方略を選択する（メタ認知的コントロール）。この時，面接者自身やクライアントの認知特性，課題（疾病など）の特性，方略（各種心理療法の技法など）の特性についてのメタ認知的知識が用いられる。もちろん各種心理療法の技法に関しては，どのような技法で，どのように使うのか，また，いつ使い，どのような効果があるのか条件的知識を把握しておくのは重要なことである（図 2-1）。

次に、遂行段階では、遂行そのもの（心理面接）に処理資源の多くが用いられるため、メタ認知的活動を同時に行うことはそれほど容易ではない。しかし、「思ったよりも難しい」と課題の困難度を再評価したり、「うまくできているか」と課題遂行を点検したり、「計画通りに進んでいない」とズレを感知したりといったモニタリングを働かせることがある。これを受けて、目標・計画の修正や方略の変更といったコントロールを行う。

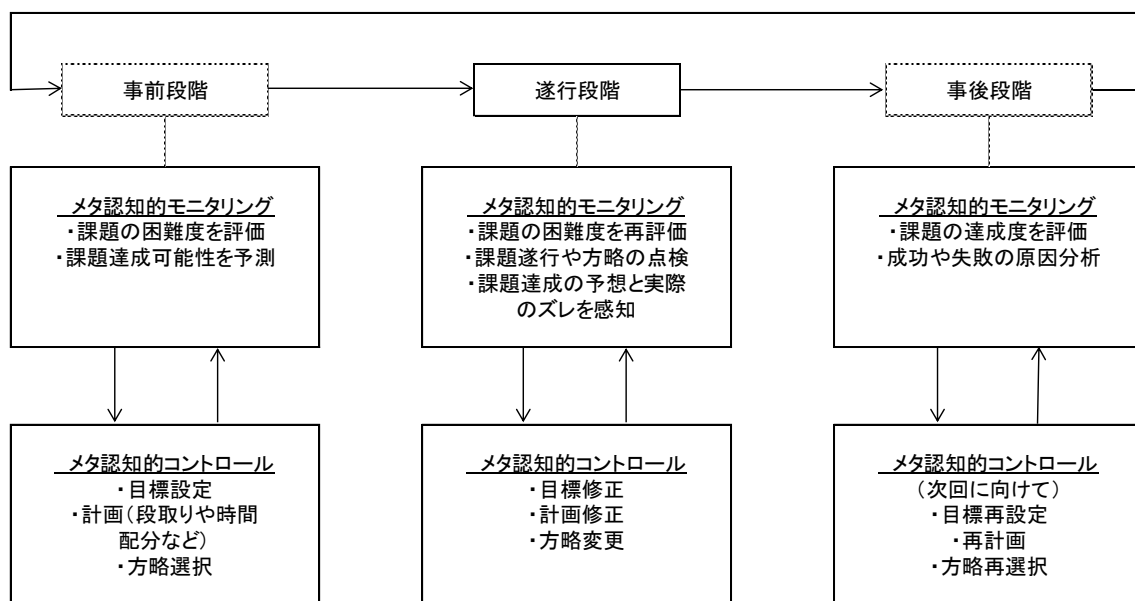


図2-2 課題遂行の各段階におけるメタ認知的活動(三宮, 2008,p.10,図1-2)

課題遂行が終わった事後段階では、メタ認知的活動に多くの処理資源を投入することができる。「どの程度まで達成できたか」「最後が急ぎ足になったのは、時間配分に失敗したためだ」といった評価や原因分析を行ない（メタ認知的モニタリング）、次回に向けて、目標や計画を立て直したり、異なる方略を選択したりする（メタ認知的コントロール）。

事前・遂行・事後の各段階でのメタ認知的活動は、常にメタ認知的知識に基づいて行われる。もしメタ認知的知識が誤っていれば、メタ認知的活動は不適切なものになってしまう。例えば、「良い心理面接とは、与えられた時間内にできるだけ多くの情報をクライアントに提示することである」といった誤ったメタ認知的知識が、クライアントとの関係性を顧みない心理面接の原因となってしまうことなどがあげられる。しかし、このような場合、臨床経験を重ねることにより、メタ認知的知識は修正される。このようにメタ認知的知識とメタ認知的活動の関係は、メタ認知的知識に基づいてメタ認知的活動が行われ、逆に、メタ認知的活動を通してメタ認知的知識が形成、確認されると考えられる。

また、メタ認知的モニタリングとメタ認知的コントロールも、メタ認知的知識とメタ認知的活動の関係と同様に、循環的に働くと考えられる。つまり、モニターした結果に基づ

いてコントロールを行い、コントロールの結果を再度モニターし、必要なコントロールがあれば行う…という具合である。従って、メタ認知的モニタリングが不正確である場合には、メタ認知的コントロールは不適切なものとなることが予測される。

#### 2.1.4 メタ認知測定（メタ認知尺度）からの知見

安部・井田（2010）は、Schraw & Dennison（1994）によって開発された 52 項目からなる Metacognitive Awareness Inventory を用いて成人用メタ認知尺度日本語版の作成を試みている。調査対象者は、大学生 283 名（男性 166 名、女性 71 名、不明 9 名、年齢 19-47 歳、平均年齢  $20.6 \pm 2.8$  歳）を分析の対象としている。結果は、メタ認知の下位尺度は、「モニタリング」「コントロール」「メタ認知的知識」の 3 因子で構成されることが示された。第 1 因子の「モニタリング」は、「課題が終わった時点で、自分の立てた目標の達成度を評価している」のように、課題遂行中から課題終了後までの課題に取り組んでいる自分をもう一人の自分が客観的に振り返り、チェックと評価を通して省察的にモニタリングしている様子が伺えるような項目群から成り立っていた。第 2 因子の「コントロール」は、「理解できないときには、やり方を変えてみる」のように、課題遂行前から課題遂行中の認知活動において、行きつ戻りつしながら課題達成の為に計画や方略を修正する項目群であった。第 3 因子の「メタ認知的知識」は、「過去に上手くいったやり方を試みている」「自分が、何が得意で何が不得手かわかっている」のように、方略についての知識や人間についての知識、そして課題についての知識に関する項目群であった。

また、安部・井田（2010）は、メタ認知尺度の因子構造の妥当性について、3 因子 28 項目を一次因子とし、それらの因子をまとめると高次の因子として「メタ認知」を仮定したモデルが良好な適合性を示し、この尺度の因子的妥当性が確認されたとしている。Cronbach の  $\alpha$  係数は、.749～.878 であり内的一貫性も確認できたとしている。これらの結果から、安部・井田（2010）は、作成が試みられた成人用メタ認知尺度日本語版は、成人のメタ認知測定に適応可能な尺度であるとしている。本研究で注目したい点は、メタ認知の下位尺度は、「モニタリング」「コントロール」「メタ認知的知識」の 3 因子で構成されている点である。

## 2.2 認知行動療法の基本仮説と技法

CBT ではネガティブに歪んだ思考が不安や抑うつなどの障害の原因であると考え、それを修正することを試みる。自らの思考を自らの思考で修正していくという考えでは、自然な成り行きとして、その治療過程においてメタ認知が重要な役割をもつことになる。そして近年の研究では、メタ認知が治療においてこれまで考えられてきた以上に決定的な役割を

果たすことが明らかになってきた。CBT は登場の初期から、メタ認知を重視した技法を用いていたのだが、最近になってその意義が再発見されつつあるのである。本節では、まず、CBT がそもそもメタ認知的なものであるということを示す。

### 2.2.1 情動障害を引き起こす「認知」に焦点づけることの有効性

抑うつに対する CBT の基本となるモデルは、Beck ら (1979) が提唱した。そのモデルでは、抑うつは不快な出来事そのものによって生じるのではなく、その出来事をどう解釈するのかによって決まる。よって治療は認知の歪みに焦点をあてることとなる。Beck ら (1979) は、引き金となる出来事に対する解釈は意識にひとりでは浮かぶため、自動思考とよんだ。自動思考は、「私には何のとりえもない」「消えてしまいたい」といったネガティブで断定的な内容である。自動思考という概念は、以下の3つのようにまとめることができ、この3つは CBT が考える「認知」の性質をよく表現している (杉浦・杉浦, 2008)。

(1) 認知が生起する過程は意識的なものではない。

(2) 認知が存在することに気づくことは難しい。

(以上2つは「自動」とよばれる所以である)

(3) 努力すれば気づきは可能である

(ゆえに介入のターゲットになる。[思考]とよばれる所以)

現在では、情動の生起にはきわめて自動的に意識的な処理を介在させずに生じるルートと、状況の精緻な分析に基づくルートの双方が関与しているというのが多くの理論家の共通認識である (e.g., LeDoux, 1996; Wells & Matthews, 1994)。CBT の理論家も情動の背後にある自動的過程は十分に認識している (McNally, 1995)。しかし、それをあえて意識化・言語化可能な認知のレベルで扱うのが CBT の戦略である。

近年の基礎研究の知見は、このように言語化可能な認知からアプローチするのが妥当な方略であることを支持している。Hariri ら (2003) は、実験参加者に情動を喚起するような写真 (例えば、ピストルの銃口がこちらに向けられている) を見せ、このとき、知覚的処理条件では、見本の写真と同じものを選択肢から選ばせた。一方、言語的処理条件では、見せられた写真が人工的なものか自然物かを判断させた。課題遂行中の脳の活動を fMRI (functional magnetic resonance imaging : 機能的磁気共鳴画像診断装置) で撮影したところ、言語的処理条件の場合は情動の喚起に重要な役割を果たす扁桃核が沈静化していた。つまり、この結果は、感情はことばのレベルで扱うと処理しやすくなるという根拠になると考えられている。(杉浦・杉浦, 2008. P190-191.一部改変)

## 2.2.2 認知のセルフコントロールを目指す治療法としての認知行動療法

CBTの治療は、自分の症状に認知が関与していることを気づかせることから始める(Beck et al.,1979/坂野監訳, 1992)。心理教育や、モニタリングを通じて、否定的な自動思考が抑うつや不安を引き起こしていることを意識させていく。そのためには、同じ状況で異なる考え方をしてみるといった「実験」をしてもらうこともある。次に、ネガティブな自動思考にあてはまる、あるいは反する証拠を調べることによって、自動的な思考パターンの現実性や妥当性を吟味する。最後に、自動思考に変わる現実的な思考・説明を見つける。

治療過程は、当初は治療者がクライアントをガイドし (guided discovery; Beck et al.,1979; Freeman et al.,1990)、その中で、クライアント自身が自らの認知の歪みを発見するのを援助する。このプロセスを経て、自分自身の認知過程を適切に吟味・調整できるようになり、ストレスに効果的に対処するスキルが育つことが期待される (Freeman/遊佐監訳, 1989)。このように、CBTの特徴は、セルフコントロール重視の治療法である。そのために、面接と面接の間に自宅で行なうようにホームワークが課される。例えば、抑うつ的な気分が陥ったときに、それに先行する否定的な認知を同定し、さらに否定的な認知に代わる合理的な思考を自分で考えさせる思考記録用紙を用いる。これらの技法はまさしくメタ認知を向上させるものである。

次に、CBTでの行動療法の技法に目を向けてみたい。たとえば、恐怖を喚起する対象に直面化させるエクスポージャー法(刺激曝露法)は不安に対する代表的な行動的技法である。行動療法では、エクスポージャーは馴化(恐怖に直面していれば不安は自然に低下する)によって奏効すると考える立場がある(杉浦・杉浦, 2008)。一方で、認知理論では、認知を修正する手段と考えている。たとえば、広場恐怖の人は、外出先で心臓発作が起きてしまうと考えている。Salkovskisら(2007)は、広場恐怖を伴うパニック障害のクライアントへのエクスポージャーを、恐れている結果が本当に生じるかどうかを検討する手段として位置づけた方が、馴化を目指して行なうよりも治療効果が高いことを見出した。つまり、エクスポージャーは認知の修正をうながす技法として理解した方がよいという知見である。自身で自身の認知の修正を行なうということでは、メタ認知的な治療法なのである。

## 2.3 精神病理の発生に関与するメタ認知

本節では、精神病理の発生におけるメタ認知の役割について概説する。CBTでは戦略的に認知を強調するが、その認知は自動性が高いと考えられている。一般に、臨床的な症状の特徴は自分でコントロールできない(例えば、やめたくてもやめられない)ことである。メタ認知が認知の能動的なコントロールに関係することを考えれば、精神病理はあまりメタ認知が働いていない状態と考えられる。ところが、近年になってコントロールの効かな

い認知的な症状が、その症状の発生・悪化する過程でもメタ認知が大いに介在し、重要なことが明らかになってきた。「自動的」と体験される思考も、実は、かなり能動的に、ただし、結果的には悪い方向に制御されているのである。本節では、精神病理の発生におけるメタ認知の役割について杉浦・杉浦（2008, p.192-198）を参考に述べる。

### 2.3.1 侵入思考に対するメタ認知的評価が病理性を決定する

自動思考のようなネガティブな認知は、自分の意志に反して意識に割り込む場合が多い。そのため、そのような認知を総称して侵入思考（intrusive thoughts）とよんでいる（Clark,2005／丹野ら訳, 2006）。侵入思考はさまざまな情動障害の症状であるが、健常者も体験していることがわかってきた（e.g.Klinger, 1978-1979. Clark & Rhyno,2005）。つまり、侵入思考が存在するだけでは臨床的問題には発展せず、侵入思考が浮かんだときに、それをどのように評価するか、あるいはどのようにコントロールするかによって症状の悪化が決まるとするモデルが 1980 年代半ば頃から登場した。その代表的なものが Salkovskis（1985）による強迫性障害のモデルである。このモデルでは侵入思考が浮かんだときにその有害性・危険性を過大評価することで不安が増強されると考える。強迫性障害に特徴的なメタ認知は以下のようなものである。

- (1)下品な考えを抱いてはいけない。それは、私がひどく恐ろしい人間であることを意味するからだ。
- (2)奇妙なことや、嫌悪感をもよおすことを考えてはいけない。考えただけでも駄目だ。
- (3)私にとって、悪い衝動をもつことは、実際にそれを実行するのと同じくらい悪いことである。考えてしまうこと自体が罪なのだ。

また、望まない思考を意識から追い出そうとする思考抑制という方略が、効果がないばかりか、かえってその思考が意識に浮かぶ頻度を増大させるという研究も登場し（Wegner et al.,1987）、侵入思考の理論を発展させることとなった。

侵入思考に対するメタ認知が重要な要因とするならば、そこにターゲットを絞ることで介入の効果が向上するはずであると考え、Fisher & Wells（2005）は、侵入思考に対するエクスポージャーの中でこの仮説を検証した。侵入思考へのエクスポージャーは、自分のいやな思考をテープに録音して聞かせるという設定で行った。Fisher & Wells（2005）の結果は、侵入思考に対するメタ認知（例えば、猫が窒息死するという考えが浮かぶということは、それが現実に生じているということである）が妥当かどうかを検証する「実験」として位置づけたほうが、通常の馴化（聞いていけば慣れが生じて不安が低下する）に基づくエクスポージャーよりも介入の効果が高くなることを見いだした。通常のエクスポージャーでは 90 分行なうところを、5 分の介入でも不安低減がみられたことから、メタ認知



に焦点をあてた介入の妥当性が支持された研究である。

### 2.3.2 情動障害のメタ認知モデル

強迫性障害の認知理論にみられたメタ認知的な志向を押し進めたのが、Wells (1997, 2000) の情動障害のメタ認知モデルである。Wells & Matthews (1994) は、多様な情動障害を統一的に説明できる自己調節実行機能 (self-regulatory executive function : S-REF) モデルを提唱した。情動障害の人は、ネガティブな内容について緻密に固執的に考え続ける傾向があり、Wells & Matthews (1994) は、このような柔軟性のない情報処理を、認知注意症候群 (cognitive attentional syndrome : CAS) と名づけた。CAS は以下のような特徴をもつとされている。

- (1)ネガティブな情報を考え続ける：心配や反芻とよばれる症状である。心配がやめられない。
- (2)ネガティブなメタ認知的知識に基づいた対処方略を採用する：たとえば、雑念を止めないと病気になると考えて、雑念を止めるように努力する。その結果、雑念はそれほど有害ではないことに気づく機会がなくなってしまう症状を固定化し強固にしてしまう。

ネガティブな情報を考え続けてしまう、心配などの症状は実行機能の資源を消費して実行される。固執的ながら、あくまで統制的な情報処理となっているのである。これに加えて、長期記憶に相当するレベルと自動的処理に相当する処理ユニットがある。長期記憶に相当するレベルには、ネガティブな内容の宣言的知識 (たとえば、私はダメだ) や、心配などを制御する手続き的知識が貯蔵されている。また、外界や自分の身体の情報を自動的に処理するレベルも存在する。心配などが続くと、ネガティブ情報に対する自動的な処理バイアスが強くなると考えられている。

S-REF モデルでは、精神病理の発生には次のような形でメタ認知が働いていると考えられている。

- (1)心配のような認知的症状も実は能動的に制御されている。
- (2)誤ったメタ認知的知識に基づいて不適切なメタ認知的方略がとられる。

### 2.3.3 メタ認知的知識とメタ認知的方略の関連

先述のように情動障害の人は、自分の認知をコントロールするために不適切な方略を用いることが多いと考えられる。このような方略は、その人のもつメタ認知的知識と内容的

に連動しているものである。場合によっては、メタ認知的知識とメタ認知的方略が食い違っていたり、相互が増強しあったりしていることもある。いずれの場合も、能動的な方略のせいでかえって症状が強くなるという皮肉な過程・結果が生じている。以下では、そのような例をあげて論じていく。

### 2.3.3.(1) メタ認知的知識と一貫したメタ認知的方略

人がいやな考え（侵入思考）をコントロールするときに用いる方略には、気晴らしや、再帰属などいろいろある（Wells & Davies, 1994）。特に、「心配」（代わりに別の悩み事について考える）と「罰」（自分に復を立てたり、お仕置きしたりする）という2つは不適応であることが知られている。しかし、ではなぜわざわざ不利な方略を用いてしまうのか。Moore & Abramowitz（2007）は、「私にとって、悪い衝動をもつことは、実際にそれを実行するのと同じくらい悪いことである（考えただけでも駄目だ）」「私は、望まない考えを心から追い出すことができなければならない（考えてしまうこと自体が罪なのだ）」といったメタ認知的知識をもっていると、「罰」を用いやすくなることを見いだしている。メタ認知の内容と自分を罰する行動は意味的に自然なつながりがある。実際、「罰」の使用は、過剰な良心や信心深さの尺度（Abramowitz et al., 2002）、また過剰な責任感とも相関があった（Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005）。不適応なメタ認知的方略でも、それをを用いる人によっては必然的で了解可能な意味があると理解できる。

### 2.3.3.(2) メタ認知的知識がうまく働かない場合

人は望まない思考を無理に無視しようとする、かえって意識に浮かびやすくなってしまふ。このことを実証した Wegner ら（1987）の研究は、メタ認知を重視する臨床的理論のひとつである。Wegner（1994）の皮肉過程理論により、この方略が失敗しやすい理由がよく理解できる。この皮肉過程理論では思考抑制をするためには、①望まない思考から注意をそらす過程、②抑制ができたかどうか（望まない思考がなくなったか）を監視する過程、の2つの過程が関与している。①は認知資源を必要とし、②は自動的に作用すると考えられている。認知的な負荷がかかると思考抑制が失敗しやすくなることはくり返し示されており（Wenzlaff, 2005）、①の過程が簡単に妨害されやすいことを示している。実際には、思考抑制がうまくいかないのは当然なのである。思考抑制の目標（たとえば、Aという思考がない状態）を表象することは論理的に不可能であるから（表象ができれば、そのときにはその表象にはAが含まれてしまう）である。例えば、「白くまのことは、考えてはいけない」という思考抑制を目標にした場合などがあげられる。しかし、多くの情動障害の人は慢性的に思考を抑制する傾向がある（Muris et al., 1996 ; Wegner & Zanakos, 1994）。つまり、思考抑制は、うまくいかないという気づき・理解（メタ認知的知識）が欠けている可

可能性がある。よって、治療では思考抑制を実際にやってもらって、その問題性を体感してもらおう方略がとられる (Salkovskis/堀越ら訳, 2002)。

ところがうつ病の場合には、適切な方略を理解していてもきちんと実行できないようである。Wenzlaff & Bates (2000) は、ネガティブな思考を考えないように教示するのではなく、代わりにポジティブな思考を考えるように教示すれば、思考抑制の皮肉効果を起こさずにすむことを示した。思考をうまくコントロールすることもできるのである。しかし、うつ病の人は、そもそもポジティブな内容を考えるのが苦手だという問題がある。Wenzlaff ら (1988) の実験では、抑うつ的な実験参加者は、ネガティブな思考から気をそらすために別のネガティブなことを考えていたのである。さらに興味深いことに、抑うつ的な人もネガティブな内容から注意をそらせるためにはポジティブな思考のほうが適していることは知っていたのである。このようにメタ認知的知識は適切でも実行はできない場合もあることが明らかになっている。

### 2.3.3.(3) メタ認知的知識とメタ認知的方略が相互に増強してしまう場合

メタ認知的知識とメタ認知的方略が相互に作用して症状を強めてしまう場合もある。強迫性障害が、その例の一つである。強迫性障害の主症状の1つは確認行為である。玄関のドアが閉まっているか、ストーブは消したかなどが気になって何回も家に戻って確認をくり返してしまう。この確認行為の背景には、記憶の障害が推測できる。実際、家を出てから鍵をかけたかどうかを思い出せないと訴える場合がある。つまり、強迫行為を動機づけるのは、自分の記憶があてにならないというメタ記憶的な判断であると考えるのである。Woods ら (2002) はメタ分析を行なって、記憶への自信の欠如は強迫的確認を行なう人の特徴であるとしている。一方、強迫性障害には客観的には記憶障害がないとする研究も多い (杉浦, 2002)。より最近の研究でも、強迫性障害の人は、客観的にはリアリティモニタリング (想像したことと現実起きたことを区別する能力) の障害はもたないことが示されている (Hermans et al., 2003)。

では、このメタ記憶的な自信の欠如はどこから出てくるのだろうか。1つの可能性は、責任感がメタ記憶に影響するというものである。Moritz ら (2007) は再認課題を行うときに、状況設定を変化させることで、記憶やメタ記憶にどのような影響が出るかを検証した。対象者は強迫性障害の患者と統制群 (健常者) である。再認課題は、15個のアイテムを入手するという仮想的な状況で、15個のアイテムを覚えてもらい、後で再認+確信度評定を行なうものである。実験操作は2種類である。責任高条件では、地震の被害にあった地域への救援物資という設定になっている。一方、責任低条件はホームセンターに買い物に行くという状況である。その結果、客観的な再認率には差がなかったが、責任高条件では、強迫患者の記憶への自信は健常者よりも低かった。この結果は、強迫性障害の人は責任を強く感じると、メタ認知的な判断が歪むこと、自分の記憶への自信が低下することを示して

いる。

このように記憶への自信のなさが確認症状を繰り返させる要因と考えられるが、一方で、確認行為自体が記憶への自信を損ねるという研究結果もある。van den Hout & Kindt (2003b) は、健常者を対象に、コンピュータ上で操作可能な非常に精巧なガストロブのアニメーションを用いて、確認行為をさせる実験を行なった。実験の結果、確認を行なうと、自分が確認をしたという記憶の鮮明さや細部が失われ、おそらくその結果として記憶への自信が低下することがわかった。また、確認後の主観的体験を調べたところ、記憶に対する独自の不確実感がみられた。つまり、「覚えているようだが、はっきりしない」「自分がやった覚えはあるが、記憶がどこか鮮明ではない」といった反応がみられた (van den Hout & Kindt, 2003a)。このような不確実感は、強迫性障害の人がよく報告するものでもある。Coles ら (2006) は、本物のガスコンロを用いて確認をさせた場合今も、上記のようなメタ記憶の変化が生じることを見いだした。さらに、確認を行なわせる回数を系統的に変化させた結果、2~10 回の間で記憶力の自信が大きく低下することがわかった。

これらの研究によりもともとは記憶への自信の欠如に由来する確認がさらに記憶への不信感を生み、確認がさらに繰り返されるといふ悪循環が生じてしまう病理性が理解できる。

## 2.4 治療過程におけるメタ認知の役割

前節では、精神病理の発生においてもメタ認知が重要なことを示した。治療については、第2節で述べたように CBT ではもともとメタ認知が重要視されていたが、近年の研究ではそれまでの治療仮説を覆すような意味合いでメタ認知が重要であることが明らかになっている。それは治療を行ってもネガティブな認知がなくならないという知見である。

### 2.4.1 ネガティブな認知は変化しにくい

臨床的な治療の一般的なモデルは、病理学研究で素因を特定し、それを変化させる介入を行うというものである。このモデルに従うと、CBT の作用メカニズムを研究するときには、治療の前後でネガティブな認知が減るかどうかを測定するのが王道といえる。(e.g. Teasdale et al., 2001)。ところが、主としてうつ病について治療を行なっても素因がなくならないことを示す研究が登場したのである。この知見は、うつ病は治療後も再発しやすいことと整合していると考えられる。

素因の持続性について調べる方法の1つは、回復した（現在症状のない）人を対象として研究を行なうことである。たとえば、Teasdale & Dent (1987) は、うつ病から回復した人のポジティブ／ネガティブな単語の記憶を調べた。その結果、うつ病から回復した人は、ネガティブな気分を誘導した場合、偶発再生課題で、自分にあてはまるネガティブな単語

の記憶がよいことがわかった。さらに、この記憶バイアスは神経症傾向と関係していた。回復者の素因を測定するためには、ネガティブ気分の誘導のような工夫が必要ではあるが、そのようにすれば残存する素因が観察できるという知見がくり返し得られている (e.g. Segal et al., 1999)。神経症傾向と関係がみられたということは認知バイアスが変化しにくいことをさらに支持している。McCrae & Costa (1999) は、パーソナリティを基本傾向 (basic tendencies) と特徴的適応 (characteristic adaptations) に区別した。前者は神経症傾向や外向性のような変化しにくい特性であるのに対して、後者は学習された態度や信念を含み、一定の安定性はあるものの変化も可能な特性である。近年では神経症傾向のような遺伝的に規定された基本的傾向が不安やうつ病の素因として重要であるという知見が多数登場している (e.g. Brown et al., 1998; Krueger et al., 2001)。つまり、ネガティブな認知は変化しにくいということである。

#### 2.4.2 ネガティブな認知を相対化する

情動障害の素因は治療を行ってもなくならないという知見は、CBT の基本モデルである、ネガティブな認知を除去することで不安や抑うつを低減する戦略と対立する。しかし、これまで CBT が高い効果をあげてきた事実も考慮しなければならない。では、改めて CBT はどのように効いているのかに疑問が残る。ここで注目されたのが、Barber & DeRubeis (1989) の提唱した 2 次的思考という概念である。Barber & DeRubeis は、CBT の効果はネガティブな認知傾向を低減させるのではなく、そのような思考が生じたときにもうまく対処するスキル(2 次的思考)を涵養することによっていると考えた。これまでは、CBT の作用メカニズムを研究するときは、治療の前後でネガティブな認知が減るかどうかを測定するのが常套手段であった (Teasdale et al., 2001)。しかし、2 次的思考というアイデアを踏まえれば、ネガティブな認知に対処するスキルが向上したかどうかが重要になる。

Teasdale ら (2002) は、CBT で養成されるスキルは、否定的な認知が浮かんだ場合にも、それが事実ではないことを客観的に認識し、そこから距離をとれるメタ認知的自覚 (metacognitive awareness) であると考えた。この距離を置くという発想は、抑うつの根底にある素因が非常にしぶとい個人差であるという知見にも合っていると考えられる。そこで Teasdale らは、メタ認知的自覚を測定する方法を開発し、うつ病がいったんは回復した人に実施した。治療が再発を予防できるかどうかを分析した結果、CBT が再発予防に役立った場合は、メタ認知的自覚が向上していることがわかった (Teasdale et al., 2002)。同様に、Wells (2006) も情動障害でしばしばみられる固執的な情報処理のパターン (先述した CAS) を克服するために、距離をおいた客観性 (detached mindfulness : DM) の達成が重要だと考えている。具体的には、自分の思考は事実ではないと考えて距離をおくこと、注意を柔軟に切り替えること、などである。

### 2.4.3 ネガティブな思考から距離をおく技法

MBCT において具体的には、瞑想法の技法を取り入れたトレーニングを行なう。Teasdale ら (2000) は、MBCT が抑うつ発症の再発を予防できるかどうかを検証する大規模な研究を行なった。治療の結果、うつ病を3回以上繰り返している人が MBCT を受けると再発が減少することがわかった。再発を繰り返してきた人は、治療をしてもうつ病の素因がしぶとく残っていると考えられる。このような人ほどよく効くということは、MBCT が残存する素因に作用している可能性を示唆していると考えられる。

Teasdale ら (2002) は、メタ認知的自覚を測定する尺度を、MBCT を受けている人にも実施した。その結果、CBT の場合と同様に、MBCT が抑うつ発症の再発を予防できた場合、メタ認知的自覚は向上していた。CBT と MBCT という非常に異なった治療法が同様のプロセスで奏功しているという知見は大変に興味深い。否定的な思考から距離を置くスキルは、多様な心理療法に共通の作用メカニズムである可能性があり、筆者は共通の作用メカニズムであると考えている。ここまでの流れから CBT が認知内容を直接的に修正することから、認知を評価・制御する過程に焦点をあてるようになり、さらには自分の思考活動自体を相対化することを重視するように変化してきたことがわかる (Hayes et al., 2004 / 春木監訳, 2005)。つまり、よりメタなレベルで認知を扱うようになっていると理解できるのである。

## 2.5 本章のまとめ

本章では、まず本論文でのメタ認知に関する定義と分類を行った。その上で、メタ認知と CBT に関する研究を概観した。そもそも実践的にメタ認知を扱ってきた CBT においてメタ認知の役割が注目されるのは自然な流れであろう。しかし、本論では改めてメタ認知という光をあてることによって、以下のような2点が明らかになった。

- (1) 精神病理の発生にもメタ認知が重要な役割を果たしていること。
- (2) CBT が認知内容を直接的に修正することから、認知を評価・制御する過程に焦点をあてるようになり、さらには自分の思考活動自体を相対化することを重視するように変化してきた。つまり、CBT はネガティブな認知をなくすのではなく、そこから距離をおくことで奏効している可能性があること。

これら2点については、共にメタ認知が重要である。本章でのメタ認知と CBT に関する先行研究より、第1章で述べた、CBT に関する研究課題 (p.7) を明らかにするためには、メタ認知研究の視点が有効であり不可欠であることが理解できる。

## 第3章 本論文の目的・意義と構成

本章では、これまでに論じた前2章の内容を踏まえた上で、本論文の目的を設定する。

### 3.1 本論文の目的と意義

#### 3.1.1 本論文で明らかとなった課題

第1章から第2章で述べた内容からは、主に以下の2つの課題が考えられる。

##### 3.1.1.(1) 認知行動療法における治療構造や治療要因に関する不明瞭さ

第1章では、近年、我が国で注目される第三世代の認知／行動療法と呼ばれる一群の治療体系がもつ共通点は、認知の「機能」の重視、マインドフルネスとアクセプタンスという介入要素であることを論じた。この介入要素に注目すれば、技法面では認知の取り扱いが旧来の CBT とは大きく異なり、認知を直接変える介入はしないのが特徴となっている。しかし、これら第二世代の CBT の治療効果研究から統合的に発展した第三世代の認知／行動療法であるが、その治療構造や治療要因がどのように説明されるのかは未だに不十分であり、さらに解明することが課題としてあげられる。例えば、「メタ認知的気づき」という言葉が用いられ説明されているが、メタ認知的気づきを治療構造や治療過程の中でどのように扱うのか不明瞭である。また、メタ認知レベルでの認知の変容がどのように形成されるのか、認知再構成法は全く必要ではないのか、メタ認知レベルでの認知の変容と認知再構成など、それらの関係はどのようにになっているのかなど治療構造とその治療過程の実践的解明が求められる。

##### 3.1.1.(2) 第二世代から第三世代の認知／行動療法への臨床上の主な問題点

第二世代の CBT における臨床上の主な問題点をまとめてみると、以下の3点があげられる。

- ①臨床場面では、認知の歪みを扱うことが難しい事例が多いのではないかと。特に、治療困難な事例では、それが顕著であると考えられる。
- ②複数の研究により、「認知の歪み」の修正が治療効果にどのような影響を及ぼしているのか不明瞭であることが指摘されている。

③その上で、CBT のどのような認知的要因が治療効果に影響を及ぼしているのか明確ではない。

以上、臨床場面においてCBTを行うと、どのような認知的要因が治療効果に影響を及ぼしているのかが重要なのであるが、その要因は未だに不明瞭であり、明らかにすることが望まれる。

### 3.1.2 本論文の目的・意義

#### 3.1.2.(1) 認知行動療法における治療構造と治療要因を明らかにするモデルを開発し、その検証を試みること

本研究論文では、心理療法の統合的アプローチのひとつとしてCBTを捉えている。CBTは臨床の中でエビデンスを示し発展してきた心理療法である。筆者の歩んだ年代と臨床経験とを踏まえながら研究目的を定め、論を展開していくこととする。本研究論文では、先述の2つの課題(3.1.1)を以下のようにまとめ直す。近年注目されているCBTの治療構造や治療要因(共通要因)を明らかにすること。その上で新たな治療構造モデルを開発し、その臨床的有用性を検証し示すことを本研究の目的とする。これらの目的を達成することは、2つの課題を解決することに加え、さらにCBTを理論的に学び、実践的に活用する研究として重要であり、CBTの発展に大いに意義がある。

### 3.2 本論文の構成

本論文は、序論(第1～3章)・本論(第4章～第7章)・結論(第8章)から構成され、本論は、第I部(第4章～第5章)、第II部(第6章～第7章)の2部構成となっている。本論文の構成は(図3-1)に示すとおりである。

序論、第1章では、近年、新世代と呼ばれる認知/行動療法について概観し、CBTの現実的な臨床上の問題点について論じる。第2章では、本論文でのメタ認知に関する定義と分類を行い、メタ認知研究の意義を臨床的視点と重なるように概観する。次に、CBTとメタ認知についての先行研究を概観し、メタ認知的視点の重要性を論じる。第3章では、本研究、博士学位論文全体の目的を設定する。

本論、第I部(第4章～第5章)では、メタ認知を考慮した治療構造モデルの開発について理論的研究を行う。認知療法の治療モデルと抑うつとの関係を明らかにする(研究1)。自己意識理論を用いて認知療法の治療モデルには階層的な認知モデルを考える必要性に迫る(研究2)。階層的な認知モデルを実際の臨床事例から質的研究法を用いて導きだし、そこにはメタ認知構造を考慮した治療モデルが有効であることを提唱する(研究3)。研究3から導きだされた特殊な治療要因である「メタファー」について論じた(研究4)。メタ認知構造を意識するきっかけとなった事例(研究5)からなり、2つの章となっている。



第Ⅱ部（第6章～第7章）では第Ⅰ部で提唱されたメタ認知を考慮した治療構造モデルの臨床的研究を行う。CBTにおいて不安や抑うつなどの症状に対する事例報告は、エビデンスも踏まえて数多く発表されている。そこで本論文では、統合失調症患者を対象として、メタ認知を考慮した治療構造モデルを用い事例研究を行う（研究6）。事例より双極性障害への適応の可能性を探る（研究7）。集団精神療法においてその有効性を示す（研究8）。最後に、本治療構造モデルが臨床現場スタッフ、コ・メディカルにも有益なものであり、今後スタッフに対する心理教育や研修に応用が可能であることを示唆する（研究9）からなり、2つの章となっている。

そして結論、最終第8章では、本研究の今後の課題と展望について論じる構成となっている。

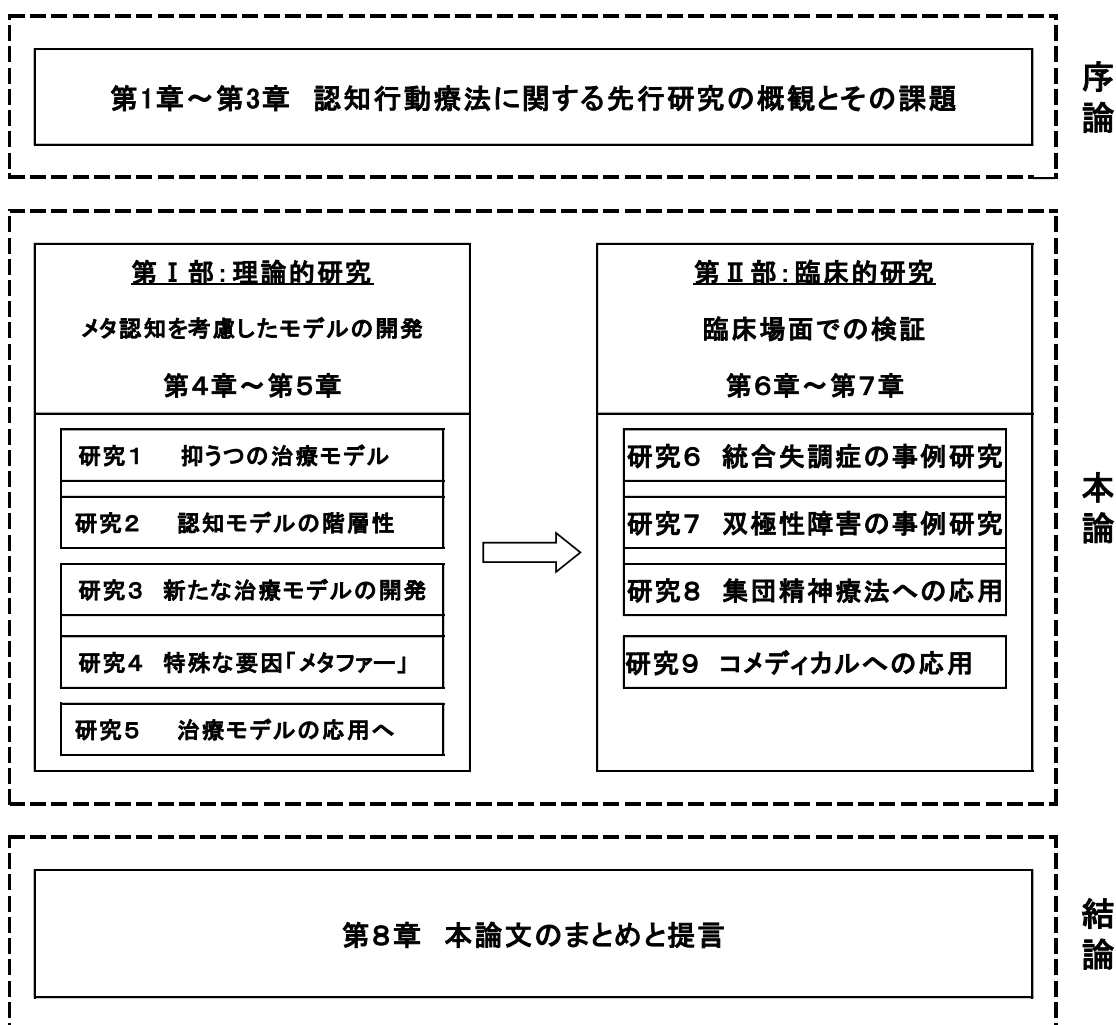


図3-1 博士論文全体の構成

# 本論

## 第 I 部 理論的研究

## 第4章 認知の歪みと抑うつ，そして階層構造へ

本章では，まず認知療法の治療モデルの検証を理論的側面から行う。その過程の中で認知療法の問題点を明らかにし，新たなモデルの必要性とその構造について考察していく。

### 4.1 認知療法の治療モデルと抑うつ（研究1）（渡辺，2001a,2001b）

#### 4.1.1 要約

本研究では，認知療法（Cognitive Therapy）の基礎となる Ellis の ABC 理論をもとに，不合理な信念の測定尺度（Japanese Irrational Belief Test : JIBT)JIBT-20 を用いて，そのモデルの検証を行うことを目的とした。有効被調査者総数は，大学生・大学院生 629 名（平均年齢 20.9±5.6）であった。結果は，JIBT-20 と抑うつとの関係は，互いに有意な正の相関がみられ，不合理な信念が抑うつに関与していると考えられる結果となった。しかし，相関は弱いものであることと同時に，不合理な信念（認知の歪み）が高くても抑うつにならない人たちが多数いることも明らかになった。これはなにを意味しているのか。この点に注目することは，同じ経験をしても抑うつになる人とならない人の違いを再検討すること，つまり，抑うつのメカニズム（発症や持続）の解明につながる基礎研究の始まりと考えられた。

キーワード：抑うつ，認知療法，ABC モデル，不合理な信念，

#### 4.1.2 問題

##### 4.1.2.(1) Ellis の ABC モデルとわが国の状況

行動療法の新しい流れとして，認知への働きかけを行う CBT（第二世代）が注目されてきた。この流れの中でも，Ellis の論理情動行動療法(RET:Rational-Emotive Therapy のちに Behavioral の B が加わり REBT : Elis,1962,1994/野口訳, 1999)は，本邦でも CBT の基礎的な理論として定着したといえる（坂野,1992）。REBT において，ABC モデルは理論的にも非常に重要である。

認知療法はさまざまな理論の集合体であるが，主な学派は 3 つある（Dryden &

Rentoul,1991／丹野監訳,1996)。Ellis の REBT, Beck の認知療法, Meichenbaum (1977) の自己教示訓練 (Self-Instructional Training) である。これらに共通するのは, ①認知が症状を媒介すると考え, ②そうした認知をアセスメントに利用し, ③治療において, 認知の変化を第一のターゲットとする, といった点である。Ellis の理論や ABC モデルは, Beck や Meichenbaum に影響を与えていること (Dryden & Rentoul,1991), また, Beck の抑うつ認知理論 (詳細は, 第 4 章 2 節) に比べて仮説が少なくモデルが単純であることが特徴として挙げられる。よって, 認知療法の治療モデルを検証していく初期研究においては, 第一選択のモデルであると考えられた。

Ellis の ABC モデルとは, 不合理な信念が抑うつなどの否定的な感情をもたらすという理論で, Ellis(1962,1994)によって提唱された。このモデルでは, ストレスフルな出来事 (A : Activating event) が直接的に, 抑うつなどの「不適切でネガティブな感情」という結果(C : Consequence)を引き起こすのではなく, 両者の間には, その人のもつ信念 (B : Belief) が介在し, その信念が合理的であるか, 不合理であるかの違いによって, 抑うつなどの感情が引き起こされるかどうかが決まると考える。例えば, 自分の目的を阻害すると感じる出来事 (A) が起こった時に, 合理的な信念 (B) をもてば (例えば, 「次の機会にうまくやればいい。ここで失敗したからといって私は駄目な人間ではない。」と考えること), 適切でネガティブな感情 (C : 例えば, 悲しみや後悔など) が生じる。一方で, 不合理な信念 (B) をもつと (例えば, 「こんなことがあったら生きていけない。こんな失敗をするべきではない。」と考えること), 抑うつなどの不適切でネガティブな感情 (C) が引き起こされる。

このような不適切な結果を生じさせる代表的な不合理な信念には, 「人は全ての面において絶対に有能でなければならず, そうでなければ不完全で無価値な人間である」という考えや「人は絶対に光明正大に行動しなければならず, そうでなければ非難に値する悪い人間である」という考えがある。これらの不合理な信念のもとになる中心的な考え方には, 「～しなければならない (must)」や「～すべきである (should)」という考え方を, 何事に対しても行なう傾向があるとされている。なお, 近年では, 人生における中心的な目標と価値 (G) という概念が導入され, A が G を阻害するときに, 不合理な信念 B を持つかが, C を生み出す上で重要であるとされている (Ellis,1994)。この理論の概念図を図 4-1 に示した。

Ellis の ABC 図式 (図 4-1), および構成概念についての実証的な研究は, これまで主としてアメリカやイギリスを中心に行われてきた。RET の治療標的となる「不合理な信念」の強さの測定に関する研究は多く, さまざまな尺度が開発されてきており, また, 不合理な信念と不安や抑うつ, 敵意や怒りなどの不適応な感情との関連性が証明され, それらの報告はいずれも, Ellis の治療仮説を支持するものであった (森ら,1994)。

ところが, 本邦の場合, 不合理な信念に関する研究報告は, その測定尺度の整備がなされていなかったこともあり, それほど多くは見受けられず, 松村 (1991)によって日本人向

けの不合理な信念の測定尺度(Japanese Irrational Belief Test)の開発がみられる程度であった。

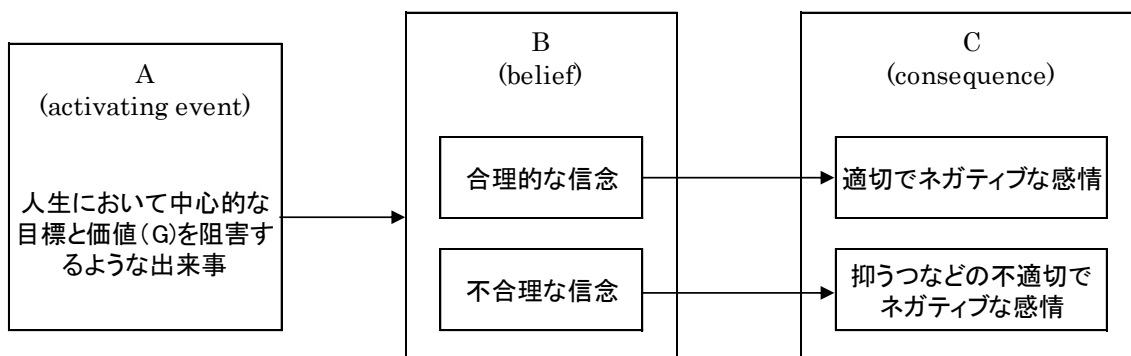


図4-1 ABCモデルの概要, Ellis(1994)に基づいて作成

この JIBT を作成する上で、松村 (1991)は、それ以前に作成された不合理な信念尺度が、「信念」というよりも、むしろそこから導き出される「不安反応」そのものを測定する項目を多く含んでいるという指摘を受け、この点に十分留意して尺度構成を試みている。同時に松村は、これまでの Irrational Beliefs Test(IBT)のいくつかの項目が、行動傾向そのものだけを質問し、また、行動傾向を引き起こす原因、すなわち「信念」を質問していないとしている。つまり、Ellis の理論の C(Consequence)を質問してはいるが、B(belief system)を質問していることにはならないと結論づけている。そこで松村 (1991)は、構成概念妥当性の問題と欧米と日本との文化的差異を考慮するという観点から、既存の欧米の尺度の翻訳ではなく独自の尺度を作成するに至った。さらに、松村 (1991)は、特性不安との相関係数の検討や、健常者群と神経症者群との JIBT 得点の比較を行い、JIBT が高い妥当性を兼ね備えていることを明らかにしている。以上のように、日本語版の不合理な信念の測定尺度の中で、高い妥当性と信頼性を有している尺度は、JIBT の他には見当たらない (森ら,1994)。しかし、JIBT は項目数が 70 と多く、実際の臨床現場で用いるには、かなり煩雑であると考えた森ら (1994)は、臨床現場で用いる際にクライアントに負担がかからず、また、調査研究に用いる場合にも他の変数との関連性の検討を行いやすいように項目数を 20 項目に限定し、かつ内容が理解しやすい下位尺度構成を持った不合理な信念尺度 (JIBT-20)を作成している。

Ellis の ABC 理論は、個人の持つさまざまな問題を認知や情緒そして行動の 3つの観点から、総合的かつ積極的に解決しようとする治療理論である。この理論的モデルである ABC モデルに関して、まず本邦においても実証的研究を行う必要があると考えられた。仮説としては、JIBT が不合理な信念を測定しているのだとすれば、JIBT の高い者は社会において何らかの不適応 (望ましくない感情や行動)を生じさせる。その結果として JIBT の低い者よりも抑うつ感が高くなることを設定した。なお、ここでは測定のしやすい不適応状態として抑うつを指標として用いることとした。また、抑うつに対して JIBT もしくは JIBT-20

等を用いた研究は、2000年当時、ほとんど見あたらなかった。よって JIBT-20 を用いて抑うつに対する ABC モデルの検証を行い、抑うつと JIBT-20 がどのような関係にあるのか探索的に調査することも目的とした。

### 2.1.2.(2) なぜ「抑うつ」なのか。「抑うつ」について

#### (a) 認知療法の効果研究から

Ellis の ABC モデルを検証する不適応状態として、なぜ「抑うつ」を用いたのかを述べる。まず、認知療法では、Ellis の ABC モデルを応用した ABC 技法が多く用いられる (e.g. Leahy, 2003 / 伊藤・佐藤訳, 2006)。ABC 図式は、Ellis はもちろん Beck も用いており (詳細は研究 2 で述べる) 認知療法を代表するモデルである。その認知療法では、抑うつへの効果研究が多数報告され、それらの結果もまとめられている (e.g. Twaddle & Scott, 1991 / 坂本訳, 1996)。結論としては、単極性で、非精神病性で、急性の外来患者の抑うつ治療については、認知療法は薬物療法と同等の効果があり、効果が劣るという報告はないという、抑うつ治療に対する治療的根拠を示すものであった。つまり、「抑うつ」は、認知療法でその治療効果が示されているということが選択の理由である。

#### (b) 本研究で扱う「抑うつ」について

うつ病や抑うつ症状を意味する「抑うつ」(depression) は、次のようないくつかの段階を示す。特定の感情または特定の症状 (symptom) としての「抑うつ」、症状のまとまりである症候群 (syndrome) としての「抑うつ」、疾病分類学的な疾患としての「抑うつ」である (Beck, 1967)。本研究では、特定の感情または特定の症状を表す言葉として「抑うつ」を用いることとする。すなわち、DSM や国際疾病分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : ICD) による疾病分類には、直接的には当てはまらない。また、この抑うつの症状を測定する信頼性と妥当性を備えた質問紙が開発され、多数の研究に用いられていることも選択の理由である。

#### (c) 大学生を対象としたアナログ研究

本研究では大学生を対象として検討を行なう。抑うつの研究において、臨床的なクライアントでない大学生などを対象とする研究は、アナログ研究と呼ばれる (杉浦, 2009)。アナログ研究は、①条件統制がしやすいこと、②多人数を対象にできること、③統計的な処理が容易になることなどの利点が挙げられる。また、抑うつ研究に学生群を用いる方法論的長所として、①被験者が比較的均質の環境に置かれていること、②学生群は精神疾患に罹患している確率が少ないこと、③薬物治療による影響を受けているものが少ないことなどが挙げられる (Vrendenburg, Flett, & Krames, 1993)。大学生を対象としたアナログ研究は、以上のような方法論的利点がある一方で、大学生の抑うつと臨床群の

うつ病が連続的であるかについては議論が分かれる (e.g.Cox et al.,1999)。そのため、アナログ研究から得られる知見をうつ病などに対して一般化するには、うつ病患者などの臨床群を対象とした再検証が必要になると考えられる。

### 4.1.3 方法

#### 4.1.3.(1) 被調査者

主に関西の大学生、大学院生 639 名の中で、以下の各尺度において記入漏れのない有効調査回答数 629 名 (男子 323 名, 女子 302 名, 性別のみ不明 4 名) を分析対象とした。また, 平均年齢は, 20.9 歳 (標準偏差 5.6), 大学に関しては, 4 大学, 8 学部であった。

#### 4.1.3.(2) 調査材料

##### (a) JIBT 短縮版 (JIBT-20)

Ellis の主張する不合理な信念を測定するために, 松村 (1991) が本邦にあうように作成した JIBT (下位尺度; 1. 自己期待 (self-expectation), 2. 問題回避 (Problem avoidance), 3. 倫理的な非難 (Ethical blame), 4. 内的無力感 (Helplessness over inside), 5. 依存 (Dependence), 6. 協調主義 (Cooperativism), 7. 外的無力感 (Helplessness over outside), 各下位尺度 10 項目ずつ, 合計 70 項目) を更に, 20 項目に短縮・整理・改良したものである。JIBT-20 は, 20 項目からなる尺度で, 各項目に対し「1:まったくそう思わない」から「5:まったくそう思う」までの 5 点尺度で回答を求めた。

##### (b) ツアン自己記入式抑うつ性尺度 (Zung Self-Rating Depression Scale : SDS)

SDS は, 身体的な症状をも考慮した自己記入式抑うつ尺度である。本邦では, 臨床・研究ともに広く用いられている尺度である。20 項目からなり, 各項目に対し「1:ないかたまたまに」から「4:ほとんどいつも」までの 4 件法で評定を行なう。得点が高いと調査時の抑うつが高いことを意味する。信頼性係数および再検査信頼性が確認されるとともに, 正常対象群とうつ病群との間の弁別的妥当性が確認されており, 妥当性および信頼性のある尺度と言える (福田・小林, 1973)。

#### 4.1.3.(3) 手続き

各大学での講義終了時間等を利用し無記名方式で質問紙を配布, 個別に調査を実施し, その後, 回収した。なお, 質問紙は, 研究目的のみ利用し, 個人が特定されることはないことを記載し協力を求めた。その上で, 回答をもって同意とみなした。また, 結果の分析

は SPSS 統計パッケージを使用した。

#### 4.1.4 結果

##### 4.1.4.(1) JIBT-20 と抑うつについて

JIBT-20 の 5 下位尺度の各得点と SDS による抑うつ得点とで相関係数を算出した(表 4-1)。その結果、「依存」に関する得点と「抑うつ得点」とに正の相関がみられた ( $p<.001$ )。「無力感」に関する得点においても「抑うつ得点」との間に正の相関を認めることができた ( $p<.001$ )。しかし、これらの相関はいずれも強い値ではなかった。

また、抑うつ得点の平均点以上の者を「抑うつ高群」、平均点未満の者を「抑うつ低群」と分類し、抑うつ高群と低群に対して JIBT-20 の各下位尺度得点がどのように異なるのか  $t$  検定をおこなった (表 4-2)。その結果、JIBT-20 総合得点は、「抑うつ高群」が有意に高かった ( $p<.001$ )。「依存」( $p<.001$ )、「問題回避」( $p<.01$ )、「無力感」( $p<.001$ )、についても「抑うつ高群」が各下位尺度得点において有意に高いという結果であった。「自己期待」、「倫理的非難」に関しては、有意な差が得られなかった。

表4-1 各尺度間の相関係数

	JIBT-20得点	自己期待	倫理的非難	依存	問題回避	無力感
自己期待	.578***					
倫理的非難	.615***	.258***				
依存	.640***	.199***	.185***			
問題回避	.539***	.081*	.175***	.170***		
無力感	.494***	-.028	.126**	.223***	.249***	
抑うつ得点	.192***	-.023	-.050	.253***	.175***	.232***

\*\*\*  $p<.001$     \*\*  $p<.01$     \*  $p<.05$

表4-2 抑うつ得点群に関する  $t$  検定

	抑うつ得点高群(272名)		抑うつ得点低群(357名)		$t$ 値	$p$
	平均値	$SD$	平均値	$SD$		
JIBT得点(合計)	63.95	7.91	61.66	7.82	-3.63	***
自己期待	10.71	3.23	10.96	3.07	9.7	<i>n.s.</i>
倫理的非難	14.67	2.81	14.95	2.77	1.26	<i>n.s.</i>
依存	12.67	3.01	11.55	2.89	-4.74	***
問題回避	10.78	2.58	10.17	2.29	-3.11	**
無力感	15.13	2.32	14.03	2.32	-5.86	***

\*\*\*  $p<.001$     \*\*  $p<.01$

次に、JIBT-20 の総合得点が高いことが抑うつ得点にどのように影響しているのかを調べ



るために、JIBT-20 総合得点の平均点以上の者を「JIBT 高群」、平均点未満の者を「JIBT 低群」と分類し、先の「抑うつ高群」と「抑うつ低群」とのクロス表を作成し $\chi^2$ 検定を行った。その結果、0.1%水準で有意な差がみられた。「JIBT 高群」は抑うつ得点が高く、JIBT 低群は抑うつ得点が低くなっていた（表 4-3）。その上で、「JIBT 高群」「JIBT 低群」で抑うつ得点に関して  $t$  検定を行なった。その結果「JIBT 高群」は低群に対して抑うつ得点があり（ $p<.001$ ）に高かった（表 4-4）。

表4-3 JIBT得点群別に見た抑うつ群

		抑うつ		
		低群	高群	合計
JIBT	低群	189	102	291
	高群	168	170	338
	合計	357	272	629

注： $\chi^2(1)=14.81, p<.001$

表4-4 JIBT得点群に関する  $t$  検定

	JIBT高群(338名)		JIBT低群(291名)		$t$ 値	$p$
	平均値	$SD$	平均値	$SD$		
抑うつ得点(合計)	43.6	7.08	40.71	7.25	-5.05	***

\*\*\*. ( $p<.001$ )

#### 4.1.5 考察

##### 4.1.5.(1) 不合理な信念 (JIBT-20)と抑うつについて

調査結果（表 4-1）から、JIBT-20 得点が抑うつに関して有意な正の相関はあるが、それは決して強いものではなかった。また、表 4-3 から読みとれることは、JIBT 得点が低いことが抑うつを低めることに関与していることを示している。しかし、単純にその反対の JIBT 得点が高いことが即、抑うつにつながるとは言い難い。それは JIBT 得点が高くても抑うつの低い人たちが多数存在するからである。

不合理な信念を持っていても抑うつにならないということは、不合理な信念を持っているにもかかわらず、何らかの不応症症状を示さないで社会環境に適応しているということができる。もしくは、個人が環境から比較的独立している、言い換えれば、周囲から影響を受けにくい状態であることなどが考えられよう。後者の場合、今回の被験者が大学生中心であることを考慮すれば理解できる。大学生は、社会人や臨床群に比べ比較的自由な環境の中で日常を過ごせることが多い。よって、不快な状況を回避しやすいのではなからう

か。このように考えれば、JIBT 得点は高いが、抑うつ得点は低いという人たちは、状況を整えば、抑うつになりやすい人たちと捉えることができるであろう。しかし、抑うつになるには少なくとも、不合理な信念のような認知の歪み以外に、なんらかの他の要因が働いていることが考えられる。

#### **4.1.5.(2) Ellis の ABC モデルについて**

本研究の結果より、Ellis の ABC モデルのように、何らかの出来事に対して、不合理な信念を持っている者は、持っていない者よりも望ましくない結果（本研究の場合は抑うつ）になることが示された。しかし、不合理な信念を持っていても、抑うつにならないような人びとも多数存在することが明らかとなった。治療的メカニズムを求めるならば、より説明力のある詳細なモデルが必要であると考えられる。

#### **4.1.5.(3) 後続の研究として望まれること**

本研究にみられるように、不合理な信念が高くても抑うつにならない人たちがいる。これはなにを意味しているのか。それは、同じ経験をしても抑うつになる人とならない人の違いを検討すること、つまり、抑うつ発症のメカニズムや治療的介入法の解明につながる研究と考えることができる。よって、これらの疑問を説明しうるようなモデルの検討が望まれる。

## **4.2 自己意識理論を用いて階層的な認知モデルを考える（研究2）（渡辺，2001a,2004）**

### **4.2.1 要約**

本研究では、Ellis の ABC 理論をもとに、(研究1)での「不合理な信念を持っていても、不適応（抑うつ）を起こさないのは何故か」という疑問点を解明するため、自己意識理論を考慮した新たな認知的モデルを考案した。不合理な信念を持つ人であっても、自己を意識しやすいという特性を持たない人は抑うつになりにくいであろう。また、抑うつ傾向の強い人は、不合理な信念を持ち、かつ、自己を意識しやすい特性を持つのではないか。以上の仮説を検証するため調査を行なった。

結果は、自己のどの側面に注目しやすいかで異なるものとなった。自己意識には、自己の公的側面、もしくは私的側面への二つの異なる注目がある。このなかで公的側面に注目

する公的自己意識のみに抑うつと弱い正の相関を認めることができた。その上で、公的自己意識を用いて仮説モデルの検証をこころみたところ、不合理な信念が高く、かつ、公的自己意識も高い者は、抑うつになりやすいという結果が得られた。また、不合理な信念・公的自己意識がともに低い者は、抑うつになりにくいと認められる結果であった。よって、公的自己意識側面に対して仮説モデルは成立すると考えられた。また、不合理な信念と自己意識が抑うつに与える影響としては、不合理な信念が高い者の場合は、公的・私的どちらの自己に意識が向いても、抑うつを強めるのではないかと考えられる結果であった。

しかし、本研究では問題点が浮かび上がった。それは、抑うつと相関が認められたのは、公的自己意識のみであって、私的自己意識ではない点、また、相関があってもそれほど強いものではないことである。この結果は、多くの先行研究と異なる。先行研究は、私的自己意識が抑うつと相関を持ち、公的自己意識は相関を持たないとしている。では、公的自己意識と私的自己意識どちらが抑うつに関係しているのか。この点について、若干の考察は述べたが疑問が残るものとなった。研究として質問紙尺度を組み合わせることで数量的にモデルを解析する方法の難しさも明らかとなった。

キーワード：認知療法，自己注目，自己意識，階層性

## 4.2.2 はじめに

### 4.2.2.(1) 抑うつへの心理学的アプローチ

抑うつに関する心理学的なアプローチとして、認知行動的理論がある。これらの理論は、①「臨床経験を通じて考え出された理論」として、Beck の認知療法や Ellis の論理情動療法など、②「動物を使った行動学的な実験に端を発する理論」として Seligman の学習性無力感理論 (learned helplessness) を主流とするもの、③「社会心理学や認知心理学の知見を応用した理論」として Pyszczynski や Greenberg らによる抑うつの自己意識スタイル等の自己意識理論に流れをくむもの、の3つに大別できる (坂本,1997)。

### 4.2.2.(2) 自己意識理論について

Ellis や Beck のような臨床現場から考えられた理論とは別に、社会心理学的な視点である自己意識理論から抑うつに接近した研究がある。Greenberg & Pyszczynski (1986) は、自己意識・自己注目をを用いて社会心理学的な知見から抑うつに関する研究を行っている。彼らは、自己注目のスタイルや自己への注意の向けやすさが抑うつに関与していると考えたのである。

自己意識は個人の注意の方向性の問題に置き換えることができる。端的に言ってそれは、注意が外界に向かうとき自己意識は低下し、注意が自己に向かうときは自己意識が高まる

と考えるわけである。Duval & Wicklund は、1972 年に実験研究のうえにまとめられた著書「A theory of self-awareness (客体的自己意識理論)」を刊行した。自己意識の高まりがもたらす効果はおおよそ次のように整理される。自己に注意が向かうと現実の自己と理想の自己との食い違いがより強く意識される。これが一時的な自己評価の低下と不快な感情を生み出す。この不快感を低減させるために、個人のなかで次のような 2 種類の動機づけが生じる。ひとつは現実の自己像を理想の姿に近づけるという動機、他のひとつは自己への注意を喚起する状況そのものから逃避しようという動機である。このような動機づけを発生させるメカニズムが自己意識理論である。

自己意識の研究には自己への注意量の個人差を測定する尺度の登場が必要であった。Fenigstein ら (1975) は、自己意識特性尺度 (Self-Consciousness Scale) を開発した。この尺度によって質問紙レベルでの研究が可能となり、さらに実験室では収まらなかった日常的な個人の行動特徴や適応の問題にも研究の領域が広げられることになった。また、もうひとつの重要な貢献は自己への注意が私的側面に対するものと、公的側面に関するものとに分類できるという発見であった。さらに Froming たち (1982) は、自己意識の実験操作の方法の違いによっても、被験者が注意を向ける自己の側面に違いが生じることを示している。すなわち、鏡は自己の私的側面へ注意を促すのに対して、評価的な他者の存在は公的側面に注意を喚起するというものである。

この自己意識理論をもとに抑うつの研究をしたのが Greenberg & Pyszczynski である。抑うつと自己意識との関連について、Greenberg らは次のような仮説を呈示している。なんらかの失敗体験などにより現実の自己像と理想の自己像とのあいだに修復困難なズレを感じたとき、個人はそうした自己の姿からあえて注意をそらすことにより無用な精神的、肉体的消耗を回避する。しかし、その内容が個人のアイデンティティや情緒的安定にとってきわめて重要な場合には、自己の短所から目が放せなくなり困難な自己改造にいつまでもとらわれてしまうことがある。さらに、こうした状態にある個人は何らかの成功体験を持って、それを無視しやすくなると予測できる。自己の長所に目が奪われると欠点の方から目が離れ、それを直そうとする気持ちが衰えてしまうことを心配するからである (Pyszczynski & Greenberg, 1987)。こうした理由から失敗時に自己に注意を向け、成功時に自己から注意をそらすという得意な自己意識スタイルができあがってしまう。Greenberg らはこれを「抑うつの自己意識スタイル」と呼び、個人の自己評価を低迷させ抑うつ感を増大させる原因になると考えている。そして、この「抑うつの自己意識スタイル」が抑うつ傾向の高い個人に顕著に見られることを実験的に検討し、うつ病についての新たな理論の提言を試みている。こうした得意な自己意識スタイルが反応性うつ病の発生と持続に関与していることを示唆しているのである。

本邦では、坂本 (1997) が自己注目を用いた抑うつに関する研究を行っている。なお、自己注目 (self-focus) とは、自覚状態 (self-awareness; 人が自分自身の方向へ注意を向け、自らが自らを注目の的としている状態) と自己意識特性 (self-consciousness; 普段から自己

に注意を向けやすい性格特性)との両方を含む用語である。坂本は、自己注目に「始発」, 「作動」, 「持続」の段階を用いることにより抑うつに対する独自の理論モデルを考察している。

#### 4.2.2.(3) Beck の抑うつ認知理論

Ellis や Beck は、それぞれに ABC 図式を用いて抑うつの原因は、不合理な信念や認知の歪みであると述べている (坂本, 1997)。ここでは、Beck の抑うつ認知理論について述べる。Beck は 1960 年代後半に抑うつの認知理論を発展させ、1967 年にその集大成として “Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects” をまとめた。Beck の抑うつの認知理論は図 4-2 のように整理される。この図は、Abramson ら (1988) の図を改変したものである。

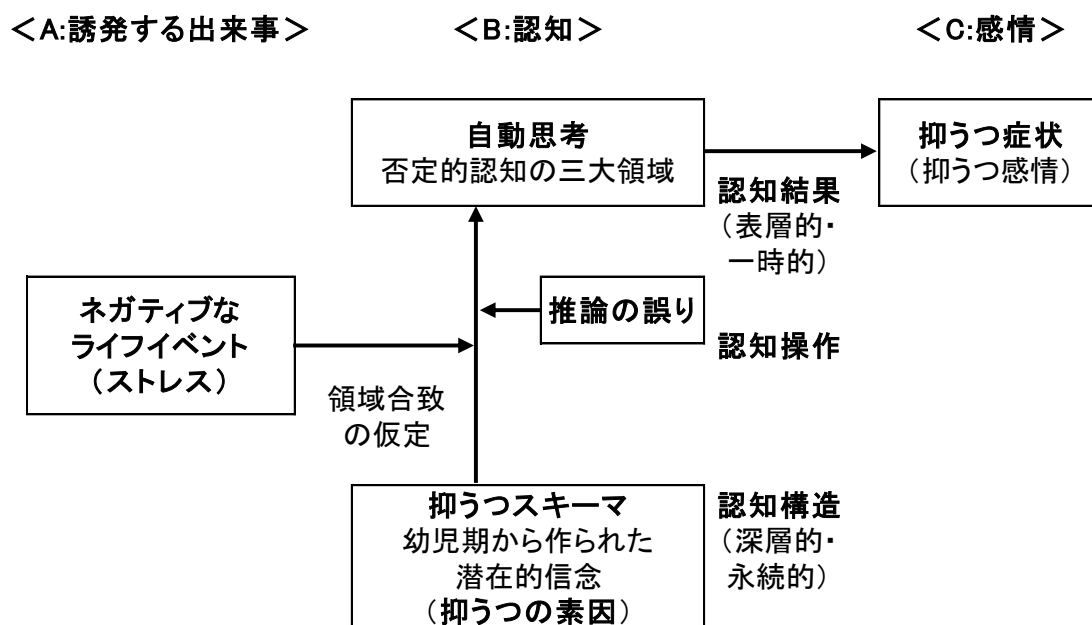


図4-2 Beckの抑うつの認知理論(Abramsonら, 1988の図を改変)

##### (a) ABC 図式

この理論は、Ellis の ABC 図式を枠組みにしている。その上で Beck は ABC 図式を抑うつに当てはめた。つまり、抑うつ感情 (C) を生み出すものは、外界の出来事 (A) ではなくて、その出来事をどう解釈するかという認知 (B) である。これまでは、うつ病の認知障害 (微小妄想や思考静止など) は、感情障害の結果と考えられていた。Beck は、これを逆転させ、認知障害が感情障害を生じさせるとした。こうしたコペル

ニクスの発想の転換により、認知を変えれば抑うつが軽減されるという認知療法が出てきたのである。精神病理学におけるひとつのパラダイム・シフトといってよいであろう（丹野，2001）

### (b) 素因ストレスモデル

この理論は「素因ストレスモデル」の形をとっている。これは、もともと抑うつに対する脆弱性（抑うつスキーマ）を持っている人が、何らかのストレス（ネガティブなライフイベント）を経験して発病するというモデルである。このモデルに従えば、例えば、幼児期に親の死を体験した場合は、喪失をテーマとしたスキーマが組み込まれてしまうので、大人になると、誰かと別れるといった別離の体験が、このスキーマを活性化しやすくなる。つまり、抑うつを起こしやすい体験の領域というものが、人それぞれにある。これが領域合致の仮定である(Dryden & Rentoul ;1991,丹野，2001)。

### (c) 認知の3つのレベル

更に、Beck の抑うつ理論の特徴は、抑うつスキーマ、推論、自動思考という3つのレベルに認知を分けて考える点である。Ingram(1990)は、それぞれを、認知構造、認知操作、認知結果と呼び対応させている。

第1の自動思考 (automatic thought) とは、例えば「私は不幸せだ。私は失敗者だ。私には何のとりえもない。誰もわかってくれない。この場からにげたい」といったような、否定的認知のことである。自分の意志とは関係なく、ひとりで心に浮かびあがってくるので「自動」と名づけられた。こうした自動思考が直接に抑うつ感情を引き起こすと考えるのである。自動思考が最も強くあらわれやすい領域は、自分・世界・未来の3大領域であるとされている。

第2の推論のレベルについて Beck は、抑うつ的な人の推論は独特であり、表4-5に示すような体系的な推論の誤りがあるとしている。例えば、証拠もないのに、「私は、彼（彼女）から嫌われている」とネガティブな結論を引き出すなど。このような推論の歪みが自動思考を引き起こす。

表4-5 推論の誤り(Beckら、1979)

恣意的推論 選択的注目	証拠も無いのにネガティブな結論をひきだすこと 最も明らかなものには目もくれず、些細なネガティブなことだけを重視すること
過度の一般化 拡大解釈と過小評価	わずかな経験から広範囲のことを結論してしまう誤り 自分の欠点は拡大解釈し、自分の長所は過小評価してしまうようなこと
個人化 完全主義的・二分法的思考	自分に関係のない出来事を、自分に関係づけて考えること ものごとの白黒をつけないと気がすまないこと

第3の抑うつスキーマとは、より深層にある認知構造や信念体系のことである。例えば、「他の人に嫌われたら、幸せにはなれない」とか「仕事の上で失敗したら、人としても失敗者である」といった信念である。抑うつスキーマは、ネガティブなライフイベントによって活性化され、それによって自動思考を生み出す。例えば、「他の人に嫌われたら、幸せにはなれない」という信念を持つ人は、人に好かれるように努力するであろうから、普段の対人関係は適応的かもしれない。しかし、何らかのきっかけで人に嫌われたと感じたら、「私は不幸せだ」と感じ、落ち込んでしまうであろう。また、「仕事の上で失敗したら、人としても失敗者である」と信じる人は、失敗しないように努力する点で、普段は適応的であるが、仕事に失敗した場合は、「私は失敗者だ」という自動思考がわいてくるであろう。このように抑うつスキーマは、それ自体は適応的なのだが、環境の変化に対応できない認知といえる。このような信念こそが、抑うつへの脆弱性（素因）となる。抑うつスキーマの起源については、Beck は幼児期の体験などを重視している（丹野，2001）。

#### (d) 抑うつスキーマ仮説

Beck は、3つの認知レベルのうち、自動思考と抑うつスキーマを対比的に考えている。すなわち、自動思考は、比較的意識化しやすく不安定なものであるのに対し、抑うつスキーマは、意識化が困難であり、安定しており、変化しにくい認知構造である。だから、認知療法により抑うつスキーマを変えない限り、たとえ抑うつ症状が軽くなり自動思考が減ったとしても、抑うつスキーマはいつまでも残る。このような「抑うつスキーマ仮説」の対応を表4-6に示す。

表4-6 抑うつスキーマ仮説(丹野, 2001)

抑うつスキーマ	自動思考
一次的	二次的(結果)
自動思考の原因となる	抑うつスキーマの活性化の結果
永続的・安定的	一時的・不安定
症状とともに変化しない	症状とともに変化する
抑うつ人格特性 (trait)	抑うつ状態 (state)
抑うつ素因となる	抑うつ素因ではない
根本的治療	対症療法

#### 4.2.3 研究目的

Ellis や Beck は、それぞれに ABC 図式を用いて抑うつの原因は、不合理な信念や認知の歪みであると述べている（図 4-1, 図 4-2）。また、自己注目の研究では、ネガティブな出来事の後自己に注目しやすいという特性（ネガティブ自己注目）が抑うつの原因と考えら

れるとしている。この両者の理論を認知的な図式で表すと次のように考えられる (図 4-3)。図は、坂本(1997)を参考にしている。

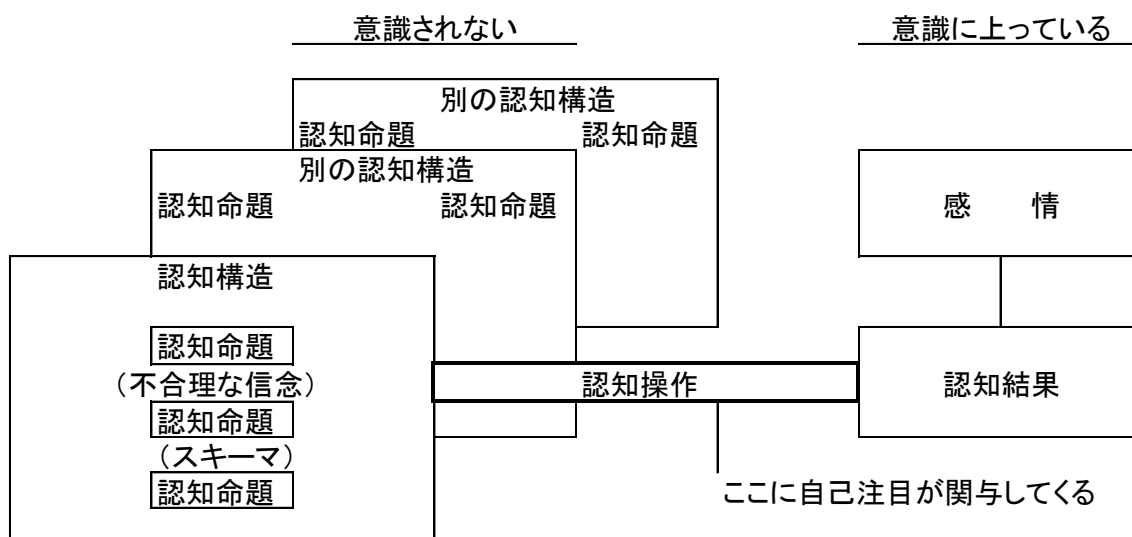


図4-3 認知構造、認知命題、認知操作、認知結果の関係 (坂本, 1997より)

認知命題は、各個人が貯えている情報の内容であり、それが貯えられている形式が認知構造だといえる。そして、この認知命題は、注意や活性化という認知操作によって初めて意識に上る (この意識された内容が認知結果である)。認知結果の内容いかんによって、ある種の感情が生じるというわけである。この認知命題にあたるのが Ellis の不合理な信念、Beck の抑うつスキーマなどである。この普段意識されない認知命題を、意識上にもたらすのが認知操作と考えられる自己注目とするならば、抑うつの原因と考えられる不合理な信念や抑うつスキーマがあったとしても、自己注目しないということでは抑うつにはならないという仮説をたてることができる。しかし、自己注目とは、自覚状態と自己意識特性との両方を含む用語であることを考慮する必要がある。本研究では、変動しやすい自覚状態ではなく、安定していると考えられる、普段から自己に注意を向けやすい性格特性を測定する方がモデルとして好ましいと考えられる。そこで以下のようなモデルを検討することとした。

つまり、不合理な信念や抑うつスキーマを持つ人であっても、自己に注意を向けやすいという特性を持たない人は抑うつになりにくいのではないかということである。その逆に、抑うつ傾向の強い人は、不合理な信念や抑うつスキーマをもち、かつ、自己に注意を向けやすい特性を持つのではないか。この仮説モデルを図 4-4 に示す。本研究では、この仮説を検証することを第一に、不合理な信念と抑うつ、そして自己意識特性との関係を明らかにすることを目的とした。



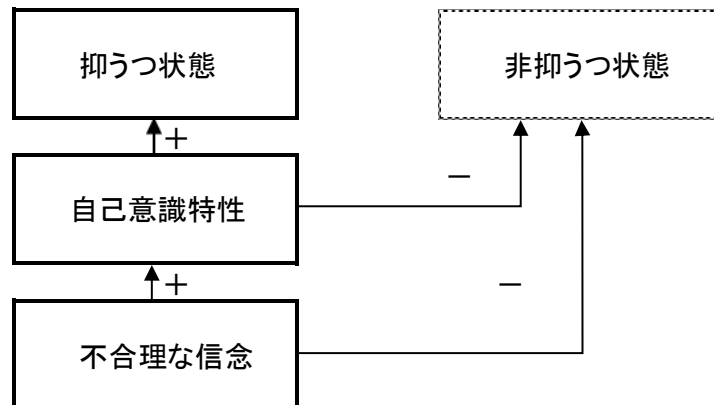


図4-4 本研究で検討する階層モデル

#### 4.2.4 方法

##### 4.2.4.(1) 被調査者

主に関西の大学生，大学院生 639 名の中で，以下の各尺度において記入漏れのない有効調査回答数 629 名（男子 323 名，女子 302 名，性別のみ不明 4 名）を分析対象とした。また，平均年齢は，20.9 歳（標準偏差 5.6），調査大学は，4 大学，8 学部である。

##### 4.2.4.(2) 調査材料

(a) JIBT 短縮版 (JIBT-20) (研究 1 参照)

(b) ツアン自己記入式抑うつ性尺度 (Zung Self-Rating Depression Scale)

(研究 1 参照)

(c) 自意識尺度日本語版

自分自身のどの側面にどの程度注意を向けやすいか（自己意識特性）を測定する尺度である。Feningstein ら（1975）に基づき，菅原（1984）が開発したものである。この中で自己意識特性は以下の 2 尺度によって測定されている。ひとつは，自分の服装や他者に対する言動など他者から直接観察できる自己の側面に注意を向けやすい程度を測定する「公的自己意識」であり，もう一方は自分の内面や感情など他者から直接観察されない自己の側面に注意を向けやすい程度を測定する「私的自己意識尺度」である。

公的自己意識 11 項目，私的自己意識 10 項目からなる尺度で各項目に対し「1：まったくあてはまらない」から「5：非常にあてはまる」までの 5 点尺度で回答を求めた。

#### 4.2.4.(3) 手続き

各大学での講義時間等を利用し無記名方式で質問紙を配布，個別に調査を実施し，その後，回収した。なお，質問紙は，研究目的のみ利用し，個人が特定されることはないことを記載し協力を求めた。その上で，回答をもって同意とみなした。また，結果の分析は SPSS 統計パッケージおよび HAD 統計ソフト（清水ら，2006）を使用した。

#### 4.2.5 結果

##### 4.2.5.(1) 各尺度間の相関係数による比較・検討

各自己意識尺度得点と「抑うつ得点」にどのような関係があるか相関係数を比較した(表 4-7)。結果は，「公的自己意識」と「抑うつ得点」および「自己意識（合計）」と「抑うつ得点」に正の相関 ( $p<.001$ )を認めることができたが，弱い相関であった。「私的自己意識」と「抑うつ得点」には相関はみられなかった。

表4-7 抑うつ得点と公的・私的自己意識との相関係数

	公的自己意識	私的自己意識	自己意識(合計)
抑うつ得点	.184***	-.018	.116***

\*\*\* $p<.001$   
N=629

##### 4.2.5.(2) JIBT-20・自己意識・抑うつ得点の関係について

###### (a) JIBT-20 と抑うつの関係

研究 1 により JIBT 高群は低群に対して抑うつ得点が有意 ( $p<.001$ ) に高いことが明らかになっている (表 4-2)。

###### (b) 公的・私的自己意識に関する $t$ 検定

公的自己意識の平均点以上の者を「公的自己意識高群」，平均点未満の者を「公的自己意識低群」と分類し， $t$  検定を行った (表 4-8)。結果は，「公的自己意識高群」が，JIBT 総合得点 ( $p<.001$ )，(すべての下位項目)において得点が有意に高かった。

同様に，私的自己意識に関しても  $t$  検定を行った (表 4-9)。「私的自己意識高群」が「自己期待」に関して得点が有意 ( $p<.05$ ) に高く，「私的自己意識低群」が「問題回避」に対して得点が有意 ( $p<.01$ ) に高いという結果であった。

表4-8 公的自己意識得点群に関するt検定

	公的自己意識高群(358名)		公的自己意識低群(271名)		t	
	平均値	SD	平均値	SD		
JIBT得点(合計)	64.86	7.38	59.73	7.70	-8.47	***
自己期待	11.31	3.23	10.24	2.92	-4.29	***
倫理的非難	15.13	2.55	14.42	3.03	-3.12	**
依存	12.91	2.83	10.89	2.80	-8.87	***
問題回避	10.67	2.49	10.13	2.33	-2.76	**
無力感	14.85	2.28	14.05	2.44	-4.20	***
抑うつ得点	43.13	7.26	41.12	7.19	-3.45	***

\* $p < .05$     \*\* $p < .01$     \*\*\* $p < .001$

表4-9 私的自己意識得点群に関するt検定

	私的自己意識高群(318名)		私的自己意識低群(311名)		t	
	平均値	SD	平均値	SD		
JIBT得点(合計)	62.70	8.73	62.59	7.04	-1.73	n.s.
自己期待	11.12	3.44	10.57	2.78	-2.20	*
倫理的非難	14.82	2.92	14.83	2.65	0.04	n.s.
依存	12.09	3.26	11.98	2.70	-0.44	n.s.
問題回避	10.13	2.60	10.75	2.22	3.18	**
無力感	14.54	2.43	14.46	2.34	-0.43	n.s.
抑うつ得点	41.93	7.67	42.6	6.88	1.15	n.s.

\* $p < .05$     \*\* $p < .01$     \*\*\* $p < .001$

#### 4.2.5.(3) 重回帰分析による検討

JIBT得点と各自己意識得点が抑うつ得点に与える影響を検討するために、交互作用項を含む強制投入法による重回帰分析を行った。目的変数を抑うつ得点、説明変数をJIBT得点と各自己意識得点（公的自己意識・私的自己意識・自己意識（合計））、およびそれらの交互作用項の3変数とした。説明変数間の相関係数は中程度以下であり、多重共線性の問題はないと考えられる。

重回帰分析の結果、重決定係数  $R^2$  は、それぞれ1%水準で有意な値であった。それぞれの説明変数から目的変数への標準化係数  $\beta$  は表4-10の通りである。

表4-10 JIBT得点と各自己意識得点を説明変数とする重回帰分析

説明変数	目的変数	抑うつ得点 (標準化係数 $\beta$ )	
1. JIBT得点(不合理な信念の強さ)		.139	**
2. 公的自己意識得点		.141	**
3. 1×2の交互作用項		.072	†
$R^2$		.055	**
1. JIBT得点(不合理な信念の強さ)		.187	**
2. 私的自己意識得点		-.047	
3. 1×2の交互作用項		.024	
$R^2$		.040	**
1. JIBT得点(不合理な信念の強さ)		.165	**
2. 自己意識(合計)得点		.071	†
3. 1×2の交互作用項		.078	*
$R^2$		.046	**

統制変数は省略,  $R^2$ は決定係数  
 † $p < .10$  \* $p < .05$  \*\* $p < .01$

JIBT得点と自己意識(合計)得点の交互作用項の標準化係数 $\beta$ が有意であり、JIBT得点と公的自己意識得点の交互作用項の標準化係数 $\beta$ も10%水準で有意傾向であった。そこで、各自己意識得点の高低区分については、平均±1標準偏差( $SD$ )を採用し、各自己意識得点が高い場合(平均+1 $SD$ )と低い場合(平均-1 $SD$ )における、JIBT得点と抑うつ得点の関連を検討する単純傾斜検定を行った。結果は、公的自己意識得点とJIBT得点が抑うつ得点に与える影響を図4-5に、私的自己意識得点とJIBT得点が抑うつ得点に与える影響を図4-6に、自己意識(合計)得点とJIBT得点が抑うつ得点に与える影響を図4-7に示す通りである。

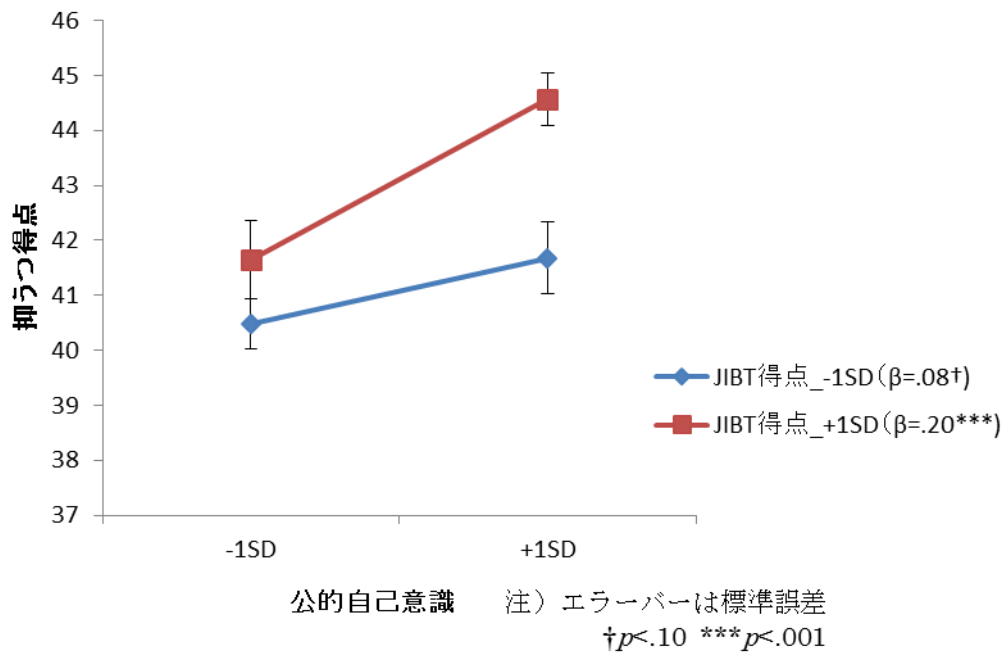


図4-5 公的自己意識得点とJIBT得点が抑うつ得点に与える影響

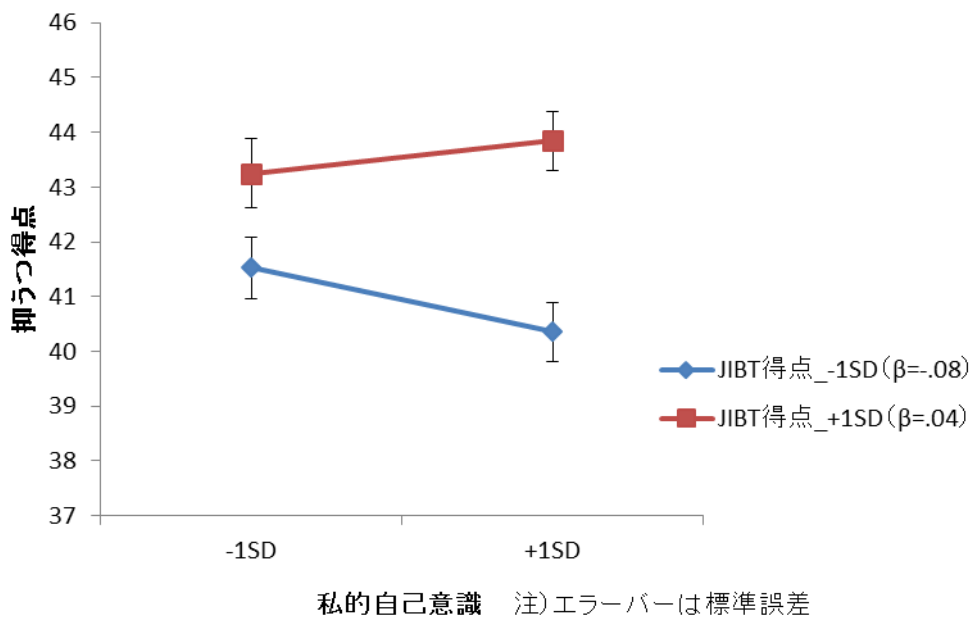


図4-6 私的自己意識得点とJIBT得点が抑うつ得点に与える影響

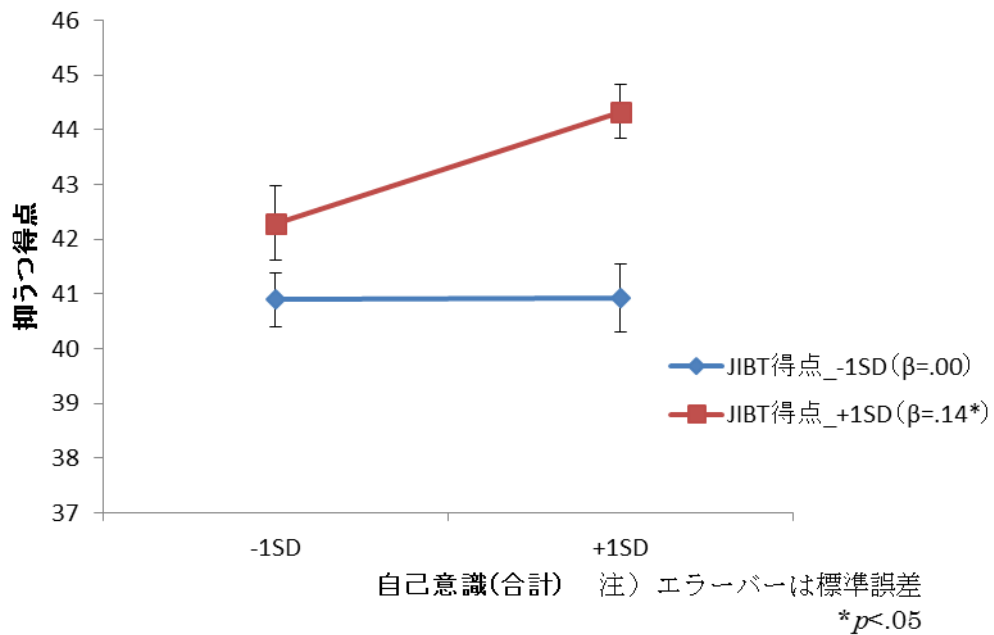


図4-7 自己意識（合計）得点とJIBT得点が抑うつ得点に与える影響

## 4.2.6 考察

### 4.2.6.(1) 仮説の検証について

JIBT 高群が低群に比べ抑うつ得点が有意に高いという結果から、不合理な信念が抑うつの一要因であることが研究1により明らかとなっている。そのことは、表 4-10 において JIBT 得点が抑うつ得点に対し常に有意な正の標準化係数  $\beta$  であることから明らかとなった。次に、図 4-5, 図 4-6, 図 4-7 にみるように、私的自己意識では、有意な標準化係数  $\beta$  は算出されなかったが、JIBT 得点が高く、かつ各自己意識得点が高いことが抑うつ得点を高める傾向があることが明らかとなった。公的自己意識に関しては、不合理な信念と公的自己意識がともに高いことが抑うつ傾向を高くすること、同様に自己意識（合計）に関しても不合理な信念と自己意識（合計）が高いことが抑うつを高くすることが明らかとなった。不合理な信念、公的自己意識、双方ともに低い場合、抑うつになりにくい傾向があることも明らかとなった。また、統計学的に有意ではないが、私的自己意識に関して係数の符号±を考慮すると、不合理な信念が高い人で、かつ私的自己意識が高い人の場合には、抑うつになりやすいのではないかと、また、不合理な信念が低い人にとっては、逆に私的自己意識が高いと抑うつを低減させるのではないかと読み取れる結果であった。

#### 4.2.6.(2) 自己意識尺度と抑うつについて（先行研究との違い）

公的自己意識とは、他者から直接観察できる自己の側面への注意の向けやすさであり、私的自己意識とは、他者から直接観察されない自己側面への注意の向けやすさであった。では、公的・私的どちらの自己意識特性が抑うつに関与しているのだろうか。

坂本（1997）は、抑うつと自己注目とで類似な現象に関する研究を集め、その比較検討を行っている。その中で、自己注目しやすいことが、即、抑うつにつながるわけではないと言及しながらも、抑うつと私的自己意識尺度との有意な相関が、学生・臨床うつ病患者のサンプルを問わず、また、日米の文化を問わず報告されているとしている。なお、公的自己意識尺度と抑うつ尺度との間に有意な相関を見いだしたという研究は少なく、相関の程度自体も低かったとまとめている。このような先行研究をもとにした抑うつと自己意識の関与の仕方は、「他者から観察され得ない自分自身の内的側面が気になりやすい、という特性こそが抑うつの要因である。」とまとめることができそうである。自分自身の内的基準（理想自己）と現実自己にズレを感じ、そこからなかなか注意をはなせないことが抑うつを発生させる一要因と考えるのである。

しかし、今回の調査結果は、公的自己意識が高いことが抑うつの一要因であると結論できる。この点について、次のような考察を加えることができる。抑うつに最も影響を与えている JIBT-20 下位尺度は、「依存」であった（表 4-1）。「依存」項目は、「いつも自分を引っ張っていつてくれる人が必要だ。」「頼れる友達がいなければやっていけない。」などの他人への依存の必要性を表すものであった。依存には「他者」が必要なのである。公的自己意識と私的自己意識の最大の相違は、「他者」の存在の仕方である。実際に、他者を直接必要とする公的自己意識と依存には有意な相関（ $r=.422$ ,  $p<.001$ ）を認めることができた。よって、抑うつと自己意識の関係は、「他者から観察できる、自分自身の外的側面（社会的側面）が気になりやすいという特性こそが抑うつの要因である。」とひとまず結論できよう。自分自身に対する外的基準（重要な他者からの評価基準としての理想自己）と現実自己にズレを感じ、そこからなかなか注意をはなせないことが抑うつを発生させる一要因と考えるのである。

#### 4.2.6.(3) 公的自己意識・私的自己意識どちらが抑うつに重要なのか

今回の調査結果によると、公的自己意識が抑うつの一要因と考えられるが、先行研究（e.g. 坂本, 1997）を無視して結論づけることはできない。では、なぜこのような結果になったのであろうか。本邦における、抑うつの形態が変わったのであろうか。私的側面に対する抑うつから公的側面に対する抑うつに時代とともに変化してきたのであろうか。

この点に関して一つの考察を加えることができる。自己意識には確かに、公的・私的の二側面がある。特性として個人がどちらの側面に注意をもちやすいか測定することは可能

であろう。しかし、その個人が公的・私的どちらの側面を重要視しているかという問いに答えているとは言い難いのではないか。つまり、被調査者にとってその項目がどれくらい重要かという、重み付けが必要なのではなからうか。

遠藤（1992）は、理想自己と現実自己との研究の中で、個人が重要とする側面でなければ、一般的には望ましい特性とされているものであっても、理想自己においてその側面はそれほど価値を認めることはできないとしている。つまり、特性として、ある傾向が認められたとしても、その特性が個人にとって重要でなければ、理想自己と現実自己のズレとして問題になることは無いというのである。この点を考慮すれば、公的・私的自己意識特性に関して、個人がどちらの側面を重要視しているのか、個人的な重み付けが必要であろう。このように考察すれば、自己の公的側面が重要である抑うつと、自己の私的側面が重要である抑うつとの2パターンが考えられる。この点に関しては、今後の研究が待たれるところである。

しかし、単純傾斜検定の結果、図 4-5、図 4-6、図 4-7 から読み取れるのは、不合理な信念が高い人にとっては、公的・私的自己意識どちらでも高いと抑うつが強まると考えられる結果であった。

#### 4.2.6.(4) 不合理な信念と自己意識が抑うつにおよぼす影響について

Ellis によると、抑うつをもたらすのは不合理な信念である。心理的な障害は、外界のできごとを絶対論的に評価してしまうことからおこってくる。英語で ‘must,should,have to,got to,ought to’ などと表現されるドグマチックな信念（ねばならない主義）である（Dryden & Rentoul, 1991）。このような信念は、より個人的な側面が重要である。この個人的な次元が、自分のどのような側面が気になるのかという自己意識特性が抑うつに影響を与える点なのではないか。本研究では、不合理な信念と自己意識（合計）が抑うつに対し交互作用を持つことが明らかとなった。しかし、自己に意識を向けること自体が抑うつの要因であるのか、ある個人的な側面に意識を向けることが抑うつの要因であるのか、本研究では判断できない。この点に関しては、今後の研究が望まれるところである。

#### 4.2.6.(5) 本研究の限界

本研究では、不合理な信念という認知構造に自己意識特性という認知操作が関与し抑うつを生じさせるというモデルの検証をおこなった。結果より、抑うつには何らかの階層的な構造が存在していると考えられるが、本研究の仮説モデルで説明できる範囲は限定的と考えられる。人が抑うつのような不適応症状を表す場合には、そこには個人の価値というものが関係しており、その価値に従って公的側面、私的側面に自己意識が高まると考えられるからである。自己意識尺度は、確かに自身の公的な側面か私的な側面かの、どちらに



注目し易いかという特性を測定できると考えられる。しかし、喜んだり落ち込んだりした時に、自己に注目する場合には、そこに自身の価値観が関係している時だと予想される。つまり、自分が気にならないような、自身の価値にそぐわない場合は、自己意識が高まらないということである。Beck が、領域合致の仮定を用いたのは、個人の体験の中で、重要と判断するような（自動的ではあるが）内容によってスキーマが活性化されることを示している（図 4-2）。それは個人的な体験に基盤を置くものであり、個人的な価値観・価値体系と言い換えることができる。つまり、各個人の体験を考慮した上でのモデルの検証がより望ましい検証法であると考えられる。今後は、より個性性を重視し、より詳細な個人レベルから仮説モデルを検証することが望まれる。

### 4.3 非臨床のアナログ研究の困難性

研究 1、および研究 2 は、抑うつという現象が臨床群と健常群とで連続したものであると仮定したアナログ（構成概念的）研究の上に成り立っている。確かに非臨床群でのアナログ研究は重要である。これは、被験者として、臨床的なクライアント以外（大学生など）を対象とする研究である。その利点は、条件統制しやすいこと、大人数を対象にできること、統計的な処理が容易になることなどである（Dryden & Rentoul, 1991）。アナログ研究の目的は、病理学理論の検証、アセスメント技法の標準化、治療法の効果の評価など、様々である。臨床的被験者と非臨床被験者の差は、条件統制をすればそれほどではないとされている（Dryden & Rentoul, 1991）。

しかし、実際の臨床群を想定する場合は、やはり、個人的な生物学的・心理学的・社会的要因を考慮しなければならない。2.4.1 の先行研究でも触れたが、うつ病は治療後も再発しやすい。このことは、うつ病について治療を行っても素因がなくならないことを示す研究が登場したと整合している。また、近年では神経症傾向のような遺伝的に規定された基本的傾向が不安やうつ病の素因として重要であるという知見が多数登場している（前出 e.g. Brown et al., 1998; Krueger et al., 2001）。つまり、抑うつに関しても素因の問題が重視されていると言える。本研究のように素因をも意識した複雑な階層性を扱う研究では、研究調査の対象者が重要となり、非臨床のアナログ研究の困難性が存在する。臨床に役立たせるのであれば先行研究の結果とアナログ研究の限界を意識した上で、臨床群を対象にした研究が重要であると考えられる。

### 4.4 本章のまとめ

研究 1 では、認知療法の基礎となる Ellis の ABC 理論をもとに、そのモデルの検証を行うことを目的とした。結果は、仮説モデル通り不合理な信念が抑うつに関与していると考えられた。しかし同時に、不合理な信念が高くても抑うつにならない人たちが多数いるこ

とも明らかになった。これはなにを意味しているのか。この点に注目することは、抑うつ  
のメカニズム（発症や持続）の解明につながる基礎研究の始まりと考えられた。

次に研究2では、認知療法のABC理論をもとに、自己意識理論を用いた仮説を立て新た  
な認知的モデルを検証した。つまり、不合理な信念（認知の歪み）を持つ者であっても、  
自己を意識しやすいという特性を持たない人は抑うつになりにくいであろう。また、抑う  
つ傾向の強い人は、不合理な信念を持ち、かつ、自己を意識しやすい特性を持つと考えた  
のである。

結果は、自己のどの側面に注目しやすいかで異なった。自己意識には、自己の公的側面、  
もしくは私的側面への二つの異なる注目がある。このなかで公的側面に注目する公的自己  
意識のみに抑うつと弱いのが正の相関を認めることができた。よって、公的自己意識をもち  
いて仮説モデルの検証をこころみたところ、不合理な信念が高く、かつ、公的自己意識も  
高い者は、抑うつになりやすいという結果がえられた。また、不合理な信念・公的自己意  
識がともに低い者は、抑うつになりにくいと考えられる結果であった。よって、公的自己  
意識側面に対して仮説モデルは成立すると考えられた。

しかし、本研究では問題点が浮かび上がった。それは、先行研究とは異なる結果が得ら  
れたことである。公的自己意識と私的自己意識どちらが抑うつに関係しているのか。この  
点について、若干の考察は述べたが疑問が残るものとなった。そこには個人の価値観が重  
要であると考えられ、質問紙尺度を組み合わせる数量的にモデルを解析する研究法の難し  
さと、多要因である抑うつ研究、とりわけ近年では、素因の問題の困難性についても考慮  
させられる結果であった。先行研究の結果とアナログ研究のメリットとデメリットを意識  
した上で、今後は、個別性に重点を置き臨床群を対象にした研究アプローチの必要性が考  
察された。

## 第5章 認知変容過程における治療構造と治療要因を明らかにする

第4章、研究1、研究2の結果より、認知療法の治療モデルである認知の変容には、なんらかの階層的な構造が成立しているのではないかと考えられた。しかし、素因や個人の価値観の問題など、量的なアナログ研究のみでは治療的な構造を明らかにすることの困難性が予測され、臨床群からのアプローチも重要と思われた。そこで本章では、第1節において、質的研究法を用いて認知変容過程の階層的な構造に迫り、新たな治療モデルの生成を試みる(研究3)。続いて第2節では、研究3で明らかとなった治療因子の中でも、特殊な治療因子である「メタファー」に注目して、メタファーにどのような治療効果があるのかなど、論を展開していく。

### 5.1 認知変容の階層性に関する研究 —メタ認知をどうとらえるか、新しいモデルの試み— (研究3) (渡辺, 2010a,2010b,2012a)

本節では、認知変容過程の解明には、質問紙を組み合わせた量的研究のみでは困難であり、臨床群からのアプローチも必要と考えた。そこで近年の質的研究法を用いて、認知変容の構造モデルの生成に挑んでいく。

#### 5.1.1 要約

認知変容の階層性について考慮した場合、メタ認知という概念を用いると理解し易いと考えられる。しかし、認知療法においてメタ認知がどのように効果的に関与しているのか、その認知的プロセスに関しては、まだ十分に理解されているとは言い難い。そこで本研究では、質的研究法(グラウンデッド・セオリー・アプローチ)を用いて認知療法におけるメタ認知の働きを明らかにすることを試みた。さらに、認知病理モデルに組み込めるような仮説モデルの生成も行った。結果として、認知療法において、メタ認知を考慮することが非常に重要であることを一つの認知モデルとして明らかにすることができた。よって、本研究は、メタ認知を扱う他領域とのインターフェイスとして位置づけることも考えられる。また、認知療法が有力な統合的心理療法の一つであることも示唆された。

キーワード：認知療法，メタ認知，質的研究法，グラウンデッド・セオリー・アプローチ，認知モデル

### 5.1.2 問題と目的

研究1により、認知の歪み（本研究では、不合理な信念は Beck のスキーマと同等の性質を持つと考え、認知の歪みに含まれると考える）が抑うつに関与していると考えられると同時に、認知の歪みがあっても抑うつにならない人々が多数いることも指摘した。また、研究2では自己意識理論を用いて自己注目のような「認知操作」が認知の歪みなどの「認知構造」と機能的な階層構造になっているのではないかとの仮説モデルを立てたが、価値観などの個人的側面や非臨床のアナログ研究による量的研究の困難性が予想された。そこで本研究では臨床群を対象とした実際の認知療法の治療過程に注目し、そこにメタ分析的な視点から治療構造を明らかにすることの必要性を考えた。

そもそも認知療法は、症状にネガティブな思考が関与していることを気づかせることから始める (Freeman,1989)。そのため心理教育やセルフモニタリングを通じて、自動思考が抑うつや不安を引き起こしていることに気づかせる工夫がなされている。治療者は、クライアント自身が認知の歪みを発見するのをガイドする (Beck et al.,1979)。例えば、嫌な気分になったときに、それに先行するネガティブな認知を見つけ、それに代わる合理的な思考を見つけることで、クライアントは認知の影響に気づくとともに、不適応な認知を修正する方法を身につけるのである。

このように認知療法では、もともとメタ認知を意識した介入の工夫がなされている。ここで使用するメタ認知とは、ヒトの認知システムにおける情報の流れとしてのモニタリングとコントロールの相互作用を意味する(図 5-1 Nelson,& Narens.,1990)。しかし、治療の中心はあくまでネガティブな認知の低減でありメタ認知はその手段としての位置づけであった。しかし、近年ではメタ認知こそが治療的変化の主役であることを示唆する知見が登場してきた。変化のきっかけの一つは Teasdale と Dent (1987) が治療後にもネガティブな認知傾向が残り、それがわずかなきっかけで表面化しやすいことを見出したことである。Teasdale ら (2002) は、認知療法によって抑うつの再発防止ができた場合、ネガティブな思考が浮かんでも、それが適切ではないことを認識して距離をおけるようになるスキルが向上していることを見出している。このことは、認知療法がネガティブな思考の変容を目的としつつも、それ以上のなんらかの変容をクライアントに引き起こしていることを考慮しなければならないことを示している。その理解を助けるのは、やはり、メタ認知であると推測する。よって、メタ認知の治療的構造を明らかにし、メタ認知をも組み込んだ新たな認知的病理モデルを提案することが重要である。

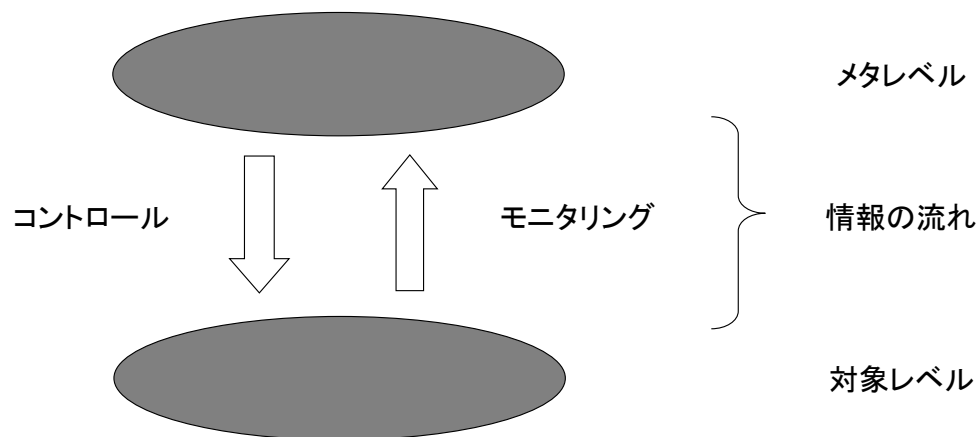


図5-1 メタ認知の概念的枠組み(Nelson & Narens,1990より作成)

そこでまず、認知療法の治療過程におけるメタ認知の働きを示し、従来の認知モデルに組み込めるような何らかの理論的仮説モデルを生成することを目的とした。そのために、質的研究法(グラウンデッド・セオリー・アプローチ; Grounded Theory Approach: GTA)を用いることにした。本論文では、方法を意味する場合にはGTAと記し、理論を意味する場合にはGrounded Theory: GTと使い分けることとする。質的研究を行うことで、臨床事例から直接認知変容過程と、メタ認知を含む治療的構造を明らかにすることができること。また、より認知療法を効果的に効率よく行うための視点や、他の心理療法との共通性(治療因子)を示すことが可能であると考えたからである。

### 5.1.3 方法

#### 5.1.3.(1) 質的研究法の採用

本研究は、仮説モデルを生成することが目的である。よって現実に即した優良な事例を収集し、データそのものに密着した分析から仮説を立ち上げていく、探索的な質的研究が適当であると考えた。まず、事例による治療過程記録を得て、その対応記録を質的データとして分析することとした。分析は、解釈を取り入れ、より実践的な仮説モデルの生成を目指した方法であるGTA (Strauss & Corbin,1990/南監訳, 2004)に基づいた。

#### 5.1.3.(1)(a) GTA とは

GTAは、社会学者のGlaser & Strauss (1967/後藤ら訳,1996)によって提唱された質的データの分析法である。初期の実証的なバージョン (Glaser,1978)だけでなく、いくらか解釈的なバージョン (Strauss & Corbin,1998/操・森岡訳,2004)、近年の社会構築主義

的なバージョン (Charmaz,2006/抱井・末田監訳, 2008) までいくつかの立場が知られており, 日本でも木下 (1999) が修正版 GTA を提案している (能智,2011)。GTA は, 未だ完成された形になっておらず, いくつかの分化した状態にある (木下, 2003)。GTA は, 認識論や細やかな点において相違点があることから, GTA を用いて研究を行なう場合には, どの GTA を用いて研究をすすめていくのかということについて理解しておくことが必要とされている (高木,2011)。

### 5.1.3.(1)(b) 本研究における GTA の分析の特長について

Strauss & Corbin (1990) によれば, 優れた GT は4つの重要な基準として, 適合 (fitness: 研究対象とする具体的領域や場面に可能な限り当てはまらなくてはならないということ), 理解 (understanding: 研究対象の領域に関心を持っている者, また, その領域や場面に日常的にいる人々にとって, 提示された理論は理解しやすいものでなくてはならないということ), 一般性 (generality: 提示された理論は多様性 (日常的な状況は常に変化している) に対応できるだけの一般性が求められていること), コントロール (control: 実用的で, 時には自ら主体的に修正を図ることができること) を満たすとしている。また, GT は, 現実生活の真実に迫るものであるべきで, 研究領域とつながっている参加者や専門識者が明確に理解できるものであるべきと考えている。

ここで理論的な理解のために補足をおきたい。質的研究法である GTA は, 帰納的な手法であるデータ対話型理論に従っている。これを可能にするためには, 研究全体を見据えた全体的な流れでの作業が不可欠である。データを十分に読み込んだ上で, 語りや観察のデータを便宜的に小部分に分け, そこに短い言葉を与えていく。これは, Strauss & Corbin (1998) のいう意味を「開いて」いく作業で, オープン・コーディングの最初のステップである。その次の作業として, 小部分に分けられたコードを「結ぶ」過程に入っていく。さらには, それらを「まとめる」方向に分析の目標をさだめていく作業を行なっていく。これらが (軸足・) 選択的コーディングであり, モデル化である。軸足コーディングに括弧がかかっているのは, 軸足コーディングが選択的コーディングに含まれるという考えを表している。GTA は, これらの作業を行なう上で, 常にデータとの対話を行い, 各コーディングや仮説モデルなどを生成すると同時に, 前作業にも戻ったり, 新たなデータとこれまでのデータや仮説モデルとの継続的な比較を行なったりすること (これらが継続的比較分析法である) を必須としている。Strauss & Corbin (1990) は, これらを行なうことにより GT が説明力を持つと考えているからである。よって, 本研究では GTA と呼ぶことができる不可欠の条件として以下の5点を採用した。

- ①データに密着した分析から独自の理論を生成する質的研究法であること。
- ②オープン・コーディングと (軸足・) 選択的コーディング, が用いられていること。
- ③基軸となる継続的比較分析が行なわれていること。

- ④その機能面である理論的サンプリングが行われていること。
- ⑤分析の終了を判断する基準としての理論的飽和化が確かめられていること。

### 5.1.3.(2) 本研究の進め方

#### 5.1.3.(2)(a) 分析対象の選択

分析データの元となる分析対象の選択方法は、GTの「理論的サンプリング」に基づいた。データに密着した分析であること、分析とデータ収集とを並行させること、この両者をつなぐのが比較法で特に理論的サンプリングと呼ばれている（木下，2003）。出現してきた理論に照らし、重要性をもつような対象の選択、その上で継続的な比較分析をする為に、研究の理論に相応しい対象を選択することが必要である。よって臨床事例を本研究の対象にするのは相応しいと考えられる。また本研究が扱う現象は、認知療法が効果的であった事例における認知過程である。したがって、認知療法が効果的であった代表例である必要がある。Beckの認知療法は、先に述べたように、認知の歪みを明らかにすることから始まる。そこで認知療法で認知の歪みを扱う主要なツールに、非機能的思考記録表（Dysfunctional Thought Record：DTR）がある。これは、自動思考をクライアント自身が自分で評価・検討し、それに対応するための基本的ツールとして用いられている。DTRを利用して得られる効果として、いくつかの自動思考を通じて、治療者が基底にある信念や中核的な信念を見つけやすいとある（勝倉ら，2008）。つまり、DTRを扱った事例は、認知療法の理論に従った代表的な事例といえる。そこで認知療法の主要なツールであるDTRを、面接内で治療者がどのように効果的に扱うかについて、具体的に論じた事例6例（勝倉ら，2008）を分析対象として用いることとした。

以下に、勝倉ら（2008）の6事例について、年齢・性別・診断・現病歴を記す。

分析対象1：年齢・性別・診断・現病歴：30代，男性，気分変調性障害，X-12年（高校生）時にてんかん様発作があり，脳外科受診したが脳波に異常がなく，A病院精神科を紹介受診した。この頃，兄が病死し，クライアントは「何で自分は高校に入ったのか」「何で生きているのか」「何が自分にあっているのか」などと思い煩い，気分の浮き沈みが続いていた。A病院での精神療法，薬物療法に加えデイケアに通い，またBメンタルクリニックでカウンセリングを受けてきたが，改善されなかった。他医療機関において治療を受けながら，本人の希望によりX年にC病院の認知行動療法専門外来を紹介受診。

分析対象2：年齢・性別・診断・現病歴：20代，男性，全般性不安障害，高校の頃より足の毛が濃いことを気にし，X-2年，抑うつ症状を呈し，D診療所で薬物療法，

カウンセリングを受けた。X年、大学院に進学後、不安・抑うつが強まり、同診療所へ入院。退院後、本人の希望によりC病院の認知行動療法専門外来を紹介受診。

分析対象3：年齢・性別・診断・現病歴：20代、女性、パニック障害・摂食障害・境界性人格障害、大学卒業後、父の紹介で会社に就職。X-4年に付き合っていた男性と別れたことを機に、不眠、焦燥感、リストカット、拒食・過食、パニック発作等、多彩な症状を呈し、E病院精神科を受診し薬物療法を行う。X年、父親の勧めにより、C病院の認知行動療法専門外来を紹介受診。

分析対象4：年齢・性別・診断・現病歴：40代、男性、うつ病、回避性人格障害、予備校通学中より、抑うつ、意欲の低下が認められるようになる。X-17年に大学入学したが中退し、Fクリニックに通院。X-9年に短期入院。仕事に集中できなくなり、2年間カウンセリングを受ける。X-1年、父親の急死を機に、抑うつ気分、疲労感、意欲低下が憎悪。デイケア、パソコンの作業療法などに通うが社会復帰への意欲が湧いてこない。X年にC病院の認知行動療法専門外来を紹介受診。

分析対象5：年齢・性別・診断・現病歴：20代、女性、境界性人格障害、小・中学生のときは肥満体型であったが、高校生時にダイエットして痩せると、まわりの生徒より美人と言われるようになり、美人でなくてはならない、やせていなくてはならない、と思うようになった。短大に入学するが1ヶ月で中退。過食、嘔吐、情緒不安定で自傷行為を繰り返した。X-2年からG病院精神科通院、同年末からHクリニック通院。X年に鉄道に飛び込みI病院入院。退院後、生活は不規則であり、付き合っている男性に会いに行く他は特に何もしない生活が続いた。退院2ヶ月後、本人の希望によりC病院の認知行動療法専門外来を紹介受診。

分析対象6：年齢・性別・診断・現病歴：20代、女性、境界性人格障害、小・中学校の一時期、いじめられたことから欠席がちになった。ピアニストを目指し私立高校へ進学したが、いじめられた過去のことを思い出し、何もかもやる気がなく放心状態となった。X-3年にJ病院心療内科を受診しうつ状態と診断された。近医のKクリニックを紹介受診したが改善しないため、漢方医を紹介され治療を続けた。X-1年に音大受験を前に不安定となり再度Kクリニックを受診。「ブス」「デブい」などが聞こえるなど、幻聴を疑わせる精神症状や精神運動興奮、希死念慮が認められたため、L病院精神科を紹介受診した。投薬により症状が減退。音楽大学進学当初は安定して通学していたが、友人関係で悩むようになり、リストカット、過換気発作、解離症状、大量服薬など認められ、入院となる。退院後も不安定な状態が続き、対人関係で悩み大学を休むことが続いた。X年、本人の希望によりC病院の認知行動療法専門



外来を紹介受診。

勝倉ら（2008）より抜粋

### 5.1.3.(2)(b) DTR の事例（勝倉ら，2008）選択の根拠と妥当性について

DTR は、認知療法の数あるツールの中でも代表的なものである。しかし、主要なツールであるものの、面接内で治療者がどのように DTR を効果的に扱うかについては、これまで具体的には論じられてこなかった。このような状況の中、まとめられた発表事例は、面接場面で治療者がどのように DTR を効果的に使うかという視点で論じられた初の事例集であり、しかも、6 事例も同時にまとめられている。勝倉らの研究で用いられた DTR は、「状況」「気分」「自動思考」「適応的反応」「結果」という 5 つのコラムでクライアントを捉え表しているので各事例の特徴を効率よく把握することができている。また、治療者が治療過程を振り返って記述した記録なので、要点がまとめてあり分析しやすい。

次に、本研究は、認知変容過程を意識したものなので、DTR 作成の段階ではなく、治療者が DTR をどのように効果的に扱ったのかという対応に、より焦点が当てやすいという利点もある。

最後に、査読審査のある学術論文で一般に公開された事例であることである。自験例でないことが、筆者の意図的な解釈を排除し分析を歪めず、広く議論を可能にすると考えた。

### 5.1.3.(2)(c) 分析の終了判定としての理論的飽和化

理論的飽和化とは、継続比較分析を行い分析結果がまとまり、重要なデータがもう現れてこない、データとの確認作業が必要でなくなることである。「理論的飽和化」に関しては、個々の分析結果に対して、新たなデータを追加しても、重要なカテゴリーの抽出や仮説の修正が必要ない、十分に精緻化され妥当性があると判断できた時点で確認できたこととした。

### 5.1.3.(3) 本研究のプロセス

本研究の分析は、分析 1、分析 2 の二つの手続きからなる。分析 1-1 では、カテゴリ一間の関係性から試作的な仮説モデルを生成した。分析 1-2 では、カテゴリーのグループ化を行い、仮説モデルを修正した。続く分析 2 では、分析 1 で得られた仮説モデルについて、さらに新たな分析対象を追加し、修正、洗練を行った。

### 5.1.3.(4) 分析 1-1 ー仮説モデルの生成ー

#### 5.1.3.(4)(a) 目的

分析 1-1 では、認知療法が効果的であったクライアントの認知過程を理解するために有効な「カテゴリー」を生成し、そのカテゴリー間の関係性を考慮した「仮説モデル」の生成を行なうことを目的とした。

#### 5.1.3.(4)(b) 分析対象

分析対象は、先述の分析対象 1～4 とした。

#### 5.1.3.(4)(c) 分析プロセス

分析対象の対応記録を言語データとして、質的分析を行った。

【分析対象 1 について】(各分析対象の対応記録は、勝倉ら (2008) より抜粋)

分析対象 1 の対応記録：最初に、各 DTR に共通する本人の「焦り」という言葉や状況に注目し、そういった気持ちになることを共通認識として、本人に確認した後、複数の DTR に通底している共通のテーマ「焦り」というキーワードがあることを伝えた。さらに焦りは精神科の診療場面で用いられるキーワードの 1 つであると述べ、その意味、影響力、ゆとりを持つことの大切さについて説明した。次に、DTR3 の記載にあった「今、やっていることを続けていけばいいと理解する」を評価し、他の 2 つの DTR や焦る別の状況にも、DTR3 の適応的反応が利用できることを伝え、それを推奨した。また「焦っている自分に“落ちつこう”と言える自分を育てると良い」というメタファーを述べ、治療の方向性を示した。

##### i)カテゴリーの抽出 (コーディング)

- ①「行ごとのコードづけ」に従い対応記録の内容を表すような単語や短い語句を割り当てる。これを「コード」と呼ぶ。これは、Strauss & Corbin(1998)の言う、意味を「開いて」いくコーディング作業であり、オープン・コーディングである。データを部分に分けて検討し、概念化するプロセスである。一般的には一次コードとも呼ばれている。
- ②コード同士を比較して、類似するものを統合するか、下位分類に分割する。
- ③コードのまとまりごとに、その内容を表す単語や短い語句を割り当てる。このまとまりを「カテゴリー」と呼ぶ。

このカテゴリー化は、Strauss & Corbin の言う軸足コーディングとも呼ばれる「結ぶ」分析作業のことである。一般的には二次コードとも呼ばれている。さらにカテゴリー同士比較し、類似するものをまとめ、それを「カテゴリーグループ」と呼ぶ。このカテゴリーグループ化は、Strauss & Corbin の言う選択的コーディングとも呼ばれる「まとめる」分析作業であり、重要な部分が網羅されていて欠落部分がないかを比較により確認する作業を慎重に行ないつつ、研究結果として発表する GT にまとめあげていくことである。一般的には、三次コードとも呼ばれている。

この具体的な作業を例示したのが表 5-1 である。対応記録の中心的な内容を示す部分に下線を引き、その上で、小部分に分けても意味がつかめるように、必要があれば、誰が（主語）、誰に（目的語）、などを補って名詞化を試みた。それらのコードに分析対象の番号とその何番目のコードかがわかるよう ID を割り付けた。

表5-1 対応記録をコーディングしていく過程

対応記録の引用【分析対象1より】	コード	ID
<u>最初に、各DTRに共通する本人の「焦り」という言葉や状況に注目し、そういった気持ちになることを共通認識として、本人に確認した後、複数のDTRに通底している共通のテーマ「焦り」というキーワードがあることを伝えた。</u> *中心的な内容を示す部分に下線を引いている。	各DTRに共通することがら	1-1
	「焦り」という言葉や状況に注目すること	1-2
	そういった気持ちになることの共通認識	1-3
	本人に確認すること	1-4
	DTRに共通のテーマ	1-5
	「焦り」というキーワード	1-6
	クライアントに伝えること	1-7
さらに焦りは精神科の診療場面で用いられるキーワードの1つであると述べ、その意味、影響力、ゆとりを持つことの大切さについて説明した。	「焦り」は精神科でのキーワード	1-8
	キーワードの意味、影響力に対して、ゆとりを持つことが大切であること	1-9
	クライアントに説明すること	1-10
次に、DTR3の記載にあった「今、やっていることを続けていけばいいと理解する」を評価し、他の2つのDTRや焦る別の状況にも、DTR3の適応的反応が利用できることを伝え、それを推奨した。	今、やっていることを続けられたいと	1-11
	本人が理解すること	1-12
	クライアントを評価すること	1-13
	焦る別の状況	1-14
	適応的反応が利用できること	1-15
	クライアントに伝えること	1-16
また「焦っている自分に“落ちつく”と言える自分を育てると良い」というメタファーを述べ、治療の方向性を示した。	焦っている自分	1-17
	自分が落ちつくこと	1-18
	自分に言えること	1-19
	自分を育てること	1-20
* ここでは、メタファーを「物事のある側面を、より具体的なイメージを喚起する言葉で置き換え、簡潔に表現したもの」として扱った。	クライアントにメタファーを述べること	1-21
	治療の方向性	1-22
	クライアントに示すこと	1-23

その後、継続的な作業として、具体的には異なっているが、抽象的には共通する内容をカテゴリーとして抽出することを目的に、「その記録内容は何についてのものか？」という視点からそのコードを比較・統合・分割してカテゴリーを抽出した。抽出したカテゴリーとコードは、継続的に比較を行なった。このプロセスの一部を例示したのが表 5-2 である。以下に、具体例を説明する。まずは、コードの比較・統合によるカテゴリー抽出過程の例を示す。

まず、「キーワードの産出」というカテゴリーを抽出した。コード ID1-1 や ID1-3, ID1-5 からは、「共通することがら」、「認識」、「テーマ」が言葉は違うが同じ内容を指している。次に、ID1-2 や ID1-6 などは、「焦り」が「キーワード」となっている。ここで共通することがらや、認識、テーマは何かと比較して考えれば、「焦り」という特定のキーワードを産出することが各コードの抽象的には同じ内容・働きを示すと解釈できた。そこでこれら 8 つのコードを「キーワードの産出」というカテゴリーに含まれるとして統合を試みた。

表5-2 コードの比較・統合によるカテゴリー抽出過程の例

【分析対象1より】 比較されたコード	ID	コードの比較・統合によるカテゴリー化
各DTRに共通することがら 「焦り」という言葉や状況に注目すること そういった気持ちになることの共通認識 DTRに共通のテーマ 「焦り」というキーワード 「焦り」は精神科でのキーワード 焦る別の状況 焦っている自分	1-1 1-2 1-3 1-5 1-6 1-8 1-13 1-17	<p>カテゴリー：キーワードの産出</p> <p>【メモ】各コードを比較すると、DTRに表現された言葉から、特定の状況や気持ちなどに注目することが可能となるような特定の<u>キーワードの産出</u>が各コード間のつながりになっている。</p>
本人に確認すること クライアントに伝えること クライアントに説明すること クライアントを評価すること クライアントに伝えること クライアントに推奨すること クライアントにメタファーを述べること クライアントに示すこと	1-4 1-7 1-10 1-12 1-15 1-16 1-21 1-23	<p>カテゴリー：同意</p> <p>【メモ】各コードを比較すると、セラピストがクライアントに<u>特定の情報を伝えること</u>が各コード間のつながりになっている。また、伝えること、説明すること、推奨すること、示すことは全て、<u>相手に確認してもらうこと</u>を目的としており、2つを統合して同意とした。</p>
キーワードの意味、影響力に対して、ゆとりを持つことが大切であること 今、やっていることを続けたい 本人が理解すること 適応的反応が利用できること 自分が落ちつくこと 自分に言えること 自分を育てること 治療の方向性	1-9 1-11 1-14 1-18 1-19 1-20 1-22	<p>カテゴリー：治療の方向性</p> <p>【メモ】各コードを比較すると、クライアント自身がどのように対応すれば良いのかなど、<u>治療の方向性</u>が各コード間のつながりになっている。</p> <p>*重要な部分に下線を引いている。</p>

次に、「同意」カテゴリー抽出についてである。各コード ID1-4, ID1-7, ID1-10…ID1-23 を比較すると、治療者がクライアントに特定の「情報を伝えること」が各コード間のつながりになっていると解釈した。また、ID1-7「伝えること」、ID1-10「説明すること」、ID1-16「推奨すること」、ID1-23「示すこと」は全て、「相手に確認してもらうこと」を目的としており、これらの2つを統合する概念・カテゴリーとして「同意」がふさわしいと判断した。

最後に、「治療の方向性」カテゴリー抽出についてである。各コード ID1-9, ID1-11, ID1-14…ID1-22 を比較すると、クライアント自身がどのように対応すれば良いのかなど、対応の仕方、「治療の方向性」が各コード間のつながりになっていると判断した。次に、コードの比較・分割・統合によるカテゴリー抽出過程の例を表 5-3 に示す。

表5-3 コードの比較・分割・統合によるカテゴリー抽出過程の例

【分析対象1より】 比較されたコード	ID	コードの比較・分割・統合によるカテゴリー化
「焦り」という言葉や状況に注目すること	1-2	カテゴリー：キーワード産出・治療の方略・同意 【メモ】各コードを比較すると、特定のキーワード産出に加えて、治療の方略や情報の共有など2つの概念が並存していることが理解できる。このような場合は、 <u>カテゴリー化する場合に、意味を分割して統合させた。</u>
そういった気持ちになることの共通認識	1-3	
各DTRIに共通することがら 「焦り」という言葉や状況に注目すること そういった気持ちになることの共通認識 ・ ・ 治療の方向性 クライアントに示すこと	1-1 1-2 1-3 1-22 1-23	カテゴリー：自己理解 【メモ】各コードは、クライアント本人の問題への理解を高める内容でつながっている。しかし、その過程の中では、特定のキーワード産出によって問題の理解が深まったり、治療の方向性が定まったりしている。この過程を捉えるために、プロパティとディメンジョンとを区別することにより、コードの分割と統合処理が可能とした。
クライアントにメタファーを述べること	1-21	カテゴリー：メタファー 【メモ】このコードは、産出された全てのカテゴリーとつながりを持つ特殊な存在であり、独立したカテゴリーとした。

まず、コード ID1-2 を他コードと比較すると、「キーワードの産出」に加えて、「治療の方略」という2つの概念が並存していることが理解できた。また同様に、コード ID1-3 ならば、そういった気持ち（焦り）である「キーワードの産出」と情報の共有、「同意」が並

存している。このような場合は、カテゴリー化する場合に、意味で分割して各カテゴリーに統合させる必要があると考え対応させた。

次に、各コード ID1-1~1-23 すべてのコードは、クライアント本人の問題への理解を高める内容でつながっていると解釈した。しかし、その過程の中では、「キーワードの産出」によって問題の理解が深まったり、「治療の方向性」が定まったりすることが考えられる。この過程を捉えるために、プロパティとディメンジョンとを区別することにより、コードの分割と統合処理が可能になると解釈した（戈木クレイグル，2005）。ここではプロパティを、属性を示す一般的な概念や視点であると捉える。つまり、ここでは「問題の理解」である。それに対してディメンジョンとは、その属性・視点のもとで明確化される対象の特徴として捉える。ここでは、「キーワードの産出」や「治療の方向性」、「同意」などである。このように捉えれば、「問題の理解」として限定するよりも、問題を抱えた主体をも含めた「自己理解」とする方が好ましいと判断しカテゴリー化した。また、これらの構造的関係を考慮するには、時系列も重要になると考えられる。

最後に、コード ID1-21 から導かれる「メタファー」についてである。メタファーについての詳細は後の研究4で述べる。ここでは、メタファーを「物事のある側面を、より具体的なイメージを喚起する言葉で置き換え、簡潔に表現したもの」と定義して扱った。なお本論文では、メタファーが個々の意味合いではなく、治療因子としてのカテゴリー的な意味合いを持つ場合には「 」を用いて表記する。

メタファーは、コードとして抽出されたものであるが、これまでに抽出されたどのカテゴリーとも関連する。対応記録票と比較すると、メタファーを用いる時には、「キーワードの産出」を含み、「治療の方向性」を示し、そのことを伝えることにより、「同意」のもと実行してもらう（確認する）ことを目的としている。このことは、もちろん「自己理解」を促進することにもつながっている。このコードもしくは、カテゴリーとしてのメタファーと他のカテゴリーとを比較検討すると、自己理解のような、プロパティとディメンジョンのような関係の可能性も考えられたため、「メタファー」を独立したカテゴリーとして扱うことが望ましいと判断した。

治療過程を考慮すると、認知療法を始めるにあたって、「同意」がなされていることが前提となる。その上で、「キーワードの産出」により、「自己理解」が深まるとともに、「同意」も深まる。「自己理解」の深まりとともに、「治療の方向性」が明らかになり、その過程のなかで、理解に根ざした治療的「メタファー」が産出されると解釈した。しかし、その一方で、「メタファー」が、「キーワード産出」や「自己理解」を促進させるとも解釈でき、常に他のカテゴリーとの関連性が認められる。各カテゴリーと関連し意味づけるものではあるが、それと同時に「メタファー」自体で独立した概念でもあり、プロパティとディメ

ンジョンのような関係の意味で分割するのでは対応できず、やはり、特殊なカテゴリーとして扱うことが望ましいと判断した。

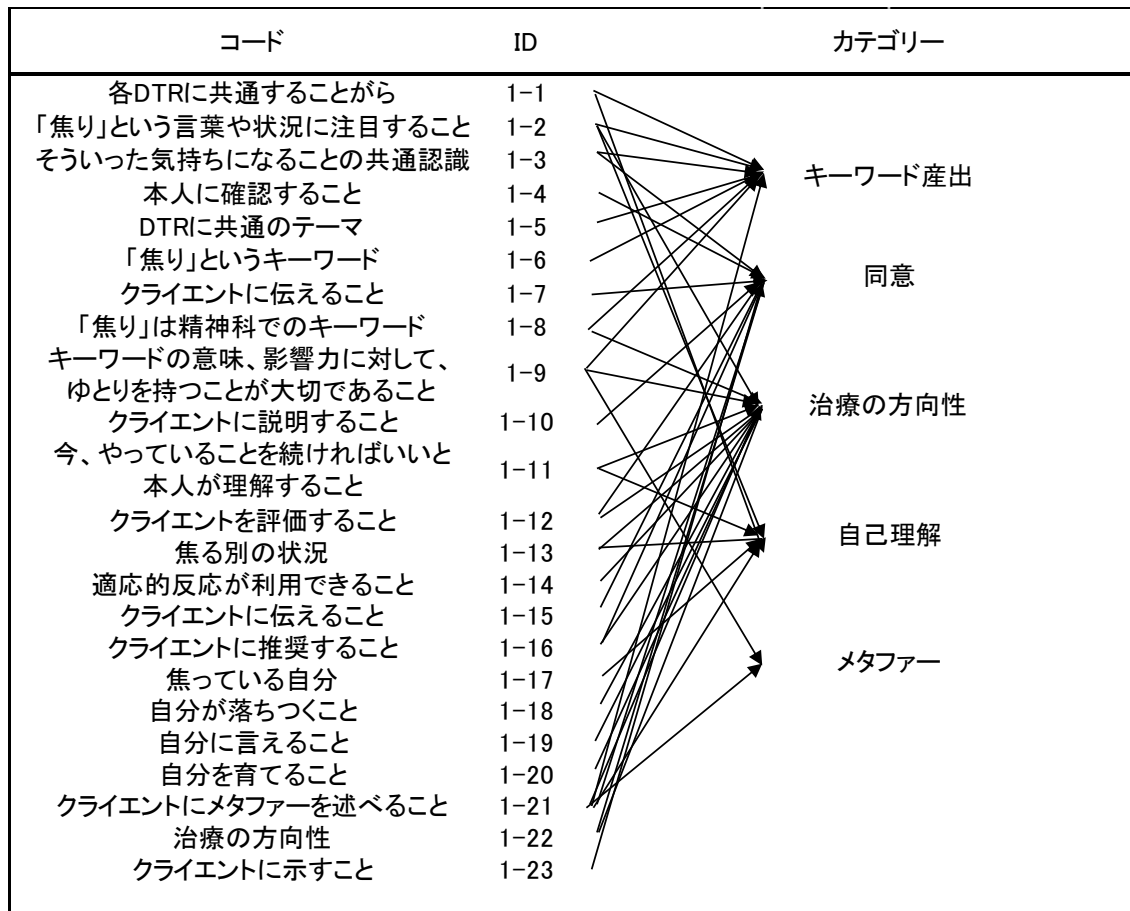


図5-2 各コードと各カテゴリーとの比較・検討による分類・収束過程

このような作業過程によって抽出されたカテゴリーとコードの関係を図 5-2 に示す。図 5-2 は、各コードと各カテゴリーを比較・分割・統合することによって対応記録が、5つのカテゴリーに分類・収束されることを示している。図 5-2 では、各カテゴリーが各コードから抽出されたことを示すのが目的であるため、主と考えられる関係性について矢印線を結んでいる。

## ii)カテゴリーの関連づけと仮説モデルの生成

①認知療法が効果的であったクライアントの認知過程の特徴に関する仮説モデル生成において、各カテゴリーがどのような役割を担っているかを、対応記録から解釈し、カテゴリー間の関連づけを行う。

②すべてのカテゴリーについて、他のいずれかのカテゴリーとの関連づけを試み、統合

して仮説モデルを生成する。

このモデル化も「まとめる」分析作業であり、重要な部分が網羅されていて欠落部分がないかを比較により確認する作業を慎重に行ないつつ、研究結果として発表する GT にまとめあげていった。GTA では時間的に展開する関係、つまりプロセスを捉えることが重視されているので、本研究でもカテゴリー間の時間的経過関係を重視した (Glaser & Strauss,1967)。

まず、認知療法を開始する。そこには同意があって始めて開始可能となる。その上で DTR などを利用してキーワードの産出を行う。キーワードの産出によって問題への理解が深まり、治療の方向性が定まる。ここまでの過程には、常に情報伝達の確認が必要であり、クライアントと治療者間での同意が必要であると捉えた。このことは、治療者とクライアントとの関係性が重要であることを示していると解釈した。ここで問題となったのは、「自己理解」というカテゴリーの扱いである。認知療法のように何らかの分析を伴う心理療法は、自己への理解を深めていくことは大前提として存在する。しかし、「自己理解」は、カテゴリーとして概念が大きすぎると考えられた。そこで、「自己理解」の下位概念・ディメンジョンとして「キーワード産出」、「治療の方向性」「同意」と同じ次元と考えられるようなカテゴリーが必要であると考えられた。そこで各コードとカテゴリー間の検討を再度おこなった。このように抽出したコード、カテゴリー、カテゴリー間の関係は、それぞれ一度抽出したものを作業仮説として置き、随時対応記録を参照し、データから無理なく言えるか (fit)、データをよく説明できているか(work)、解りやすいか (understanding)、という基準に基づいて、繰り返し見直しを行い、よりデータに根ざしたものを結果として一般化すること (generality) を目指した。具体的には、抽出されたカテゴリーを用いて「その内容はどのように関連しあっているのか？」という視点から、カテゴリーの関連づけを行い、仮説モデル図 5-3 を生成した。

自己理解を導く中心的な概念は、治療者とクライアント間での、説明 (ID1-10)、評価 (ID1-12)、理解 (ID1-11) と考えられる。クライアントに関する情報の流れに対し、評価・判断するカテゴリーが存在すれば、「キーワード産出」、「同意」、「治療の方向性」の3カテゴリーとも時間的経過関係を示すことができると解釈した。その場合に、ふさわしいカテゴリー名は、「自己理解」であるとした。

本研究の分析に関しては、筆者自身の勤務経験に基づく先入観を意識し、解釈や仮説の生成がデータに基づかないものとならないよう留意するため、第三者である複数の専門家・研究者 (臨床心理士3名) に、分析とコメントを求めた。



### iii) 仮説モデルの理論的飽和化

生成したカテゴリおよび仮説モデルを図 5-3 に示した。重要なカテゴリの抽出や仮説の修正が必要ないか確かめるため、分析対象 2, 3, 4 を追加し「理論的飽和化」を確認する作業過程を示したものが表 5-4 と図 5-4 である。表 5-4 には、追加した分析対象のコーディングを示し、図 5-4 には、各コードと各カテゴリとの比較・検討による分類と収束過程が示されている。以下に、具体的な作業説明を記す。

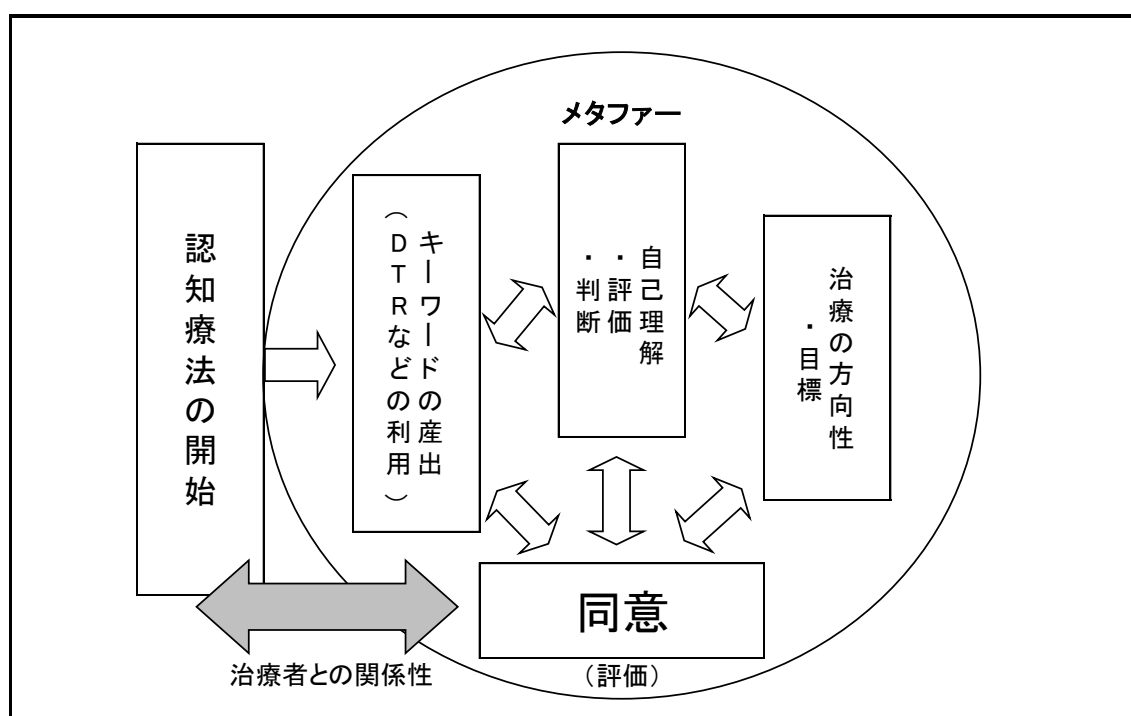


図5-3 カテゴリ間関係および仮説モデル

#### 【分析対象 2 について】

対応記録：DTR が極めて丁寧で几帳面に書かれている印象があったため、本人にその点を確認したところ、DTR を下書きしてから清書していることがわかった。完全主義・確認強迫傾向の問題が、こういった DTR の記述の仕方に現れていると思われたため、まずその点を本人に指摘、そのような清書行動を続けることと病態を関連づけて説明した。次に行動療法の課題として、DTR を書く際に下書きなどせずに適当（不完全）に書いてみるのが治療になりうると述べ、それを推奨した。

コードとカテゴリの関係：対応記録より新たなコードとして、「完全主義・確認強迫傾向の問題」、「清書行動」、「病態を関連づけること」、「下書きなどしないこと」などが追加された。これらの各コードへの対応は、図 5-4 のように、仮説モデルに用いられた 5 つのカテゴリで対応できた。

表5-4 追加した分析対象の対応記録をコーディングしていく過程

対応記録の引用	コード	ID
【分析対象2】		
DTRが極めて丁寧で几帳面に書かれている印象があったため、本人にその点を確認したところ、DTRを下書きしてから清書していることがわかった。	丁寧で几帳面	2-1
	確認	2-2
	下書きしてから清書している	2-3
	わかった	2-4
完全主義・確認強迫傾向の問題が、こういったDTRの記述の仕方に現れていると思われたため、まずその点を本人に指摘、そのような清書行動を続けることと病態を関連づけて説明した。	完全主義・確認強迫傾向の問題	2-5
	記述の仕方	2-6
	その点を本人に指摘	2-7
	清書行動	2-8
	病態を関連づけること	2-9
次に行動療法の課題として、DTRを書く際に下書きなどせずに適当(不完全)に書いてみるのが治療になりうると述べ、それを推奨した。	行動療法の課題	2-10
	下書きなどしないこと	2-11
	適当(不完全)に書いてみる	2-12
	治療になりうる	2-13
	推奨	2-14
【分析対象3】		
治療者は、DTRを「他者の目に映るネガティブな自己像」の問題であり、治療および治療者への潜在的な不満であると理解した。「他者の目に映るネガティブな自己像」の問題がDTRに示されていることを本人に伝えたところ、同意が得られた。	他者の目に映るネガティブな自己像	3-1
	問題	3-2
	治療者への潜在的な不満	3-3
	理解	3-4
	DTRに示されている	3-5
	同意	3-6
問題を整理し、本人が現実場面で対応できるようにするため、まず、治療者により、本人の自信のなさの成り立ちを、本人と葛藤関係にある母親(本人の素質を認めない傾向がある)を含めた構図として伝えた。それから、この関係の構図を理解して、受け身をとれるようになるのと良いと伝え、治療の方向性を示した。	現実場面で対応	3-7
	本人の自信のなさの成り立ち	3-8
	葛藤関係にある母親	3-9
	構図として伝えた	3-10
	関係の構図を理解	3-11
	受け身をとれるようになるのと良い	3-12
	伝える	3-13
	治療の方向性	3-14
【分析対象4】		
面接で疲れたことを治療者が理解したことを伝えた。次に、本人が治療者にどのように評価されていると考えているかということ、治療者が本人のことをどのように見ているかということとすり合わせることで、本人のテーマ(他者からの評価や拒絶についての不安)にとって有益であるかもしれないことを伝えた。	面接で疲れたこと	4-1
	治療者が理解したことを伝えた	4-2
	本人が治療者にどのように評価されていると考えているかということ	4-3
	治療者が本人のことをどのように見ているかということ	4-4
	本人のテーマ	4-5
	有益であるかもしれないこと	4-6
	伝えた	4-7
本人の同意が得られたため、本人と治療者間の理解をすり合わせ、両者の理解のズレの解消を試みた。	同意	4-8
	本人と治療者間の理解をすり合わせ	4-9
	両者の理解のズレ	4-10
	解消を試みる	4-11

コード	ID		カテゴリー
<b>【分析対象2】</b>			
丁寧で几帳面	2-1		キーワード産出
確認	2-2		同意
下書きしてから清書している	2-3		同意
わかった	2-4		同意
完全主義・確認強迫傾向の問題	2-5		同意
記述の仕方	2-6		同意
その点を本人に指摘	2-7		治療の方向性
清書行動	2-8		治療の方向性
病態を関連づける	2-9		自己理解
行動療法の課題	2-10		自己理解
下書きなどせず	2-11		キーワード産出
適当(不完全)に書いてみる	2-12		キーワード産出
治療になりうる	2-13		キーワード産出
推奨	2-14		キーワード産出
<b>【分析対象3】</b>			
他者の目に映るネガティブな自己像	3-1		キーワード産出
問題	3-2		同意
治療および治療者への潜在的な不満	3-3		同意
理解	3-4		同意
DTRに示されている	3-5		同意
同意	3-6		同意
現実場面で対応	3-7		治療の方向性
本人の自信のなさの成り立ち	3-8		治療の方向性
葛藤関係にある母親	3-9		自己理解
構図として伝えた	3-10		自己理解
関係の構図を理解	3-11		キーワード産出
受け身をとれるようになると良い	3-12		キーワード産出
伝える	3-13		キーワード産出
治療の方向性	3-14		キーワード産出
<b>【分析対象4】</b>			
面接で疲れたこと	4-1		キーワード産出
治療者が理解したことを伝えた	4-2		同意
本人が治療者にどのように評価されている	4-3		同意
と考えているかということ	4-4		同意
治療者が本人のことをどのように見ている	4-5		同意
かということ	4-6		治療の方向性
本人のテーマ	4-7		治療の方向性
有益であるかもしれないこと	4-8		自己理解
伝えた	4-9		自己理解
同意	4-10		キーワード産出
本人と治療者間の理解をすり合わせ	4-11		キーワード産出

図5-4 追加した分析対象の各コードと各カテゴリーとの比較・検討による分類・収束過程

### 【分析対象3について】

医学的診断について：分析対象3・4については、医学的診断名が複数表記されている。異なる病態像が併存する為、医学的な理論に従えば、ふさわしくないデータとも考えられる。しかし、質的研究における理論的サンプリングとしては、一般的な理論から外れるようなデータが新たなカテゴリーを生み出したり、新たな関係性に気づかせたりする可能性があるため、本研究では積極的にデータとして追加することとした（野口，2000）。

対応記録：治療者は、DTRを「他者の目に映るネガティブな自己像」の問題であり、治療および治療者への潜在的な不満であると理解した。「他者の目に映るネガティブな自己像」の問題がDTRに示されていることを本人に伝えたところ、同意が得られた。問題を整理し、本人が現実場面で対応できるようにするため、まず、治療者により、本人の自信のなさの成り立ちを、本人と葛藤関係にある母親（本人の素質を認めない傾向がある）を含めた構図として伝えた。それから、この関係の構図を理解して、受け身をとれるようになると良いと伝え、治療の方向性を示した。

コードとカテゴリーの関係：対応記録より新たなコードとして、「他者の目に映るネガティブな自己像」、「治療者への潜在的な不満」、「現実場面での対応」、「葛藤関係にある母親」、「関係の構図の理解」などが追加された。これらの各コードへの対応は、図5-4のように、仮説モデルに用いられた5つのカテゴリーで対応できた。

### 【分析対象4について】

対応記録：面接で疲れたことを治療者が理解したことを伝えた。次に、本人が治療者にどのように評価されていると考えているかということと、治療者が本人のことをどのように見ているかということを通り合わせることで、本人のテーマ（他者からの評価や拒絶についての不安）にとって有益であるかもしれないことを伝えた。本人の同意が得られたため、本人と治療者間の理解を通り合わせ、両者の理解のズレの解消を試みた。

コードとカテゴリーの関係：対応記録より新たなコードとして、「面接で疲れたこと」、「本人が治療者にどのように評価されていると考えているかということ」、「本人と治療者間の理解を通り合わせ」、「両者の理解のズレ」などが追加された。これらの各コードへの対応は、図5-4のように、仮説モデルに用いられた5つのカテゴリーで対応できた。

#### 5.1.3.(4)(d) 仮説モデル生成の結果と考察

図5-4のように、新たなデータを追加しても、新たなカテゴリーの抽出はなく、仮説のカテゴリーに関して修正が必要ないことが示された。図5-3で生成された仮説モデルは、まず、認知療法を始めるにあたって、同意がなされていることが前提となることが考えられた。これは、もちろん、同意なしには治療を開始できないこともあるのだが、導きだされた5つのカテゴリーのうち、同意がつかぬに他のカテゴリーと関連しながら存在していることが

ら導きだした。特に、分析対象3・4への対応記録から読み取れる。心理療法場面において何事も、同意なしには進まないということである。この治療開始時からの同意が、実はクライアントと治療者の関係性として非常に重要であることを、このモデルは再確認させてくれている。その上で、キーワードの産出が行われ、自己の問題への理解が深まる。この理解の深まりには、治療者と共に産出されたキーワードをお互いに認める（同意することによって、さらにクライアントと治療者との同意・関係性を深めることも表していると考えられる。お互いのクライアント自身の問題への理解の深まりとともに、治療の方向性が明らかになり、その過程のなかで、理解に根ざした治療的メタファーが産出されると解釈した。一方、産出されたメタファーは、例えば、分析対象3の構図を理解することにより、受け身をとることのような、治療方略やキーワード産出、自己理解などにも関連する幅広い概念と解釈し、やはり他のカテゴリーとの重複を認めなければならない特殊なカテゴリーであると判断した。また、これらのカテゴリーの関連性は、繰り返しになるが、単なる時系列的なものではなく、階層的な重なりのある構造でないと解釈できないとも考えられた。

### 5.1.3.(5) 分析1－2　－カテゴリーのグループ化－

ここでは、仮説のカテゴリーに修正が必要ないことで、更なるプロセスとしてカテゴリーのグループ化を目指した。カテゴリーをさらにまとめることにより、カテゴリー間の新たな構造を発見することが期待できるからである。その上で仮説モデルの修正を行なう。

#### 5.1.3.(5)(a) カテゴリーのグループ化の分析プロセス

カテゴリー間の構造的な関連性を考慮し、カテゴリーのグループ化を行った(図5-5)。「キーワードの産出」は、「自己理解」、「同意」、「治療の方向性」、「メタファー」全てに関係するカテゴリーであり、構造的には、これらのカテゴリーの下位概念であると判断した。キーワードの産出は、他の各カテゴリーグループを導き出す方法としての下位カテゴリーという理解である。つまり、「焦り」という言葉の出現により、自分が焦っていることを理解するような「自己理解」を促すキーワードの産出。「焦り」という言葉によって、そういった気持ちになるという共通認識、共通の問題意識が持てるというような「同意」を促すためのキーワード産出。「焦り」という言葉の出現によって、焦る別の状況などを分析できるようになり、治療者とクライアントが共に対処を協議できるようになるような「治療の方向性」を促すためのキーワード産出。後出の分析対象5で産出されたような「野蛮」という言葉から、自身のこころの問題は「ぱっかりと開いた傷」という治療者とクライアントが共通のイメージが持てるようになるような、「メタファー」を促すためのキーワード産出といった下位概念である。

「同意」については、「自己理解」「治療方略」「メタファー」とは語義的に完全には重ならないこと。カテゴリーグループとしての中心的な概念は、治療者とクライアント間で形成される関係性であり、二者間の根底にある独立した概念、治療関係性を示すカテゴリーグループであること。よって他のカテゴリーグループには、統合できないと捉えた。その上で、「自己理解」につながる場合と、治療の方向性につながる場合があると解釈した。

次に、「自己理解」は、自分のこと、自身の問題のことを理解することによって、治療の方向性を定め、治療の方向性もまた、治療が進展することによって気づきが起こり、自分のこと、自身の問題のことを理解する自己理解を促すようになる。このように、これら「自己理解」と「治療の方向性」からなるの二つのカテゴリーグループは、同次元の相補的・円環的な関係にあると解釈した。

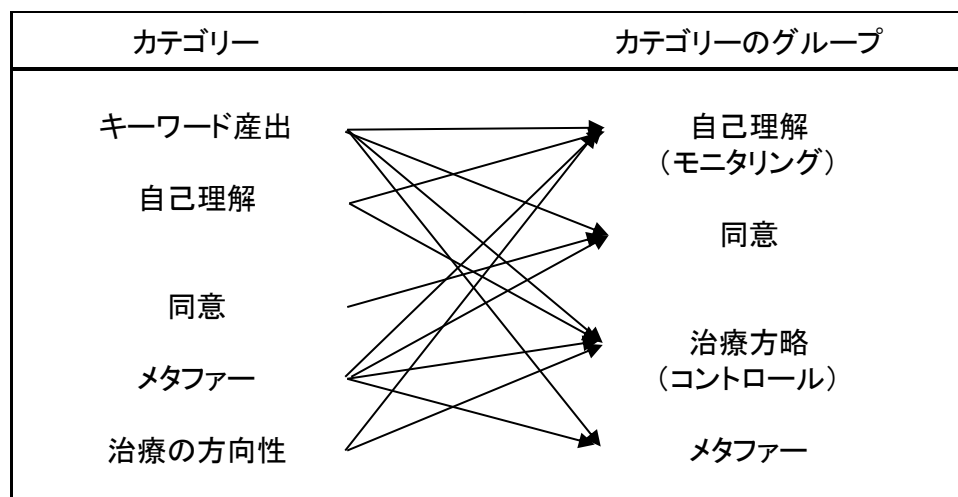


図5-5 カテゴリーのグループ化

最後に、「メタファー」についてであるが、本研究で定めたメタファーの概念 (p.61) より「メタファー」は、他のカテゴリーグループの概念と一致するものではなく、独立したカテゴリーグループであるとした。しかし、「メタファー」の扱いに関して困難な点が明らかとなった。それは治療過程での位置づけと、他のカテゴリーグループとの関係である。メタファーが治療促進に活用されることに注目すれば、治療過程としては、治療の方向性が定まった後に生成されると考えられる。しかし、実際にはそのような過程の決まりはなく、メタファーにより治療が進展した場合には、「自己理解」が深まったり、より良い「治療の方向性」へと改善がなされたり、これらによって治療関係性がさらに良好になるような、治療促進効果が同時に各カテゴリーグループ間に作用することが考えられた。また、独立したカテゴリーグループとして、他の「自己理解」「治療の方向性」「同意」と治療構造的な関係がどのようなものか不明瞭である点があがった。よって何度も繰り返しになるが、本研究では、メタファーは、他のカテゴリーグループとは異なる、特殊なカテゴリー

グループとして扱うことが望ましいと判断した。

仮説モデルの修正において本研究では、メタ認知構造を意識した。情報の流れを階層的に対象レベルとメタレベルとして捉えることができるからである。図 5-1 に示した Nelson & Narens (1990) のメタ認知モデルを参考にすれば、心理療法場面での自己理解は、対象レベルでの情報がメタレベルに流れる過程を示し、モニタリングと同様の概念であると解釈した。同様に、治療の方針は、治療者・クライアントのメタレベルでの評価や判断に従って行われるものであり、コントロールと同様の概念であると解釈した。そこで図 5-5 では、カテゴリーグループでの「自己理解」を「自己理解 (モニタリング)」「治療の方向性」をよりコントロール色の強い「治療方略 (コントロール)」として記すこととした。

### 5.1.3.(5)(b) カテゴリーのグループ化を意識し修正した仮説モデル

生成したカテゴリーグループおよび仮説モデルを図 5-6 に示した。「メタファー」については、治療過程での位置づけが困難なこと、また、他のカテゴリーグループ全てとの関係を示せるように全体を含む楕円(球状)を用いてモデル化した。

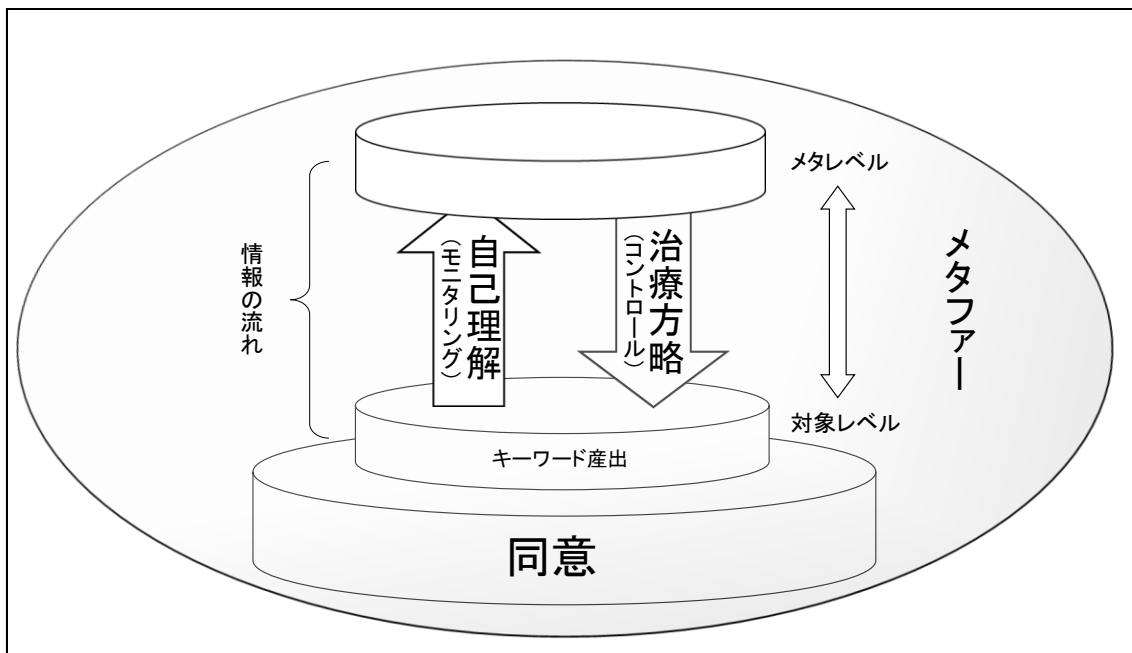


図5-6 カテゴリーグループ間の関係および修正仮説モデル

- 注1. メタファーの全体に関する特殊性を表現するため大きな楕円で全体を囲っている。  
注2. 対象レベルとメタレベルの円筒は、情報が処理される場を表現している。

### 5.1.3.(5)(c) 修正仮説モデルに関する考察

「同意」、「自己理解（モニタリング）」、「治療方略（コントロール）」の3つのカテゴリーグループと特殊なカテゴリーグループである「メタファー」の関係性を構造的に配慮することが重要であると考えられた。確かに、認知療法は、クライアントと治療者の関係性（経験的共同主義；e.g.,東, 2011）の上に、自己理解と治療方略で成り立っていると再認識できる結果であった。そして、まさしくこの自己理解と治療方略は、自己モニタリング機能と自己コントロール機能を表したものであり、認知療法がメタ認知的な側面を、その治療過程に含んでいることを示すことが可能な仮説モデルであると考えられた。

### 5.1.3.(6) 分析2 —仮説モデルの修正・洗練—

#### 5.1.3.(6)(a) 目的

分析1で生成したカテゴリーやカテゴリーグループおよび修正仮説モデルについて、新たな分析対象を追加して、より多様な事例を理解する上でも有効であるような仮説モデルへとさらに修正・洗練することを目的とした。

#### 5.1.3.(6)(b) 分析対象

分析対象は、先述の分析対象5, 6とした。

##### 【分析対象5について】

対応記録：最初に、本人が用いた「野蛮」というキーワードを利用し、野蛮であった時代に言ったこと、やったこと、やられたことに対する別の受け止め方（野蛮であったときの言動は真に受けることはない、お互い様）を提示した。次に、「ぱっかり開いた傷」という本人のメタファーを利用し、野蛮であった頃のことだから、「乾いた傷」にできると良いと述べ、治療の方向性を提示した。

##### 【分析対象6について】

対応記録：別のDTRにある本人が記載した未熟さの良い側面に関する賛同的な適応的反応を、適応的反応欄に「わからない」と記載されたDTR2に、次のように利用した。まず、本人が記述した未熟さに関する側面を評価した。次に、記述した未熟さの多面性を了解し、自己や他者の未熟さに対する折り合い方（適応的思考）を見出してもらうため、本人記載の未熟さに関する意見を拡張し、本人の未熟さゆえの良い側面（未熟であるがゆえに苦しい分、その経験した絶望や苦勞がピアノで表現できる、辛さの経験が生きる）を治療者が



挙げることで、DTR 2 の他者の未熟さにも、別の良い側面があるかもしれない、仕方ないなどと、本人が折り合えるようになることを目指した。

### 5.1.3.(6)(c) 分析プロセス

分析対象の追加ごとに分析 1 と同様の手続きを行い、分析 1 で生成したカテゴリーのうち、ふさわしいものがあればそれを用い、ふさわしいものがない場合には修正、または新たなカテゴリーを抽出することとした。なお、追加した分析対象のカテゴリー抽出過程を表 5-5 に、各コードと各カテゴリーとの比較・検討による分類・収束過程を図 5-7 に示す。

表5-5 追加した分析対象の対応記録をコーディングしていく過程

対応記録の引用	コード	ID
<b>【分析対象5】</b>		
最初に、本人が用いた「野蛮」というキーワードを利用し、野蛮であった時代に言ったこと、やったこと、やられたことに対する別の受け止め方(野蛮であったときの言動は真に受けることはない、お互い様)を提示した。	「野蛮」というキーワード	5-1
	利用	5-2
	野蛮であった時代	5-3
	言ったこと、やったこと、やられたこと	5-4
	別の受け止め方	5-5
	提示	5-6
次に、「ぱっかり開いた傷」という本人のメタファーを利用し、野蛮であった頃のことだから、「乾いた傷」にできると良いと述べ、治療の方向性を提示した。	「ぱっかり開いた傷」	5-7
	メタファー	5-8
	野蛮であった頃のこと	5-9
	「乾いた傷」にできると良い	5-10
	治療の方向性	5-11
<b>【分析対象6】</b>		
別のDTR1にある本人が記載した未熟さの良い側面に関する賛同的な適応的反応を、適応的反応欄に「わからない」と記載されたDTR2に、次のように利用した。まず、本人が記述した未熟さに関する側面を評価した。	未熟さの良い側面	6-1
	賛同的な適応的反応	6-2
	利用	6-3
	未熟さに関する側面	6-4
	評価	6-5
次に、記述した未熟さの多面性を了解し、自己や他者の未熟さに対する折り合い方(適応的思考)を見出してもらうため、本人記載の未熟さに関する意見を拡張し、本人の未熟さゆえの良い側面(未熟であるがゆえに苦しい分、その経験した絶望や苦勞がピアノで表現できる、辛さの経験が生きる)を治療者が挙げることで、DTR2の他者の未熟さにも、別の良い側面があるかもしれない、仕方ないなどと、本人が折り合えるようになることを目指した。	未熟さの多面性	6-6
	自己や他者の未熟さ	6-7
	折り合い方	6-8
	見出してもらう	6-9
	未熟さゆえの良い側面	6-10
	治療者が挙げる	6-11
	他者の未熟さ	6-12
	別の良い側面	6-13
	仕方ないなど	6-14
	折り合えるようになる	6-15
	目指した	6-16

各分析対象より新たなコードを示し、それらのコードとカテゴリーの関係を検証しながら「理論的飽和化」を目指した。その上で、各コード 1-1~6-16 を最終仮説モデルに組み込み、無理なく説明できるか検証を試みた。

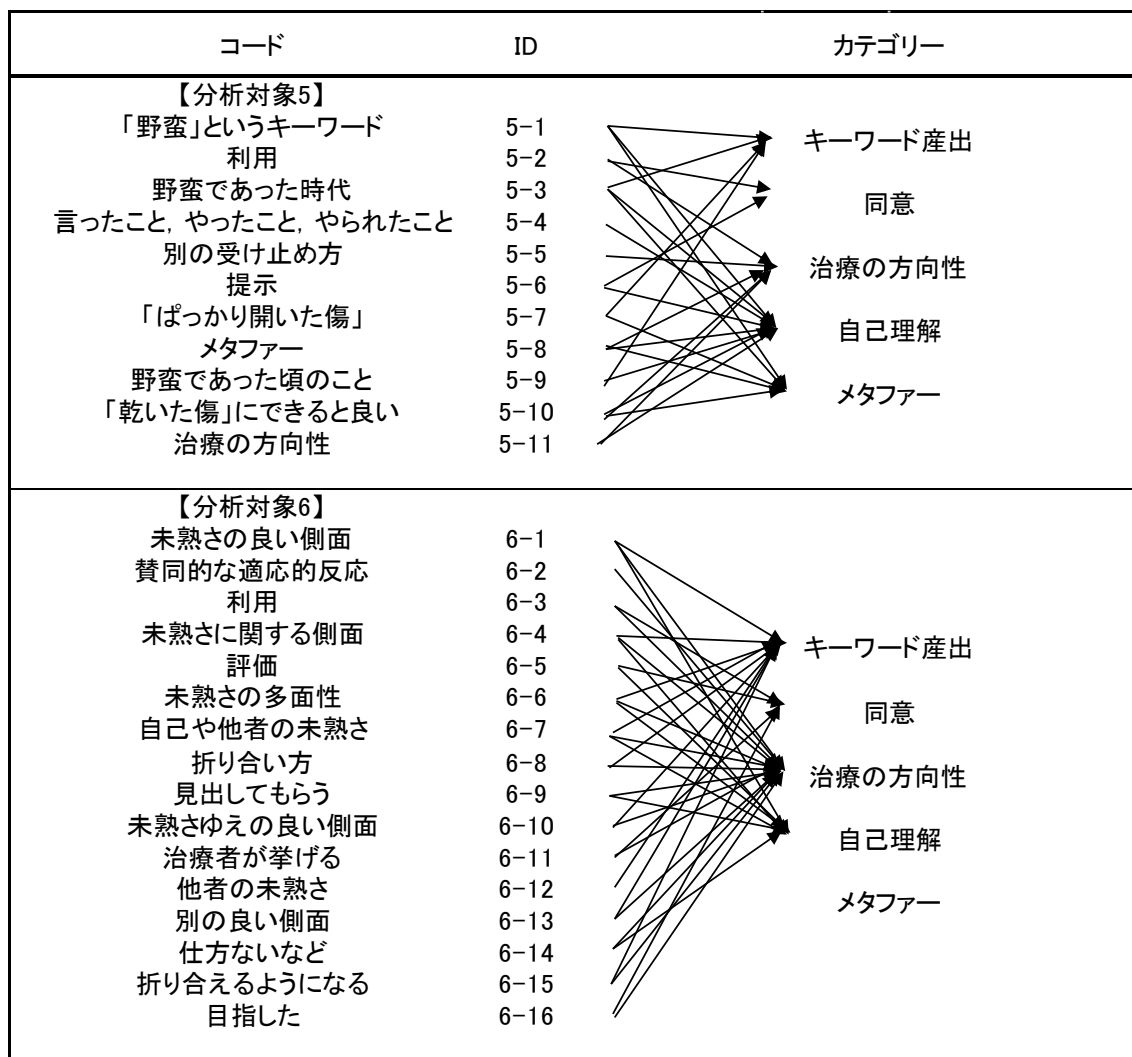


図5-7 追加した分析対象の各コードと各カテゴリーとの比較・検討による分類・収束過程

新たな二つの分析対象5と6を追加し、表5-5のようにコード化、さらに図5-7のようにカテゴリー化してその分類と収束過程を分析した。たが、カテゴリーの修正や新たなカテゴリーの抽出の必要性は認められなかった。しかし、分析対象5の追加によって、修正仮説モデル(図5-6)に対する更なる修正の必要性が生じた。分析対象5の対応記録は、以下のようにまとめられる。「今は、ぱっかり開いた生々しい傷(過去の体験)であるかもしれないが、傷が乾いて治っていくように、過去のこととして受け止めることにより傷も乾き、かさぶたが出来て治っていく。この過程を実現するために出来ることを協力し、共に歩んで

いこう」という治療方略である。このように「ぱっかりと開いた傷」、「乾いた傷」のようなキーワードやメタファーが治療方略に深く関わっていることを考慮すると、修正仮説モデルは、その治療過程を良く表せている。それは時系列的に考えれば、「ぱっかりと開いた傷」のようなキーワードの産出が、まず、最初の段階と考え、その後自己理解が深まるとの仮説モデル（図 5-3）を立てたが、治療方略は、「ぱっかりと開いた傷」というキーワードやメタファーをもとに、傷が乾いて治っていくように、「乾いた傷」というキーワードを産出し、「乾いた傷」の状態になるような、さらなる具体的方略を立て続けることになる。このように、同時・並列的、円環的に作用していることを修正モデルは表現できている。この階層的・並列的な相互関係を考慮した構造モデルは治療過程の流れを良く表せているのだが、修正モデルでは、情報が処理される対象レベルの場合、メタレベルの場合が何を示すのか、明確でないことがわかり、修正が必要であると考えられた。そもそも対象レベルの情報が処理されるのは、活動主であるクライアントと治療者である。同様に、メタレベルの情報が処理されるのは、監視主であるクライアントと治療者である。その「誰が」の主体部分を明確に表記することで、モデルをより明確化できると判断した。以下にいくつかの例を挙げる。

例えば、ID5-7「ぱっかりと開いた傷」は、本人が産出したキーワードであり、メタファーである。それをメタレベルのクライアントと治療者が評価・判断して、対応することにより、さらなるキーワード・メタファーである ID5-10「乾いた傷にできるとよい」が産出され、さらなる具体的な治療方略がクライアント・治療者間で立てられると解釈できる。次に、治療者が産出したキーワードの認知過程も例として挙げておく。ID6-13「別のよい側面」は、治療者がクライアントとのやり取りから判断して、治療方略として導きだしたキーワードであると解釈した。そのキーワード、治療方略をクライアントが受け入れることにより、自己理解、他者への理解へとつながり、治療過程が進展していく過程が仮説モデルより理解できる。このように、その活動主や監視主が誰であるかを明確化すれば、さらに治療過程への理解が深まることになる。よって修正仮説モデルへの更なる修正を試みた。

#### 5.1.3.(6)(d) メタ認知を意識した最終的仮説モデルと考察

分析1、分析2より最終的な仮説モデルを作成した（図 5-8）。このモデルならば、メタ認知構造も取り入れ、これまでの分析対象すべてに対応できると考えられた。以下では、仮説モデル図 5-8 について、適宜、各分析対象コードを用いて認知変容過程をたどりながら考察を加えたい。継続的な比較分析を行なうので何度も繰り返すことになるが、治療者とクライアントの同意関係がつねに根底にあることが重要な点であることに気づかされる。この同意については、各分析対象より直接的なコード（ID1-3, ID2-2, ID3-6, ID4-8, ID5-6, ID6-16）などが挙げられる。その上で DTR などのツールを用いた共同作業により、キーワ

ードやメタファーなどが外在化され、問題として焦点化・対象化できる（キーワード自体がメタファーと成りえるのだが、ここでは厳密に区別せず、キーワードの方がより具体的であり、メタファーは、より抽象的であると捉えた）。この例としてはID1-6が挙げられる。ID1-6からはDTRに記載された「焦り」というキーワードが、クライアントのテーマであることをクライアントと治療者が共に理解することによって、「焦っている自分に“落ちつこう”と言える自分を育てると良い」というメタファーと治療方略に繋がり、それが円環的に治療的に働いていると解釈できる。

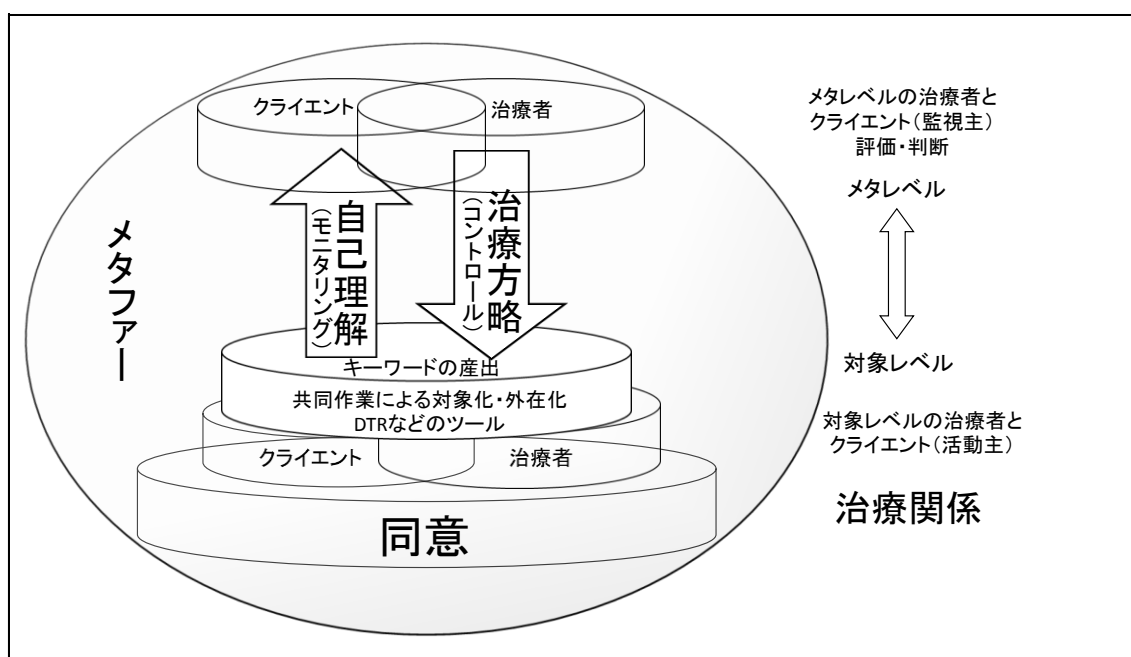


図5-8 認知変容過程の最終仮説モデル(渡辺, 2012を改訂)

- 注1. メタファーの全体に関係する特殊性を表現するため大きな楕円で全体を囲っている。  
 注2. 対象レベルとメタレベルにそれぞれ、情報が処理される場としてクライアントと治療者を取り入れ表現している。

次に対象レベルとメタレベルの情報処理の場は、治療者とクライアントであることを明記した部分について考察を加える。まず、対象レベルで治療者とクライアントの一部が重なっているのは、クライアントは治療者の理論的技術的な側面を自己の中に取り込むこと、受け入れることが必要とされることを示している。治療者は、クライアントの内部にある認知の歪みなど対象化すべき側面を理解・整理し、外在化するということである。その後、治療関係性の中で、対象化・外在化されたクライアントの側面を、クライアントと治療者が互いに評価することで、受け入れるか修正を加えるかが判断される。そこで、自己理解が深まり、治療方略が決定される。メタレベルでのクライアントと治療者の重なりは、クライアントが治療者の判断や方略を自己の一部として獲得、受け入れることが必要であることを示している。治療者も、クライアントの体験様式を理解、受け入れることが必要で

あることを示している。また、治療者は、クライアントに受け入れられるような監視者として、クライアントの内部に存在することが求められている。最終的には、治療者との現実的な関係性がなくなっても、クライアント内に治療者の治療的側面が内在化されれば治療終結と考えられる。この様な全体的な認知変容過程を理解する為に、分析対象2に最終仮説モデルを用いて考察する。治療者は、DTRを用いて、クライアントが下書きしてから清書していることを情報として対象化する（「キーワード産出」）。それをクライアントと治療者が共に問題として認識し（「自己理解」）、下書きなどせずに適当（不完全）に書いてみることで治療になりうるという「治療方略」を共有し、それを実践する。もちろん、この過程は「同意」の上で成立する。この流れの中で、クライアント自身の完璧主義などへの気づきが円環的に繋がっていくことが最終仮説モデルで確認できる。このように最終仮説モデルでは各分析対象の認知変容過程を治療の流れで把握することが可能である。

認知の変容過程を時系列で捉えると、基本的にはモデルの下から上へ階層的に流れていくのであるが、時には上下に、円環的に相互作用すること（例えば、自己理解がさらにDTRなどのツールをより発展させたりする）も表わせるよう、構造的なモデルに修正されている。

最終モデルは、クライアントと治療者との関係性や、個別的なメタファー、メタレベルでの認知の変容など、心理療法として重要な側面を簡潔に表していると考えられた。

#### 5.1.4 全体的考察

##### 5.1.4.(1) メタ認知を考慮した認知変容過程

本研究では、認知療法が有効であった事例より、その認知変容過程を明らかにし、メタ認知が重要であることを示す仮説モデルを提示した。その認知変容過程において、まず、第一に重要なのは、クライアントと治療者との同意関係であった。原田（2006）は、内科医が疾患教育を熱心に行うと病識の乏しかった内科患者が変貌していくことが大変新鮮に映ったことを述べている。診療科を問わず、また精神科であるからこそ治療関係には、十分な情報の提供と同意が最重要であることを再認識させるものであった。本研究が提示したモデルによれば、クライアントと治療者の関係性の上に成り立った共同作業により、問題点を対象化する。そして対象化された問題点の評価、修正を繰り返すことによって、自己理解が深まり、治療方略を決定していく過程をたどることが考えられた。臨床的に考察すれば、自己理解と治療方略というメタ認知レベルの機能を、治療者と共に、クライアント自身に内在化していくというメタ認知変容が最終的には重要と考えられた。

##### 5.1.4.(2) 認知変容の階層性について

本研究の仮説モデル研究では、情報を処理する場が対象レベルとメタレベルで階層が異なっているとした。いわゆる認知の歪みは対象レベルであり、距離を置くスキル（モニタリングや治療方略）はメタレベルということである。臨床的に応用するならば、対象レベルに介入して認知変容を行う治療法と、メタレベルに介入し、評価・判断を変容し距離を置くスキルを身につけるなどの治療法があることが示唆される。つまり、認知の歪みがあっても、適応的に生活できている人をモデルにするような治療スタイルが新たに考えられる。

#### **5.1.4.(3) メタファーの重要性（詳細は、第5章第2節）**

メタファーの利用も重要な点である。クライアントごとに異なる個別的なメタファーを用いるところの重要性を認めないわけにはいかない。先に挙げた分析対象5のように、「はっきりと開いた傷」という本人のメタファーを利用し、「乾いた傷」にできるという治療方略（コントロール）を意識したメタファーに置き換えていくという、クライアントと治療者のやり取りが、自己理解、同意、治療方略すべてに関係していることが理解できる。これは言語を使った心理療法として治療に効果的に働いていると考えられる。

#### **5.1.4.(4) 本研究の有効性について**

メタ認知に関する研究は多様な領域（例：発達心理学、教育心理学、社会心理学、認知科学、神経心理学、脳科学など）に広がり、多くの研究者の的になっている（丸野，2007）。また、認知心理学的な基礎研究からの、メタ認知を考慮した理論により自閉症やADHDなどの改善にも応用されるようになってきている（田中，2008）。このように、基礎心理学領域からの知見を応用するためにも、メタ認知を考慮した認知病理モデルの開発は、今後、大いに役立つと考えられる。本研究は、その第一歩と言える。

#### **5.1.4.(5) 今後の課題**

本研究では、メタ認知を考慮した新たな認知モデルの提示を試みた。メタ認知の臨床モデルを定量的に行うには、参考とするモデルも少なく困難が考えられた。そこで、まず臨床モデルを提示する為、質的研究法を用いた。質的研究では、研究者である筆者の主観が研究において積極的に用いられる。筆者の主観を利用したことが、モデルの生成につながったのであるが、モデルの一般性や客観性を検証していくことが今後不可欠である。だが、一方で、専門家である他の臨床心理士や、認知療法学会の査読者達からも了解可能であると認められたことは、結果の内容等に、それなりの妥当性があるのではないかと考えられる。やはり、このモデルが妥当であり臨床的に有用であるかを検証していく必要がある。

## 5.2 認知変容過程に関する仮説モデルの更なる検証と認知行動療法の特殊な治療要因である「メタファー」について (研究4)(渡辺, 2010a, 2015)

本節では、研究3で導かれた、認知変容過程に関する仮説モデルの更なる検証を行なう。また、特殊な治療要因と考えられる「メタファー」について、その特徴を明らかにすることも目指す。

### 5.2.1 要約

認知療法が効果的であった事例より、その治療構造を検討することは効果と効率を考える上で有意義なものである。筆者は、研究3により、5つの治療要因からなる治療構造の仮説モデルを提案している。本論では、先行研究で得られた仮説モデルにさらなる事例検討を加えることにより追検証を行い、更なる一般化を第一の目的とした。さらに、中核的な治療因子と考えられるメタファーの重要性を確認することと、メタファーの機能についての分析も研究目的とした。結果は、仮説モデルの妥当性を確かめるとともに、メタファーが他の治療因子とも密接に関係性を持ち、治療全体に大きく関与していることを示すものであった。本研究により、認知療法におけるメタファーの利用は、効果と効率を考える上で非常に重要なことが示唆された。

キーワード：認知療法，治療構造，メタファー

### 5.2.2 問題と目的

臨床的研究として認知療法には、いかに、短期間に、効率的に、十分な効果が得られる心理療法としての治療構造が含まれているのか検討することは重要である。筆者は、研究3において認知療法が効果的であった臨床事例を用いて質的研究によるメタ分析を試みた。各事例の対応記録表をコーディングした結果、「キーワード産出」、「自己理解」、「同意」、「メタファー」、「治療の方向性」の5つのカテゴリー。さらにカテゴリーをカテゴリーグループ化することによって最終的に、「自己理解（モニタリング）」、「治療方略（コントロール）」、「同意」、「メタファー」の4グループに集約されたとしている。先の研究は、学術誌に掲載された事例集を扱うことで信頼性を確保し、仮説モデル(図5-8)の妥当性は理論的飽和で確認した。研究全体の手続きは、筆者を含む臨床心理士4名による検討により信頼性を、研究内容については、専門家である認知療学会誌の査読を経たことにより妥当性を確保できたと考えている。

しかし、先の研究では認知療法の代表事例として扱うために、非機能的思考記録表(DTR)を用いた事例に限られていたこと。また、理論的飽和化を確認できたとはいえ6例で仮説モデルの検証を行っているところに再考の必要性があると思われた。そこで本論では、DTR

の利用にこだわらず、幅広い認知療法の代表事例を扱った認知療法ケースブック（井上編，2003）を用いて分析を行い、認知変容過程に関する仮説モデルの再検討を行うこととした。

また、認知療法において「メタファー」が重要であるということは、筆者にとって大変な驚きであり発見であった。そこで先述の5つの治療因子の中でも「メタファー」に注目し、メタファーが治療過程でどのように利用され、どのような影響を及ぼしているのか明らかにすることも研究目的とした。

ここで本研究におけるメタファーの定義をする。メタファーという用語は、「隠喩。暗喩。比喩技法の一つ。」（広辞苑第5版；新山，1998）となっているのだが、これでは実態を捉えることは困難であると思われる。また、コリンズ英語辞典によると、メタファーは「その中の語や句が類似していることを仄めかす目的で、字義通りでない、事物やアクションを適用する言語の一形態である」と定義している（Barker, 1985／堀・石川訳，1996）。このように、具体像を把握し定義することが難しい語句であることを認めた上で、本研究では、「彼は戦闘中のライオンである」のような言語的な比喩表現だけではなく、以下のようなものもメタファーによる表現とみなして扱うこととした（Barker, 1985）。例えば、数学で $n$ 次元の関数を学習する場合の「黒板の図表」は、その関数の対応する値を単に表す数的字義に加え、 $n$ 次関数のグラフを理解するうえでの視覚的なイメージ・非言語的なものを伴っている。「子供の戦場ごっこのためのブロック玩具」の場合は、実際のブロック自体の含意ではなく、子供の遊びの中での意味、例えば、岩や、レンガ、家などが付加され、多様な意義を持つようになる。「役者のつり上がった眉」などは、単に眉が上がっているのではなく、怒りや困難など、言葉で表せないような事象を直接的に伝えることを可能にする表現である。これらも、メタファーであるとした。

### 5.2.3 研究方法

#### 5.2.3.(1) 研究対象

分析事例は、認知療法ケースブック（井上編，2003）に掲載された23編の論文、25事例を用いることとした。理由は、23編の論文執筆者の内、Ph.D, M.D, Ed.Dを持つ者が加わっている論文が19編であり、すべての筆者が認知療法学会員であり認知療法に造詣が深いことがあげられ、認知療法の事例として信頼性と妥当性があると考えたからである。また、一般書として広く公開されているので、資料として扱いやすいことも考慮した。

#### 5.2.3.(2) 方法

各事例において、その治療過程で「同意」，「キーワード産出」，「メタファー」，「自己理解」，「治療の方向性」に関する部分を抽出し、具体的には異なっているが、抽



象的には共通する内容をカテゴリーとして、「その内容は何についてのものか？」という視点から各カテゴリーに適合するか検討した。その上で、仮説モデル上で無理なく言えるか、解りやすいか、という基準に基づいて、繰り返し見直しを行い、よりデータに根ざしたものを結果として一般化することを目指した。

次に、メタファーと考えられる内容について抽出した後に、他の事例との共通する側面やしない側面について、いかなる分類が可能であるのか分析を行い検討することとした。

## 5.2.4. 結果

### 5.2.4.(1) 仮説モデルの検討について

仮説モデルに従った5つのカテゴリーに関する内容や語句が各事例において含まれているか否かの対応を表5-6にまとめた。表は、以下のような作業によって作成した。なお、すべての25事例に対し詳細を記載することは出来ないため、事例1-1を代表例とし、その他の事例に関しては必要に応じて引用し、その作業過程を述べることとする。

事例1-1は、診断名が大うつ病性障害の事例であり、主訴は、無気力、意欲減退など抑うつ諸症状、および症状による職場不適應である。自己観察的なホームワーク、心理テストなどにより、症状や不適應のパターン、その背景を把握していく問題把握と目標設定の第一期。クライアント自身が問題や目標を設定し、解決策を考えられるようになり、それに伴い自己効力感も上昇していった問題解決アプローチの第二期。クライアントが生活や仕事上の諸問題を自分で解決できるようになり、症状の回復も維持されていく、セルフコントロールの維持と般化の第三期の面接経過により終結となった事例である(伊藤, 2003)。

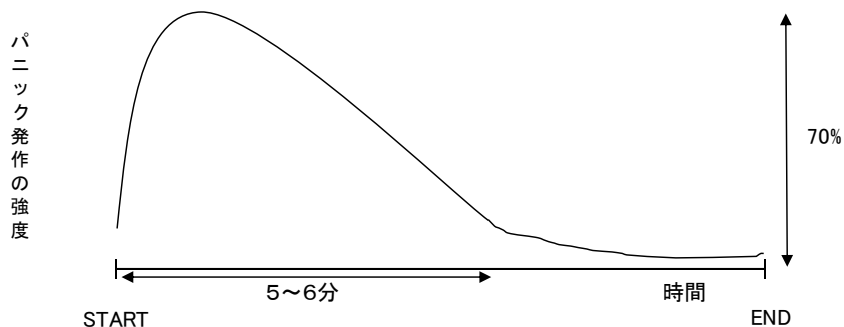
事例1-1では面接経過の中で、症状や不適應のパターンを分析することによって、回避・依存のパターンがクライアント自身によって把握されている。この部分で、「キーワード産出」や「自己理解」のカテゴリーが含まれていると分析した。「治療の方向性」に関する内容は、うつをセルフコントロールできるようにして、症状のせいで仕事ができなくなるのを防ぐや、具体的な介入法として自己観察的なホームワークが行なわれていったことが挙げられる。「同意」に対応する関係性構築への言及については、具体的な面接目標が、治療者—クライアント間で設定、合意されたことや、目標達成をお互いに確認する作業が記載されている。「メタファー」については、技法の「課題の段階的割り当て」が対応すると解釈した。それは、出来なくなってしまう仕事を小さな単位に分け、一つひとつ片づけていくというやり取りである。クライアントは、仕事を小ステップに分けてみることで、「こんなふうには仕事を考えるのは初めて。やってみます。」と話している。クライアントは、この技法により、単に仕事を小ステップに分ける以上に、仕事の異なる側面に気づき、視点や視野が変化しているのである。この技法は、字義通りでない、気づきというアクションを適用する言語の一形態であると解釈した。また、特に各カテゴリーに直結するよう

表5-6 各事例に対する各カテゴリーの対応について

事例	診断名	キーワー ド算出	メタファー	関係性構築 への言及	自己理解 (モニタリング)	治療の方向性 (コントロール)	治療期間 (回数)
1-1	大うつ病性障害	○	○	○	○	○	8ヶ月, 11回
1-2	急性抑うつ症状	○	○	○	○	○	13ヶ月, 16回
2	気分変調性障害	○	○	○	○	○	期間不明, 11回
3	特定の恐怖症	○	○	○	○	○	4ヶ月
4	広場恐怖を伴ったパニック障害	○	◎	○	○	○	1ヶ月, 7回
5	広場恐怖を伴ったパニック障害	○	○	○	○	○	6ヶ月, 12回
6	解離性健忘	○	◎	◎	○	○	3ヶ月入院
7	神経症	○	◎	○	○	○	13ヶ月, 19回
8	神経性過食症	○	◎	○	○	○	5ヶ月, 10回
9	神経性大食症	○	○	○	○	○	中断
10	アトピー性皮膚炎	○	○	○	○	○	9ヶ月, 15回
11	重症対人恐怖症	○	○	○	○	○	6年
12	統合失調症	○	○	○	○	○	4年7ヶ月
13	人格障害	○	○	◎	○	○	4年, 25回+8回
14	回避性人格障害、ひきこもり	○	○	○	○	○	入院5ヶ月
15	境界性人格障害	○	◎	○	○	○	期間不明, 22回?
16	境界性人格障害 電話相談(このまま社会に出れなくなるのが心配)	○	◎	○	○	○	電話相談1回
17	チック	○	◎	○	○	○	3ヶ月, 12回
18-1	不登校	○	◎	親への介入	○	○	2ヶ月, 7回
18-2	不登校	○	◎	親への介入	○	○	5ヶ月, 18回
19	スクールカウンセリング	○	◎	親への介入	○	○	16ヶ月, 28回
20	不登校(グループ)	○	○	○	○	○	4ヶ月, 15回
21	アルコール依存症	○	○	グループ	○	○	2ヶ月, 9回
22	外傷性精神障害	○	○	グループ	○	○	4ヶ月, 16回
23	不安神経症	○	◎	○	○	○	15ヶ月, 30回

\*記載された内容のなかでも、特に直接的な言及であると思われるものには◎印を記入している。

\*期間については、回数標記の事例論文も多いため、おおよその期間を標記している。



日時	恐慌発作のあった状況	呼吸困難/窒息感	動悸	胸部不快感	発汗	めまい/ふらつき	現実感の喪失	悪心	紅潮/寒け	震え/しびれ感	重症度評価	頻度(/日)	主要な身体症状	否定的解釈(確信度の評価 0-100)	合理的反応(否定的解釈に対する確信度の再評価 0-100)
3/12	急行電車内 薬の服用無し	特に無し	かなりありました	ありません	指先と手	ふらつき少し	無し	気分は良くなかったです	顔が熱っぽくなる感じ	特に無し	ピーク時 70%	この日はこの時だけです。		前向きに発作はすぐにおさまると考えました。	

図5-9 パニック発作のイメージを本人がグラフ化した例 (鍵本・井上, 2003, p.26,図4より)

な記載内容があった場合には、◎を記している。例えば、事例4でのパニック発作の強度を縦軸に、時間を横軸にした、パニック発作のイメージを本人がグラフ化したもの(図5-9)などは、メタファーの例で挙げた数学でn次元の関数を学習する場合の「黒板の図表」と同じく「メタファー」に相当する記述であるとした。これはパニック発作の強度を示すグラフが数値的な意味合いだけでなく、視覚的なグラフの変化より発作の強度は必ず減少することなど症状の変化に対する理解や、治療の効果や今後の治療の方向性、今後の変化の予測や期待など様々な治療的意味を含意しているからである。事例4の報告者である鍵本・井上(2003)は、パニック発作のイメージのグラフ化がパニック発作に対する認知の変容に大きく関与することと、その治療的意義も考察している。

#### 5.2.4.(2) メタファーについて

表5-6に見るように「メタファー」に関する記述は、23の事例すべてにあった。そこでメタファーの内容を抽出していくと分類が可能ではないかと考えた。それは、「治療者側か

表5-7 メタファーの分類と他のカテゴリーとの関連性について

治療者側から投げかけられるもの		クライエント側から投げかけられるもの	
言語的	非言語的	言語的	非言語的
同意(関係性構築)	事例7のように、棒をその棒よりも少し小さいゴムでできた円い輪のようなものに棒を通してとえ話など(ユーマリアなど)	事例20のように、教材マンガにおけるセルフ・モニタリングに関するクイズの利用など	事例19のように、自らが語る話(ここではジャックと豆の樹)にユーマリアが含まれているものなど
キーワード算出	DIRなどの記録表から分析され抽出された思考や行動にまつわる信念的なもの。	クライエントから投げかけられた各種グラフィックやイメージより分析され抽出されたものなど	クライエントによって創られた各種視覚的なグラフィックやイメージのものなど
自己理解(モニタリング)	事例8のように、ミネソタ飢餓実験の話をして、規則正しく食べるのが重要であると説明し自己理解を促すようなものなど	ロールプレイなどの体験やクライエントにより創作されたグラフィックやイメージに対しての分析やフィードバックなど	事例4のように、パニック発作のイメージのグラフィックを用いたものなど
治療方略(コントロール)	事例15のように、「糸だま」の比喩を用いて、絡まった糸を一つひとつ解いていくというお話など	ロールプレイなどの体験 事例12のスライド、映画、ビデオなど	ロールプレイなどの体験。 事例7のエゴグラムのような視覚的なものなど

ら投げかけられるもの」と「クライアント側から投げかけられるもの」とに大きく分類される。また、それらのメタファーが「言語的なもの」が主なのか「非言語的なもの」が主なのかさらに分類が可能であると考えられた。治療者が語る例え話は言語的なものであるし、治療者の用いる漫画やビデオ、図表などは非言語的なものであると捉えた。逆に、クライアントが語る例え話は言語的なものであるし、クライアントが提出するグラフやイメージなどは非言語的なものであると捉えた。

次に、本研究では、投げかけられたメタファーがどのように治療場面で機能しているのかを考慮する必要があると考えられたため、「メタファー」を省く他の4つのカテゴリーとの代表的な使用例を23の事例から抽出し表5-7に示した。なお、クライアントから投げかけられる同意に関する非言語的なメタファーに対し各論文上で直接の言及はなかったが、事例より想定されるものを記した。また、メタファーの持つ影響力は、ひとつのカテゴリーにとどまらないことを前提に主と考えられるものを掲載した。同様にメタファーの形態は、単純に言語的・非言語的なものに分割できないことも考慮しながら掲載している。

## 5.2.5 考察

### 5.2.5.(1) 認知療法の短期療法としての可能性示唆と本研究の意義

表5-6に示されているように今回、分析に用いられた事例は入院事例や期間・面接回数が見えないものを省くと参考値として平均面接回数、約15回、期間はおおよそ12ヶ月となっている。この数値をどう見るかは異論のあるところであるが、各事例の治療過程を検証し、その共通性を抽出していくことは、認知療法の効果・効率性を検討することにつながる。この視点は、間違いなく重要である。よって、本研究は、認知療法の臨床的側面を考察する上で有意義であると言える。

### 5.2.5.(2) 認知変容過程に関する仮説モデルの検証

今回検討した25の事例が、仮説モデルに対し無理なく当てはまるのか検討した結果、表5-6のように各カテゴリーに関する部分が確認でき、治療過程も新たなカテゴリーの必要性も認めず、無理なく説明でき、仮説モデルに対する理論的飽和化がさらに確認できたと考えられる。以下に、「メタファー」を省くカテゴリー別に詳細を述べることとする。

#### 5.2.5.(2)(a) 「キーワード産出」に関して

認知療法は、不合理な信念や認知の歪みを同定し修正することを目的としている。治療過程において、治療者－クライアント間で共通のキーワードが用いられることになるのは、

なんら疑いの余地はなかろう。あえて例をあげるならば、複数の事例に見られるような「考え方のクセ」などがある。また、非言語的なものも、例えば事例4（鍵本，井上，2003）に用いられているようなパニック発作の強度のグラフなどは、発作という非言語的なものを「発作のグラフ」というように言語化・キーワード化して共有し用いていることがある。キーワード自身が既にメタファーであるとの解釈も可能であるが、ここでは、治療の一過程であることに注目し後述のメタファーとは区別している。

#### 5.2.5.(2)(b) 「同意」への言及に関して

「同意」に関する代表的な言及は、事例13（東，2003）の考察で、「治療関係の取り扱いと、介入の工夫」，「治療関係」の項目などに記載されている。東は、治療者が一貫した姿勢，態度を示し続け，常にデータを収集し，それを検証するという科学的態度が重要となると同時に，客観的姿勢を保つあまり，固く冷静な態度をとるのではなく，ユーモアや比喩表現，逸話など柔軟に用いる技術も必要であると述べ，治療関係性構築の重要性に触れている。また，他の事例からも「共同作業」や「共同的経験主義」など共に治療を進めていくという内容のものも多くみられた。心理療法では，良好な治療関係を維持することが必要となるが，認知療法では治療関係そのものに介入し，治療を促進することができることも述べてられている（東，2003）。これは仮説モデルにも表されているとおり，認知療法における各治療因子は，常に「同意」を基に構造化されていると考えられ，「キーワード産出」や「メタファー」，「自己理解」，「治療の方向性」のいずれかを目標に介入したとしても，治療者－クライアント間で同意がなされれば治療関係はさらに深化すると考えられる。つまり，認知療法を行うことは，必然的に治療関係を深化させることもと言える。同意の上で認知療法が行われていくことは，治療関係を構築していくことと不可分であり重要な治療因子の一つであると考えられる。

#### 5.2.5.(2)(c) 「自己理解」に関して

認知療法では，治療者との良好な関係の上で，先に述べたようなキーワードの産出等が行われていく。DTRのような自らの思考に関するものや，行動記録表のように自らの行動に関するものまで，治療者とクライアントが共に視覚や聴覚を使って，時にはロールプレイなども用いて自己理解を促していく過程が全ての事例で当てはまっていた。

#### 5.2.5.(2)(d) 「治療の方向性」に関して

認知療法は，クライアントの技術を増大させ，生活上の急を要する事態に，より効果的に対処できるようにし，事態を制御できるという感覚と自分が有効に機能しているという

感覚の増大を目的とするとある (Freeman, 1989)。治療過程で治療方針に従い自分をコントロールしていくという過程が重要なことは言うまでもない。自分が問題行動を制御し、有効に機能しているという感覚を得ていく過程は、まさしくセルフコントロールと言えよう。印象的な事例をあげれば事例12 (高井, 2003) である。高井は、コミュニケーション機能への治療介入として「認知療法的態度 (治療チーム内での首尾一貫した働きかけ)」を念頭に、例えば写真誌や新聞を用いて時事問題を話し合い、その際に、相手の発言内容に注目すること、自分の思考とは別に他の人の思考過程を把握すること、自分と他人の思考過程を結び付けること、意味的に連合して話すこと等を常に確認しながら話し合いを進めるようにしてかかわった事例を報告している。結果、意味不明の発言はかなり減少し、その場に即して行動し、突然退席するようなことも無くなってきたとしている。この事例は、自らが問題行動を制御し、有効に機能しているという感覚を獲得していると考えられる。他の事例でも治療目的を定め、自らの制御経験を重ねていく報告が見られた。

### 5.2.5.(3) 認知療法におけるメタファーの分類とその働きについて

#### 5.2.5.(3)(a) 認知療法におけるメタファーの存在

先に述べたメタファーの定義に従い、各事例にメタファーに相当すると思われる部分の有無についてまず見当した。結果は、全ての事例において何らかのメタファーに相当する記載があると考えられた。認知療法において、メタファーは治療因子として重要なことが示唆されたといえる (表5-6)。

#### 5.2.5.(3)(b)メタファーの分類

各事例より「メタファー」に相当すると思われる部分を抽出し分類を試みた。まず、誰が用いたものかという発信者による分類が可能と考え、治療者から投げかけられるものと、クライアントから投げかけられるものに分類した。その上で、言語的な側面の強いものか、非言語的側面が強いものかで更に分類を試みた。次に、治療過程における「メタファー」の働きを、他の4つのカテゴリーとの対応で検討した (表5-7)。

##### i) 治療者側から「同意」を促すようなメタファー

言語的なメタファーは、表5-7に記した事例7 (千田, 2003) や事例8 (永田, 2003) の「体が楽になったら、自分自身の気持ちのサイズも大きくなったでしょう」などの発言で、治療者とクライアントが互いに確認しあうことによって関係性を構築していると考えられる良い例である。もちろん、治療方略や治療効果の確認が同時に行われていることもあり、それも関係性構築に良い影響をあたえていることは間違いなく、このような例が具体的に

は異なっているが、抽象的には共通する内容を指すカテゴリー、この場合は「同意」として扱われている。(以下、他の分類でも同様に扱う)。

非言語的なメタファーは、事例20(久保田・井上, 2003)に用いられた教材マンガなどが良い例と考えられる。マンガという視覚的素材をもちいて中学生の興味関心を惹き関係性を構築していると考えられる。

#### ii) クライアント側から「同意」を促すようなメタファー

言語的なメタファーは、事例19(坂本, 2003)の語る回想話(5~6歳の頃、お遊戯会でジャックと豆の樹の豆役だったとき、猿顔の友人と喧嘩になって、衣装が破けてしまった話)などによって治療者がユーモアや親和性を感じ関係性が深まっているのが読み取れる。

非言語的なメタファーは、直接事例の中から見出すことができなかったが、面接場面での話し方や服装、化粧などの変化、もしくは治療過程上発生する、拒否や否認などの転移反応などが当てはまるのではないかと考えられる。事例9(鷲塚ら, 2003)の中断なども、クライアントの治療者に対する想いの非言語的なメタファーと捉えることができるかもしれない。

#### iii) 治療者側から「キーワード産出」を促すようなメタファー

キーワード産出は、DTRなどの記録表から分析され抽出された思考や行動にまつわる信念的なものを素材として行われる。また、キーワードそのものがクライアントのもつ問題の抽象的な表現形(メタファー)と言えるので、それを導き出す各種言語的記録法が治療者側からの言語的メタファーと解釈できる。事例8(永田, 2003)ならば、過食がキーワードであるが、過食は淋しさの表現形と考えられる。この淋しさというキーワードを抽出したのはDTRなどの言語記録表からの分析である。

非言語的なメタファーは、クライアントに投げかける各種グラフやイメージなどを用いたもの、もしくは、それ自身と考えられ、これらがキーワード産出の原材料となる。

#### iv) クライアント側から「キーワード産出」を促すようなメタファー

言語的なメタファーは、DTRなど各種記録表に記載された内容そのものであり、非言語的なメタファーは、クライアントによって創られた各種視覚的なグラフやイメージのようなものそのものである。

#### v) 治療者側から「自己理解」を促すようなメタファー

言語的なメタファーは、事例8のように、ミネソタ飢餓実験の話をして、規則正しく食べることが重要であると説明し自己理解を促すようなものや、個々の疾病患者用に教育的に製作されたパンフレットなどがあげられる。

非言語的なメタファーは、ロールプレイなどの体験やクライアントにより創作されたグラフやイメージに対しての分析やフィードバックなどが、自己理解を促進している。

#### vi) クライアント側から「自己理解」を促すようなメタファー

言語的なメタファーは、事例13のように、認知変容が進むにつれ、認知の歪みへの介入



について「ハンマーで頭を殴られたよう」という発言などが自己理解への言及として挙げられる。

非言語的なメタファーは、事例4のように、パニック発作のイメージのグラフ化したものなどは、視覚的に自己の問題についての理解を促進している。

#### vii) 治療者側から「治療の方向性」を促すようなメタファー

言語的なメタファーは、事例15（遊佐ら、2003）のように、「糸だま」の比喩を用いて、絡まった糸を一つひとつ解いていくという話などが、治療の方向性を示しているものとして理解し易い。

非言語的なメタファーは、ロールプレイなどの体験学習はもちろん、事例12のスライド、映画、ビデオなどの利用が当てはまる。

#### viii) クライアント側から「治療の方向性」を促すようなメタファー

あの紙（DTRなど）を書くことで冷静に考えられるようになった等の発言は、自己に関する困難な問題を自己のコントロール下におけるようになったという話の表れであり、言語的なメタファーと言える。

非言語的なメタファーは、クライアントのロールプレイなどの体験はもちろん、事例7のクライアント自らの「今でも楽になっているのだから、これからもゆっくと続けていけばグラフ（エゴグラム）も変わっていくでしょう」との発言など、エゴグラムの変化のような視覚的なものなどが当てはまる。

#### ix) メタファー分類について

メタファーの発信者と言語的・非言語的な分類によって、他の4つの治療的カテゴリーとの説明を加えたが、特に無理な点もなく解釈できたと考えられる。「メタファー」は、やはりすべてのカテゴリーと関係性を持ち、治療を促進させる効果があると考えられた。また、ひとつのメタファーの働きが複数の治療因子に関係することもあるので、はっきりとした分類とは言えず、これはメタファーのもつ特別な性質によるものだと解釈した。

### 5.2.5.(3)(c) 認知療法におけるメタファーの働き

調査材料の認知療法ケースブック23編の論文からメタファーという言葉は、ほとんど見受けられなかった。しかし、本研究が示すように、日々の臨床実践では、知らず知らずのうちにメタファーを用いて治療を促進させていると考えられる。その働きは、治療関係構築を促進させるものや、自己の抱える問題や障害への理解を促し自己理解を深めるもの、解決方略や行動を促進させるものなど、治療的側面すべてに関係していることが示された。そもそもメタファーは、直接的な指示よりも、間接的に示唆することによって抵抗を少なくし理解し易くしているものだと考えられる。認知療法が効果的であった事例には、なんらかのメタファーが用いられていることが明らかになった。このメタファーを意識的に用いることができれば、治療への効果や効率性に大きな影響を与えるのではなかろうか。

## 5.2.6 まとめ

### 5.2.6.(1) 認知療法の治療構造（認知変容過程の仮説モデル）について

本研究により認知療法の治療構造に関する仮説モデル（図5-8）は、臨床的に無理のないモデルではないかと考えられた。研究法の限界を見極めることが必要ではあるが、臨床的に何らかの示唆を与えてくれるものであろう。認知療法を行っている場面で、治療構造モデルを考慮すると、今、クライアントを目の前にして、自分は治療要因の何を目的に介入を行っているのか。また、治療構造のどこの部分を扱っているのかを把握することができる。その上で、次に、どこの部分に介入が必要なのかも判断できると考えられる。今後は、うつ病など、思考記録表等によるキーワード産出が有効な疾患の場合は、キーワード産出への介入に力点を置けばいいし、統合失調症の場合は、コントロールに力点を置いたり、治療者がモニタリング機能の役割を果たしたりなど、疾患別による介入の仕方の違いなども、明らかにできるのではないかと考えている。

### 5.2.6.(2) 認知療法におけるメタファーの重要性について

今回の研究により、認知療法において「メタファー」が治療過程のあらゆる面で、重要な役割を果たしていることが明らかになった。他の心理療法でも、メタファーは技法として扱われることが多いが、実は治療構造に含まれる治療因子そのものと考えられるのではないかと考えている。さらなる検証が必要である。今後、研究を続けていくことによって、介入法や、疾患、障害別に有効なメタファーを収集できるのではないかと考えている。疾病に適した有効なメタファーの利用は、治療の効果・効率を高めることに間違いのないであろう。

## 5.3 「メタファー」を扱うことの本研究での限界

研究3および研究4により、認知療法において「メタファー」が治療過程のあらゆる面で、重要な役割を果たしていることが明らかになった。他の心理療法でもメタファーは重要であり、技法として扱われることが多い（e.g. Barker, 1985）。本研究において「メタファー」は、治療構造に含まれる治療因子そのものではないかと考えられた。さらなる検証が必要なところである。しかし、研究を進める上で、メタファーの定義は厳密さに欠け、メタファーの扱いが拡張しすぎではないとも考えられた。言語や図表などは、解釈の仕方によっては全てメタファーになるのではないかと。また、永岡ら（2011）によれば、メタファーを分類し、使用法の実態を明らかにした研究は未だ皆無であるとしており、このこ

とは、メタファーの臨床的研究の困難性を示している。よって、これ以上メタファーについて研究を進めることは研究を複雑化してしまい、本研究の主旨からも逸れると判断した。「メタファー」に関する研究は今後の課題とする。その上で、メタファーの重要性は認めつつも、本研究では、これ以上メタファーには触れないことを明言しておく。

## 5.4 近年の認知行動療法に関する研究との関連 —診断横断的な視点から—

本節では、近年の CBT に関するエビデンスから派生する診断横断的な視点などに触れる。

### 5.4.1 認知行動療法のエビデンス

CBT は、他の心理療法に比べて科学研究によるエビデンスが蓄積されていることに特徴がある。わが国においてもランダム化比較試験など臨床疫学的手法を用いて、CBT の有効性を示すエビデンスが蓄積されている (e.g.田村・中川, 2012)。CBT では治療原則と実施手順を明記したプロトコルが設定され、ある程度等質な治療的介入が担保されている。CBT では対象とする精神疾患に応じて、疾患特異的 (disorder-specific) に個別プロトコルが開発されている。そのプロトコルは適格基準と除外基準を設け、併存疾患などの交絡因子が関与しないような統制された研究デザインによって、対象とする固有の単一疾患に焦点をあててその有効性が検討されてきた (McManus et al.,2010)。こうした臨床試験が蓄積され、現在では CBT は気分障害や不安障害に対して薬物療法に匹敵する治療法として国際的なガイドラインで推奨されている。

### 5.4.2 いわゆる感情障害に対する診断横断的な認知行動療法の開発

しかし近年、こうした疾患特異的アプローチとは対照的に、単一の精神疾患の診断を超えた治療法や病理を探求するアプローチとして、診断横断的 (transdiagnostic) な CBT が開発され、その検証がすすめられつつある (McEvoy et al.,2009)。伊藤・加藤 (2012) によれば、その背景には、①感情障害群における高率な併存疾患、②想定される共通の病理メカニズム、そして③個別プロトコルの類似性、という 3 点があげられる。ただし、ここで扱う感情障害 (emotional disorders) とは、感情障害に対する CBT の統一プロトコルの開発者である Barlow らの使用に従って「感情やその調整過程の不全が特徴的な精神疾患の一群」を指して用いている (伊藤・加藤, 2012)。

### ①感情障害群における高率な併存疾患

第1に、疫学研究や診断学の知見から、気分障害や不安障害などの感情の障害を特徴とする精神疾患においては、併存疾患や合併症が高率であることが明らかになってきた。これは、近年まで採用されてきたアメリカ精神医学会の診断と統計マニュアル第4版(DSM-IV)に対する批判としてもよく語られるところであった。こうした背景から最新のDSM-5においては、各疾患を独立した分類ととらえるのではなく、症状が連続線上にあるものとしてとらえるディメンジョナルな見方が採用されている(森ら, 2014)。

### ②想定される共通の病理メカニズム

第2に、異常心理学や病因論において、こうした併存疾患の背景として、各精神疾患の基底に共通の病理メカニズムが想定されうるという見解が有力になりつつある。例えば、ネガティブな感情傾向は大うつ病性障害、全般性不安障害、パニック障害、強迫性障害、社交恐怖を説明できる。脳科学の分野においては、気分障害や不安障害で感情調整にかかわる脳機能の不全の共通性が指摘されている。例えば、情動に深く関与している扁桃体の賦活は、大脳皮質による抑制的影響の不全に関連していると考えられている(eg.坂井・久光, 2014)。また、薬物療法をみても、例えば選択的セロトニン再取り込み阻害薬は単一の診断を超えて複数の疾患に関係する症状の軽減に有効である。こうした知見から、様々な不安障害や気分障害には感情とその調整不全という共通したプロセスが推測されると考えられている(伊藤・加藤, 2012)。

### ③個別プロトコルの類似性

第3に、さまざまなCBTの疾患特異的プロトコルが非常に類似しているという点があげられる。これまでの研究で特定の疾患に焦点をあてたCBTの個別プロトコルが作成され、その有効性が示されてきた。しかし、どのプロトコルも認知モデルや学習理論に依拠しており、多くのプロトコルにおいて認知再構成や暴露の介入手続きが共通して含まれている。つまり、異なった疾患に対して特異的に開発されたはずのプロトコルが、それほどには独立性を有していないことが明らかになってきた(Wilamowska et al., 2010)。さらには特定の疾患に向けて開発されたプロトコルは、標的としている疾患を越えて併存疾患や合併症状に対しても効果があると報告されてきた。

このように、不安障害や気分障害はDSM-IVで想定された以上に疾患間で類似性が認められ、それが併存疾患として観察されているが、その根底には感情調整の不全という共通した病理メカニズムが想定される。一方で、個別の疾患に対応するために開発された個別プロトコルは、どれも同じような治療原則と手続きを採用していることが浮き彫りになってきた。こうした背景から、共通の病理が想定される複数の異なった感情障害に対して、ひとつのプロトコル、つまり、統一プロトコル(Unified Protocol: UP)で治療が可能となるのではないかと考えられるようになった。Barlowら(2011/堀越・伊藤訳, 2012)によって開発されたUPは、CBT的介入のなかでエビデンスが特に確立されている介入原則・手

順が、感情科学の研究から得られた理論に従って系統立てて構成されている。UP は、複数の精神疾患に共通して認められる感情調節過程の不全に焦点をあてた8つのモジュール群からなる治療プログラムである。ここでの感情障害にあてはまる具体的な疾患名は、うつ病性障害（大うつ病性障害，特定不能のうつ病性障害），不安障害（広場恐怖を伴う／伴わないパニック障害，社交不安障害，全般性不安障害，強迫性障害，心的外傷後ストレス障害，特定不能の不安障害），心気症などが対象となっている（伊藤・加藤，2012）。参考までに，UP を構成するモジュールと標準セッション数を表 5-8 に示す。図 2-1 と図 5-8 を関連させながら考慮すると UP での第 1 モジュールは，治療関係性の構築，第 2 モジュールは，メタ認知的知識の獲得，第 3～7 モジュールでは，モニタリングとコントロールのメタ認知的活動の実際，第 8 モジュールで再びメタ認知的知識に関する内容を扱っていると考えられる。これらの一連の流れは，メタ認知構造を考慮したモデル（図 5-8）の中に含まれていると考えられる。

表5-8 UPを構成するモジュールと標準セッション数（伊藤・加藤，2012より抜粋）

モジュール 1	: 治療参加への動機づけ高揚(1セッション)
モジュール 2	: 治療原理の心理教育(1～2セッション)
モジュール 3	: 感情への気づき訓練(1～2セッション)
モジュール 4	: 認知評価と再評価(1～2セッション)
モジュール 5	: 感情駆動行動と感情回避(1～2セッション)
モジュール 6	: 内部感覚への気づきと忍耐力(1～2セッション)
モジュール 7	: 感情暴露(3～6セッション)
モジュール 8	: 再発予防(1セッション)

### 5.4.3 統一プロトコルの開発とその現状

本節では，診断を越えた診断横断的な CBT の背景について紹介し，そのアプローチのひとつとして感情障害への UP を取り上げた。UP の特徴はその汎用性にある。これまで CBT を提供する治療者は，臨床現場で対応する疾患の数だけ個別プロトコルの訓練を受け修得する必要があるとされてきた。しかし，個別のプロトコルを修得するのは容易ではなく，時間や労力を要する。また，臨床現場では併存疾患や合併症を有する患者の方がむしろ多く，厳密な適格基準と除外基準を設けたクライアントを対象とした臨床試験から得られた個別プロトコルのみで臨床的現実に対応するにはそもそも限界があった。そうした現状にあって，UP の開発は現実的であり汎用性が大きな魅力であると考えられる。しかし，診断横断的アプローチは近年になって注目されてきたものであり，その科学的な検証は今後の課題となっている。

## 5.5 メタ認知構造を考慮した治療構造モデルの設定

本節では、前節での診断横断的視点も加え、事例を交えながらメタ認知を考慮した治療モデルの設定を行っていく。その上で、第Ⅰ部における本論文の理論的研究のまとめを行い、第Ⅱ部における臨床的研究の必要性とその目的について論じる。

### 5.5.1 治療構造の共通性からの視点

先の第5章4節では、医学的病因論から根ざした診断横断的アプローチについて解説した。以下では、医学的病因論に根ざした診断横断的アプローチと異なり、臨床心理学的にもう少し大きな枠組みである治療構造や共通要因という視点から診断横断的アプローチに迫ってみたい。CBTという大きな枠組みを意識することを目的とする為である。

### 5.5.2 メタ認知構造を意識するきっかけとなった事例

—難治性うつ病患者への対応をとおして— (研究5)

#### 5.5.2.(1) 問題と目的

CBTのエビデンスに関する報告は多い。エビデンスの蓄積された疾病に関しての検証は、その必要性が低いであろう。しかし、例えば感情障害の臨床においては、先述でも問題点に触れたが、併存疾患を抱えていたり、本態疾患が掴み辛かったりすることが臨床現場では多い。ここでは、いわゆる一筋縄ではいかない難治性のうつ病と考えられた事例を報告する。この対応の困難な事例に対して、メタ認知構造を考慮した治療モデルが、臨床場面で役立つと考えられた経過に考察を加えることを目的とする。なお、本事例の発表に当たっては口頭で本人に同意を得た上、研究に影響のない程度に加筆修正している。

#### 5.5.2.(2) 事例

20代男性、アルバイト、両親健在。同胞2名中、長男。大学卒業後、仕事に就くも続かず、不眠、抑うつ気分、意欲低下にて発症(X-2年、秋)。X-1年4月より外来治療開始。突発的に息苦しくなるなどの身体症状もあり、深夜の救急受診歴もある。また「孤独感」にて涙ぐむことも時々あった。パニック発作も併発し薬物療法のみでは大きな改善が見られなかったため、主治医より心理療法士である筆者(臨床心理士)に紹介があり、心理的介入をおこなうこととなった。

診断：軽症抑うつエピソード(F320)、後に、双極性感情障害、特定不能のもの(F319)となっている。( )内は国際疾病分類第10版(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD-10, WHO, 1992/融ら監訳, 1993)表記。

主訴：不眠，頭痛

心理社会的背景：社会的に評価される優秀な父親。成績もよく高学歴な弟に対する劣等感があり，周囲に対し過度に気を遣ってきた。母親は受容的であるが，当人にとって理解者とは成りえていない。仕事，人間関係も上手く行かず，不安・緊張が高まっている。

心理検査：BDI-II（Beck 抑うつ尺度）=26 点（中等度の抑うつ範囲），TEG：N 型，NP 優位，FC 低位。自分の欲求を抑えており，長年このような状態が続くと調子を崩すタイプ。

### 5.5.2.(3) 事例の経過

初期は，主治医が薬物療法，心理療法士（以下：Th）が支持的な励ましと具体的なアドバイスをすることで症状が安定した。その上で，少しずつ自身の社会的現状など，現実的な話題を中心に面接を行ない，その内容を受け入れるという負荷をかけながら，X+1 年 9 月アルバイトを開始する。この間，同時に並行して対人関係や自己の思考と身体を理解する為に，抑うつの CBT を試みた。しかし，心理面接中や，思考記録表などの宿題をおこなう時には，自己の内面に向かう必要があり，そのような時は，緊張や不安を伴う様子で，時には硬直したり，感情失禁したりしてしまうことがあった。内省を伴う課題は困難と考えられ，最終的には，傾聴と支持的な励ましを行う対応となっていた。

X+2 年 9 月，アルバイト中に過呼吸が起こり，救急で時間外受診する。その後，感情表出，表情も乏しくなる能面反応（様相）も見られた。X+3 年 5 月，アルバイト上のトラブルで軽躁状態となり，双極性障害の薬物療法が開始され，その後，急速に主訴の症状が改善した。

心理面接においては，アルバイト上のトラブルが問題行動であると考え，トラブルに発展しないようにどのような工夫ができるか，もしくは，上手く行った場合は，どのような状況であったのか話し合いをおこなった。すると，アルバイトの信頼できる方（年配の女性）に，今日の表情はどうか（良いのか，悪いのか），体調は良さそうか，など，自分の調子について教えてもらいながら，仕事を行うと上手くいくとすることであった。そこで，アルバイト先では自分の様子を，その同僚にモニタリングしてもらうことを対処法として用いることを提案した。その後は，アルバイト先での問題もなく，クライアントの症状が安定した。

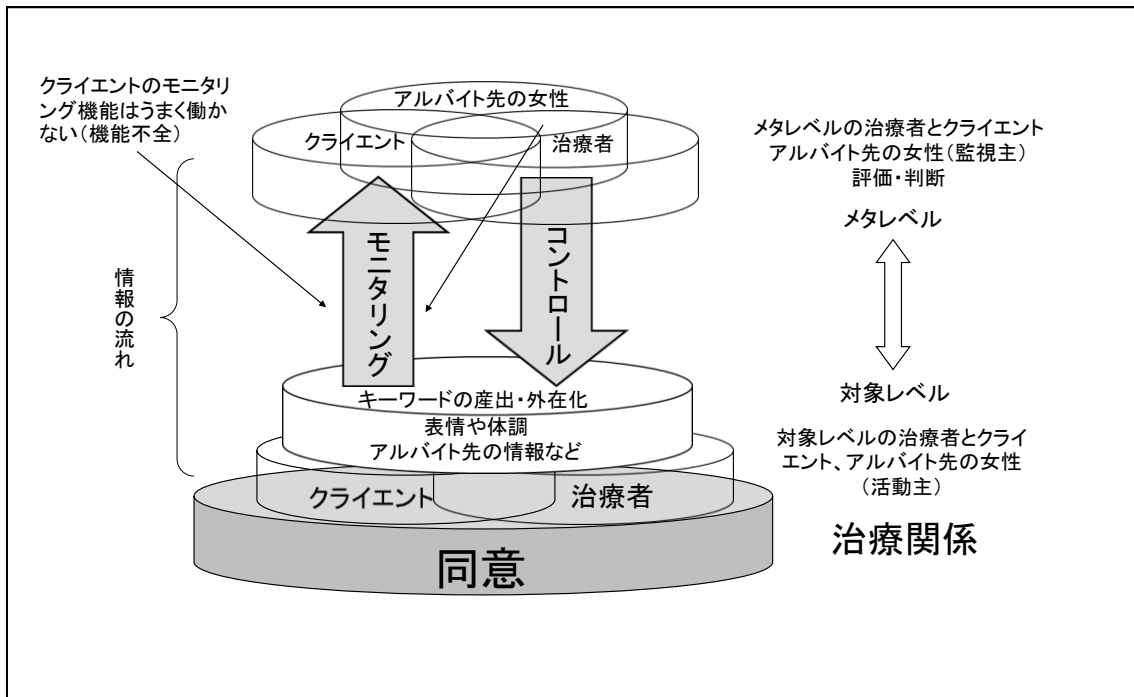


図5-10 クライアントの認知変容過程モデル

#### 5.5.2.(4) 考察

薬物療法による単独治療では症状に望ましい改善がみられなかった為、心理療法の併用を試みた事例である。しかし、一般的な CBT による認知や行動への働きかけによる変容は、期待できない状態であった。クライアントの状況や思考、気分などの情報を得ようとしても、情報収集が進まないのである。その原因は、自分の状況や気分などに関して、適応的に自覚（モニタリング）して判断するような機能の不全があるからだと考えられた。この状態では、認知再構成などの中核的な認知の変容は困難であり、対応に苦慮する状態であった。しかし、より望ましい適応的な行動が無いかと広範な行動に注目し、話し合いを続けるなかで、面接室以外の場所でも、他者に自分の状況や状態を判断してもらい、助言がもらえる場面では、適応的に行動できていることが分かってきた。自分を眺め、現実的に判断し、制御する機能に不全があったとしても、それらの機能を他者に補ってもらうことが可能であれば、いわゆる認知再構成などができなくても適応的に行動を修正していくことができるのではないかと考えられた。この状態の過程モデルを、図 5-8 を参考に図 5-10 に示す。図 5-10 は、クライアントとの治療関係性が「同意」によって形成された上に、クライアントの病状のことや、クライアントが自身の体調などを正確に把握することが困難なことなどを「キーワードとして産出」している。このことはクライアントのモニタリング機能が機能不全に陥っていることを表している。しかし、この状態でも日常生活において上手くいっていること「治療方略（コントロール）」に注目すると、他者、アルバイト先



の女性に意見を求めること「自己理解（モニタリング）」をきっかけに、アルバイト先での適応がクライアントの活動性を高め、さらなる「自己理解」が深まり、より適応的な行動「治療方略」を選択できるようになる。このようにクライアントの認知変容過程モデルとして円環的に作用する構造が理解できるようになっている。これらの注目すべき治療的機能は、いわゆるメタ認知の代表的な機能であるモニタリングとコントロールである。その一部を、Th や周囲の他者が補うことでクライアントが適応的な行動をとることができ、その経験の繰り返しの中で、自身に内在化していくことにより症状の改善、行動の適応が図れると考えられる。これらは、先の研究3 で生成された構造モデルから説明が可能であり、筆者自らの臨床経験とも一致する。

次に、CBT を行うにはアセスメントが重要である。本事例でのケースフォーミュレーションを考えてみたい。CBT においてアセスメントの中心となるのはABC 分析である。行動療法、認知療法とも図 5-11 のようにABC 分析と呼ばれる方法が用いられている。しかし、呼び方が同じでも、内容が大きく異なっている。行動療法のABC 分析では、Antecedent（先行刺激＝弁別刺激）、Behavior（行動）、Consequence（結果）の連鎖に注目する。アセスメントの一番のポイントは、結果によって行動がどのように影響を受けるかという、両者の随伴関係である。それに対して、認知療法のABC 分析では、Activating event（認知を活性化する出来事）、Belief（信念）、Consequence（結果）の連鎖に注目する。認知療法で問題になるのは、きっかけによって引き出される信念（認知）の内容の偏りであり、その際にみられる情報処理の不十分さであるとされている（熊野，2012）。しかし、Prochaska & Norcross（2006）らは、認知療法においても随伴性マネジメントが重要であることと、認知療法において思考が改善するという結果をもたらすのは、おそらく認知技法ではなく行動技法であると指摘している。これらの行動療法および認知療法のABC 分析モデルに、随伴性マネジメントと本研究でのメタ認知構造を意識した認知変容過程モデルを組み入れたAMBC 分析モデルを図 5-12 に示した。このモデルでは、ある状況が対象レベルの情報として認識される。その上で対象レベルの情報がモニタリングされ、メタ認知的知識等によって評価・判断され、行動が選択される。その行動と結果の両者の随伴関係が行動療法では重要であったが、AMBC モデルでは、行動と結果の随伴関係を対象レベルの情報としてモニタリングしコントロールするという過程までもが分析できるようになっている。行動療法では情報処理過程も行動に含まれるとするが、AMBC モデルでは、情報処理過程を認知変容過程として独立的に扱っている。

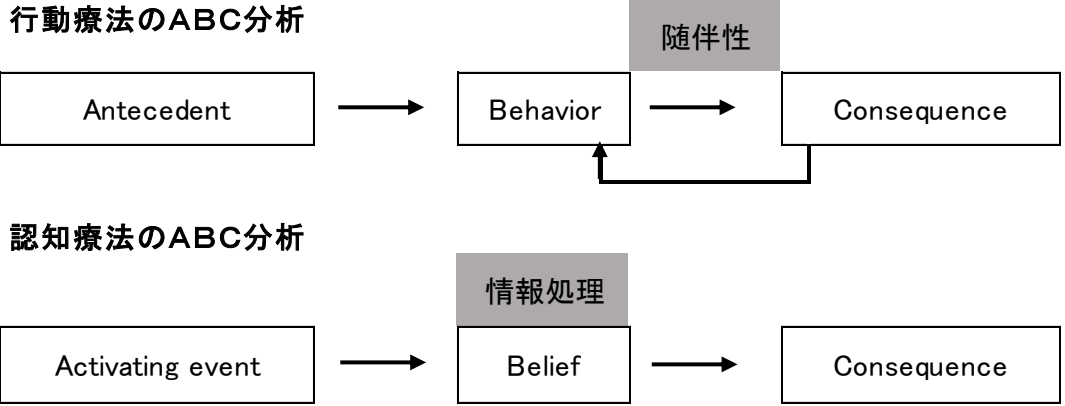


図5-11 認知／行動療法における2つのABC分析（熊野, 2012, p.78, 図7より）

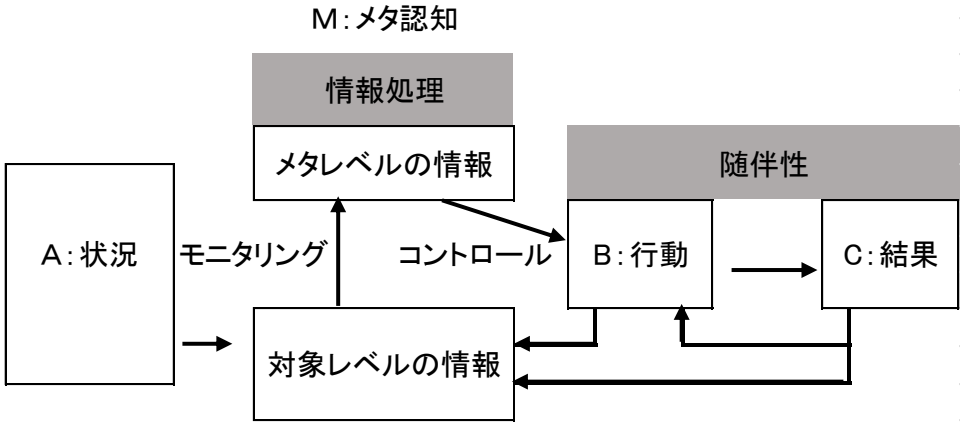


図5-12 認知変容過程を組み入れたAMBCモデル

事例のケースフォーミュレーションとしては、アルバイト先での状況把握において、自身の体調や処理すべき仕事、他者との関係などに関する情報が対象レベルの情報として入力される知覚処理の段階、もしくはそれらの情報をメタレベルに処理するモニタリングの段階での情報処理に問題があるのかは明らかではないが、メタレベルでの情報処理に不具合が生じてしまい、誤った判断、好ましくない行動の選択と結果に陥っていたと考えられる。例えば、体調が悪いのに出来そうもない仕事を引き受けてしまい、その結果、仕事でのミスを犯したり、他の人に迷惑をかけたりしてしまう。そのことで仕事、仕事場の人びと、および自分自身に対する否定的な感情（＝抑うつ感情）を持ってしまう。また、それらの否定的な情報が対象レベルの情報としてモニタリングとコントロールへと再処理され、行動が選択され、否定的な認知（＝自分は駄目な人間だ、何をやっても無駄だ）が強化され信念化していく悪循環になっていたと分析される。なお以下では、M<sub>o</sub>はMobject, M<sub>m</sub>は、

Mmeta を表すこととする。

### 不適應時のケースフォーミュレーション

A : 「アルバイト先で仕事をする」

M<sub>0</sub> : 対象レベル「アルバイト先の仕事内容や同僚, 自分自身の体調・能力などの情報」

M<sub>m</sub> : メタレベル「自分にも仕事はたくさん出来るはずだ」

B : 「仕事でミスを犯し, 周囲に迷惑をかけてしまう」

C : 悲しさ, 絶望感, 抑うつ感情

M<sub>02</sub> : 対象レベル「周囲に迷惑をかけた情報, および否定的な感情に関する情報」

M<sub>m2</sub> : メタレベル「自分は駄目な人間だ。また失敗するかもしれない」

B<sub>2</sub> : 「仕事でミスを犯し, 周囲に迷惑をかけてしまう」

C<sub>2</sub> : さらに悲しさ, 絶望感, 抑うつ感情

このBとCの情報が対象レベルの情報として流れ, それをメタレベルで捉える時に, 「自分は駄目な人間だ」が悪循環として信念化されていく。

そこで情報処理の初期段階で, 治療者やアルバイト先の信頼できる同僚に, 対象レベルでの情報を正確にモニタリングして適応的な判断をしてもらうことにより, 適応的な行動と望ましい結果が対象レベルへと再び情報として流れよう介入をおこなう。例えば, 「今日は, 調子が良さそうだから, この仕事とこれをやってもらう」, 「今日は, 調子が良くなさそうだから, この仕事だけにしておこう」などの介入を行なってもらう。するとこれまでの否定的な情報処理が適応的な情報処理へと変容していくという治療モデルになっている。

### 適応時のケースフォーミュレーション

A : 「アルバイト先で仕事をする」

M<sub>0</sub> : 対象レベル「アルバイト先の仕事内容や同僚, 自分自身の体調・能力などの情報」

M<sub>m</sub> : メタレベル「調子が良いので, これらの仕事」「調子が悪いので, この仕事のみ」

B : 「ミスもなく仕事を終える」

C : 肯定感, 達成感, 自尊感情, 周囲からの評価

M<sub>02</sub> : 対象レベル「ミスなく仕事を終えた情報, および肯定的な感情に関する情報」

M<sub>m2</sub> : メタレベル「自分も頑張れるかもしれない」

B<sub>2</sub> : 「再びミスもなく仕事を終える。周囲に迷惑をかけない」

C<sub>2</sub> : さらに肯定感, 達成感, 自尊感情, 周囲からの評価 ⇒ 「自分は駄目な人間だ」の否定 ⇒ 悪循環からの脱却

以上のように、メタ認知の階層性を考慮すれば対象レベルの情報を修正しなくても、メタレベルでの判断で介入できれば、悪循環を止めることが可能と考えられる。

### 5.5.3 重篤な精神疾患を持つクライアントへの適応の可能性

近年、先述のように CBT のエビデンスは幅広く多数報告されるようになってきている。しかし、病院での臨床場面では、認知や行動に焦点づけて扱うことが困難な、クライアントに出会うことが多い。しかし、メタ認知構造を意識した治療モデルなら重篤な精神疾患をもったクライアントにも適応できるのではないかと、筆者は考えるようになった。

実際のところ、ネガティブな認知は簡単になくすことはできない。ネガティブな認知は、自然に（無意識的に）湧き出てくる（情報が流れてくる）ものなのである。そこで近年では、メタ認知こそが治療変化の主演ではないかという知見が登場している（Teasdale et al., 2002; 杉浦, 2007 ; 杉浦, 2008）。それはネガティブな認知の低減よりも、自らの思考に距離を置いて眺められるようにするメタ認知力の向上が治療的に重要と考えるのである。このような考えは、幻覚や妄想など、認知の歪みによって影響を受けてしまう精神疾患（モニタリングとコントロール機能の障害を持つ）に対しても応用可能なのではないか。認知の歪みに巻き込まれずに、その影響から距離を取り、眺める技術を獲得し、そして適応的な対処行動の選択・判断ができるようになれば適応的に振舞うことが可能になるであろう。この過程を示すモデルとしてメタ認知構造を考慮した治療構造モデルが有効であると考えた。

### 5.5.4 モデル検証のための臨床研究の必要性

本節までは、認知療法、CBT における治療構造や治療要因の共通性など理論的側面について論じてきた。その結果、メタ認知構造を考慮した治療構造モデルの生成へと繋がった。この新たなモデルは、精神病（統合失調症）も含めた対応の困難である重篤な疾患にも対応可能なモデルではないかと筆者は考えた。しかし、それを証明するには、臨床現場での検証が必要である。

## 5.6 本章のまとめ

本章、研究 3 では、質的研究法を用いて認知療法におけるメタ認知の働きを明らかにすることを試みた。さらに、認知病理モデルに組み込めるような仮説モデルの生成も行った。結果は、認知療法において、メタ認知を考慮することが重要であることを一つの認知モデルとして明らかにすることができた。

また、本章の研究 3 および研究 4 により、認知療法において「メタファー」が治療過程

のあらゆる面で、重要な役割を果たしていることが明らかになった。しかし、本研究で詳細にメタファーの研究を行なうのは困難であり、研究の主旨から外れてしまうと判断し、今後の課題とした。

第4節では、CBTのエビデンスの蓄積の結果生まれてきた、診断横断的な流れ・背景について紹介し、そのアプローチのひとつとして感情障害への統一プロトコルを取り上げた。統一プロトコルの特徴はその汎用性にある。また、臨床現場では併存疾患や合併症を有するクライアントの方がむしろ多く、厳密な適格基準と除外基準を設けた患者を対象とした臨床試験から得られた個別プロトコルのみで臨床的現実に対応するにはそもそも限界があった。そうした現状にあって、統一プロトコルの開発は現実的であり汎用性が大きな魅力であると考えられる。

このような診断横断的な視点を示した上で、メタ認知構造を考慮した治療モデルが、臨床場面で役立つと考えられた事例を研究5として報告した。いわゆる一筋縄ではいかない難治性のうつ病と考えられる事例である。この事例を提示することにより、対応の困難な事例に対しても、メタ認知構造を考慮した治療構造モデル（図5-8）が、診断横断的に臨床場面で役立つ可能性に繋がると考えたからである。そこで、アセスメントのためにAMBCモデルも考慮し、ケースフォーミュレーションも試みた。

これらの治療モデルの有用性を証明するには、臨床現場での検証が必要である。以下の第6章からは、第Ⅱ部臨床的研究として筆者が開発した治療構造モデルの臨床的有効性や意義について論じていくこととする。

## 第Ⅱ部 臨床的研究

## 第6章 メタ認知を考慮した治療構造モデルの臨床的研究

本章では、第1節において本論文で導かれたメタ認知を考慮した治療構造モデルが、まず、個別の精神病患者である統合失調症患者に有効であった事例を報告し（研究6）、第2節で、双極性障害への適応の可能性について論じる。第3節では、メタ認知を考慮した治療構造モデルの応用について、集団を対象に検証していくため、精神科集団精神療法の一つであるデイケア活動との関連性を論じた。第4節では、本章のまとめと考察をおこなう。なお、本事例においては、筆者が病院勤務であったことと、クライアント自身が患者という言葉を用いることもあるため、患者との標記が望ましいと判断した場合には、クライアントではなく患者を用いた。

### 6.1 メタ認知構造を意識した統合失調症患者へのアプローチ（研究6）（渡辺, 2013b）

#### 6.1.1 要約

本研究では、幻聴に苦しみ再三家族とのトラブルを繰り返す統合失調症の患者に対し、治療者（筆者：以下 Th）が CBT の技法等を用いて介入し、18ヶ月後には作業所に週5日通えるまでに改善した事例を報告する。この事例を通じて、幻聴や妄想に影響を受けてしまうような薬物療法に抵抗性のある統合失調症患者への治療的アプローチについてメタ認知の視点から検討することを目的とした。治療過程では、当然のことではあるが治療者-患者間での関係性構築が重要であることが確認された。また、治療構造においてはメタ認知機能であるモニタリングとコントロールを Th が意識し、患者（以下、Pt）のメタレベルでの認知の変容を促していくこと。そして、自身の思考や感情に距離を置くことができるスキルを Th とともに獲得し、内在化していくことが重要であると考えられた。これはメタ認知力の向上が認知療法では重要であることを支持するものであり、とりわけ、統合失調症の CBT としては重要なポイントであると考えられた。

キーワード：統合失調症，CBT，メタ認知

### 6.1.2 はじめに

認知療法では、認知の歪みを見つけ出し、より適応的な認知へ変容させることが治療効果を生むと考えられている。しかし、ネガティブな認知は簡単になくすことはできない。そこで近年ではメタ認知こそが治療変化の主演ではないかという知見が登場している。それはネガティブな認知の低減よりも、自らの思考に距離を置いて眺められるようにするメタ認知力の向上が治療的に重要と考えるのである (Teasdale et al., 2002 ; 杉浦, 2007 ; 杉浦, 2008)。また、筆者も、抑うつに関する基礎的研究で、認知の歪みが抑うつに関与していることを明らかにすると同時に、認知の歪みがあっても抑うつにならない人々が多数いることを指摘した (研究 1)。これは認知の歪み (認知構造) と、それから距離を置く機能との独立性を示していると考えられる。認知の歪みがあっても、その思考から距離を置くスキルがあれば適応的に生活できるのであろう。本論では、この状態こそが目指すべきひとつの治療モデルではないかと考えている。

本邦においても自らの思考から距離を置くことの重要性については、症状への距離の取り方として増井 (1987) によって論じられている。心理臨床に関する幾多の理論・理念を抜きにして、患者の何らかの問題を「置いておく」ことの治療的効用は、そこでの治療者の意図を問わず、認められている共通した治療的要因であると考えられる。増井 (1996) は、この「置いておく」という治療方法論を「心の整理学」として独自の治療論を発展させている。

一方、近年では第三世代の CBT (第一世代：行動療法, 第二世代：CBT) としてマインドフルネスという言葉が注目されている (熊野, 2012)。マインドフルネスとは、「今ここに生じている事象を、判断せずに観ること」と言える (越川, 2010 ; 詳細については第 1 章を参照)。これらの研究との共通面を端的に示せば、問題を何とかしようとするのではなく、まずは「置いておき」問題を眺め、明らかにしていくこと、距離を置くようになることの重要性と考えられる。この点を Th が意識して関わることができれば、治療をより促進させ効果・効率を高めることができるであろう。しかし、その為には何らかのより実践的な理論や仮説モデルが必要であると筆者は考えた。

筆者は、CBT が効果的に行われた診断名の異なる複数事例より質的研究法を用いて、その対応記録表を分析、治療要因をカテゴリー化することを試みている (研究 3)。結果は、最終的に「モニタリング」、「コントロール」、「同意」の 3 つのグループに集約されるとして、CBT における認知変容過程の仮説モデル (図 5-8) を提案している (ここで扱う「同意」には、治療関係性を促進するものとしての意味を含んでいる)。この仮説モデルは、精神疾患の診断名によらず、様々な事例を統一的な構造の中で捉えられる、診断横断的アプローチであると筆者は考えている。そこで筆者は、関わり方の構造的・理論的背景として、このメタ認知構造を考慮した認知変容過程モデルが有効ではないかと考えた。

また、伊藤・向谷地 (2007) は、援助者と当事者で行う CBT は、「共同的問題解決」の



試みであると捉え、その治療過程は、前半の「問題志向」と後半の「解決志向」のパートであると定式化している。つまり、まず「どういう問題を抱えているのか」、「その問題にはどのような悪循環がみられるか」ということを明確化するのが、前半のアセスメント（問題志向）のパート、そして問題がひとまず明確化されたところで、「どういう対処が可能か」「どんなコーピングを使えば悪循環から脱出できそうか」といったことを検討し、実験してみるのが後半のコーピング（解決志向）のパートであると考えることが出来る。このような行動分析的アプローチなども、メタ認知構造を考慮した認知変容過程モデル（図 5-8）の「モニタリング」や「コントロール」という視点から捉えればより理解が深まると考えられる。問題を対象化・外在化しメタレベルから分析を加え対応するからである。更にこの作業過程は、図 2-1 と図 2-2 に示されるような、メタ認知的知識とメタ認知的活動を意識することによって理解できる。

そこで筆者は、当初、幻聴を抱えながらも Th との CBT 的ななかかわりの中で、週 5 日作業所に通うことができるようになった統合失調症患者の事例を報告する。報告により、Pt との関わりの中で幻聴や妄想、病職の欠如などがあっても、幻聴や妄想の内容そのものを認知の歪みとして主には扱わずに、そのような思考から距離を置くスキルの獲得を目指し介入することが、ひとつの統合失調症患者への新たなアプローチとなりえるのではないかと考えたからである。また、事例の報告にあたっては、書面にて本人からの同意を得た。さらに、科学的考察に支障のない範囲でプライバシー保護のために事例の内容を変更した。

### 6.1.3 事例

〔事例〕 A 氏，24 歳，男性。

背景：同胞 2 人第 2 子。現在は、母と 2 人暮らし。父親は、患者が 12 歳の時に癌で他界している。兄も統合失調症。母がよく喋る一方で本人は内向的で黙ってしまう性格。高校中退後、単位制・通信制高校にて高校卒業資格を得る（一部介入期間と重なる）。未婚。

現病歴：X 年，高校 1 年時より、「(同級生が) 家の下に来て文句を言う」という発言が見られるようになり、幻覚妄想状態で筆者が勤めていた病院を初診。X+3 年，高校中退後，母親に対し「自分への悪口を言っている」、「幻聴と勘違いさせ、俺をはめる気やろ」などの発言から母親への他害（暴力）が加わるようになり措置入院となる。3 ヶ月後，退院するも，その 3 ヶ月後に再入院となる。3 ヶ月の入院を経て退院後，「昔のことが思い出されて腹が立つ」と再三，兄，母と同様のトラブルを繰り返す。幻聴を訴えることも多く，夜間，多数の医師が対応する等，目安として介入前約 1 年の間には，時間外受診（夜間電話再診含む）は 14 回になっていた。そこで X+8 年，本人もカウンセリングを希望していたこともあり，主治医より筆者に紹介となり，Th が介入することとなった。治療構造は，主治医が医学的側面，筆者が心理学的側面を中心に Pt と並行して関わる A-T スプリットの形態で行なった。

薬物療法：以前 risperidone, haloperidol が併用処方されていたが、Th の介入時には、haloperidol 1.5mg, lorazepam 1mg, biperiden 2mg, trihexyphenidyl 2mg となっていた。Th が介入後 4 ヶ月で、aripiprazole 12mg を追加し、さらに 5 ヶ月後に、aripiprazole を 18mg にし、1 ヶ月後、aripiprazole 18mg 単剤へ移行している。その後、2 ヶ月で biperiden 1mg, lorazepam 1mg が処方されている。

見立てと治療方針：本事例では、①すでに多種類の抗精神病薬を十分量、十分期間使用したが、薬物療法に抵抗性（効果が顕著でない）があった。②患者もカウンセリング（心理療法）に関心を向けていた。③幻覚妄想体験の認知療法の適応条件の目安として原田（2002）が挙げている、落ち着き、コミュニケーション、協力、理解、好奇心（5つのC：Calmness, Communication, Cooperation, Comprehension, Curiosity）を満たしていると主治医と Th には考えられた。これらの3点を考慮し、薬物治療抵抗性ではあるが、統合失調症治療の第一選択である薬物療法を継続し、Th による個別心理療法の並行を試みることにした。心理療法の理論・技法としては、CBT を用いた。本事例の面接開始時における訴えは、「考え方をポジティブにしたい」ということであったが、統合失調症など病識がある程度欠如した Pt の場合、来談するたびにその目的や言動が変わることが多々起こり得る為、初期では Pt の訴えを主とは扱わない心理面接を行うことにした。主たる目的として扱うのではなく、結果として達成されれば良いと考えるのである。主たる目的としては、精神症状の安定と適応（活動）範囲の拡大を目指した。また、面接の設定は、Th の都合で曜日と時間を固定し、回数は隔週を目処に変動的であること、面接の結果が Pt の希望に沿わないこともあることを説明し、了解を得て継続していくことにした。

#### 6.1.4 治療経過

第1期：治療者の認知変容への介入の焦りと患者の抵抗（#1～#4）

X+8年7月 1回約60分の心理面接を始める。初回の緊張はかなり高く、言葉数も少なくからだ全体にも力が入っている様子であった。Th は、CBT の技法をもとに介入を開始しようと、まず状況と気分のワークを宿題として課していった。Pt の語りには、「セミの鳴き声が気になる。次第に後頭部の中心から両耳にセミの鳴き声が広がり何者かに監視されている気分になり、風が吹いて体に当たると動けなくなり、肩がガチガチになり動けなくなった」、「隣の奴らが外にいないのだろうか？」などの幻聴に支配された妄想的な内容が含まれていた（文脈が掴み辛いところがあるかもしれないが、Pt の混乱を理解するためにも、宿題に記載された内容を、ほぼ原文のまま引用している）。また、母親のいびきの音から、「隣から馬鹿ガキがうるさいいびきをかいて寝ている。と幻聴が聞こえ出す。だんだん悪口がエスカレートしてきて身体が震えだし、涙が溢れてきて、助けてくれと叫ぶ。怖い。どうすればいいかわからない」や同様に、母親の掃除機やフェイスシェーバーの音にも反応してしまうこと。兄に対しても、「俺の悪口を兄がネットに載せていることを思い出す。

怒りが段々増していき殺気に変わった」などの発言や記載が繰り返されたため、母親や兄への否定的な思考を如何に扱うかが、当初、Thにはポイントだと思われた。

Ptの記した内容は、先に述べたように、なんらかの音刺激が周囲からの悪口に聞こえ、母や兄が自分をおとしめているというものであった。幻聴による恐怖や不安、イライラから攻撃的になってしまうことも記録から読み取れた。「頭の中で、また兄と母親が俺の知らないところで連絡をとって俺の嫌がることをわざと何回も繰り返し精神病を悪化させて俺を暴れさせて精神病棟にぶち込み俺を苦しませ楽しもうとしているという考えが強く繰り返され、絶対そうだと確信する」などの記載もあり、この時期には特に兄に対する否定的信念をどう扱うかがThには重要だと思われた。具体的対応として、思考記録用紙を題材とし、「近所の人が、悪口を言いに来る」という状況があった場合、〈わざわざ家の前まで来て大声で叫んでいくの？そんな時間（深夜）に？〉など相互関連性と全体性を考慮して弁証法的に接した（技法）。また、状況と気分「バキュームカーのエンジンの音とラジオの音が聴こえる。その二つの音が幻聴に変わらないか心配になる。（すると）怖くなって、体がガチガチになり動けない。辛すぎる。死にたい」というような内容に対しては、〈エンジン音という現実の刺激が、Pt個人の思考（マイナス思考と本人は捉えている）によって気分や感情、症状という極端な結果に繋がっている〉という事を一緒に紙面に書き出しながら認知が行動に及ぼす影響を理解してもらうことを心がけて対応した。このようなやり取りの中でPtは、自分のネガティブ思考が関与していることに気づき始めたのか、「自分の中に幻聴を否定しきれないところもある≪幻聴という現象はあるのだが、それは現実のことなのか自分が作りだしているのかよくわからないと言いたいのだとThは理解した≫」というので、Thは、CBTに対する治療効果と可能性を感じていた。しかし、そこで一度、面接のキャンセルがあり。次回の申し込みは母親が行う状況となった。その後、約1週間で「嫌がらせされている」との妄想的な発言をしながら時間外受診となる。なお、時間外受診は、当直担当医の判断に従うので、Thや主治医は関与しない（できない）という構造で対応している。

## 第2期：治療関係性の構築を意識する 「話をしよう。」（#5～#9）

時間外受診後2週間で面接を再開。宿題としての記録をつけることができない。そのことが面接を受ける動機を低減させていると、母親からの情報でThも察することができていた。そこで、治療関係性を構築していくためにも、まずは話をするというを中心に、そしてキャンセル（辛さ）に繋がったであろう幻聴や妄想などの思考、内容は扱わないようにThは面接を行っていくよう方針を変更した。それにより、Ptが格闘技好きなことがわかり、格闘技の話をすることができた時には機嫌もよく、楽しく話ができることがあった。話した後は、自分で格闘の話は封印しているような感じがあったと内省もしていた。その後、「死にたい」、「自分は情けない」などのネガティブな思考に至る過程について話し合い、現実の今の自分を認めるということが難しいということを互いに確認した。話をし

ていくうちに、「日頃、会話してないので自分で考えられない」という発言も見られ、＜話をする相手がいないので、何を話したらいいかわからないんやね＞と普段から会話がな  
いので内省力が低下していることを指摘した。だからこそ、まずはここで自由に思っ  
ていること、考えていることを話せることが大切であると繰り返し、話をするということに焦  
点をあてて面接を重ねた。すると、「主治医の先生や Th は、悪いことしない人とわかる。  
いままでの周りの人は、ろくでもない人ばかり。色々、話してみようと思う」ということ  
も話され、自ら沢山話をするという時間もあつた。この頃になると、Th は、無理に思考・  
認知の部分に焦点を当てるよりも、客観的に捉えられる部分、出来事に焦点を当てること  
が有効なのではないかと考えるようになり、Pt への対応法を模索するようになっていた。  
そして徐々にではあるが、服装や容姿など客観的事実をありのままに伝えたり、常識的に  
対応したりすることに意味があると感じるようになった。面接後、約 2 週間で「物音が悪  
口につながっている」という訴えで時間外受診があつた。

### 第 3 期：具体的な対応法を治療者と患者が共同で考える

「問題志向（アセスメント）から解決志向（コーピング）へ」（#10～#16）

時間外受診の翌日、「幻聴さえ消えれば、感情とかも治ると思う。幻聴を完全に止めたい」  
という内容で面接を行う。「幻聴がひどくなっている。薬（aripiprazole）のせいかな？」「今、  
何をしたらいいですか？」と焦るようなこともあつた。そこで、自身の病気を知るために、  
統合失調症に関するパンフレット（三上，2007）を用いて生理、心理、社会の側面から理  
解を深めること、心理教育に挑戦していった。心理教育は、メタ認知的知識の獲得につな  
がり、メタ認知的活動に大きく影響する。このパンフレットは、インターネット上で公開  
されおり、他の資料へのリンクも整っていることがネットを利用できる Pt には好都合と考  
えた。再発予防のためにも継続的な服薬が重要であるというような薬の話、服薬したとき  
の副作用や薬を飲んでいなかった経験などについても話し合った。日常的には、いろいろ  
試しにやってみて、うまくいったら継続し、うまくいかなかったら止めてしまえばいいと  
いう、とにかく試行錯誤を勧めたりした。すると、「雨の日以外、幻聴ましになった」との  
経験談や、「夜、走ってみたりもしている」と夜間ではあるが外に出て運動してみたりする  
と調子が良いこと、「自分で料理も出来るようになった」などの発言も現れてきた。そこで  
Th は、コミュニケーション技術向上のため、文章を書いてくる宿題を提案し、双方同意す  
ることとなった。この頃には、宿題の日記も継続できるようになり「調子はいい。幻聴も  
コントロールできる範囲。減ってきた」と幻聴に振り回されないような発言や「俺は、い  
かれてはいるものの、ギリギリ救いようのある患者なのではないか、最近、そう思えるよ  
うになった」など、今後のこと、将来のことに関する内容なども見られるようになってき  
た。

### 第 4 期：日記を題材に、現実的な思考をフィードバックしていく

「モニタリング」重視を継続しメタ認知機能の内在化を促す（#17～#26）

心理面接のために通院し、何とか宿題の日記も継続している。昼夜逆転のことを気にして「昼間、外に出たい気持ちはあるんやけど、夜にしか出られない」ということを話題にする。〈それをどうするかは自分次第〉と、先述のパンフレットを用いて、病気の理解として規則正しい生活が重要なこと。どのような人でも不規則な生活が続けば不眠などが生じ幻覚体験などが起こりうることなどノーマライジング（正常類似体験・比較説明法：normalizing rationale)を行った。また、例えば社会的引きこもりにならないようになど話し合いを行った。

家に閉じこもりがちで、たまに外出すると悪口を言われているような被害的な幻聴があると自覚する話題がでた時に、〈たまに外に出たときに、わざわざ誰かが悪口を言うなんて、どうなのだろう？人と関わってないから被害的な考え方が増しているのではないかとコミュニケーション不足で引きこもりがちになっていることを指摘し、対処方法として作業所に行ってみるのはどうかと勧めた。ケースワーカーにも相談し、環境面からも行動化を促した。作業所に見学・体験に行くことになり、その後、週1回、半日で通所することになった。まずは、継続することを目指した。最初は箱折も難しく、帰宅するとすぐに眠りにつくことも自覚できていた。作業所に行くと、「ご飯も美味しく感じるようになった」というような変化に気づくように、Thは、〈何か自分で変わったなと思うことはない？〉など現実的な体験の変化に焦点をあてるような、メタ認知のモニタリング的な質問をしてフィードバックを続けた。「菓のせいなのか2日ぐらい眠れずにその後15時間くらい寝てしまう」などの訴えもあったが、そのような時には〈体が状況に慣れていないと考えられるので、継続することが体力の回復にもつながり、それがリハビリである〉などメタ認知的な立場からの助言を繰り返すように対応した。その後、日記には、今までの自分と違い作業所にいくまでの、行くか休むかの葛藤を、今までなら自己否定的な思考・判断によって休んでしまうこともあったのに最終的には、「まあ、行くかあ」という自己肯定的なメタ認知的判断・思考の流れになるよう決断するまでに「間」が持てるようになっていくと記載するようになった。

日記が溜まってくると、読み返した時に扱っていた内容の変化に気づくことがあり、それをThがメタ認知的な関わりとしてPtにフィードバックするようになっていた。書き始めのころは、先の幻聴に関する内容や、病気に関するものが多かったが、しばらくすると、病気とは関係のない内容に変化していることが読み取れる（表6-1）。表題は、初期からPtがつけていたもので、最初は、周囲への戸惑いや意欲の出ない自分、不眠や幻聴の内容であった。それが次第に、作業所での自分、作業所での他者との関わりを経て、自分がどの様な時間を過ごすのかという自己との対話のような内容がみられた。知らず知らずのうちに、病気から距離が取れているのではないかとThには感じられた。

18ヶ月を経た現在は、作業所にも週5日通えるようになっていくし、幻聴はなくなっていると言う。作業が遅いといって不安がっていたことも、寝られるようになったら、速く

なったなど、耐える経験もこなしている。また、Th と共に適当な出来事があった場合には、思考記録表の記入も扱えるようになっていく。このような経験の繰り返いで、慣れていくこと、克服していくことが大切であると思いつつ、Th は心理面接を継続していった。

表6-1 日記の表題からみる認知変容過程(抜粋)

表題	内容
急に変わると変なのか	自分が変わることと周囲への戸惑い。
無気力	意欲の出ない自分。
昼夜逆転	夜眠れない。悩まないけど、どうにかしたい。
幻聴	全ての音をわざわざ耳が拾い集めて幻聴に作り変えている？
新しい人生	今までの自分を否定し、新しい自分になるという誓い。
よく寝た	ずっと寝た。気持ちよかった。
作業所を利用しての感想	作業は、他の人より劣っている。掃除などはできる。
イイ方に転ぶ確率	作業所を休みたいけど、行こうと決められるようになる。
疲れ	作業所に行った後は、寝入ってしまう。
楽しい	過去とは異なる、他者との関係
消えた	幻聴が消えた。自身の不安と関係しているのではないか。
出来事	雨の中、濡れながらも自分で作業所に行った。
なんとなく	他人の話
誕生日	一人で静かに過ごしたが、安心できる理想的な日だった。
疲れぎみ	作業所に週3日通所することを続けている

## 6.1.5 考察

### 6.1.5.(1) 薬物療法との関連

本事例における薬物療法との関連について、主治医と意見交換をおこなった。治療経過は、あくまでも総合的なものであるが、薬物療法による効果が顕著であったとするならば、改善するまでの期間がもっと短期（1～2ヶ月）で表出すると考えられた。診察場面での訴えの改善点「幻聴がなくなった」というような発言などをカルテから見直しても、時間差がある印象であった。また、本事例の場合、Th 介入前の長期間に渡って変薬を繰り返していたが、Th の介入によって投薬が安定していることは間違いなく、治療に対するアドヒアランスもより良好なものになっていったことが確認できた。つまり、Th の介入は薬物療法以外の効果を示していると我々には考えられた。

### 6.1.5 (2) 治療の実際について

#### (a) 技法

統合失調症に対する認知療法・CBT の技法には Kingdon & Turkington (2002/原田監訳, 2007) によるものや、本邦では原田 (2006) が考案したものがある。本事例で用いた代表的なものは、ノーマライジングである。精神疾患をもたない人でも極度

の睡眠不足や感覚遮断などで声が聴こえてくることがあることを説明し、幻聴に影響を受ける状況と「不安・孤立・過労・不眠」の4条件（原田，2002）を繰り返し照合するように行った。幻聴体験を話す時には、4つの条件のどの場合に当てはまるのか、何か不安があったのか、眠れなかった時なのか、疲れていた状態なのかなどを明らかにして、状況に対する一連の反応であることを理解することを目的としている。もう一つは、弁証法的な関わりであり、細部を問う質問（peripheral questioning）から全体的な気づきへの繋がりを意識したものである。Ptの信じている体系の細部について質問を重ねる過程で齟齬が生じ、Pt自身が信じている体系を疑い始め、代替仮説が生じるきっかけとなるようにかかわりを持つことである（Turkington & Siddle, 1998）。例えば、隣人が常に被害的な言動を、わざわざ伝えに来ていることについて「確信できない」と感じたことが捉え方の変化のきっかけとなった可能性がある。

また、行動面での変容も期待したので、ブリーフセラピーの治療モデルの中でもミルウォーカー・アプローチの基本的な考えである3つのルール（白木，1994），①もしうまく行っているのなら、それを直そうとするな，②もし一度うまく行ったのなら、またそれをせよ，③もしうまく行かないのなら、なにか違ったことをせよ，を意識し、とりわけ「Do more の課題」と「Do Something Different」をThもPtも心がけるようにした。このような試行錯誤的な技法を、本論では行動的技法として扱っている。何か行動した場合に、好ましい随伴性があれば継続し、好ましくない随伴性であれば違う行動を探るという戦略であり、強化随伴性を中心に行なう技法だからである。具体的には、Ptが自発的に色々試しにやってみて、夜、走ってみたら調子が良かったというのであれば、それを継続するということである。他にも、自分で料理をしたり、宿題にもなった、自分で文章を書いたりするなどが挙げられる。

## (b) 留意点

賦活再燃現象に配慮し、押し付けにならないよう気をつけた。幻聴体験や服薬への不安を洩らすような時は、傾聴し柔軟に対応した。APAガイドライン（2004）には、CBTにおいても統合失調症一般に、治療拒否や脱落が多いことが記されている。本事例でもキャンセルなど治療抵抗と思われるいくつかの行動化が見られたが、負担を減らしたり、母親との面接時間を取って情報を得たりなど慎重に施行したことが脱落せずに継続できた要因と考えられる。

### 6.1.5.(3) 認知変容過程とその構造について（本論におけるメタ認知構造を意識した介入の試み）

本事例での認知変容の要は、幻聴を中心とする病的な体験を、中断はしたが思考記録やパンフレットを用いて外在化し対象化することによって、モニターしコントロールできる

「対象」に形成したことだと考えられる。強調したいのは、対象レベル内での認知の変容（幻聴や妄想の内容を扱い、認知の歪みの変容を促す）よりも、外在化・対象化することによって距離を持つことが可能となり、コントロールできる対象になるという構造的・メタレベルでの認知の変容が重要と考えられることである。ここでは認知変容過程の仮説モデル（図 5-8）を念頭に、Th が Pt に接することで、今、行っている介入が治療構造上どこの部分に影響を与えているのか、治療関係性かモニタリングかなど、常に意識できることが心理療法を行う上で役立ったと考えている。その Pt の認知変容過程モデルを図 6-1 に示す。治療関係性を示す「同意」とモニタリングとコントロールが重要と考えられたので、強調する意味で少し色づけしている。図 6-1 は、以下の振り返りのように「同意」と「モニタリング」への介入が重要であったことをわかり易く示している。

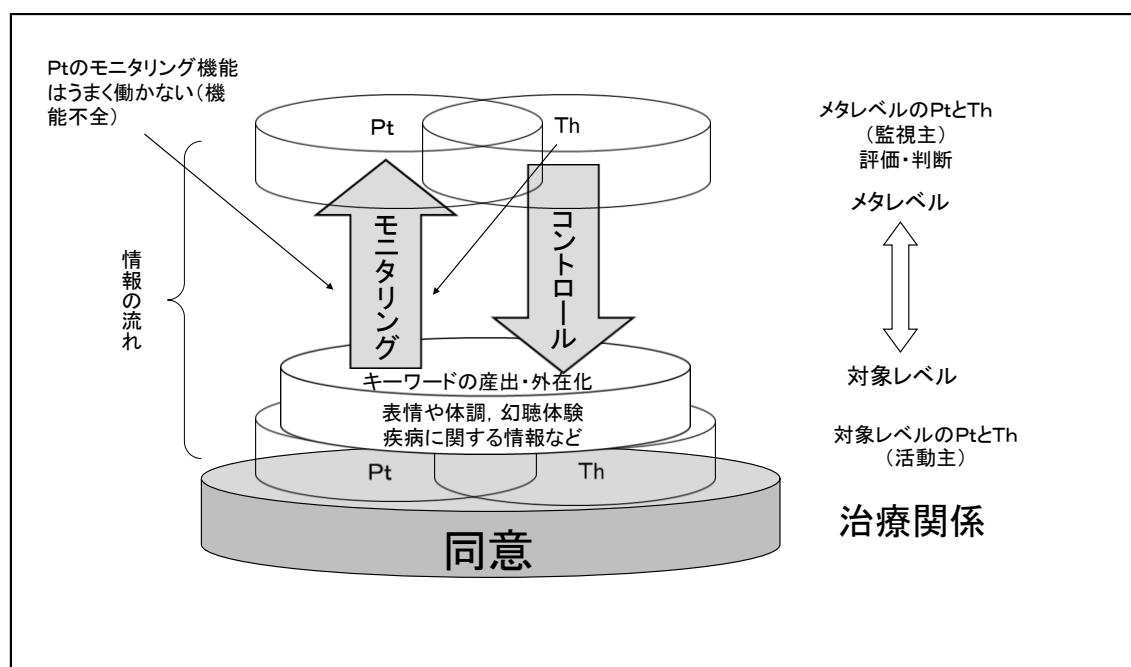


図6-1 Ptの認知変容過程モデル

治療過程を振り返ると、第1期では、思考記録表を用いて認知の歪みを同定し幻聴に対応しようとする方針を継続することができなくなった。つまり、対象レベルでの認知変容を目指す介入は困難であったということである。そこで、図 5-8 を参考に方針を変え、第2期の「同意」を基盤とした治療関係を構築する段階が必要と考えた。Pt を中心に話を聞くことに専念し、思考記録も扱わなくなった。しばらくすると Pt から「主治医の先生や Th は、悪いことしない人とわかる」などの発言が得られるようになった。この関係性の確認が治療を進展させたことと、治療継続の要になっていると思われる。この頃より「物音が悪口になっている」という、いわゆる機能性幻聴に対して、いきなり聴こえてくるのではなく、



物音が自身の解釈によって悪口に繋がっているという幻聴への受け止め方の変化、メタレベルでの Pt の認知変容が見られるようになっていた。菊池 (2010) は、統合失調症の CBT として、これまでにいくつかの認知モデルが提唱されているが、いずれも A:出来事, B:認知, C:結果で示す ABC モデルの認知部分である「体験の解釈」が重要であるとしている。本事例では、CBT のターゲットとして「体験の解釈」をより機能的内容に変えたり (認知再体制化)、苦痛を伴う解釈内容への関係のとり方を変えたり、変えようとか消そうとするのではなく、まずは置いておくなどといった Th の戦略の変化が結果的に、徐々に「体験の解釈」を変えるよう機能していったと考えられる。対象レベルでの内容を変えるのではなく、そのままに、メタレベルでの体験の解釈を変化させたのである。ここには、キーワードの産出による「幻聴体験」などの外在化が機能的に働いていると考えられる。初期においては、Th も母親や兄への否定的な認知を変容させることがポイントだと思っていた。しかし、Th が「体験の解釈」、幻聴や妄想の内容を扱わない、それらについては、置いておく、ただ観察する、「幻聴があるのだ」程度で終わらせる、という対応をすることにより、母親や兄に関する内容を訊く必要性もなくなり、Pt もそのような内容を話すことはなくなっていた。

第 3 期になり、服薬や病気への関心の高まりに応えるため、パンフレットを用いて心理教育を行ったことが、自らの病気への理解を高めたと考えられる。自分の問題とは何なのかを中心に関わったのである。この過程は、さらなる「自己理解」の促進とそのためのメタ認知的知識の獲得である。パンフレットを用いることによって、病職が欠如している Pt には、モヤモヤした半わかり (二重見当識: double awareness) の状態 (池淵, 2004) から、自らの中にあるモヤモヤをパンフレットに重ね合わせて、それを認めるというメタポジションからの認識が形成されたのではないかと考えられる。つまり、メタ認知的知識を有することで、メタ認知的モニタリングが可能となったのである。これは、モニタリングへの介入と考えられる。この状態は、病気と向き合っていくことの事前段階になっていると考えられる (図 2-2)。この頃には、「雨の日以外、幻聴ましになった」、「幻聴もコントロールできる範囲」というように、幻聴がコントロールできる「対象」となっていること「治療方略」になっていることに Th は Pt と共に気づいていった。

第 4 期になって、Pt は日記を欠かさず持参するようになった。Th は、Pt の話や日記を題材に、Pt の気づかない様相や治療的变化について客観的にモニタリングを意識してフィードバックするようにかかわり、必要があれば具体的な対処法、コントロール法を選択肢としていくつか挙げるよう心掛けた。この頃から、Th の関わりは図 5-8 を参考に、Pt に関わる出来事をモニター (第三者的に理解) してフィードバックすることが主となっていた。これは、Th が面接場面で Pt の自己モニタリングとコントロールの機能の一部を担うことによって、Pt は日常の経験の中で、モニタリングとコントロールの機能を内在化・獲得していくというメタ認知の変容 (機能) を促進している関わり方として考えられた。補足ではあるが、統合失調症にかかわらず認知機能の障害を持つ Pt には、驚くほどに自分につい

て、自分に起こっている変化などについて鈍感な面を持っている。客観的に、ありのままの状態を伝えることにもかなりの治療的意味を持つと筆者は考えるようになった。参考として、治療者に意識された認知変容過程の構造と CBT 的技法を表 6-2 に示す。なおノーマライジングと弁証法的関わりは全ての期間で機会があれば用いた。

表6-2 介入期別に治療者に意識された認知変容過程の構造と技法

介入時期	意識された治療構造	認知行動的技法
第1期	思考記録表等を用いた問題の対象化・外在化	思考記録表, 宿題, 弁証法的関わり
第2期	治療関係の構築	メタ認知構造を意識する
第3期	パンフレットを用いてモニタリング(自己理解)を促す 幻聴のコントロール化	アセスメント, 心理教育, 試行錯誤(実験)
第4期	モニタリングとコントロールの安定化	アセスメント(問題思考), 正常類似体験・比較説明法
本論文執筆時	出来事に即した思考記録の活用(内在化の段階へ)	思考記録表, 宿題

#### 6.1.5.(4) メタ認知を考慮したケースフォーミュレーションと治療的解釈

本事例は、当初よりメタ認知構造を意識した介入を行なっていたわけではない。Pt との関わりの中で、Th がメタ認知構造を意識した介入が効果的なのではないかと体験した事例である。そこで事後的ではあるが、ケースフォーミュレーションを行い、認知／行動的な介入を意識し確認してみたい。

図 5-12 の AMBC モデルに従って分析を行なう。まず Pt の介入すべき悪循環の例を示す。

#### 不適応時のケースフォーミュレーション

<体験 1> A : 「セミの鳴き声が気になる」

M<sub>o</sub> : 対象レベル 「セミの鳴き声に関する情報」

M<sub>m</sub> : メタレベル 「何者かに監視されている」

B : 「肩がガチガチになり動けなくなる」

C : 怖い, 絶望感, 攻撃的な感情

<体験 2> A : 「母親のいびきの音」

M<sub>o</sub> : 対象レベル 「母親のいびきに関する情報」

M<sub>m</sub> : メタレベル 「悪口を言われている。だんだん悪口が  
エスカレートしてくる」

B : 「身体が震えだし, 涙があふれてくる…」

C : 怖い, 絶望感, 抑うつ感情

何らかの音刺激（A）が、周囲からの被害的な情報として処理され（M）、その結果、否定的な感情体験となる。その情報が蓄積され、類似の体験を繰り返すことにより、誤った情報処理が繰り返される悪循環が生じ、母や兄が自分をおとしめているという念慮が、妄想・確信にまで強化されてしまう。この AMBC 分析は、先述の菊池(2010)による認知療法の ABC 分析の認知部分である「体験の解釈」が重要であることと同じであり、その「体験の解釈」を更に詳細に、対象レベルでの情報の歪み、メタレベルでの情報処理の誤りが考慮可能となっている。

次に、Pt の好循環の例を示す。

### 適応時のケースフォーミュレーション

<体験 1 > A : 「聴覚刺激, 幻聴」  
M<sub>o</sub> : 対象レベル 「何らかの音に関する情報」  
M<sub>m</sub> : メタレベル 「幻聴が起きている」  
B : 「夜, 走ってみたりする」  
C : 調子が良い, 肯定的な感情

<体験 2 > A : 「外出時」  
M<sub>o</sub> : 対象レベル 「周囲の情報に関する情報」  
M<sub>m</sub> : メタレベル 「悪口を言われている。幻聴かもしれない」  
B : 「作業所に行ってみる」  
C : 充実感, 肯定的な感情

不適応時と同様に、何らかの音刺激（A）が、周囲からの被害的な情報として処理され（M）、その結果、否定的な感情体験（C）となる幻聴の体験自体はなくなっていない。しかし、この悪循環を心理教育によりメタ認知的知識として獲得し、幻聴という現象を認識し、その最良な対処法を探っていく介入、対象レベルの情報をどのようにモニターし、コントロールするかという変容が介入の核となっている。

以上のような、ケースフォーミュレーションにより、治療的解釈が可能である。始まりの刺激が、外的刺激か幻聴のように生体内で自身が作り出してしまふ刺激かは判断できないが、何らかの知覚情報が対象レベルに表出する。この対象レベルの情報は、セミの鳴き声が人の声として処理されているかもしれないし、セミの鳴き声を人の声と判断してしまふモニタリング機能の問題かもしれない。このような状態に、Pt 自身が何とか対処しよう

とした結果が、悪循環となり、他者に監視されていると解釈してしまうことになっている。ここに、何とか対処しようとするのではなく、何もせずに、幻聴という体験を認めること。もしくは、幻聴とはまったく関係のない行動を行なうことが認知的・行動的介入となっている。幻聴という病状の知識を得ること。その上で、何もしない対処法 (doing nothing) を獲得することが適応的行動へと繋がっている。このような治療的介入を実際に臨床に應用していくには、「体験の解釈」をより詳細に把握できる認知変容過程モデルが有効である。このような理解をする上で本事例への介入には、本研究で開発された図 5-8 や事後的ではあるが、図 5-12 によるケースフォーミュレーションが役立った。

### 6.1.5.(5) 先行研究との関連と本研究の独自性について

#### (a) 問題思考 (アセスメント) を重要視する治療法

統合失調症などの精神疾患を持つ患者は、認知領域に何らかの障害を持つ。統合失調症においてとりわけ障害が目立つのは、神経認知機能のうち、注意、記憶、実行機能の障害である (菊池, 2010)。これらはそのままモニタリングとコントロールの機能障害を意味している。この点を考慮すると確かに本事例が実際に精神症状をどの程度正確にモニタリングし、コントロール可能であったのかは分からない。しかし、そこでそれらの障害の一部を Th が担うという関わりができれば、治療的に働くであろうし、そのモデルを示すことが本論の主旨でもある。主体的に意図的に自己にて症状をモニタリングしコントロールできれば良いのだが、そこにはまだまだ他者の力を借りなければならない。しかし、借りることができれば幻聴や妄想があってもそれらに巻き込まれずになんとかやっていける。治療スタッフや仲間など周囲の人々から力を借りてモニタリングでき、知らず知らずの内に病気 (問題) から距離が取れているということがポイントである。この先ずは他者の力を借りながらでもいいじゃないかモデルは、メタ認知を意識した関わりで捉えることができ、診断名にかかわらず精神病患者に関わるスタッフが備えることができれば、有効に働く援助理解の方法であると考えられる。アセスメントを重視し、アセスメントが共有されれば、あとは自然に自分にとって最善のコピーングを当事者自身が見つけ出すことができる (伊藤・向谷地, 2007)、この姿勢は本研究の治療論と重なるところである。

#### (b) 患者の「自閉」という視点の重要性

先述の留意点にもあげたが、統合失調症患者の場合、Th が積極的に介入しようしたり、内的視界を広げようしたりすると、かえって病状が悪化するという指摘がある (e.g. APA ガイドライン, 2004)。介入により Pt が読み取られる恐怖や侵入されたよ

うな恐れを持つと考えられるからである。神田橋（1976）は、臨床上の経験から「自閉」の利用という治療論を展開している。この視点は非常に重要なものであり、本事例においても、Th が CBT 的介入による効果を感じた後に「嫌がらせされている」と時間外受診をしたり、治療関係性を築くため「話をしよう」と介入すると「物音が悪口につながっている」と訴え時間外受診をしたりしたことがあてはまると考えられる。しかし、心理療法は関係性の中で行われるものであり、ある程度の介入を行う必要性がある。神田橋（2006）は、「自閉する能力」、「拒否する能力」を支持することを重視している。本事例でも、「自閉」や「拒否」のために面接をキャンセルしたり中断したりすることがあっても、「それで順調」と否定することなく支持する姿勢を保ち、適切な距離感を常に意識して関わったことは触れておく必要があると考える。

### (c) 先行研究との共通性と独自性とその限界

先行研究との共通性を端的に示せば、問題を何とかしようと行動するのではなく、まずは「置いておき」問題を眺め、明らかにしていくこと、距離を置けるようになること、そしてマインドフルネスのような考え方を、Th が意識して関わることである。そのために幻聴や妄想の内容そのものを主としては扱わないのである。この点については、増井（1987）の「個人にとり、さし障りに触れないことは明らかに触れることの形態である。それに触れないことは何もしないことであるとの発想は、その大半の臨床の場では事実誤認であろう（p.30）」と述べているところと共通する。触れないことに大きな意味があるのである。このような方法は、健常者から統合失調症まで幅広い Pt を対象にでき、Pt の問題に対する距離感覚を活性化し、元来 Pt 自体が求めていた問題との適切な心的距離に向かって、心が自動的に動きやすくなることも増井（1996）は論じている。先述の知らず知らずの内に病気から距離がとれるようになることを解り易く説明している。また、神田橋の「自閉」の利用という視点に対しても、Th と Pt 間、あるいは問題との適切な距離感覚が重要となっている。これらの重要な治療的要因に関しては、かなり共通する部分があるのだが、その関わり方の構造的・理論的背景が大きく異なるのである。メタ認知構造を考慮した認知変容過程モデルからのアプローチが本研究での独自性なのである。「モニタリング」と「コントロール」そして「同意」からなる治療構造を意識して活用するのである。しかし、本論で考察すべき課題は多岐にわたっている。臨床適用に関しては慎重に概念化すべきであり詳細な理論化・概念化は今後の課題としたい。

#### 6.1.6 まとめ

本研究ではメタ認知構造を考慮し認知の歪みがあっても、そこから距離をとるスキルを

獲得すれば、適応的に行動できるのではないかという治療モデルの可能性について、統合失調症の事例から迫った。治療構造については、CBT が効果的に行われた場合の構造モデルを念頭に介入することが有効ではないかと考察された。本事例のように幻聴を主として訴えるような統合失調症患者の場合、幻聴の内容を扱い、認知の修正を目的として心理療法を行うよりも、客観的に起こっていることや有効な対処法といったことを話題にして、メタ認知レベルでの認知の変容を意識したかわりが、最初は病的な症状による認知の歪みなどがあったとしても、そこから距離を置くスキルを獲得し、適応的に生活を送ることができるようになるのではないかと考えられた。Pt は、Th が CBT の諸技法とメタ認知構造を意識した介入をすることにより、適応的な行動が般化され明らかに時間外受診が減り、作業所に週 5 日通うことが出来るようになった。薬物療法も同時に行っているのでエビデンスとしては不十分かもしれないが、治療経過より、なんらかの認知の変容が起こっていることを読み取ることができる。Pt にとって、ポジティブな人生に繋がっているのは間違いないと考えられる。

## 6.2 メタ認知構造を意識した双極性障害へのアプローチ(研究7)(渡辺, 2014)

### 6.2.1 要約

本研究では、統合失調症と共に、いわゆる精神病と呼ばれる内因性の重い症状を持つ双極性障害の事例を報告する。この事例を通じて、患者本人にも心理面接者にも対処が困難な病相の変化に対して、メタ認知の視点から検討することを目的とした。治療過程では、メタ認知構造を意識した認知変容過程モデルを用い、さらに妻の協力を得て治療チームを形成し、適切なモニタリングとコントロールを意識することが、他の有効な精神療法と同様に双極性障害へのアプローチであると考えられた。またこのことは、認知的側面に他者の力を借りながら適応を目指すという治療モデルの有用性を示すものであり、自らで制御が困難な精神病患者へのアプローチとして重要な視点であると考えられた。

キーワード：双極性障害（Ⅱ型）、メタ認知的視点、他者の協力

### 6.2.2 問題と目的

双極性障害の概念が広がるにつれて、うつ病の中にも躁的因子を有するものが注目されている(寺尾ら, 2010)。そのため現在の症状に加え、過去の病的エピソードや抗うつ薬への反応性などを踏まえて、躁病エピソードと軽躁病エピソードの区別が双極性Ⅰ型障害お

よび双極Ⅱ型障害の医学的診断では重要となっている。中でも双極Ⅱ型障害は、心理臨床の現場においても、正常気分にも埋もれた軽躁病エピソードの抽出および正確な同定が問題となる。軽躁病エピソードは患者本人にとっては必ずしも苦痛にならず、むしろ活動性の上がる「良好な」状態であるために、病的な状態とは把握されにくい(寺尾ら, 2010)。長期にわたる抑うつ状態に対する軽躁病状態への対応の困難な側面である。この本人には自覚され難い病状は、当人の努力と心理面接者の協力のみでは対処が困難であり、臨床場面では、この困難性が問題となる。そこで筆者がこの困難な問題に直面した事例を報告する。事例の治療経過の中で、メタ認知構造を意識した認知変容過程モデルを用い、さらに妻の協力を得て治療チームを形成し、適切なモニタリングとコントロールを意識することにより、双極Ⅱ型障害への対処スキルの獲得を目指すアプローチが可能ではないかと考えたからである。また同時に、認知的側面に他者の力を借りながら適応を目指すという治療モデルの考察も加えたい。

### 6.2.3 事例の概要

【事例】患者 A (以下, Pt), 公務員, 40 代前半, 男性

【主訴】職場から違う病院を受診するように勧められた

【家族】Pt, 妻, 娘の 3 人家族

【生活歴・現病歴】大学卒業後、公務員として事務系の仕事で就職。X-15 年結婚。翌 X-14 年 4 月に異動がある。10 月ごろから胃の具合が悪くなり内科受診し過労といわれる。X-13 年 2 月に他クリニック受診。うつ病と診断され 4 月まで休職。その頃より妻も専業主婦となり 3 年間は体調を崩すことなく経過。途中で抗うつ薬が中止となった。X-10 年 6 月から再度変調があり 1 ヶ月休職する。休職後症状軽減し X-9 年から転勤。忙しい職場となり断続的に休むようになる。X-7 年 4 月再度職場転勤となり 7 月からメンタルクリニック通院。X-1 年 4 月から仕事の内容が変わり、仕事の解らない人が入り負荷がかかり 1 週間で体調を崩し、8 月まで休職する。その後も年休や診断書を書いてもらい復職と休職を繰り返す。10 月体調を崩し、朝起きれずに仕事に行く気もおきず、2 週間の診断書を書いてもらい休職。今後、年休もなくなりどのようにしていこうかと考えている。職場の方に違う病院を受診するように言われ受診。X 年 3 月、本人も復職に向けたカウンセリングを希望していたこともあり、主治医より筆者(以下, Th)に紹介となり、Th が介入することとなった。治療構造は、主治医が医学的側面、筆者が心理学的側面を中心に Pt と並行して関わる A-T スプリットの形態で行なった。

【倫理的配慮】研究報告に関しては、口頭により説明をおこなった上、Pt 本人より書面に同意を得ている。さらに、科学的考察に支障のない範囲でプライバシー保護のために事例の内容を変更した。

## 6.2.4 面接経過

【期間】 X年3月～X+1年3月 計43回（+アセスメント①～⑤）

【構造】 病院面接室。1回60分。曜日と時間を固定して1回/週。

第1期（#①～⑤ X年3月～同X年4月（アセスメント期））

妻に連れられて Pt 来院。自分では生育環境が悪かったことや発達障害が原因ではないかと考えていた。心理アセスメントのために MMPI（ミネソタ多面人格目録）と WAIS - III（Wechsler 式成人知能検査）を実施しようとして承するも、WAIS 予約時には、来院されず妻と子のみの面接となる。Th は Pt 自身の問題であり、Pt 自身が変わろうとしない限り心理面接の意味はないことを伝える。その後、来院され心理検査等の結果をもとに、発達障害の傾向も考慮しつつ慢性化した抑うつ状態に対処していくため、CBT による復職支援を中心に面接を継続していくことを Pt と話し合っ共有した。

第2期（#1～13 ～X年7月）

市販で手に入るようなうつの認知療法テキストを用いて、思考訓練と週間記録表を中心に面接を重ねる。アクションプランもたて行動活性化も試みる。

第3期（#14～#21 ～X年9月）

復職に向けて過去の職場での場面などを用いてアサーショントレーニングも行っていく。妻の現実的な判断も仰ぎながら職場復帰の段階に進んで行く。

第4期（#22～#30 ～X年11月）

職場の上司に診療情報の提供などを行い、復職の試行に向けて準備を整える。上司との話し合いや、就労可能性の根拠として、規則正しい週間活動記録表や BDI の変化（初期 26 点（中等度の抑うつ）から復職挑戦時 10 点前後（極軽症の抑うつ）で約 5 ヶ月間安定している）を示し復職に挑戦する。

第5期（#31～#35 ～X+1年1月）

復職試行期間中に、同僚の出産という仕事とは別の内容で躁的症状が現れ、夫婦間でも扱いきれず、わだかまりが拡大し、試行期間が中断となる。その後、双極性障害への対処を中心に薬物療法の調整が開始される。

第6期（#36～#43 ～X+1年3月面接終了）

復職試行期間の中断という現実から学ぶことと、同じ失敗を繰り返さない為に、夫婦で病状をモニタリングしコントロールしていくという視点を共有していくことを目的とし、早



期の回復と復職への準備を整える。Thの転職に伴い面接終了となる（別の臨床心理士と心理面は接継続する）。

## 6.2.5 考察

### 6.2.5.(1) メタ認知構造を意識した認知変容過程モデルについて

本事例より、Thが気づくことが困難な軽躁病エピソードに、いかに対応し得るのか一つの方法論として考察を加えることが出来る。初期より、うつ状態に対する介入が行われていたため、ThとPtは共にうつ状態から躁状態への病相の変化を予測することができず、抑うつ状態の改善と軽躁状態を見分けることが困難であった。これは適切にPtの状態をモニターしコントロールすることが困難であることを示している。双極性障害への有効な対応は、躁状態でもうつ状態でも再発の予防である（水島，2010）。それを可能にするためには、まずは身近な他者である妻の協力を得ることであり、Pt自身では捉えられない状況、他者の視点でモニターし、夫婦でコントロールして行こうという試みが考えられた。この過程を理解するには、認知変容過程モデル（図5-8）が役立った。そのPtの認知変容過程モデルを図6-2に示す。

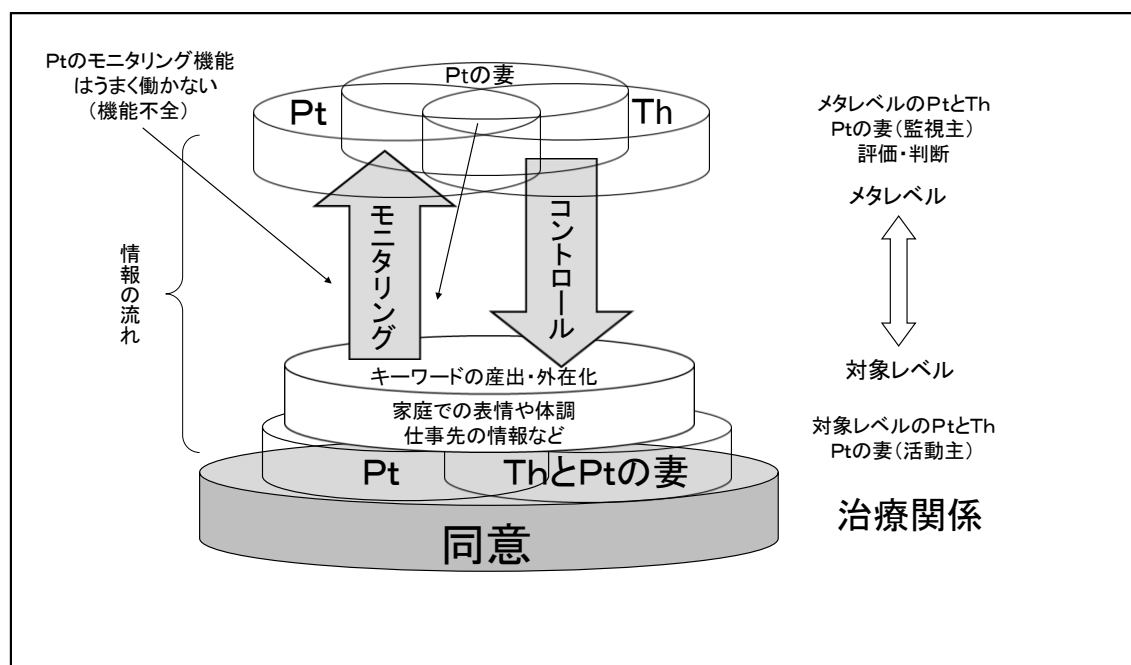


図6-2 Ptの認知変容過程モデル

この場合、ThとPtおよび妻、共にメタ認知的視点が重要であり、その機能を内在化させていく過程が重要と考えられる。対象レベルにおいてPtとPtの妻それぞれにThによ

る双極性障害に対する知識・心理教育が必要であり、適切な知識を得た上でそれぞれに外在化したり、モニターしたり、コントロールしていくことが再発の予防に繋がると考えられた。まずは、他者の協力を得てコントロールするところから始めるのである。

水島（2010）は、双極性障害の原因は未だ明らかになっていないわけではなく、薬物療法にも限界があることに触れ、その中で精神療法の効果が注目されていること、とりわけ、対人関係・社会リズム療法、CBT、家族に焦点をあてた療法（Family-Focused Treatment）について論じている。水島（2010）は、これら3つの療法を薬物療法に加えて行うことにより、生活の満足度を高めることが示されていることに触れ、結局は、それぞれのアプローチは異なるが、同じような部分に働きかけている可能性にも言及している。筆者は、この同じような部分がメタ認知機能の領域であると捉えている。つまり、心理教育により病識を育てメタ認知的知識を増やし、できる限り適切なメタ認知的活動を行うように認知変容過程モデルに沿って介入を行なっているのである。この過程を理解するのに図5-8は役立つ。

#### 6.2.5(1) 対人関係療法とメタ認知構造を意識した認知変容過程モデルについて

水島（2010）は、対人関係療法の立場から、双極性障害の治療の為には、患者が孤立しないチームを作ることが重要であると述べている。水島（2010）によれば、双極性障害という病気に取り組んでいくと伝統的に陥りやすいパターンとして、患者が躁状態のときに「しでかしてしまったこと」に周囲が傷つき、怒りすら感じて、人間関係がこじれるというものがある。そこに患者が気分安定薬をやめてしまって、次のエピソードが起こったりすると「どうして薬くらい飲めないの」という怒りが爆発してしまう。こういう状況では、患者と病気が一体化して図6-3の①のような対決構造になってしまう。「病気を持った人」が対象であり、患者が周囲と対立してしまう構造として周囲に認識されてしまうのである。

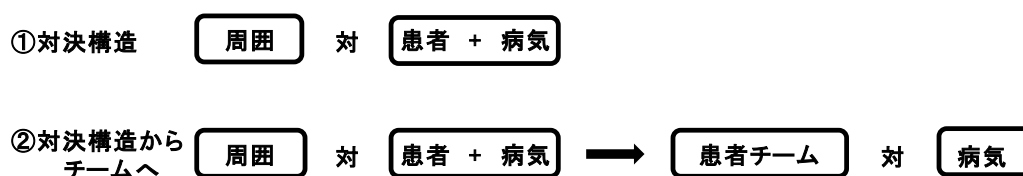


図6-3 患者と病気が一体化している状態から患者チームへ（水島, 2010, p.149より作成）

このような構造が固定化されてしまうと、周囲のフラストレーションは患者に向けられてしまう。これでは患者が孤立してしまい、周囲からの協力も得られず治療の状況を悪化させてしまう。このような対決構造にならないように、患者本人も含めた、患者を孤立させない患者チーム作りが重要となるのである。6-3の①のような構造を図6-3の②のような

構造に変化させることができれば、患者の適応度、すなわち生活の満足度を高めることが可能となる。患者が孤立せずに病気と対峙できるのである。この認知変容を可能にするためには、病気を対象化し外在化させなければならない。病気に対する知識を持ち、キーワードを産出して患者の問題を対象化し外在化する。それをチームで共有し対処していくのである。この過程は、図 5-8 をもとに説明が可能である。患者は決して望んで病気になったわけでもなければ、病気を自在にコントロールできるわけでもない。また、双極性障害は努力すれば縁をきれの病気でもない。病気になったことで誰よりも人生にダメージを受けているのは患者本人であることを周囲の人も理解することが望ましい。また、同時に周りの人が症状の為に傷つき、いろいろなことに問題を抱え込むことも治療者は理解しておかなければならない。治療者と患者は、これらのことを理解しながら、治療スタッフや仲間など周囲の人から力を借りて気づきを得、知らず知らずの内に病気から距離がとれるようになることを目指す。この先ずは他者の力を借りながらでもいいじゃないかモデルは、臨床研究のモデルとなった図 5-10 で示した認知変容過程モデルと同様であり、研究 6 の事例とも重なる。今回の事例でも、家族内での対立構造が見られ、家族崩壊の危機に直面し、妻子のフラストレーションも課題となっていた。そこを Th が心理教育による病識の育成を中心に介入し、家族によるチームの結成に焦点を当てたことが、双極性障害への対応策となり進展が期待できるように変化してきた。このチームという視点も図 6-2 に含まれている。病気（モニタリングの機能不全）の部分認め、Pt を孤立させずに妻や Th など他者の力も借りて、チームで病気と対峙するのである。Th の転職により終結となったが、メタ認知を考慮した認知変容過程モデルの双極性障害への適応の可能性を感じさせる事例であった。

### 6.3 精神病患者に対する集団療法の援助指針として、メタ認知を考慮した治療構造モデルを活かす ～精神科デイケアをメタ認知の視点からとらえる 試み～ （研究 8）（渡辺, 2011a, 2011b, 2012b, 2012c）

メタ認知を考慮した治療構造モデルの応用について、個人の次に集団を対象に検証していく。本節では、精神科集団精神療法の一つであるデイケア活動との関連性から論じていく。

#### 6.3.1 要約

本研究の目的は精神科デイケア（以下、デイケア）での実践活動について、従来からある「二重見当識」の概念を中心に、メタ認知を考慮した治療構造モデルを用いて再考する

ことである。統合失調症患者の機能障害をメタ認知の重要な機能であるモニタリングとコントロールの障害として捉えなおし、回復過程におけるスタッフの治療的かかわり方に関して考察を加えた。本研究によりメタ認知を意識したモデルで CBT 的な関わりが行い易くなるだけでなく、日々のデイケア実践における利用者とのかかわり方に、これはモニタリングを意識したかかわりなのか、それともコントロールを意識したかかわりなのかなど、有意義な視点を提示するものであると考えられる。

キーワード：CBT, メタ認知, 二重見当識

### 6.3.2 はじめに

#### (1) 認知行動療法からの潮流（距離を持つスキルの獲得）

CBT の普及に伴い統合失調症へのアプローチの一つとして CBT が用いられるようになってきている。CBT は、認知の歪みを見つけ出し、より適応的な認知へ変容させることが治療効果を生むと考えられている。しかし、近年ではメタ認知こそが治療変化の主演ではないかという知見が登場している。それはネガティブな認知の低減よりも、認知モデルやツールを用いて問題を外在化するスキルを獲得し、自らの思考に距離を置いて眺められるようにするメタ認知力の向上が重要と考えるのである（詳細は第2章）。言い換えれば、認知の歪み（幻聴や妄想）があっても、それを修正することに力を注ぐのではなく、まずは、そのような思考に巻き込まれないでいられる、気にしないでいられるように、自らの否定的思考から距離をもつスキルの獲得が重要であるというのである。一方で原田と勝倉（2009）は、CBT の立場から薬物抵抗性統合失調症の陽性症状に対する有効な接近法として二重見当識の育成という基本作業の実情を報告している。CBT を通して、患者の二重見当識と対処力が育ち改善がみられるというのである。この「二重見当識の育成」と「距離を持つスキルの獲得」という視点はデイケアでの活動においても重要な概念であると考えられる。

#### (2) 「二重見当識」とは

従来からある概念で、日常的共通世界と病的固有世界の両方を同時に住み分けるあり方であり、以前から「複式簿記（二重帳簿）：doppelte Buchführung」（Bleuler,1985）あるいは「二重見当識:doppelte Orientierung」（Jaspers,1973）と呼ばれてきたものである。しかし、二重見当識の概念自体はまだ十分には整理されているとは言えない。統合失調症の中間期において、病的体験に対して（幻聴などが）あることはあるが、気にしないでいられるという具合に、距離をもち始めることとされている（氏原ら, 2004）。

### (3) 具体的な「二重見当識」の例として

例としては、外来診察での入院説得において、拒否の姿勢を譲らなかった統合失調症患者が、同意をえられないままにもかかわらず、入院環境に速やかに馴染んでいたりする場合。また、彼らは、自らを病気でないと主張してはいるが、同時に、自らが治療を要する事態に陥っていることもまた認識していることなど（大前，2001）。これらは、統合失調症的な二重見当識の現れと考えられている。これらは「病識」はないが治療には加わるということと似ている。

#### 6.3.3 問題意識

統合失調症の回復過程には、病的体験に対してある程度、気にせずに居られるという「二重見当識」の状態があるとされる。ならば治療過程の中にいると考えられるデイケア利用者に対して①「二重見当識」という見方を意識することにより、なんらかの新たな発見があるのではないかと考えられる。「二重見当識の育成」という視点も重要と考えられるからである。また、②「二重見当識」の獲得ということが、統合失調症の回復に対しどのような意味を持っているのかについても考えてみたい。③考察する場合には、本研究でのメタ認知構造を考慮したモデルや近年の研究成果からの CBT 的な治療モデルとの共通部分が役立つのではないかと考えられる。以上、これら 3 点からの問題意識を持ってメタ認知的視点から「二重見当識」とデイケア利用者を捉えなおし、考察を加える。

#### 6.3.4 事例

「二重見当識」に関しては、従来からある概念の為、事例の報告数は多い。しかし、筆者自らの体験も踏まえて、デイケアでの二重見当識について考察を加える為の題材として事例を報告する。

事例 A, 60 代, 男性。主診断名は、統合失調症。20 代の時に、幻聴を主訴に精神科受診歴あり。長年にわたり入退院を繰り返してきた。現在は、幻聴および体系化された妄想は存在するものの、デイケアに通所しながらなんとか単身生活をしている。病的体験は「森元首相やブッシュ元大統領に、お前が最高責任者だと言われた」などの内容をスタッフに話すことがあるが、スタッフが「わからない」と答えると「そうかわからへんか」と対応できる。女性からの好意的な妄想「声をかけてくるねん」などもあるが、大きな問題とはならず、遠方より 1 時間ほどかけて公共交通機関を利用し単独で通院している。なお、本事例については、個人名を出さず、研究目的として発表することに本人より了解を得てい

る。

次に先述の大前（2001）のように、自らを病気でないと主張してはいるが、同時に、自らが治療を要する事態に陥っていることもまた認識している架空事例を挙げる。このような事例は多く、筆者の印象が大きく影響してしまうのであるが、一般的な状況を理解するのに役立つと考えるからである。

事例B，50代，男性。主診断名は，統合失調症。看護学校よりデイケアに実習生が来た時などは、「自分は病気ではないねん。ほんまは，どっこも悪くないんやよ」と病的な症状に振り回されることなくデイケアを利用されている。しかし，実際に就労を目的にデイケアを終了することもあるが，再びデイケアに戻ってこられる。このようなことを何度も繰り返している。病気ではないのだが，就労できないことは理解している状態のようである。

以上のような2事例は，デイケア実践の中では代表的な事例と考えられ，特別な事例ではないと思われる。

### 6.3.5 考察

#### (1) デイケア利用者と二重見当識

統合失調症患者を二重見当識という視点から眺めると，統合失調症の回復過程の中間期に確かに，二重見当識の獲得という段階がある。急性期では自らの病的な固有の世界に支配されている状態ではあるが，徐々に現実世界への共通性を獲得していると考えられる。この共通性の獲得が，病気の再発を繰り返し慢性化するよりも早期に行われれば治療的効果が高いと予想される。しかし，デイケアに視点を移した場合，居場所型のデイケアには，病気が慢性化してしまった利用者，つまり，この中間期の状態で留まっている利用者が多いのではないかと考えられる。

デイケアの長期利用者には，事例Aのような幻聴や妄想を抱え続けている方がかなり見受けられる。幻聴や妄想の内容をスタッフが聞き出したりすると，独自の世界観から理解できない内容に広がってしまうことが多々ある。しかし，彼らは，そのような思考に巻き込まれずに，病院外での生活を行うことができているのである。それは，事例Aのように，スタッフのような周囲の人が「わからない」と反応すると「そうか，わからへんか」と話題を切れるように，自らの否定的な思考から距離を置くスキルを獲得しているからと考えられる（このスキルを獲得するのに長年の経験が必要となつたのであろう）。

次に，事例Bのような利用者達についてであるが，彼らは，自らは病気ではないと考え，デイケアに来る必要性もあまり感じていない。しかし，デイケアから一端離れると現実的な生活に支障を感じ再びデイケアを利用し始める。ここに，自らの治療の必要性を感じ病気について半わかりのような状態が形成され，このような経験を繰り返すたび

にその半わかりの状態が強化されていくと考えられる。

このように考えると、同じ二重見当識の獲得といっても、事例Aのようにある程度確立された段階のものもあれば、事例Bに見るように変遷段階にあるものも考えられる。これらは、利用者のケースごとに異なるものではあるが、個々への対応を考える上で有意義な視点を与えてくれるであろう。

## (2) 統合失調症の認知機能障害とメタ認知

では、この治療中間期で留まった方々への対処はどのようにすればよいのであろうか。原田と勝倉(2009)は、CBTを通して二重見当識・対処力を育成した例を報告している。そもそも、二重見当識とは、自分がどのような状態にあるかというモニタリング機能の回復(獲得)にあると筆者は考えている。ここで近年の先行研究を用いてメタ認知機能について論じてみたい。

統合失調症患者には、幻聴や作為体験という症状がある。これらは一級症状と呼ばれるもので、統合失調症の診断を行なう上で重要なものと考えられている。これらの症状の背景には、感覚結果の予測にかかわる順モデルの異常があると考えられている(Frith et al.,2000.,Sato & Yasusa,2005)。順モデルとは、脳の働きを表す内部モデルの一つで、脳がある運動命令を出したときに、どのように身体が動くのか、どのような視覚や体性感覚のフィードバックが得られるかを計算していると考えられるものである。「自分で自分をくすぐっても、くすぐったくないのはなぜか」という疑問に基づいて、Blakemoreら(1998)がfMRIを用いて行った実験がその代表的である。くすぐったいという感覚は、同じ物理刺激でも人にくすぐられるのと自分でくすぐるのでは大きく違う。自分でくすぐった時には、他者にくすぐられた時よりもくすぐったくない。この実験は、くすぐるという運動命令を基に、脳がくすぐられる感覚を予測し、実際の感覚を減衰させていることを示している。ところが統合失調症の症例では、自分で自分をくすぐってもくすぐったく感じてしまうことが明らかになっている。Blakemoreらは、この順モデルによる自身の行動結果の予測の障害が、統合失調症に特有の幻聴などの症状につながるという仮説を提案している。幻聴や作為体験では、実際には自分で話をしていたり、自分が考えたり、行動したりしているのだが、患者にはそれが悪魔の声として聞こえたり(幻聴)、自分の行動や考えが上司などの自分以外の外部の者にコントロールされていると感じられる(作為体験)。自身の行為と他者からの行為の混同につながっていると考えられるのである。しかし、順モデルの失調が陽性症状の背景にあるとして、それだけではなぜ患者が先の事例Aのように「森元首相やブッシュ元大統領に、お前が最高責任者だと言われた」といった妄想を持つに至るのかは説明できない。ここでの問題は、患者は、なぜ、一般人には「奇想天外」にも思える結論に一気に飛躍し、その結論を確信してしまうのかである。この結論の飛躍や推論の異常と呼ばれるものは、自分自身の認知プロセスについて

知ること、すなわち、メタ認知機能の異常が背景にあると考えられる。

Korenら(2004,2005,2006)は、ウィスコンシンカード分類テスト(Wisconsin card sorting test)を用いたメタ認知機能の測定法を開発している。ウィスコンシンカード分類検査は、抽象的行動と概念形成および概念の転換に関する検査であり、前頭葉機能を測定することができる神経心理学的検査である。1組の反応カードを、色・形・数の3つの分類基準に基づいて並べ替えさせ行なう(石合, 2003)。Korenらは、これらのメタ認知指標が実行機能を測定するとされるウィスコンシンカード分類テストから得られる指標以上に、患者の病識や治療への同意能力を予測することを示している。同様に、Strattaら(2009)も上記の手続きに基づくメタ認知指標は、実行機能指標以上に、DSM-IVの5軸で測定される機能の全体的レベルや、社会的接触からの引きこもりなど、実生活上の社会的機能を予測することを示している。また、Danion(2001)は、一般的課題にこの手続きを応用し、統合失調症患者は、健常者と比較して、間違っただけを正しいと確信してしまうように、モニタリング機能の不全がある。また、質問に答えるかどうかの判断が必ずしも自信の程度を反映しておらず、コントロール感も悪いと報告している。統合失調症患者が実際には間違っている反応を正しいと確信し、間違っただけを正しい知識の区別ができていないことは、別の手続きを用いた研究でも示されている(Moritz,& Woodward, 2002,2006)。我が国においても、大学生を対象にしたアナログ研究により統合失調型パーソナリティ傾向の高い者においてモニタリング機能の失調が見られることが報告されている(佐藤, 2011)。

それではなぜ、モニタリング機能の問題が生じるのであろうか。Moritz & Woodward(2006)は、統合失調症患者が間違っただけを正しいと信じてしまうのは、断片的で部分的な情報でもその反応を受け入れるのに十分な証拠だと受け取ってしまう、十分な情報収集をしないままに情報収集をやめてしまうからではないかと論じている。情報収集を早期に終結してしまえば、その判断が間違っていることを知らせる手がかりに触れることもなく、実際には間違っていたとしても、それを確信することになるであろう。同様に、情報収集を早期に終結してしまえば、その回答が実際には当たっているとしても、十分な情報収集によって複数の支持的な手がかりを得た場合に比べれば、確信度は低くなるであろう。とすれば、先の研究のようにモニタリング解像度の低下がみられるのも自然なことであろうと考察している(佐藤, 2011)。

これらの先行研究によると、統合失調症患者は、モニタリング機能の失調により正確な判断ができなくなっていると言い換えることができる。このモニタリング機能の失調を補うことができれば、より適応的な判断ができ、その評価により適した行動選択(コントロール)につながると考えられる。



### (3) デイケアスタッフのメタ認知を意識した治療的かかわり方

#### (a) 従来からある考え方を利用して

統合失調症患者の認知機能障害は、モニタリング機能の失調により正確な判断ができなくなっていることが大きいと考えられる。先に述べたように、統合失調症患者が誤った判断をしてしまうのは、十分な情報収集もせず、断片的で部分的な情報を確信してしまうことが多いからであろう。そこで、日々デイケアで関わるスタッフは、このような利用者に対して、その利用者の話に耳を傾け、起こっている事実を客観的に伝えることが有用であると考えられる。情報の不足している部分は補い、断片的で部分的な情報には、連続した情報となるよう順序だてて論理的に意見を述べることである。このようなスタッフのかかわり方は、何も新しいことではない。従来から病気によって失われた機能を補うため、治療スタッフはその機能を補うことにより、その機能を内在化させ回復させるかかわりということが行われてきた経緯がある。認知心理学的に言い換えれば、客観的にモニターすることができなくなっている利用者に対し、物事をより客観的に判断できる治療スタッフが必要な部分を補うことを共に経験し、利用者のモニタリング能力を高め回復を図ることである。そのことによって、正しい判断のもと適応的な行動（コントロール）ができるようになっていくと考えるのである。この過程を理解するには、認知変容過程モデル（図5-8）が役立つと考えられる。Ptの認知変容過程モデルを図6-4に示す。

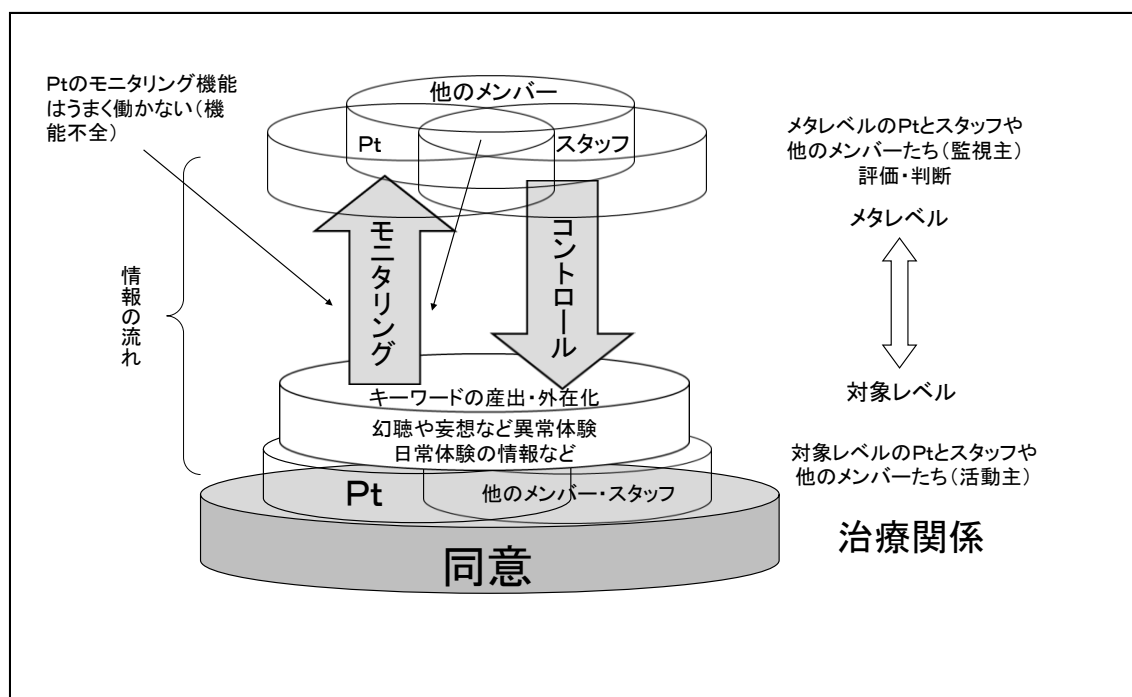


図6-4 Ptの認知変容過程モデル1

図 6-4 では、デイケアでの Pt とスタッフ・他のメンバーとの関係性が基盤にあり、治療的場を作っていることも理解できる。その中で、Pt は、スタッフや他のメンバーとの会話などより、病気のこと、幻聴や妄想などの異常体験などを少しずつ認識し、外在化していく。自身に起こる体験については、モニタリングの機能不全もあり、結論の飛躍など正しい判断ができないが、スタッフや他のメンバーなどの力を借りて、少しずつ適応的な行動、対処スキルを獲得していく過程が表されている。この過程をさらに理解しやすくする為に、事例 A、B のケースフォーミュレーションを図 5-12 に倣って以下に記す。

### 不適応時のケースフォーミュレーション

- <事例 A> A : 「何らかの対人的な刺激」  
M<sub>o</sub> : 対象レベル 「自分が気になる女性の情報」  
M<sub>m</sub> : メタレベル 「あなたは最高責任者だ」  
「自分は特別な人間だ。何をしても許される」  
B : 「女性に接触する」  
C : 不安全感, イライラ, 攻撃的な感情

何らかの対人的な刺激：気になる女性に遭遇するなど（A）が、誤った情報として処理され（M），その結果，否定的な感情体験（C）となっている。自分が女性を気にしているのに，女性が自分のことを気にしている。また，自分は最高責任者だから何をしても許されると判断し，女性に触れるような行動をし，時に非難されるという否定的な対応を受け入れるという悪循環を繰り返している。

### 適応時のケースフォーミュレーション

- <事例 A> A : 「何らかの対人的な刺激」  
M<sub>o</sub> : 対象レベル 「自分が気になる女性の情報」  
M<sub>m</sub> : メタレベル 「病気の症状（幻聴や妄想）かもしれない」  
B : 「スタッフなどに話してみる」  
C : 不安全感, 中立的な感覚

不適応時と同様に，何らかの対人的な刺激：気になる女性に遭遇するなど（A）が，情報として処理されてしまう。しかし，これまでの経験や他者との会話などにより，病気の症状かもしれないなど，自身の思考を疑うような判断がメタレベルで起こり（M），その結果，悪循環とは異なる行動，他の人に話してみるが生起し，異なる感

情体験（C）をしている。快の経験ではなく、最初は不安全感もあったであろうが、次第に中性的な反応、マインドフルネスに近いものになっていると考えられる。

#### 不適應時のケースフォーミュレーション

- <事例B> A：「他人の評価が気になる」  
M<sub>o</sub>：対象レベル「デイケアに患者として参加している」  
M<sub>m</sub>：メタレベル「ほんとはどこも悪くない」  
B：「就労に挑戦する」  
C：絶望感，不安全感

何らかの対人的な刺激：看護学生が実習に来るなど（A）が、情報として処理され（M），その結果、否定的な感情体験（C）をしている。自分が学生からの評価を気にしているので、自身が患者としてデイケアに参加しているという情報ではなく、本当は病気ではない、どこも悪くないという情報が処理されてしまう。そのような判断のもと、就職活動をし、否定的な結果を受け入れるという悪循環を繰り返している。

#### 適應時のケースフォーミュレーション

- <事例B> A：「他人の評価が気になる」  
M<sub>o</sub>：対象レベル「デイケアに患者として参加している」  
M<sub>m</sub>：メタレベル「ほんとはどこも悪くないはずであるが…」  
B：「スタッフなどに話してみる」  
C：不安全感，中立的な感覚

不適應時と同様に、何らかの対人的な刺激：看護学生が実習に来るなど（A）が、情報として処理されてしまう。しかし、これまでの経験や他者との会話などにより、どこかおかしいのかもしれない、病気かもしれないなど、自身の思考を疑うような判断がメタレベルで起こり（M），その結果、悪循環とは異なる行動、他の人に話してみるが生起し、異なる感情体験（C）をしている。快の経験ではなく、最初は不安全感もあったであろうが、次第に中性的な反応、マインドフルネスに近いものになっていると考えられる。

このように図 5-8 と図 5-12 を用いることにより、モニタリング機能の障害がある患者との関わりの中での認知変容過程を理解することができる。このモニタリング機能の回

復過程で行われるスタッフとのかかわりなどが、自らの否定的な認知への確信度を低減させ、結論の飛躍や推論の異常と呼ばれるものの減少につながっていく。この過程が、自らの病的体験と共通世界との割合を変化させ二重見当識という状態を形成し、より適応的な判断・行動へと導いていく。このような治療のかかわりが可能であると考えられる。

#### (b) CBT を意識したかかわりとして

筆者は、GTA を用いて認知療法が効果的であった複数事例より、その治療過程・構造のモデル化を試みている（研究3，図5-8）。この仮説モデルを参考にすれば、原田・勝倉（2009）のいう二重見当識の獲得は、モニタリング機能の回復もしくは獲得ととらえることができるし、対処力の獲得は、コントロール機能の回復もしくは、適応的行動、例えば、ひとまず他者と話をしてみるなど、対処スキルの獲得と言える。筆者は、統合失調症を含め、CBT が効果的であった事例には、仮説モデルのような治療構造があると考え、論を展開している。つまり、同意によって形成される治療関係性とモニタリングとコントロールが重要であると述べているのである。このことを考慮し、普段のデイケア実践において、利用者に関わる時には、今このかかわりは、モニタリングを意識したもののなのか、コントロールを意識したもののなのか、または、関係性を考慮したかかわりなのかを自覚することができればより良いのではなかろうか。例えば、いくつかの処理しなければならぬ課題（役所への書類）や悩み（金銭問題など）が重なってしまった場合、混乱してしまうことが多い。そのような時にスタッフは、問題点があれば客観的に指摘し、情報が間違っていたり不足している場合（勝手な思い込みが多い）には情報を与えたりして、自身が抱えている問題が何なのかを一緒に明らかにしていくような関わりは、モニタリングを意識したものである。また、幻聴や妄想によって混乱し、「何がなんやわからん」と利用者が言う時には、そのような思考に巻き込まれずに、スタッフは、「こんな時は、どうしたらよかった？」と頓服や静養室で横になるなど対処法、解決に焦点をあてるなどの関わりは、コントロールを意識したものと言える。このような関わりが、スタッフと利用者の問題思考（アセスメント）と解決思考（対処行動）を意識づけ、再発・再入院を防いでいると考えられる。

デイケアは、様々な患者が利用する。初期の利用者なら、二重見当識の早期獲得が望ましいと考えられるためモニタリングを中心としたかかわりが重要となるであろう。また、慢性化してしまった利用者には、適応的なスキルを身につけるためコントロールを意識したかかわりが重要となるであろう。このように、デイケアの実践においてモニタリングとコントロールを意識したメタ認知的なかかわりは、重要な視点であると考えられる。

### 6.3.6 まとめ

CBT では、病的体験を抱えつつもそこから距離をもつスキルを身につけることが再発の予防に役立っているという知見がある。デイケア利用者には、幻覚や妄想を抱えながら日常を過ごされている方が多い。そこで本研究では、「二重見当識」という概念をメタ認知の視点から捉えなおし、従来から行われている治療的方法と CBT などの理論化・体系化された統合的な心理療法を意識することで、日常のデイケア実践になんらかの方向性が示され役立つのではないかと考えた。その場合、メタ認知構造を考慮した治療構造モデルが役立つと考えられた。また、Moritz & Woodward (2007) は、統合失調症のメタ認知機能の向上を目指したメタ認知訓練 (Metacognitive training in schizophrenia:MCT) を開発しエビデンスを集めている。本研究のように、日常的にメタ認知をモニタリングとコントロールとしてとらえる視点がスタッフに意識できれば、今後、MCT のような具体的なプログラムを実施するうえでも大いに役立つものと考えられる。

## 6.4 本章のまとめと考察

本章では、研究3の結果より CBT におけるメタ認知を意識した認知変容過程の仮説モデル (図 5-8) が臨床現場において個々の事例に有用であるかの検証を試みた。

第1節では、患者個人への適応として統合失調症患者の事例を報告した (研究6)。報告により、患者との関わりの中で幻聴や妄想、病職の欠如などがあっても、幻聴や妄想の内容そのものを認知の歪みとして主には扱わず、そのような思考から距離を置くスキルの獲得を目指し介入する方法が、ひとつの統合失調症患者への新たなアプローチと成り得ることを示した。この場合、治療的介入については、CBT が効果的に行われた場合の構造モデル (図 5-8) を念頭に介入することが有効ではないかと考察された。本事例のように幻聴を主として訴えるような統合失調症患者の場合、幻聴の内容を扱い、認知の修正を目的として心理療法を行うよりも、心理教育を行い、客観的に起こっていることや有効な対処法といったことを話題にして、メタレベルでの認知の変容を意識したかわりが重要と考えられる。最初は病的な症状による認知の歪みなどがあっても、そこから距離を置くスキルを獲得することで、適応的に生活を送ることが可能となり、メタ認知を考慮した治療構造モデルの有効性を支持する事例であった。

第2節では、統合失調症と共に、いわゆる精神病と呼ばれる内因性の重い症状を持つ双極性障害の事例を報告した (研究7)。この事例を通じて、患者本人にも心理面接者にも対処が困難な病相の変化に対して、メタ認知の視点から検討した。治療過程では、メタ認知構造を意識した認知変容過程モデルを用い、さらに妻の協力を得て治療チームを形成し、適切なモニタリングとコントロールを意識することが、他の有効な精神療法と同様に双極

性障害へのアプローチであると考えられた。またこのことは、認知的側面に他者の力を借りながら適応を目指すという治療モデルの有用性を示すものであり、研究6と同様に自らで制御が困難な精神病患者への個別アプローチとして重要な視点であると考えられた。

第3節では、メタ認知を考慮した治療構造モデルを集団精神療法に用いることの有効性について、精神科デイケアでの実践と基礎的な研究論文から考察を加えた（研究8）。

研究8の目的は精神科デイケアでの実践活動を、従来からある「二重見当識」の概念を、メタ認知を考慮した治療構造モデルを用いて認知行動学的に再考することであった。統合失調症患者の機能障害をメタ認知の重要な機能であるモニタリングとコントロールとしてとらえなおし、回復過程におけるスタッフの治療的かかわり方に関して考察を加えた。本研究によりメタ認知を意識したモデルでCBT的な関わりが行い易くなるだけでなく、日々のデイケア実践における利用者とのかかわり方に、これはモニタリングを意識したかかわりなのか、それともコントロールを意識したかかわりなのかなど、有意義な視点を提示するものであると考えられた。

以上、本章第1，2，3節より、メタ認知を考慮した治療構造モデルは、エビデンスのある疾患はもとより、精神病圏の治療の困難な事例に対する、個人的・集団的心理療法においても介入法に何らかの示唆を与えられる役立つ治療的モデルであると考えられる。

## 第7章 コ・メディカルスタッフ（治療援助者）への応用

本章では、第7章1節においてメタ認知を考慮した治療構造モデルが精神科臨床に携わっているスタッフに役立つと評価される水準のものなのか検証していく（研究9）。精神科治療は医師を筆頭に、チームで行われるものであり、メタ認知を考慮した治療モデルが臨床場面で個々のスタッフに役立つと認識されることが重要と考えられるからである。第2節では、本章のまとめと考察を行う。

### 7.1 メタ認知構造を意識した認知行動療法研修の試み ～メタ認知モデルは、スタッフに受け入れられるのか？臨床現場での評価とその可能性～（研究9）（渡辺，2013a）

#### 7.1.1 要約

これまでの各章において、従来治療困難と考えられていた患者に対しても、CBTの治療的構造を考慮しメタ認知構造を意識することが治療に役立つ可能性を示してきた。しかし、精神科治療は医師を筆頭にコ・メディカルも含めたチームで行われるものである。そこで、メタ認知を考慮した治療モデルが精神科臨床に携わっているスタッフに役立つと評価される水準のものなのか検証する必要があると考えられた。そこで精神科メディカルスタッフがCBTの大きな枠組みの中で、メタ認知をモニタリングとコントロールとして捉え、患者を捉え直す（異なった視点から理解し直す）ことが治療に役立つと受け入れられるのか調査することを目的とした。結果は、精神障害の理解には認知理論が有用だと考えるスタッフが多く、またメタ認知をモニタリングとコントロール機能として捉えることが、うつ病や統合失調症などの精神病理を理解することにつながり、今後の臨床にも役立つとの評価であった。幻聴や妄想の形成過程のモデルの一つとしても、認知理論を用いることは、病状の理解にも役立つ、スタッフのかかわり方にも影響を与えると考えられ有効性の高いモデルであると考えられた。

キーワード：コ・メディカルスタッフ，メタ認知構造を考慮した治療モデル，CBT

### 7.1.2 問題と目的

新世代の CBT の流れには、「認知機能の重視」や「マインドフルネス」などの介入要素の存在という共通の特徴がある。認知の機能やマインドフルネスを考える時には、認知の階層性を考慮しなければならず、その場合メタ認知を考慮した治療モデルが役立つと考えられる。筆者は（研究 3）より、認知療法が上手くいった事例報告からメタ認知を考慮した治療モデルを導き出し、統合失調症患者では、幻聴や妄想など、認知の歪みを直接扱うのではなく、メタ認知構造を意識してかかわる方法について考察している（研究 6）。また精神科デイケアを利用する診断名の異なる患者を対象とし、病識や二重見当識の捉え方を再考しながら、メタ認知を考慮した治療モデルの有用性についても考察している（研究 8）。これらの研究により、従来治療困難と考えられていた患者に対し、CBT の治療的構造を考慮しメタ認知構造を意識することが治療に役立つ可能性が示されている。しかし、精神科治療は医師を筆頭にコ・メディカルも含めたチームで行われるものである。そこで、メタ認知を考慮した治療構造モデルが精神科臨床に携わっているスタッフに役立つと評価される水準のものなのか検証する必要があると考えられた。そこで精神科メディカルスタッフが CBT の大きな枠組みの中で、メタ認知をモニタリングとコントロールとして捉え、患者を捉え直す（異なった視点から理解し直す）ことが治療に役立つと考えるのか調査することを目的とした。

### 7.1.3 方法

(1) 筆者が勤務する精神科病院で行われる院内研修「CBT についての知識を深める」に参加した精神科医療スタッフ 36 名に研修受講後、アンケート調査を行った。内わけは、医師 2 名、看護師 26 名、薬剤師 1 名、作業療法士 2 名、精神科ソーシャルワーカー 1 名、心理士 1 名、計 33 名より回答を得た（回収率 91.7%）。分析処理上、未記入のあった 1 名を除外し、32 名を分析対象とした（有効回答率 88.9%）。なお、アンケートの回収について、情報は匿名で処理され個人が問題となることは一切無いことを明記し、回答を持って同意とみなした。

(2) アンケート調査内容について

- ①医師、看護師、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、心理士、の中から自身の職種を選択。
- ②Q.1 今回の研修により CBT には、認知（情報処理）理論と行動（学習）理論があることが理解できましたか？との質問に対し、1. 理解できた 2. まあ理解できた 3. あまり理解できなかった 4. 理解できない、の 4 件法で回答を得た。
- ③Q.2 今回の研修により精神障害の理解には、認知（情報処理）理論が有用だと思



- いましたか?との質問に対し、1. 思う～4. 思わない、の4件法で回答を得た。
- ④Q.3 メタ認知をモニタリングとコントロール機能として捉えることが、うつ病や統合失調症などの精神病理を理解することにつながると思いませんか?との質問に対し、1. 思う～4. 思わない、の4件法で回答を得た。
- ⑤Q.4 今回の研修で学んだことは、実際の臨床に役立ちそうですか?との質問に対し、1. 役立つ～4. 役立たない、の4件法で回答を得た。
- ⑥具体的なお意見がある場合は、裏面など、空白部分に記入してください。  
(何かコメントがあると、すごく助かります) と回答を求めた。

#### 7.1.4 研修の流れと内容について

研修の内容は、筆者が独自に作成したものである。認知理論に注目し、情報がどのように個人内で処理されてゆくのか、認知療法のABC理論を中心とした考え方をを用いている。また、最新のCBTの位置づけや新世代の認知/行動療法の流れも解説した上で、認知理論に軸を置いた流れとなっている(図7-1)。

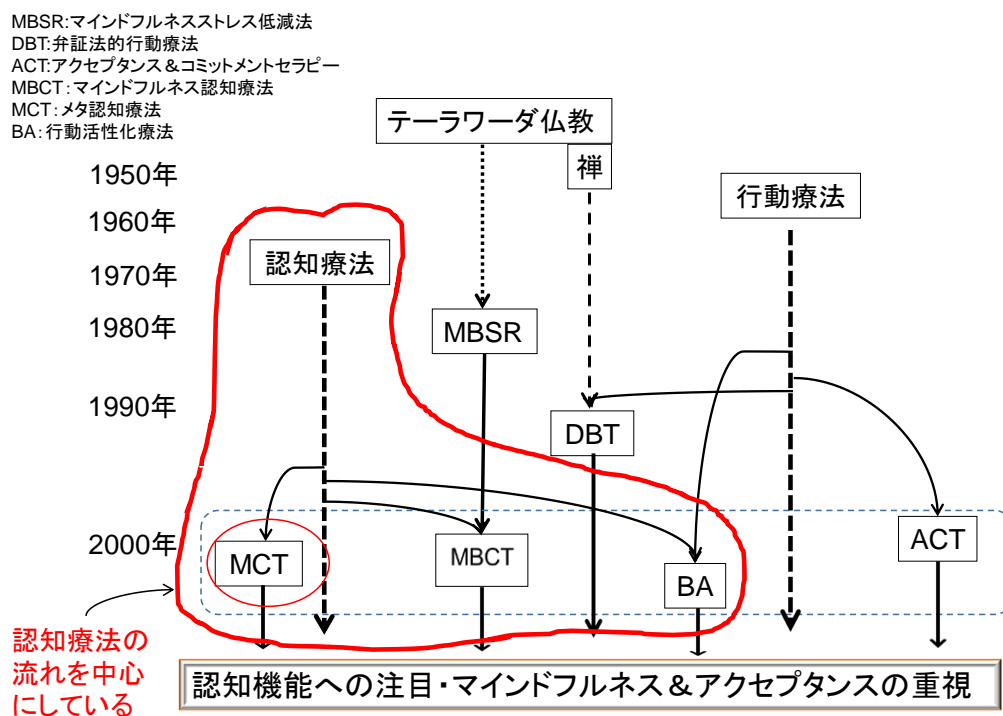


図7-1 新世代の認知/行動療法の位置づけ (熊野, 2012,p.60)

次に、精神科病院での対象患者は、統合失調症が中心となるので、Moritz と Woodward (2007) の MCT を参考とし、内容は幻覚・妄想の認知機能障害のモデルを示した。その中で、神経認知機能の障害として、研究 8 で扱った感覚予測の機能障害の例をあげて、感覚異常体験の説明を加えた。その上で、推論の異常と確信バイアスの存在を解説している。このメカニズムを理解した上で、メタ認知構造を意識した関わりが、治療上有効と考えられることを論じていく研修内容となっている (図 7-2)。

幻覚・妄想への理解(一つのモデルとして)  
陽性症状の認知モデル(情報処理モデル)

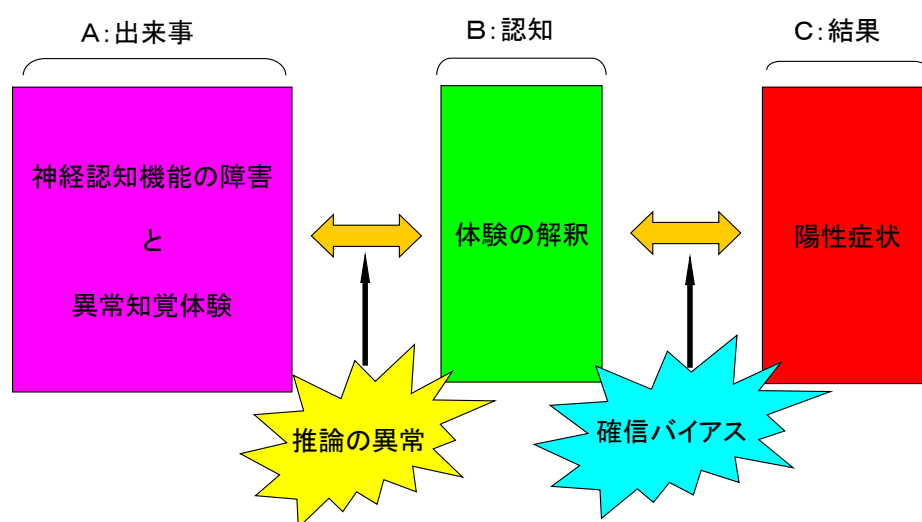


図7-2 統合失調症の認知機能障害(菊池, 2010を改変)

注：推論の異常と確信バイアスについて

統合失調症の陽性症状は、神経認知機能の障害や異常知覚体験が引き金となり、異常な知覚体験から「自分には特殊な能力(テレパシー)がある」などの推論の異常となり、そこに体験の解釈が成され、「自分は神の生まれ変わりだ」などの結論の飛躍が生じ、そこに確信バイアスが加わって(二次)妄想、「絶対に間違いない。そうなのである」が形成されるというモデルである。この治療モデルでは、推論の異常や確信バイアスに介入することが重要と考えている。

実際の院内研修で使用した配布資料の一部(資料1)を以下に記す。

資料1 (注：資料は、縦に読み進むようになっている。)

## 認知行動療法の実際

・認知行動療法って効果があるの？

効果研究は多数の論文で発表されています。  
 集団認知行動療法などを復職支援に用いているところも増えてきました。

軽いうつ病や不安障害などは効果が高そう。  
 近年では、最もエビデンスのある精神療法といわれている。

1

## 認知の歪みがあっても・・・

認知の歪みと抑うつとの関係を調べてみると、認知の歪みがあっても、抑うつにならない人々が多数存在することが明らかになった(渡辺、2001)。

認知の歪みがあっても、適応的に生活できる。

でも、なんでだろう？

5

## 認知(情報処理)理論に注目

認知行動療法といっても、行動療法に認知療法が含まれると考える研究者や、いやいや、認知療法は独立した精神療法であるとする研究者、どちらも尊重しながら利用する認知/行動療法という表記の仕方、あまりよく考えなくても良いじゃない？統合的に考えようという認知行動療法という考え方、表記の仕方があります。本日は、情報処理理論を中心とした認知療法の考え方から論じていきたいと思います。

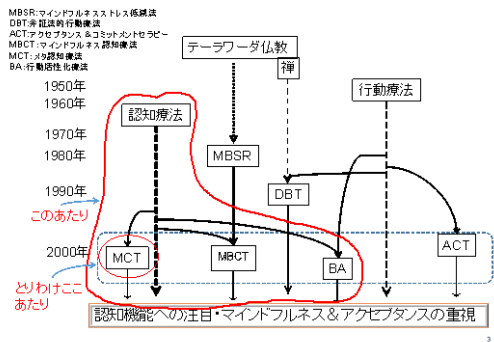
2

## 否定的な思考から距離をとる

認知行動療法の効果追跡研究で、認知の修正自体は、難しい人が多い(特に重篤な人)ことが明らかになっている。しかし、予後が良かった人は、認知の修正よりも、そのような思考から距離を取れるスキル、巻き込まれないでいられるスキルを身につけている人が多いことがわかった。実際に、あなたは変わりなさい、考え方を変えなさいといわれてもなかなか変えることは難しいですね。

6

## 新世代の認知/行動療法の位置づけ



3

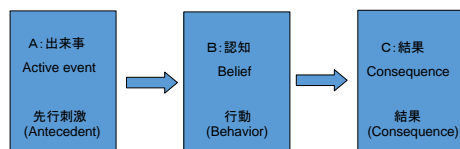
## 階層構造、メタ認知を考える

我々には、自分の考えや状況を客観的に眺めたり、判断したり、行動したりする機能が備わっている。それがメタ認知である。  
 メタ認知には、モニタリングとコントロールの大きく分けて2つの機能があると考えられている。病的な人々は、なんらかの原因でこの機能が上手く働かなくなっていると考えられる。

7

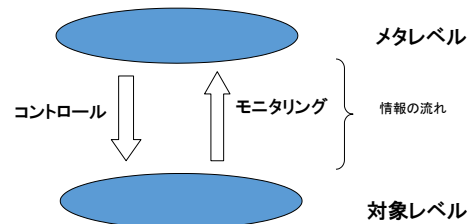
## 認知変容の階層性について

ABCモデル(認知モデル)  
 認知の歪みが、抑うつなどの結果を生じさせる



4

## メタ認知の構造



8

## うつ病の方の場合

否定的な認知を変容させるのではなく、そのような自分や状況を眺めて距離や間をとり、的確な評価を加えて判断し、より適応的な行動(スキル)を身につけていくことが治療の目的となる。認知の歪みがあってもいいじゃないかという一つの治療モデルである。

モニタリング(問題重視)  
コントロール(解決重視)

もともと、うつ病の人は自身のことをモニターすることが苦手である。それは扁桃体や前頭前野の機能障害とも関連していると考えられている。

最近では、マインドフルネスという言葉が使われてきている。

9

## 感覚予測の障害

代表的な実験として「こちょこちょ」の実験がある。自分で「こちょこちょ」した時は、他人に「こちょこちょ」された時よりもこちょこちょくない。

これは、何故か。これは、自身の脳からの運動命令が、感覚予測(順モデル)によって計算され、感覚からあらかじめ差し引かれる(減衰)からと考えられている。統合失調症の患者は、自分で「こちょこちょ」してもこちょこちょいことがfMRIを用いた実験で明らかになっている。

ということは……。

13

## 認知の歪みがあっても 良いじゃないかモデル

思考などの認知の歪みがあっても、適応的に日常生活を過ごすことを目指すモデル。

幻覚や妄想があっても過ごせるモデル？  
統合失調症の治療モデルの一つとなりえるのではないか。

10

## 幻聴と作為体験

統合失調症の患者は、自分の行動と他者からの行動の区別がつきにくい。

・Sense of ownership

「動いているのは自分の手だという感覚」

・Sense of agency

「その手を動かしているのは自分だという感覚」

自分で自分の手を動かす

ownership ○ agency ○

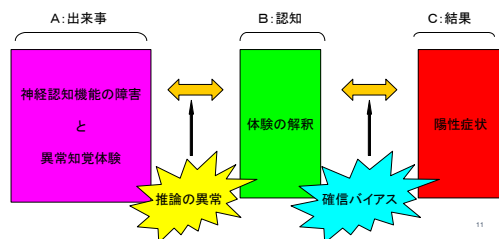
他人に自分の手が動かされる

ownership ○ agency ×

14

## 統合失調症の認知機能障害

幻覚・妄想への理解(一つのモデルとして)  
陽性症状の認知モデル(情報処理モデル)



11

## 幻覚や作為体験

統合失調症の幻覚や作為体験は、実際には、患者自身が、話したり、考えたりしているのだが、それが感覚予測の障害によって、外(他人)から聞こえてきたり、命令されたと感じたり、コントロールされていると感じたりするのではないかと考えられている。

このようなメカニズムで異常体験があると考えられている。

例: 調子の悪い患者さんが、一人で「しばいたるか」「だれや、だれが、しばいたるか?」と言っている。

15

## 認知機能障害と異常知覚体験

認知科学的実験で確かめられている障害に、感覚予測の障害というものがある。

大雑把に言えば、視覚を代表とする感覚器からの情報を処理する脳の機能には、予測系(大細胞系?)と分析系(小細胞系?)があるとされる。

この予測系に統合失調症の患者は障害があるとされている。

12

## 異常体験は理解できたが

「奇想天外」な妄想の説明にはなっていない。

そこには、体験を解釈する時に、推論の異常がかかり、その後に、その解釈を確信にかえてしまう、確証バイアスが働いていると考えられている。

16

## 推論の異常と確信度

統合失調症などの妄想に関して、話を聞いたり、質問したりしていると気づくことがある。

彼らは、「奇想天外」な内容でもそれらは正しいこととして確信している。しかし、その内容について詳細に尋ねていくと、もごもご、ごまごまごによつて話題・内容をすりかえるなどして妄想を正しいものとして譲らない態度にでる。これらの反応は、**確信はしているのだが、その確信度は低い**ことを表している。

17

## モニタリング機能の失調

統合失調症に関する認知科学的アプローチから考えると、患者はモニタリング機能の失調により正確な判断ができなくなっていると言える。この**モニタリング機能の失調を補う**ことができれば、適応的な判断ができ、その評価により適した行動評価(コントロール)に繋がると考えられる。

21

## 不十分な情報収集と確信バイアス

統合失調症患者は、実際には間違っている反応を正しいと確信してしまう。間違った知識と正しい知識の区別が出来ないことは研究で明らかになっている。その原因はなにか？統合失調症の患者が間違った反応を正しいと信じてしまうのは、**断片的で部分的な情報**でも、その反応を受け入れるのに十分な証拠だと受け取ってしまい、**十分な情報収集をしない**ままに情報収集をやめてしまうからと考えられている。

例：床になにかが落ちていた。⇒誰かが、窓から侵入したに違いない。

18

## 統合失調症の人は・・・

一度確信したことを訂正するのが困難。  
(保続という病的反応もある)

そもそも文脈を読み取ることが難しいという側面もある。

22

## 不十分な情報収集

情報が不十分のまま確信してしまう・・・。

実際には、間違っていたとしても、それを確信してしまう。また、逆に正しいことであっても、早期に情報収集をやめてしまうので確信度は低いままでになってしまう。

つまり、モニタリング解像度が低い。  
(自分の判断、行為がもやっとしてしまう?)



19

## 従来からある考え方

統合失調症患者との治療的関係には、従来から「病識の獲得」「二重見当識」「補助自我的かわり」などがキーワードとなってきた経緯がある。しかし、どの言葉も明確にはなっていない曖昧さを隠さないものである。

そこで、これらの概念をメタ認知構造を意識して再考してみることが臨床場面で有益であると考えられる。

23

## 統合失調症の人は・・・

少ない情報で、結論を導きやすい。  
(短絡的に)導きだしてしまう。

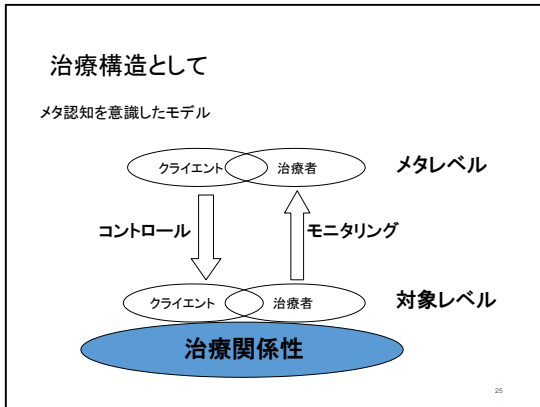
20

## メタ認知を考慮した治療構造

渡辺(2012)は、認知療法が上手くいった症例から、その治療要因を探りだし、共通の治療構造を考え出し、モデル化した。

そうすると、メタ認知機能である**モニタリング**と**コントロール**、そして**治療関係性**の3つが重要であるとしている。

24



### 解決思考(コントロール重視)

問題(原因)は、明らかになっても、解決することが出来ないことが多い。幻聴や妄想、認知の歪みなどもそうである。簡単に修正できない。そこで、そのような問題や思考に巻き込まれず、対処法に焦点をあてて「解決(適応)」に目を向けて、そのためスキルを身につけるようにしていく。

このあたりは、SSTに通じる考え方ですね。

28

### かかわり方を意識する

統合失調症患者が誤った判断をしてしまうのは、十分な情報収集もせず、断片的で部分的な情報を確信してしまうからである。そこで、普段から関わるスタッフは、患者の話に耳を傾け、起きている事実を客観的に伝えることが有用であると考えられる。情報の不足している部分は補い、断片的な情報には、連続した情報となるように順序立てて論理的に意見を述べることである。

26

### 今後の展開として

認知機能の回復(認知矯正法、脳トレのようなもの)だけでは、必ずしも患者の日常生活レベルを上げないことがわかっていて、生物・心理だけではなく、社会的背景も考慮した機能回復が望まれる。そこでメタ認知トレーニング(MCT)が開発されている。日常生活を意識し、ノーマライジングから論理的にトレーニングを繰り返す構造化された方法である。

注)ここでのMCTは、メタ認知療法のMCTとは別物です。

29

### 問題思考(モニタリング重視)

じっくりと、何が今、問題となっているのか、自分がどう捉えているのかを重要視し、自らの「気づき」が重要となる。ソクラテス式質問法などにより自己理解を促したり、心理教育などをもちて、自身のこと、病気のことなどに対する理解を深めていく。

27

### コメディカルが意識する

日常的に精神科の患者と関わるスタッフが、認知機能障害をメタ認知機能の障害として捉え、モニタリングとコントロールを重視して捉える視点がスタッフに意識されれば、今後MCTのような具体的なプログラムを実施する上でも役立つと考えられる。

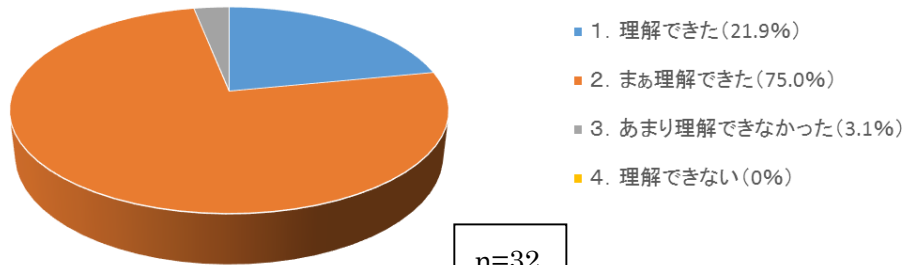
今後は、メタ認知の変容が精神疾患には重要となることを意識して患者にかかわることが有用と思われる。何かのお役に立つことがあるかもしれない。

30

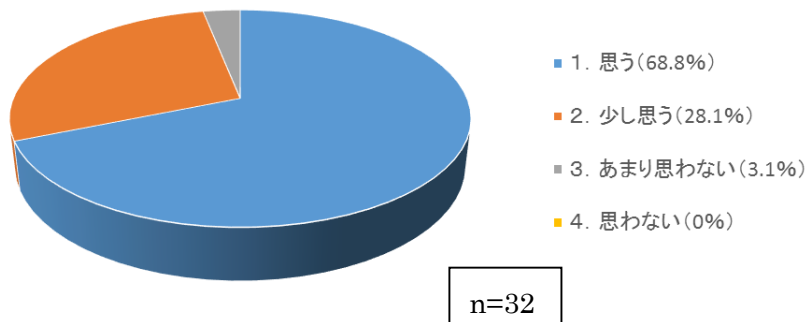
## 7.1.5 結果

結果を下記(図 7-3)に示す。また、具体的な意見としての自由記述には、「統合失調症の陽性症状の理解にもつながりました」、「実践に結びつけるのは難しそう。実践を見学したい」、「年間を通して研修会を開いてほしい」、「総論ではわかるのだが、各論となると対処療法的で…」などが回答された。

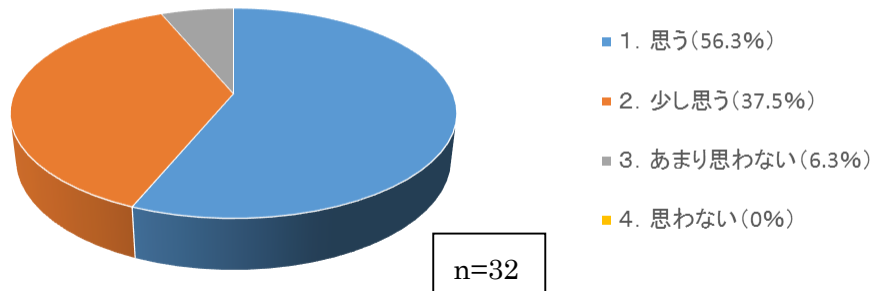
Q.1 認知行動療法には、認知(情報処理)理論と行動(学習)理論があることが理解できましたか？



Q.2 精神障害の理解には、認知(情報処理)理論が有用だと思いましたか？



Q.3 メタ認知をモニタリングとコントロール機能として捉えることが、うつ病や統合失調症などの精神病理を理解することにつながると感じますか？



Q.4 研修で学んだことは、実際の臨床で役立ちそうですか？

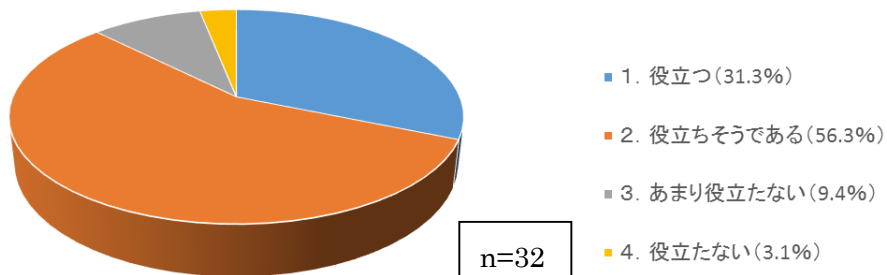


図 7-3 精神科医療スタッフへのアンケート結果

## 7.1.6 考察

### (1) 精神障害に対する理解を認知理論から深める

図 7-3 Q.1 の結果より、CBT には認知理論と行動理論があることを理解するのは、比較的容易であると考えられる（1. 理解できた 21.9%， 2. まあ理解できた 75.0%）。次に、Q.2 の結果より精神障害の理解には認知理論が有用だと考えるスタッフが多いことが明らかになった（1. 思う 68.8%， 2. 少し思う 28.1%）。そこで 32 人中 31 人（合計 96.9%）の人が何らかの理由で認知理論が有用だと判断したことについて考えてみたい。このことは、日常的に精神科の患者と関わっているスタッフが、病的症状とはわかっているが、なぜそのような行動を取るのか理解しきれていない部分があり、その部分の説明を認知理論が補えることを示していると考えられる。

CBT の認知モデルは、抑うつや不安という症状に先行する要因として、認知が重要であることを分りやすくスタッフに説明することを可能にする。同様に、統合失調症の症状理解にも役立つと考えられる。統合失調症の陽性症状に、妄想という症状がある。スタッフは妄想という症状は理解しているのだが、なぜ患者がこのように共感できない行動や思考、結論に至るのか理解できないところが存在している。そこに本研究のような研修会で認知理論からの説明を行なうと、まず器質的・生物学的な神経認知機能の障害と異常知覚体験があり、その体験をどの様に解釈するのかが第一の問題点であること、つまり、推論の異常が関与していることが理解できる。例えば、幻聴や正体不明の声、幻声が発生した場合に、その音や声をどの様に体験し、解釈するのかという過程である。次に、その誤った体験の解釈に、不十分な情報収集と確信バイアスがかかってしまうことが第二の問題点であることが理解できる。誤った体験の解釈は例えば、「他の人には聞こえない天からの声は自分には聴こえる。だから私は、キリストの生まれ代わりだ」という認知の歪みを、検証もせず疑わず確信してしまい、その結果として修正できずに、他者が共感できない、不適応な結論へと飛躍することが理解できるのである。つまり、行動の異常としての理解に加え、認知的なモデルからの説明も加えることが、スタッフの精神障害に対する理解を更に深めることに繋がると考えられる。アンケートの自由記述欄に「統合失調症の陽性症状の理解にも繋がりました」との回答もあり、今回の研修は、認知行動的なモデルの視点からスタッフの精神障害に対する理解を促進させるものであると考えられた。

### (2) スタッフのより実践的な認知行動的介入や治療的関わりを促進する

図 7-3 Q.3 の結果よりメタ認知をモニタリングとコントロール機能として捉えることが、うつ病や統合失調症などの精神病理を理解することに繋がると考えるスタッフが多いことが明らかになった（1. 思う 56.3%， 2. 少し思う 37.5%）。日常的に精神科患者と関わる



スタッフにとって、認知機能障害をメタ認知機能の障害として捉える視点が、患者とのかわりに有用であると考えられる。うつ病や統合失調症などの患者が抱える認知機能障害をモニタリング機能の失調と捉え、そのモニタリング機能の失調が適応的な評価・判断を困難にさせ、その結果、不適応な対処行動、コントロール不全に繋がると理解するのである。この理解の上で、患者のモニタリング機能自体の回復や他者によるモニタリング機能の補助が治療的介入となる。また、患者のモニタリング機能の回復のみに焦点をあてるのではなく、他者によって補われたモニタリング機能により適応的な行動の選択をするというコントロールに焦点をあてた介入も理解可能となる。このような理解をもとに、モニタリングを重視した介入か、コントロールを重視した介入かをスタッフが意識して関わる事が日々の臨床に役立つと考えられる（研究8）。

また、マインドフルネスや自身の思考から距離を置くという第三世代の CBT を理解するのにも役立つと考えられる。スタッフは、認知モデルにより認知の修正が可能な場合は、認知の修正に焦点をあてた介入が治療的に働くことを比較的容易に理解できる。その上で、現場のスタッフは認知の修正が困難な場合があることも直感的に理解できる様であった。その場合は認知の歪みがあっても、認知の修正に焦点を当てるのではなく、その否定的な思考から距離を置くことが一つの治療モデルとなることも受け入れやすい様子であった。この自身の否定的な思考から距離を置く治療モデルは、メタ認知をモニタリングとコントロールとして理解することで分りやすく説明可能になると考えられた。モニタリング機能とは、評価・判断する機能なので、何も評価せずに、ただ眺めるだけというのは、モニタリング機能の働きであるし、その結果、最終的には何の行動も取らないというコントロールにも繋がる。

最後に、Q.4の結果より、今回の研修会で学んだことは、実際の臨床に役立ちそうと考えるスタッフが多いことが明らかになった（1. 役立つ 31.3%, 2. 役立ちそうである 56.3%）。今回のアンケート調査で注目したいのは、Q.2の結果である。精神障害の理解には、認知理論が有用であると多数のスタッフが評価している点である。臨床の現場で働くスタッフにとって患者の病状理解には、認知理論が有用であると考えられる。その理解を促すような今回の研修内容は、より実践的で有用であると結論づけることができる。

### (3) 今後の発展性について

本研究により、日常的に精神科患者と関わるスタッフが、認知理論を学ぶことは有用であると考えられた。認知機能障害をメタ認知機能の障害として理解し、患者にかかわることが有用とも考えられた。また、幻聴や妄想の形成過程のモデルの一つとして、認知理論を用いることは、病状の理解にも役立ち、スタッフのかかわり方にも影響を与えると考えられる。その実践的なモデルとして、本研究のメタ認知を考慮した治療構造モデルが有効である。

また、医療スタッフは、医学教育を受けてきたものばかりである。今回の研修内容も、生理的な反応を意識した実験心理学からの知見を含んでいる。今日の脳科学では、メタ認知機能である思考・記憶・判断・意思決定には、前頭連合野が関係していることは間違いないとされている (e.g.坂井・久光, 2014)。前頭連合野は、ワーキングメモリー作業で活性化することが明らかになっており、その作業時に、神経回路で調整機能を果たしているのが、ドパミン、セロトニン、ノルアドレナリンなどの各種神経伝達物質である。これらの神経伝達物質は、抗精神病薬として重要な働きをしている (e.g.福田, 2008)。うつ病では扁桃核の活動が亢進し、膝下部前部帯状回が活動低下していることがわかっている。前部帯状回のほか、扁桃体、海馬、前頭連合野が萎縮し、容積が減少しているという報告もある (e.g.坂井・久光, 2014)。統合失調症の場合も海馬、扁桃体が萎縮しているとの報告もある (e.g.坂井・久光, 2014)。このような研究は、医療スタッフには、共通認識として共有しやすいと考えられる。今後、本研究の様な研修内容・教材を発展させていくには、認知心理学からの知見はもちろん、脳神経科学などの学際的な研究の成果を更に取り込んでいくことが重要である。

## 7.2 本章のまとめと考察

本章では、メタ認知を考慮した治療構造モデルが精神科臨床に携わっているスタッフに役立つと評価される水準のものなのか検証した。精神科治療は医師を筆頭にコ・メディカルも含めたチームで行われるものであり、メタ認知を考慮した治療モデルが臨床場面で役立つと認識されることが重要と考えられるからである。

これまでの各章において、従来治療困難と考えられていた患者に対しても、CBT の治療的構造を考慮しメタ認知構造を意識することが治療に役立つ可能性を示してきた。加えて、本章では、精神科メディカルスタッフが CBT の大きな枠組みの中で、メタ認知をモニタリングとコントロールとして、患者を捉え直すことが治療に役立つことを示すことが目的であった。結果は、精神障害の理解には認知理論が有用だと考えるスタッフが多く、またメタ認知をモニタリングとコントロール機能として捉えることが、うつ病や統合失調症などの精神病理を理解することにつながり、今後の臨床にも役立つそうとの評価であった。幻聴や妄想の形成過程のモデルの一つとしても、認知理論を用いることは、病状の理解にも役立つ、スタッフのかかわり方にも影響を与えると考えられ有効性の高いモデルであると考えられた。日常的に精神科の患者と関わるスタッフが、認知機能障害をメタ認知機能の障害として理解するためにも、メタ認知を考慮した治療構造モデルは有用であろう。

# 結論

## 第8章 総括的考察

### 8.1 本研究の今日的意義

本論文では、科学的であるとされる認知行動的アプローチを実践するにあたって、メタ認知を考慮した治療構造モデルの有用性が高いことを示してきた。本節では、そのような本研究自体に、今日の医療や心理臨床の現場、および最新の研究の中でどのような意義があるのか考察する。

#### 8.1.1 認知行動療法の発展の流れと今日的課題

CBT とその先駆者である行動療法は、心理社会的な臨床介入に対して、科学的であり、より実証的なアプローチを開発することへその努力がむけられてきた。そのような CBT 研究の歴史について、詳しく論じられた Hayes & Pistorello (2009) の論文を引用しながら、本研究の今日的意義を論じていく。

行動療法は、2つの基本概念から始まった。その基本概念とは、①人びとに提供されるものは、管理された心理学的研究において慎重に検証されるべきであり、②臨床的な方法論は、人間の機能の基本原則に由来する科学原理に基づいているべきである、という2点である。よって、強化や刺激性制御のように、主として動物実験から導き出された行動の基本原理を用いることで発展してきた。しかし、そのような行動の基本原理は、人間の認知や言語の分析に、適切な原理を提供することはできないという流れが生じた。当時の認知に対する基礎的な科学的アプローチは、いずれも不十分であるように思われ、CBT の研究者は、認知理論に基づく臨床的な新しい介入を開発し始めた。

CBT の研究者は、苦痛を経験する者が、確かに通常とは異なる思考パターンを持つことに、すぐに気づいた。歪んだ信念や非機能的な信念が精神病理の原因と考え、適応的な行動変容が生じるには、それらの信念が、行動変容より前に、変容の直接的なターゲットとなる必要があるという概念に移行していった。これらの CBT の方法論は、実証的に効果をもたらしたが、それらの方法論は、様々な認知的および行動的技法を含む大きなパッケージ療法となる傾向があり課題となった。

### 8.1.2 第三世代の認知行動療法の出現

そのような時代の流れの中で、代わりとなるアプローチとして第三世代の CBT が出現してきていると言える。行動分析から得られた興味深い結果に注目した「アクセプタンス&コミットメント・セラピー：ACT」を筆頭に、仏教など東洋的な思想を組み入れた「マインドフルネスストレス低減療法：MBSR」。禅と行動療法の流れを取り入れた「弁証法的行動療法：DBT」。同様に、仏教など東洋的な思想を取り入れた「マインドフルネス認知療法：MBCT」やメタ認知を考慮した「メタ認知療法：MCT」など様々なアプローチが出現している。これらの共通点は、症状が改善した場合の説明として、言語や認知の機能ということに注目していることである。行動療法や認知療法が、今日まで上手く説明できなかった側面を、言語や認知の機能に注目して補おうとしていると考えることができる。

### 8.1.3 本研究の今日的意義

本研究のメタ認知を考慮した治療モデルは、症状が改善していく過程の説明をより容易に行えるための介入方略の一つであり、今日的意義が非常に大きいと考えられる。本研究の治療モデルは CBT を中心とした、心理的介入が効果的であった事例から、その治療因子を考慮して導き出されたモデルである。これらのプロセスと原理は、治療要因のどの部分に介入するかなど、介入方略に直接つながる。また、これはモデルであり、一連の治療技法ではなく、診断横断的なアプローチである。したがって、このアプローチは病院か否かは問わず、また、対象とされるのが苦痛を訴えるクライアントか治療者や援助スタッフか、個人か集団かにかかわらず、このモデルが適応されると思われる場合には適応可能であると考えられる。

また、アクセプタンスやマインドフルネスのような、こころ、自身の思考の中で「距離」を持つことの有効性は、臨床を行う者にとっては自明のことであるのかもしれない。しかし、その効果や価値をただ論じるのではなく、それらをいかに組み込めるモデルを示すかが重要であり、そのモデルを示した本研究の成果と、今後果たす役割など、その意義は大きいと言えよう。

## 8.2 本論文の成果と提言

本節では、本論文の結果から提言を行う。

### 8.2.1 認知変容過程の解明とモデルの生成

本研究の始まりは、CBT の治療モデルである認知モデルの検証から始まった（研究1）。

不合理な信念があっても抑うつになる人とならない人がいる。この違いは、何なのか。どのように説明できるのか、その構造を解明することが研究目的の一つであった。この課題に対して、認知変容過程を明らかにして治療構造モデルを開発して説明することを試みた。治療要因の大きなグループは、「同意」、「モニタリング」、「コントロール」と考えられ、本研究では、メタ認知の概念に従い、対象レベルとメタレベルという階層性を想定し、メタ認知のモデルを組み込んで治療構造モデルを生成した。このモデルにより、対象レベルにある情報に歪みがあっても、メタレベルでのモニタリングやコントロールの機能次第で抑うつになるかならないかが変わってくる、つまり、説明できるのである。また、このモデルであれば、妄想などの修正不能な認知があっても、モニタリングとコントロールの機能次第で適応的な行動が選択できることも検証することができた。当然、従来の認知再構成による治療過程も説明することは可能となっている。

本研究の結果より、本モデルは、対象レベルでの認知の変容やメタレベルでの認知の変容も捉えることができ、診断横断的であり患者・治療者・支援者を問わず臨床上幅広く利用できる治療モデルである。今まで、明らかになっていなかった認知変容過程を解明し、さらに治療モデルへと発展させた意義は大きいと考えられる。

### 8.2.2 統合的心理療法の構造モデルとして ～心理療法の共通要因～

本研究では、診断横断的な治療モデルを開発した。これは、医学的診断名を問わず、効果的であった心理療法過程から導き出したモデルだからである。最終的な治療共通因子は、「同意」と「モニタリング」と「コントロール」と「メタファー」であった。これらの因子は、様々な意味合いを含んでいる。解り易く言えば、同意により治療関係性を構築しながら、詳細にアセスメントを行い、協同で対応法を選択していくということである。また、メタ認知を意識することにより、自分の思考との「距離」の取り方を解り易く解説することが可能となったのだが、この「距離」や「置いて置くこと」という考えは、腕の良い臨床家ならば日常のあらゆる場面で意識しているものである。つまり、本研究で明らかになった内容そのものは当然、当たり前と考えられるものであろう。

しかし、その当然であるがゆえに重要であることを強調したい。それは、心理療法の流派を超えた治療的共通因子を一つの研究として示したという点である。心理療法は、教育的な視点から行われるものである。そこには何らかの学習や気づきがある。それは何らかの認知の変容と言い換えることができよう。つまり、CBTは、認知の変容をその治療モデルに取り入れているが、効果的な心理療法がおこなわれた場合は、CBTであるかの如何にかかわらず、なんらかの認知の変容が起こっている。そのような視点に立てば、認知変容過程を明らかにした本研究の治療構造モデルは、統合的心理療法のモデルとして考えることができる。複雑に多様化してしまった心理療法を、大きな枠組みの治療モデルを想定することで統合していく、このような流れも必要である。そのための一つの研究成果であり、

実践的に様々な可能性を秘めた研究と言える。

### 8.3 今後の課題

本節では、今後の課題について検討する。本論文では、様々な臨床事例を用いてきたが、その事例から導かれる結論のあり方について検討する。次に、思考節約の原理から本研究を検討する。本研究では認知心理学から導かれたメタ認知という概念を用いたが、思考節約の原理からメタ認知という概念を用いないことも検討しなければならないと考えたからである。

#### 8.3.1 調査対象者の問題

本研究では、臨床的研究も含まれているため、各事例による研究も必要であった。研究では、調査対象者が限定され、研究に用いられた対象者、事例が、本当にその代表的な事例と言えるのが問題となる。しかし、この問題は臨床研究を行う上で常に意識されるべき課題である。この問題を克服するためには、臨床的研究を継続していくしかないであろう。臨床心理学は、実践の学問であり、その研究方法は、調査・仮説の生成と実践・検証の連続である（下山・丹野，2001,下山,2000）。研究の継続によって、その精度を上げていくしかないのである。確かに、本研究は、概念的であり各研究が厳密に行われているとは言いがたい。本研究では、仮説に沿った研究を進めているため、一方向性が強く、循環的な研究が十分とは言えない点がある。この問題点は、研究3で用いた質的研究法にも該当する。研究4でサンプルを増やしたとしても、理論的研究として終止してしまうため、やはり一般化する為には、実践的な臨床研究が不可欠と考えられるのである。

また、研究9においても、筆者の勤務する病院における調査のみで結論づけており、調査研究としては不十分であることは否めない。このような点からも、臨床的な研究では、必然的に調査対象者の問題が起こり得ると考えられ、その解決法には、循環的な継続研究の必要性がある。このような面から考えても、本研究の結論には慎重である必要性がある。

#### 8.3.2 思考節約の原理からの問題

本研究では認知心理学から導かれたメタ認知という概念を用いた。心理学が科学的であるならば、思考節約の原理からメタ認知という概念を用いないことも検討しなければならないであろう。メタ認知という複雑で難解な概念を用いないで説明できるのであれば、より単純な概念で説明すべきという原理である。この原理に従えば、現在、メタ認知という概念を用いない心理療法・技法は、多く存在するので、これらの存在を無視するわけにはいかない。本研究で明らかになった認知変容過程には、確かに当初、筆者にはメタ認知と

いう概念はなかった。しかし、メタ認知という概念・構造を考慮することにより理解しやすいと考えられたためにモデルに組み込んだ経緯がある。この問題に関しても、今後の研究課題としたい。ただ、本研究からも、筆者の臨床実践からも、メタ認知を用いたモデルは有効であると考えられる。臨床実践は、患者、利用者には有益でなければならない。そのように考えれば、メタ認知を仮定したモデルの有効性を検証していくことが、この問題の解決法なのかもしれない。この問題に関しても、臨床心理学的研究として、仮説とその検証を調査と実践で循環的に行い続けることが必要なのであろう。

## 8.4 今後の展望

本節では、メタ認知構造を考慮した心理療法の視点から今後の展望について検討する。メタ認知構造を考慮することによって、現代の心理療法の実践にどのような貢献が可能なのか検討する。

### 8.4.1 今後の展望

本研究は、心理療法における治療共通要因の視点から研究を行っている。よって心理療法の統合や折衷という視点から行われる研究に何らかの貢献が期待できるであろう。本モデルが、他の心理療法や心理的技法とどのような関係を持つのか、検証していくことが望まれる。本研究の中心となる、メタ認知構造を意識した治療モデルは、腕の良い臨床家ならば、すでに知っている内容、臨床の知を新たに理論化、検討したものであろう。また、マクロなモデルであるので、診断横断的アプローチを示すことができ活用領域が広いことが今後の研究への期待につながると言えよう。

まず、第一に、現代の CBT との親和性が高いことがその根拠となる。アクセプタンスやマインドフルネスなどの概念を、メタ認知構造を用いることで捉えやすくなっている。また、ACT のように、第一世代の行動療法や、第二世代の CBT を否定せずに、補う形で包括的に扱えることも利点として働くであろう。第三世代の CBT と関連しながら統合的心理療法に関する研究の発展に貢献できると考えられる。

また、マインドフルネスなどの思考は、先述の ACT などとともに、疼痛コントロールにも応用可能である（酒井ら、2009）。従来、糖尿病患者への CBT などから、疼痛の領域を視野に入れれば、がん緩和や腰痛の医療領域にも介入することができる。他の研究領域との関連や組み合わせを考慮するためには、技法などの細かな、ミクロなアプローチではなく、ある程度、抽象的なマクロな介入を意識した方が有効であり、研修や教材の開発にも有用であろう。そのような視点からも、本研究の発展は期待されるところが大きい。

以上、今後さらなる発展が望まれる領域などを、希望や期待を込めて論じたが、本研究は、概念的であり、モデル研究であるので、実際にはより個別アプローチが必要となるこ



とも検討していかなければならない。したがって、臨床心理学的研究として実践性と科学性を高めるためには、循環的に研究成果を統合していく研究手法に基づき、さらなる研究を重ねていくことが必須であり、自らも精進していきたい。

# 文献

- 安部真美子・井田政則（2010）.成人用メタ認知尺度の作成の試み—Metacognitive Awareness Inventoryを用いて—, 立正大学心理学研究年報, 創刊号, 23-34.
- Abramowitz,J.S.,Huppert,J.D.,Cohen,A.B.,Tolin,D.F.,& Cahill,S.P.(2002). Religious obsessions and compulsion in a nonclinical sample: The Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS). *Behaviour Research and Therapy*, **40**, 825-838.
- Abramson, L.Y., Alloy, L.B. & Metalsky, G.I. (1988). The cognitive diathesis-stress theories of depression. In L.B.Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression*. New York: Guilford Press.Pp. 3-30.
- American Psychiatric Association. (2004). Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Schizophrenia, second edition. American Psychiatric Publishing, Incorporated, Washington, D.C.
- American Psychiatric Association.(2013).Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5.日本精神神経学会監修（2014）DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き, 医学書院.
- 有村達之（2013）. 新世代認知行動療法のエビデンス, 認知療法研究, **6**(1), 2-8.
- 東齊彰（2003）. 認知療法における治療関係の取り扱いについて. 井上和臣(編) 認知療法ケースブック. 星和書店, 92-98.
- 東齊彰（2011）. 認知療法の実践, 岩崎学術出版社.
- Barber,J.P.,& DeRubeis,R.J.(1989). On Second thought: Where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, **13**, 441-457.
- Barker.P. (1985).Using Metaphors in Psychotherapy. New York:Brunner/Mazel.堀 恵, 石川元訳（1996）精神療法におけるメタファー. 金剛出版, 21-22.
- Barlow.D.H.,Farchione.T.H.,Fairholme.C.P.,Elland.K.K.,Boisseau.C.L.,Allen.L.B.,Ehrenreich-May.J.T.(2011). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. 堀越勝, 伊藤正哉(訳)（2012）不安とうつの統一プロトコル—診断を超えた認知行動療法, ワークブック, 診断と治療社.
- Beck, A. T. (1967). Depression: Cause and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck,A.T,Rush.,A.J,Shaw,B.F.,& Emery,G.(1979). Cognitive therapy of depression. New York :Guilford Press.坂野雄二監訳(1992). うつ病の認知療法, 岩崎学術出版者.
- Blakemore,S.J.,Wolpert.D.M,and Frith.C.D.(1998).Central cancellation of self-produced tickle sensation. *Nature Neuroscience*,**1**, 635-640.
- Bleuler,E.(1985).LehrbuchderPsychiatrie,15.Aufl.,S.434,Springer-Verlag,Berlin-Heidelberg-New York.
- Brown,T.A.,Chorpita,B.F.,& Barlow,D.H.(1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative

- affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, **107**, 179-192.
- Burns, D. D., Spangler, D. L. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy? *Behavior Therapy* **32**, 337-369.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage. 抱井尚子・末田清子監訳(2008)グラウンデッド・セオリーの構築, ナカニシヤ出版.
- Clark, D. A. (Ed.) (2005). *Intrusive thought in clinical disorders: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford. 丹野義彦・杉浦義典・小堀修・山崎修道・高瀬千尋 (訳) (2006) 侵入思考—雑念はどのように病理へと発展するのか, 星和書店.
- Clark, D. A., & Rhyno, S. (2005). Unwanted intrusive thoughts in nonclinical individuals: Implications for clinical disorders. In D. A. Clark (Ed.) *Intrusive thought in clinical disorders: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford. Pp. 1-29. 杉浦義典訳 (2006) 健常者にみられる侵入思考: 臨床障害との関連性 丹野義彦監訳 (2006) 侵入思考—雑念はどのように病理へと発展するのか, 星和書店.
- Coles, M. E., Radomsky, A. S., & Horng, B. (2006). Exploring the boundaries of memory distrust from repeated checking: Increasing external validity and examining thresholds. *Behaviour Research and Therapy*, **44**, 995-1006.
- Cox, B. J., Enns, M. W., Borger, S. C., & Parker, J. D. A. (1999). The nature of the depressive experience in analogue and clinically depressed samples. *Behaviour Research and Therapy*, **37**, 15-24.
- Danion, J. M., Gokalsing, E., Robert, P., Massin-Krauss, M., & Bacon, E. (2001). Defective relationship between subjective experience and behavior in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, **158**, 2064-2066.
- Dobson, K. S., Khatri, N. (2000). Looking backward, looking forward. *Journal of Clinical Psychology* **56**, 907-923.
- Dryden, W. & Rentoul, R. (1991). *A cognitive-behavioral approach*, Routledge, London. 丹野義彦監訳 (1996) . 認知臨床心理学入門 「認知行動アプローチの実践的理解のために」 東京大学出版会.
- Duval, S. & Wicklund, R. A. (1972). *A theory of self-awareness*. New York: Academic Press. 遠藤由美 (1992). 自己認知と自己評価の関係 — 重みづけをした理想自己と現実自己の差異スコアからの検討 — 教育心理学研究, **40** (2), 157-163.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*, New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1994). *Reason and Emotion in Psychotherapy: A Comprehensive Method of Treating Human Disturbances Revised and Updated*. 野口京子訳 (1999). 理性感情行

- 動療法, 金子書房.
- Fenigstein,A., Scheier,M.F,& Buss,A.H.(1975).Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,**43**, 522-527.
- Fisher,P.L., & Wells,A.(2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour Research and therapy*,**43**, 821-829.
- Flavell,J.H. (1987) .Speculations about the nature and development of metacognition.In F.E.Weinert & R.H.Kluwe(Eds.),*Metacognition,motivation,and understanding*. Hillsdale,NJ:Lawrence Erlbaum Associates.Pp. 21-29.
- Forsyth,J.P. ,Sheppard,S.C.(2009).Behavior therapy and behavior analysis: overview and third-generation perspectives. In: David C.S. Richard, Steven K.Huprich.(eds.): *Clinical psychology: assessment,treatment,and research*. Elsevier Academic Press.Pp. 249-280.
- Freeman.A (1989).THE PRACTICE OF COGNITIVE THERAPY. 遊佐安一郎監訳 (1989) 認知療法入門. 星和書店.
- Freeman,A.,Pretzer,J.,Fleming,B,& Simon,K.M.(1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York:Prenum Press.高橋祥友訳 (1993) 認知療法ハンドブック, 金剛出版.
- Frith,C.D.,Blakemore,S., & Wolpert,D.M.(2000).Abnormalities in the awareness and control of action. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*,**355**, 1771-1788.
- Froming,W.J., Walker,G.R., & Lopyan,K.(1982).Public and private self-awareness: When personal attitudes conflict with social expectancy.*Journal of Experimental Social Psychology*,**18**, 476-487.
- Glaser,B. & Strauss,A.(1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Aldine.後藤隆・大出春江・水野節夫訳 (1996) データ対話型理論の発見, 新曜社.
- Glaser,B. (1978) .*Theoretical sensitivity*. The Sociology Press.
- 御領謙・菊池正・江草浩幸 (1993) . 最新 認知心理学への招待 一心の働きとしくみを探る, サイエンス社.
- Greenberg,J and Pyszczynski,T(1986) ‘Persistent High Self-Focus After Failure and Low self-Focus After Success: The Depressive Self-focusing Style’,*Journal of Personality and Social Psychology* **50**:1039-1044.
- 原田誠一 (2002) . 幻覚妄想体験の治療ガイドー正体不明の声ー対処するための10のエッセンスー. アルタ出版, 東京.
- 原田誠一(2006). 統合失調症の治療 理解・援助・予防の新たな視点, 金剛出版.
- 原田誠一・勝倉りえこ(2009). 困ったときの治療技法ー標準的治療の限界と工夫ー 治療抵

- 抗性統合失調症における工夫. 精神科, 15(6), 503-507.
- Hariri,A.R.,Mattay,V.S.,Tessitore,A.,Fera,F.,& Weinberger,D.R.(2003). Neocortical modulation of the amygdala response to fearful stimuli. *Biological Psychiatry*,15, 494-501.
- Hayes,S.C.,Follette,V.M.,& Linehan,M.M.(eds.)(2004). Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. New York: Guilford.春木豊監修, 武藤崇・伊藤義徳・杉浦義典監訳 (2005) マインドフルネス&アクセプタンス, ブレーン出版.
- Hayes, S.C. & Pistorello, J. (2009).木下奈緒子訳, ACT と RFT におけるカッティング・エッジ (最先端) の探求, ころのりんしょう à-la-carte28 (1). 77-86. 星和書店.
- Hermans,D.,Martens,K.,DeCort,K.,Pieters,G.,& Eelen,P.(2003). Reality monitoring and meta-cognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*,41, 383-401.
- 福田一彦・小林重雄 (1973). 自己評価式抑うつ性尺度の研究, 精神神経学雑誌, 75, 673-679.
- 福田正人 (2008). もう少し知りたい統合失調症の薬と脳, 日本評論社.
- 池淵恵美(2004). 「病職」再考, 精神医学, 46(8), 806-819.
- Ingram,R.(1990). Self-focused attention in clinical disorders:Review and a conceptual model.*Psychological Bulletin*,107, 156-176.
- 井上和臣編 (2003) . 認知療法ケースブック. 星和書店.
- 石合純夫 (2003). 高次脳機能障害学, 医歯薬出版株式会社.
- 伊藤絵美・向谷地生良(2007). 認知行動療法, べてる式, 医学書院.
- 伊藤正哉・加藤典子 (2012) .感情障害に対する診断横断的な認知行動療法:統一プロトコル, 医学のあゆみ, 242. Nos. 6, 7. 521-524.
- 岩本隆茂・大野 裕・坂野雄二 (1997) 認知行動療法の理論と実際, 培風館.
- Jacobson,N.S.,Dobsons,K.S.,Truax,P.A.et al.(1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 295-304.
- Jaspers.K.(1973).AllgemeinePsychopathologie,9.Aufl.,S.125,Springer-Verlag,Berlin-Heidelberg-New York.
- Kabat-Zinn.(1990).Full catastrophe Living. 春木裕訳 (2007). マインドフルネスストレス低減法 北大路書房.
- 鍵本伸明・井上和臣 (2003) パニック発作のイメージのグラフ化を用いた認知行動療法の一症例. 井上和臣編. 認知療法ケースブック. 星和書店, 22-32.
- 神村栄一 (2003) .軽症の気分変動および社会恐怖を持つ成人女性に対する認知療法. 井上和臣編. 認知療法ケースブック. 星和書店, 11-18.
- 神田橋條治・荒木富士夫 (1976) .「自閉」の利用ー精神分裂病者への助力の試みー, 精神

- 神経学雑誌, **78**(1), 43-57.
- 神田橋條治(2006).「自閉」の利用 一前・中・後一, 精神神経学雑誌, **108**(12), 1265-1269.
- 勝倉りえこ・小堀修・原田誠一 (2008) . 新たな非機能的思考記録表の効果的利用法 認知療法の技法論. 臨床心理学. 金剛出版, **8**(2), 243-254.
- 菊池安希子(2010). 認知機能障害としての統合失調症, 認知矯正療法と認知行動療法の役割, ころのりんしょう a-la- carte, **29**(2), 227-232. 星和書店.
- Kingdon, D. and Turkington, D.(2002). The case study guide to cognitive behaviour therapy of psychosis. John Wiley and Sons, Hoboken. 原田誠一監訳(2007). 症例から学ぶ統合失調症の認知行動療法. 日本評論社.
- 木下康仁 (1999) . グラウンデッド・セオリー・アプローチ 一質的実証研究の再生一, 弘文堂.
- 木下康仁 (2003) . グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 一質的研究への誘い一, 弘文堂.
- Klinger, E.(1978-1979). Dimensions of thought and imagery in normal waking states. *Journal of Altered States of Consciousness*, **4**, 97-113.
- 近藤毅・栗林理(2000). 気分障害の症候学 臨床精神医学, **29**(8), 853-862.
- Koren, D., Seidman, L.J., Poyurovsky, M., Goldsmith, M., Viksman, P., Zichel, S., & Klein, E.(2004). The neuropsychological basis of insight in first-episode schizophrenia: A pilot metacognitive study. *Schizophrenia Research*, **70**, 195-202.
- Koren, D., Poyurovsky, M., Seidman, L.J., Goldsmith, M., Wenger, S., & Klein, E.M.(2005). The neuropsychological basis of competence to consent in first-episode schizophrenia: A pilot metacognitive study. *Biological Psychiatry*, **57**, 609-616.
- Koren, D., Seidman, L.J., Goldsmith, M., & Harvey, P.D.(2006). Real-world cognitive and metacognitive dysfunction in schizophrenia: A new approach for measuring (and remediating) more “right stuff”. *Schizophrenia Bulletin*, **32**, 310-326.
- 越川房子(2010) . マインドフルネス認知療法：注目を集めている理由とその効果機序, ブリーフサイコセラピー研究, **19**(1), 28-37.
- Krueger, R. F., McGue, M., & Iacono, W. G. (2001). The higher-order structure of common DSM mental disorder: Internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and Individual Differences*, **30**, 1245-1259.
- 久保田耕平・井上和臣 (2003) . 不登校の中学生に対する認知療法理論に基づく心理教育. 井上和臣編, 認知療法ケースブック, 星和書店, 151-158.
- 熊野宏昭 (2012) . 新世代の認知行動療法, 日本評論社.
- Lambert MJ.(1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In Norcross JC & Goldfried MR (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*, New York: Basic.

- Leahy, Robert L. (2003). *Cognitive Therapy Techniques, A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Publications. 伊藤絵美・佐藤美奈子訳 (2006). 認知療法 全技法ガイド, 星和書店.
- LeDoux, J. (1996). *Emotional brain: The mysterious underpinning of emotional life*. 松本元・川村光毅・小幡邦彦・石塚典生・湯浅茂樹訳 (2003) エモーショナル・ブレイン—情動の脳科学 東京大学出版会.
- 丸野俊一(2007). 心の働きを司る「核」としてのメタ認知研究 —過去, 現在, 未来—, 心理学評論, **50**(3), 192-203.
- 増井武士(1987). 症状に対する患者の適切な努力—心理臨床の常識への2,3の問いかけ—, 心理臨床学研究, **4**(2), 18-34.
- 増井武士 (1996) . 「心の整理」としての面接 - “ありのままの自分” とその治療意義, 心理臨床学研究, **14**(1), 10-21.
- 松村千賀子 (1991). 日本版 Irrational Belief Test (JIBT) 開発に関する研究 心理学研究, **62**(2), 106-113.
- McCrae, R.R., & Costa, P.T. Jr. (1999). A five-factor theory of personality. In L.A. Pervin & O.R. John (Eds.), *Handbook of personality*. 2nd ed. New York: Guilford. Pp. 139-153.
- McEvoy, P.M. Peter M. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, **23**, 20-33.
- McNally, R.J. (1995). Automaticity and the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, **33**, 747-754.
- McManus F. Shafran R. Cooper Z. (2010). What does a transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *British Journal of Clinical Psychology*. **49**, 491-505.
- Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive-Behavior Modification*, New York: Plenum Press.
- 三上昭廣監修(2007). ご家族のみなさまへ 統合失調症ご家族説明用  
www.schizophrenia.co.jp 日本イーライリリー株式会社.
- Miller SD, Duncan BL, Hubble MA. (1997). *Escape from Babel-Toward a Unifying Language for Psychotherapy Practice*. W.W. Norton, New York. 曾我昌祺監訳: 心理療法・その基礎なるもの—混迷から抜け出すための有効要因. 金剛出版, 2000.
- 水島広子 (2010). 対人関係療法でなおす双極性障害 躁うつ病への対人関係・社会リズム療法, 創元社.
- Moore, E.L., & Abramowitz, J.S. (2007). The cognitive mediation of thought-control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, **43**, 447-465.
- 森治子・長谷川浩・石隈利紀・嶋田洋徳・坂野雄二 (1994). 不合理な信念測定尺度 (JIBT-20) の開発の試み ヒューマンサイエンスリサーチ, **3**, 43-58.



- 森則夫・杉山登志郎・岩田泰秀編(2014). 臨床家のための DSM-5 虎の巻, 日本評論社
- Moritz,S.,& Woodward,T.S.(2002). Memory confidence and false memories in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*,**190**, 641-643.
- Moritz,S.,& Woodward,T.S.:(2006).The contribution of metamemory deficits to schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*,**115**, 15-25.
- Moritz,S.,Wahl,K.,Zurowski,B.,Jelinek,L.,Hand,I.,& Fricke,S.(2007). Enhanced perceived responsibility decreases metamemory but not memory accuracy in obsessive-compulsive disorder(OCD). *Behaviour Research and Therapy*,**45**,2044-2052.
- Moritz,S.,& Woodward,T.S.(2007).Metacognitive training in schizophrenia:From basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*,**20**, 619-625.
- Muris,P.,Merckelbach,H.,& Horselenberg,R.(1996). Individual differences in thought suppression. The white bear suppression inventory: Factor structure,reliability,validity and correlates. *Behaviour Research and Therapy*,**34**. 501-513.
- 武藤崇 (2011). ACT (アクセプタンス&コミットメント・セラピー) ハンドブック—臨床行動分析によるマインドフルなアプローチ 星和書店.
- 永岡紗和子・石川亮太郎・小堀修・清水栄司 (2011). 認知行動療法におけるメタファーの質的な分類と具体例, 行動療法学会発表論文集 (37), 468-469.
- 永田利彦 (2003). 過食症への動機付けと認知行動療法. 井上和臣編. 認知療法ケースブック, 星和書店, 56-63.
- 中野良顕 (2004). 行動倫理学の確立に向けて —EST 時代の行動分析の倫理—, 行動分析研究 **19**(1), 18-51.
- Nelson,T.O.,& Narens,L. (1990). Metamemory : A theoretical framework and new findings.In G.Bower(Ed.),The psychology of learning and motivation. New York:Academic Press, **26**, 125-173.
- Nelson,T.O.,& Narens,L. (1994) .Why investigate metacognition? In J.Metcalfe & A.P.Shimamura(eds.),*Metacognition*.Cambridge,MA:MIT Press.Pp. 1-25.
- 新山 出編 (1998) . 広辞苑 第五版, 岩波書店.
- 日本マインドフルネス学会 (2014年9月現在) <http://mindfulness.jp.net/>
- 野口美和子 (2000). ナースのための質的研究入門—研究法から論文作成まで, 医学書院.
- 能智正博 (2011). 臨床心理学を学ぶ 6 質的研究法, 東京大学出版会.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory: Part 2, Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*,**43**, 1527-1542.

- 及川晴 (2011). 思考抑制の3要素モデル 風間書房.
- 大前晋 (2001). 精神分裂病の入院導入と二重見当識について, 臨床精神病理22(1), 69-70.
- 大野裕 (2003). Comorbidity と精神疾患の分類をめぐって. 臨床精神薬理, 6(11), 1387-1393.
- Prochaska J.O., Norcross, J.C. (2006). Systems of Psychotherapy : A Transtheoretical Analysis Sixth Edition ; 津田・山崎監訳, (2010).心理療法の諸システム 第6版, 金子書房.
- Pyszczynski, T. & Greenberg, J. (1987).Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression.*Psychological Bulletin*, 102, 122-138.
- 戈木クレイグル滋子 (2005). 質的研究法ゼミナール—グラウンデッドセオリーアプローチを学ぶ, 医学書院.
- 佐治守夫・飯長喜一郎編 (2011). ロジャース クライエント中心療法[新版], 有斐閣.
- 酒井美枝・武藤崇・伊藤義徳 (2009). ターミナル・ケアへの展望 —ACTは「最期まで生きる」技術を提供できるか?—, こころの臨床アラカルト, 28(1), 163-168, 星和書店.
- 坂井建雄・久光正監修 (2014). 脳の事典, 成美堂出版.
- 坂本玲子 (2003). 「早期回想」使用における認知療法的アプローチ. 井上和臣編. 認知療法ケースブック. 星和書店, 143-150.
- 坂本真士 (1997). 自己注目と抑うつ of 社会心理学, 東京大学出版会.
- 坂野雄二 (1992). 認知行動療法の発展と今後の課題, ヒューマンサイエンスリサーチ, 1, 87-107.
- Salkovskis,P.M.(1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*,23, 571-583.
- Salkovskis,P.M./堀越勝・杉浦義典・毛利伊吹・森脇愛子・佐々木淳・管弥生・竹下賀子・小堀修訳 (2002). 不安障害の認知行動療法 丹野義彦(編) 認知行動療法の臨床ワークショップ—サルコフスキスとバーチウツドの面接技法,金子書房,Pp. 39-74.
- Salkovskis,P.M.,Hackmann,A.,Wells,A.,Gelder,M.G.,& Clark,D.M.(2007). Belief disconfirmation versus habituation approaches to situational exposure in panic disorder with agoraphobia: A pilot study. *Behavior Research and therapy*,45, 877-885.
- Sato,A., & Yasuda,A.(2005). Illusion of sense of self-agency: Discrepancy between the predicted and actual sensory consequences of actions modulates the sense of self-agency,but not the sense of self-ownership. *Cognition*,94, 241-255.
- 三宮真智子 (2008). メタ認知研究の背景と意義. 三宮真智子編. メタ認知 学習力を支える高次認知機能 北大路書房, 1-16.
- 佐藤 徳(2011). 統合失調型パーソナリティ傾向者におけるメタ認知機能の失調, パーソナリティ研究, 19(3), 274-277.

- Schraw, G. & Impara, J.C. (2000) . *Issues in the measurement of metacognition*.  
Lincoln,NE:Buros Institute of Mental Measurements.
- Segal.Z.V.,Gemar,M.,& Williams,S.(1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*,108, 3-10.
- Segal Z.V.,Williams,J.M.G., Teasdale,J.D. (2002).MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY FOR DEPRESSION. A New Approach to Preventing Relapse, Guilford Press. 越川房子監訳 (2007). マインドフルネス認知療法—うつを予防する新しいアプローチ 北大路書房.
- 仙波純一 (2010). DSM-5 ドラフトの概観—ディメンジョン評価という新しい診断アプローチの提唱—. *精神科治療学*, 25(8), 989-993.
- 千田恵吾 (2003) . 神経症と言われた患者に認知療法が有効であった一症例. 井上和臣編. *認知療法ケースブック*. 星和書店, 49-55.
- 清水裕士・村山綾・大坊郁夫 (2006). 集団コミュニケーションにおける相互依存性の分析 (1) コミュニケーションデータへの階層的データ分析の適用, *電子情報通信学会技術研究報告*, 106(146), 1-6.
- 下山晴彦編 (2000). *臨床心理学研究の技法*, 福村出版.
- 下村晴彦・丹野義彦編 (2001). *講座臨床心理学 1 臨床心理学とは何か*, 東京大学出版会.
- 白木孝二(1994).BFTC・ミルウォーキー・アプローチ, 宮田敬一編:*ブリーフセラピー入門*, 金剛出版,102-117.
- Stratta,P., Daneluzzo,E., Riccardi,I., Bustini,M., & Rossi,A.(2009). Metacognitive ability and social functioning are related in persons with schizophrenic disorder. *Schizophrenia Research*,108, 301-302.
- Strauss.A, Corbin.J.(1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. 南裕子監訳(1999). *質的研究の基礎 グラウンデッド・セオリーの技法と手順*, 医学書院.
- Strauss.A, Corbin.J.(1998). *Basics of Qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*.Sage.操華子・森岡崇訳(2004). *質的研究の基礎 グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順 (第2版)* 医学書院.
- 菅原健介(1984). 自己意識尺度(self-consciousness scale)日本語版作成の試み. *心理学研究*, 55, 184-188.
- 杉浦知子(2007). ストレスを低減する認知的スキルの研究, 風間書房.
- 杉浦義典(2002). 強迫性障害, 下山晴彦・丹野義彦編, *講座臨床心理学 3 異常心理学 I*, 東京大学出版会, 81-98.
- 杉浦義典(2008).治療過程におけるメタ認知の役割, 丸野俊一編集, 志文堂, *現代のエスプリ* 497, 130-141.

- 杉浦義典 (2009). アナログ研究の方法, 新曜社.
- 杉浦義典・杉浦知子 (2008). 認知行動療法とメタ認知. 三宮真智子編. メタ認知 学習力を支える高次認知機能 北大路書房, 189-206.
- 高木健志 (2011). 質的データを用いたソーシャルワーク研究に関する一考察 (その1), 山口県立大学社会福祉学部紀要, 17, 67-77.
- 高橋三郎・大野裕・染谷俊幸訳者(1995). DSM-IV精神疾患の分類と診断の手引き, 医学書院.
- 高井昭裕 (2003). 統合失調症の認知 (行動) 療法. 井上和臣編. 認知療法ケースブック. 星和書店, 87-91.
- 瀧澤紫織・市井雅哉 (2003). 外傷性精神障害の EMDR. 井上和臣編. 認知療法ケースブック. 星和書店, 177-184.
- 田村法子・中川敦夫 (2012). うつ病の認知行動療法—わが国における実証的研究—, 医学のあゆみ, 242.Nos. 6, 7. 501-504.
- 田中道治(2008).学習の障害とメタ認知. 三宮真智子 (編) メタ認知 学習力を支える高次認知機能, 北大路書房, 169-187.
- 丹野義彦 (2001). エビデンス臨床心理学 —認知行動療法の最前線—, 日本評論社.
- 丹野義彦(2014). 心理療法の共通要因と認知療法ではどちらがうつ病に対して効果があるか: 効果量の再分析, 認知療法研究, 7(1), 1-5.
- Teasdale,J.D. and Dent,J.(1987).Cognitive vulnerability to depression: an investigation of two hypotheses,British Journal of Clinical Psychology,26, 113-26.
- Teasdale JD,Segal ZV,Wiliams JMG,Ridgeway V,Soulsby J,Lau M.(2000).Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy.*Journal of Consulting and Clinical Psychology*68, 615-623.
- Teasdale,J.D.,Scott,J.,Moore,R.G.,Hayhurst,H.,Pope,M.,& Paykel,E.S.(2001). How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,69, 347-357.
- Teasdale,J.D.,Moore,R.G.,Hayhurt,H.,Pope,M.,Williams,S.,Segal,Z.V.(2002).Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression : Empirical evidence.*Journal of Consulting and Clinical psychology*,70, 275-287.
- 寺尾岳・後藤慎二郎・帆秋伸彦, 王育梅・荒木康夫・河野健太郎 (2010). 双極性障害の診断と治療, 精神神経学雑誌, 122(12), 1261-1268.
- Turkington,D. and Siddle,R.(1998).Cognitive therapy for the treatment of delusions. *Advances in Psychiatric Treatment*,4, 235-242.
- Twaddle,V. & Scott,J.(1991).Depression.in Adult Clinical Problems: A cognitive Behavioral Approach,(eds. Dryden,W. & Rentoul,R.) 坂本真士訳 (1996). 認知臨床心理学入門, 東京大学出版会.
- 氏原寛・小川捷之・東山紘久・村瀬孝雄・山中康弘編者(2004). 心理臨床大事典 [改訂版],

培風館.

van den Hout,M.,& Kindt,M.(2003a). Phenomenological validity of an OCD-memory model and the remember/know distinction. *Behaviour Research and Therapy*, **41**, 3369-3378.

van den Hout,M.,& Kindt,M.(2003b). Repeated checking causes memory distrust. *Behaviour Research and Therapy*, **41**, 301-316.

Vrendenburg,K, Flett,G.L.,& Krames,L.(1993). Analogue versus clinical depression: A critical reappraisal. *Psychological Bulletin*, **113**, 327-344.

鷲塚伸介・原田謙・高橋徹 (2003) . 摂食障害の認知療法. 井上和臣編. 認知療法ケースブック. 星和書店, 64-72.

渡辺克徳(2001a). 抑うつと自己注目に関する研究 ～抑うつに自己注目は必要か. 不合理な信念を用いた研究の試み～, 関西学院大学文学研究科修士学位論文, 未刊行.

渡辺克徳(2001b). 不合理な信念と抑うつに関する基礎的研究, 臨床教育心理学研究,**27**(1), 113-118.

渡辺克徳 (2004). 公的自己意識と抑うつとの関係について ―抑うつに他者の存在は重要か?―, 臨床教育心理学研究, **30**, (1), 33-37.

渡辺克徳 (2010a) . 認知療法にみる短期療法としての治療構造に関する一考察. 日本ブリーフサイコセラピー学会第 20 回長崎大会抄録集, 36.

渡辺克徳 (2010b) . メタ認知を考慮した認知モデルの検討 ～認知療法においてメタ認知はどのように影響しているのか?～. 日本心理学会第 74 回大会発表論文集, 大阪大学, 333.

渡辺克徳 (2011a) . メタ認知構造を意識した統合失調症患者とのかかわりを通して ～二重見当職の育成と治療関係性の再認～ , 日本認知療法学会第 11 回大会大阪大会, 発表論文集, 120.

渡辺克徳(2011b). 精神科デイケアと二重見当職について, 日本デイケア学会第 16 回年次大会 名古屋大会抄録集, 209.

渡辺克徳(2012a). 認知変容の階層性に関する一考察 ～メタ認知をどうとらえるか, 新しいモデルの試み～. 認知療法研究, **5**(1), 72-81.

渡辺克徳 (2012b) . 精神科デイケアをメタ認知の視点からとらえる ～二重見当職の獲得, 補助自我的かかわりを再考する～, デイケア実践研究, **16**(2), 11-17.

渡辺克徳 (2012c) . 「当事者研究」と認知行動療法を精神科デイケアで活かすために ～メタ認知を考慮して～, 日本デイケア学会第 17 回年次大会福岡大会, 発表論文集, 127.

渡辺克徳 (2013a) . メタ認知構造を意識した認知行動療法研修の試み ～メタ認知モデルは, スタッフに受け入れられるのか～, 日本認知療法学会第 13 回大会, 発表論文集.

渡辺克徳 (2013b) . メタ認知構造を意識した統合失調症患者へのアプローチに関する一考察, 心理臨床学研究, **31**(5), 736-746.

渡辺克徳 (2014) . メタ認知的視点が重要と考えられた双極 II 型障害の事例―モニターシコ

- ントロールするという機能をいかに実践していくのか一, 日本心理臨床学会第 33 回秋季大会, 発表論文集, 204.
- 渡辺克徳・東斉彰 (2015). 認知行動療法と「メタファー」について —25 の事例からその分類を試みる—, 広島国際大学心理臨床センター紀要, **13**, 51-61.
- Wegner,D.M.,Schneider,D.J.,Carter,S.R.,& White,T.L.(1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*,**53**, 5-13.
- Wegner,D.M.(1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*,**101**, 34-52.
- Wegner,D.M.,& Zanakos,S.(1994). Chronic Thought Suppression. *Journal of Personality*, **64**, 615-640.
- Wells,A.(1997). Cognitive therapy of anxiety disorder. Chichester,UK:John Wiley.
- Wells,A.(2000). Emotional disorders and metacognition. Chichester,UK:John Wiley.
- Wells,A.(2006). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-behavior Therapy*, **23** (Published Online).
- Wells,A.,& Davies,M.I.(1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behavioral Research and Therapy*,**32**, 871-878.
- Wells,A.,& Matthews,G.(1994). Attention and emotion. Hove:Laurence Erlbaum.箱田裕司・津田彰・丹野義彦監訳 (2002) 心理臨床の認知心理学—感情障害の認知モデル, 培風館.
- Wenzlaff,R.M.(2005). Seeking solace but finding despair: The persistence of intrusive thoughts in depression. In D.A.Clark(Ed.) *Intrusive thought in clinical disorders: Theory,research,and treatment*. New York:Guilford.Pp.54-85.杉浦義典訳 (2006) 慰安を求め絶望に出会う: うつ病における侵入思考の持続 丹野義彦監訳 (2006) 侵入思考—雑念はどのように病理へと発展するのか, 星和書店,Pp. 69-108.
- Wenzlaff,R.M.,& Bates,D.E.(2000). The reative efficacy of concentration and suppression strategies of mental control. *Personality and Social Psychology Bulletin*,**26**, 1200-1212.
- Wenzlaff,R.M.,Wagner,D.M.,& Roper,D.W.(1988).Depression and mental control:The resurgence of unwanted negative thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*,**55**, 882-892.
- Wilamowska ZA , Thompson-Hollands J , Fairholme CP , Ellard KK , Farchione TJ , & Barlow,DH.(2010).Conceptual background,development,and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders.*Depress Anxiety*,**27**, 882-890.
- Woods,C.M.,Vevea,J.L.,Chambless,D.L.,& Bayen,U.J.(2002). Are compulsive checkers

impaired in memory? A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 353-366.

World Health Organization.(1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders.融道男・中根允文・小見山実・岡崎祐士・大久保善朗監訳(1993). ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—, 医学書院.

遊佐安一郎・安部貴子・三ヶ木聡子(2003). 自傷行為を繰り返す境界性人格障害の入院認知療法. 井上和臣編. 認知療法ケースブック. 星和書店, 109-116.

## あとがき

10年以上の長い年月をかけて、ようやく博士学位論文という研究のひとまとめをすることができた。たいして能力のない私が博士論文をなんとか書き上げることができたのは、様々な人たちとの出会いと協力と好意のおかげである。お世話になった方々に対して、ここで感謝の言葉を述べたい。

中澤清先生（関西学院大学）には、研究面だけでなく様々な面でお世話になった。中澤先生と出会い、臨床心理学の世界へ導いて下さったからこそ、今日の私がある。私を長年応援して下さった恩師である中澤先生に、まず、心より感謝したい。

また、お世話になった先生方にお礼を言いたい。病院長という立場で研究に理解を示して下さった小野紀夫先生（紀南こころの医療センター）及び、同医局員の先生方。同僚の病院心理士として臨床と研究に協力していただいた東知幸氏に心より感謝したい。

調査にご協力いただいた調査対象者の方々、とりわけ自身の病と闘いながら研究に協力いただいた、患者の皆様のご厚意に感謝したい。臨床心理学は実践の学問であり、患者の皆様の協力なしには成立しない。職場である病院をはじめ、専門学校、大学の関係者の方々に心より感謝したい。

最後に、ふがいない私を理解し援助してくれた父、利得、いつも天国から見守ってくれているであろう母、諄子、影ながら応援してくれる姉、雅美、楽な方に流れそうになると励ましてくれる兄、知規に感謝したい。そして日々、私を支えてくれる妻、望美、生きる希望となってくれる娘たち、千晴と裕佳に感謝したい。これらの人々の理解と協力なしでは、研究を続けることはできなかつた。心からの感謝の言葉を述べたい。ありがとう。

2016年、早春  
広島にて