

# CT14 統合的心理療法 INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPIES 2024-8

🕒 2024.08.29 📅 2025.03.22

## 14 統合的心理療法 INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPIES

### \*\*概要\*\*

心理療法における理論的指向性間の対立は、フロイトの時代から続く長く、不名誉な歴史を持っています。この分野の黎明期には、まるで競い合う兄弟姉妹のように、治療システムが注目や支持者を求めて競争していました。臨床医たちは伝統的に、自分たちの理論的枠組みの中で活動し、他の概念化や優れた介入法に目を向けることができないことが多かったのです。臨床医たちは心理療法の競合する学派に分かれ、イデオロギーの「冷戦」が支配していました。

しかし、心理療法の分野が成熟するにつれ、統合が重要な役割を果たすようになりました。イデオロギー的な争いが減少し、和解への動きが進んでいます。臨床医たちは、すべての理論システムに不十分な点があり、また潜在的な価値があることを認めるようになりました。実際、心理療法を学ぶ多くの若い学生たちは、前の世代におけるイデオロギー的冷戦について知ると驚くことがあります。

心理療法の統合は、単一学派のアプローチに対する不満と、それに伴う患者が他の方法で心理療法を受けることで得られる利益を求めて、学派の境界を超えて見渡したいという欲求に特徴付けられます。この動きには様々なラベルが付けられていますが、折衷主義(エクレクティシズム eclecticism)、統合integration、和解rapprochement、処方療法(prescriptive therapy)など、目標は類似しています。最終的な目標は、心理療法の有効性と適用性を向上させることです。

全ての患者に同一の心理社会的治療を適用することが不適切であり、おそらく不可能であることは、現在では認識されています。異なる人々には異なる対応が必要です。心理療法の有効性と適用性は、クライアントの特定のニーズに合わせて向上します。心理療法サービスを無意識に消費する人々に無理強いするプロクルステス的な方法 Procrustean methods を押し付けるのではなく、クライアントのニーズに合ったものを提供するべきです。この統合の使命は、ゴードン・ポール（1967年）の有名な質問に具現化されています。それは、「どの治療が、誰によって、この特定の問題を抱えたこの個人に、どのような状況下で最も効果的か？」というものです。

心理療法の統合が人気を集めていることを示す指標は数多く存在します。折衷主義Eclecticism、あるいは近年では統合という用語が好まれるようになっていますが、これは英語圏の心理療法士にとって最も人気のある理論的指向です。主要な心理療法の教科書は、その理論的立場を統合的であると定義することが一般的であり、治療アプローチの大全集には統合に関する章が定期的に含まれています。様々な治療概念や方法を統合する書籍の出版も続いており、その数は何百冊にも上ります。心理療法の統合に関するハンドブックは少なくとも8カ国で出版されています。この統合への熱意は、21世紀に入っても続くと思われます。心理療法の専門家

パネルは、統合的心理療法の人気が高まり続けると予測しています (Norcross, Hedges, & Prochaska, 2002)。

## 基本的な概念

統合的心理療法への道筋は数多く存在し、多くの道が統合的な最終地点「ローマ」に通じています。最も人気のある4つの道筋は、技術的折衷主義、理論的統合、共通因子、そして同化統合です (technical eclecticism, theoretical integration, common factors, and assimilative integration)。研究 (Norcross, Karpiak, & Lister, 2005) によると、これらの道筋のそれぞれが、多くの自己認識している折衷主義者や統合主義者によって支持されています (それぞれ19%から28%)。これら4つの道筋は、すべて治療の有効性と適用性を向上させることを目的とし、単一のアプローチの枠を超えて見渡していますが、それぞれ独自の特徴を持ち、患者と治療のプロセスにおいて異なるレベルに焦点を当てています。

技術的折衷主義は、その人とその問題に最適な治療技法や手順を選択する能力を向上させることを目指しています。この探求は、過去に類似の問題や患者の特性に対して最も効果的だった特定の方法に関する研究によって主に導かれます。折衷主義は、どの介入が誰に対して効果があるかを予測することに焦点を当てており、その基盤は理論的ではなく、統計的なものです。

技術的折衷主義者は、必ずしもそれらを生み出した理論に従わずに、異なる治療システムから手順を使用しますが、一方で理論的統合主義者は、認識論的または存在論的に互換性がないかもしれない多様なシステムから概念や技法を取り入れます。技術的折衷主義者にとって、概念的な基盤と技法との間には必然的なつながりは存在しません。「理論的な和解を試みることは、宇宙の端を描こうとするようなもので無意味です。しかし、心理療法に関する膨大な文献を読み通し、技法を探することは、臨床的に豊かであり、治療的にも有益です」 (Lazarus, 1967, p. 416)。

理論的統合においては、2つ以上の療法が統合され、その結果が単独の療法よりも優れたものになることが期待されます。名前が示すように、各療法の技法だけでなく、心理療法の基礎理論の統合に重点が置かれます。精神分析理論と対人関係理論、認知理論と行動理論、あるいはシステム理論と人間性理論を統合した治療モデルが、この道筋を示しています。

理論的統合は、方法の単なる技術的ブレンドを超えた概念的または理論的創造へのコミットメントを伴います。目標は、2つ以上の療法の最良の要素を統合する概念的な枠組みを作成することです。統合は単なる組み合わせ以上を目指し、その部分の総和以上のものとなる新たな理論を求めます。

共通因子アプローチは、異なる療法に共通する核心的な要素を特定し、それらの共通点に基づいてより簡潔で効果的な治療を創り出す最終目標を持っています。この探求は、療法の成功を説明する上で、異なる療法を区別する独自の要素よりも共通点の方が重要であるという信念に基づいています。最も頻繁に提案される共通因子は、治療同盟の形成、カタルシスの機会、新しい行動の習得と実践、そしてクライアントの肯定的な期待です (Grencavage & Norcross, 1990; Tracey, Lichtenberg, Goodyear, Claiborn, & Wampold, 2003)。

同化統合は、ある心理療法システムにしっかりと根ざしつつ、他のシステムからの実践や見解を選択的に取り入れる（同化する）ことへの意欲を伴います（Messer, 1992, 2001）。このようにして、同化統合は、単一の一貫した理論システムの利点と、複数のシステムからの技術的介入の幅広い柔軟性を組み合わせます。例えば、認知療法士が、通常の認知療法の過程で、ゲシュタルト療法の二椅子対話を使用するかもしれません。

統合的心理療法の支持者にとって、同化統合は洗練された統合への現実的な中継地点であり、反対者にとっては、完全なエビデンスに基づいた折衷主義にコミットすることを拒む人々の無駄な中継地点です。どちらの陣営も、同化統合は完全な統合への暫定的なステップであることに同意しています。ほとんどのセラピストは、最初に選んだアプローチの限界を発見すると、徐々に他のアプローチの要素や方法を取り入れるようになります。必然的に、セラピストは新しい方法をホーム理論に徐々に統合していきます。

もちろん、これら4つの統合的な道筋は相互排他的ではありません。技術的折衷主義者は理論を無視することはできず、理論的統合主義者も技法を無視することはできません。異なる心理療法の学派間で何らかの共通点がなければ、理論的統合は不可能です。同化統合主義者と技術的折衷主義者の両者は、統合は理論ではなく、実践のレベルで行われるべきだと信じており、複数の学派からの治療方法を取り入れています。また、共通因子の最も熱心な支持者でさえ、自ら「特定のものではない」または「共通の」方法で実践することはできず、特定の技法を適用する必要があります。

一部のサークルでは、統合的や折衷的という用語は、その無秩序で優柔不断な性質が疑われるため、感情的にあいまいな意味合いを持つようになりました。しかし、この反対意見の多くは、無批判で非体系的な組み合わせを意味するシンクレティズム（syncretism）に適切に向けられるべきです。この場当たりのアプローチは、主にペット技法や不十分なトレーニングの結果として生じます。体系的な根拠や実証的な検証がない方法の恣意的なブレンドです（Eysenck, 1970）。

それに対して、心理療法の統合は、長年の苦心のトレーニング、研究、経験の産物です。それはデフォルトではなく、デザインによる統合です。つまり、複数の治療システムに精通した臨床医が、研究結果を比較したうえで、患者のニーズに基づいて、介入や概念を体系的に選択します。体系的な統合の強みは、教えられ、再現され、評価される能力にあります。

私たち自身の心理療法へのアプローチは、広範に統合的と特徴づけられ、具体的には体系的折衷主義または体系的治療選択と名付けられています。私たちは意図的に、統合への4つの道筋のいくつかをブレンドしています。簡潔に言えば、診断的および特に非診断的な考慮事項によって定義された、個々の患者の特定かつ多様なニーズに心理療法と治療関係をカスタマイズしようと試みています。私たちは、異なる理論的学派から効果的な方法を取り入れること（折衷主義）、証拠に基づいた原則に基づいてそれらの方法を特定のクライアントに一致させること（治療選択）、そして明示的で秩序ある（体系的な）モデルに従うことによってこれを行っています。

特に技術的折衷主義に関連する一部の統合療法が、特定の方法のメニューを提供する一方で、私たちは、これらの原則に従う特定の方法の選択を個々のセラピストの傾向に委ねる、より広範な変化の原則を定義すること

にコミットしています。したがって、私たちの統合療法は、単一の理論や「学派に縛られた」心理療法の限られた適用性を超えるように設計されています。これは、閉ざされた理論や限定された技法のセットを通じてではなく、研究に基づいた変化の原則を統合することによって達成されます。

言い換えれば、私たちの統合療法は、精神病理学や変化のメカニズムの単一の見解に限定されることなく、個々の患者にとって最適な治療（および治療関係）を確認します。私たちは、どの理論も一様に有効であり、どの治療行動のメカニズムもすべての個人に適用されるわけではないと考えています。したがって、私たちは、各患者に対して新しい療法を創り出そうと努めています。私たちは、統合心理療法の目的は、単一のシステムや一つの治療法を作成することではないと考えています。むしろ、患者の治療目標への反応に応じて異なる方法を選択し、統合の原則に基づいた確立された一連のガイドラインに従うのです。その結果、クライアントと臨床医の双方に適合した、より効率的で効果的な療法が生まれます。

一見すると、ほとんどすべての臨床医が、療法を個々のクライアントに合わせることを支持しています。結局のところ、心理療法を個々の患者のニーズに合わせて調整することが成功を高めるために必要であるという考えに真剣に反論する人はいないでしょう。しかし、統合療法はこの単純な認識を少なくとも4つの点で超えています。

1. 私たちの治療選択は、臨床医の特異な理論からではなく、直接的に結果研究から導かれています。私たちの見解では、医療における理論の違いに関しては、経験的な知識と科学的研究が最良の判断基準です。
2. 私たちは、単一のシステム内で作業するのではなく、複数の心理療法システムの潜在的な貢献を受け入れています。すべての心理療法には役割があり、その役割は特定の異なるものであるべきです。
3. 私たちの治療選択は、患者の診断という単一で静的（かつしばしば包括的）な次元に頼るのではなく、複数の診断的および非診断的なクライアントの次元に基づいています。患者が抱えている障害を知るよりも、その障害を持つ患者を知ることの方が重要であることが多いのです。
4. 私たちの目的は、治療方法と関係のあり方を提供することです。一方で、多くの理論家は方法だけに狭く焦点を当てています。効果的な心理療法には、介入と人間関係、つまり、手段的かつ対人関係的な要素の両方が必要であり、これらは必然的に絡み合っています。

## 他のシステム

統合的心理療法は、精神分析的、行動的、認知的、体験的、および他の単一システム療法のような従来の単一学派の療法システムの貢献を感謝して受け入れます。このような純粋な形の療法は、統合的アプローチの基盤の一部です。事実、これらのそれぞれの療法が提供する理論システムや臨床方法なしには、統合は成り立ちません。統合は、エイブラハム・リンカーンの言葉を借りれば、「四方の風から奇妙で、不協和音で、さらには敵対的な要素を集める」ことです。

狭義には、純粋な形の療法や単一学派の療法は、定義上、さまざまな介入や概念を統合するための規定がないため、統合には寄与しません。しかし、広義かつ重要な意味では、それらは治療の武器庫に追加され、臨床プロセスの理解を豊かにし、統合が引き出されるプロセスと結果の研究を生み出します。知らないものを統合することはできません。

統合の目標は、これまで繰り返し強調してきたように、心理療法の有効性と適用性を向上させることです。そのために、私たちは純粋な形の療法の貴重な貢献を同僚的に認め(collegially recognizeそれぞれの同僚が平等に権限を有すると認め)、それぞれの強みを協力して活用する必要があります。

それでもなお、ほとんどの単一学派の療法にもいくつかの弱点があることを忘れてはなりません。第一に、ほとんどの心理療法の創造は、経験的というよりも合理的です。創始者たちは、その有効性に関する研究証拠を考慮せず、あるいはほとんど考慮せずに、彼らの療法を開発しました。おそらくその結果として、クラシック精神分析、ユング派、実存主義など、多くの伝統的な心理療法システムは、まだほとんど制御された結果研究を積み重ねていません。私たちは、経験的証拠を真実への絶対的な指針とは見なしていませんが、統合的であれその他の方法であれ、心理療法を実施し評価するための最も信頼できる手段と見なしています。

第二に、単一学派の療法は、創始者の強い個人的意見、場合によっては病理的な葛藤を支持する傾向があります。ジークムント・フロイトは、ほとんどすべての患者に精神性的葛藤を見出し、カール・ロジャースは、ほとんどすべての患者に価値条件の妥協を見出し、ジョセフ・ウォルピは、ほとんどすべての患者に条件付けられた不安を見出し、アルバート・エリスは、ほとんどすべての患者に不適応的な思考を見出しました。しかし、患者は有名な理論家たちの好みの問題に必ずしも悩まされているわけではありません。それよりも、患者が多数の具体的な問題に苦しんでいて、同様の多数の方法でそれを改善すべきであると考えの方が、はるかに可能性が高いと思われる。(It strikes us as far more probable that patients suffer from a multitude of specific problems that should be remedied with a similar multitude of methods. )

第三に、そして関連する点として、ほとんどの純粋な形態の心理療法システムは、遭遇するほぼすべての患者と問題に対して、その大切にしている治療法を推奨します。もちろん、これにより治療選択が簡素化されます。すべての患者に同じブランドの心理療法を提供するだけで済むのです！しかし、これは個人差、患者の好み、そして異なる文化に関する私たちの知識に反しています。これは、ハードウェアストアが「良い店」であるからという理由だけで、あらゆる病気の治療法をそこに求めるようなものです。臨床の現実は、どんなに優れた心理療法であっても、すべての患者と状況に効果的であるとは限らないということです。関係性に敏感で、エビデンスに基づいた実践は、柔軟な、場合によっては統合的な視点を要求します。心理療法は、すべてに一律に適用されるものではなく、個々のクライアントの独自のニーズや文脈に合わせて柔軟に調整されるべきです。

この点を他の医療職に置き換えると、理解が深まります。例えば、すべての患者と病気に対して同じ治療法（たとえば抗生物質や神経外科手術）を処方する医師に、あなたは健康を委ねますか？あるいは、すべての教育機会に対して同じ教育法（たとえば講義）を使用する教師を評価しますか？また、すべての子どもとあらゆる悪行に対して同じ対応（たとえば、非指示的態度やお尻を叩く）をする保育士に、あなたの子どもを託しま

すか？おそらく「いいえ」というのがあなたの強い答えでしょう。心理療法のクライアントも、同様の配慮を受けるに値します。

第四の純粋な形態の療法の弱点は、それらが主に精神病理学や人格の記述に焦点を当てており、変化を促進するメカニズムについてはほとんど説明していないことです。これらは実際には、心理療法の理論というよりも、人格の理論です。これらは、療法の内容に関する多くの情報を提供しますが、変化のプロセスに関してはほとんど説明していません。私たちは、統合理論は人々がどのように変化するかを説明すべきだと考えています。（統合的視点から見た15の療法システムに対する具体的な批判は、プロチャスカとノークロス（2010年）に詳述されています）。

私たちは、多元的または統合的な心理療法の臨床的優位性を確信しています。統合的心理療法の利点の中には、前述の純粋な形態の療法に対する批判から推論されるものがあります。統合療法は、作成時により経験的であり、改訂時にはよりエビデンスに基づいている傾向があります。ケースの概念化は、抽象的な理論ではなく、実際の患者に基づいて行われます。療法は、人格の内容よりも変化のプロセスに焦点を当てることが多く、患者の独自性や特定の状況に合わせて適応され、対応される可能性が高くなります。言い換えれば、統合は、より多くのエビデンス、柔軟性、対応性、そして変化をもたらすことが期待されます。

## 歴史

### 先駆者

統合という観点は、おそらく哲学と心理療法の歴史と同じくらい古くから存在しています。哲学においては、3世紀の伝記作家ディオゲネス・ラエルティオスが、2世紀にアレクサンドリアで栄えたエクレクティック派について言及しています（ルンデ、1974年）。心理療法においては、フロイトはさまざまな方法の選択と統合に意識的に取り組んでいました。早くも1919年に、彼は古典的精神分析の普遍的適用性の欠如を認識し、精神分析的な心理療法をその代替として導入しました（リフ、1992年）。

心理療法の統合に関するより正式なアイデアは、1930年代にはすでに文献に現れていました（Goldfried, Pachankis, & Bell, 2005）。例えば、トーマス・フレンチ（1933年）は、1932年のアメリカ精神医学会の会議で、フロイトとパブロフのいくつかの概念の類似性を引き出しました。1936年には、ソル・ローゼンツヴァイクが、様々な心理療法システムの共通点を強調する記事を発表しました。しかし、これらや他の初期の統合の試みは、ほとんど偶然的で、理論主導であり、実証的には未検証のものでした。

これらの統合の先駆者たちは、まるで陰謀的に無視されていたかのように、独立した理論的志向を中心に組織された分野の中で、潜在的なテーマとしてのみ現れました。心理療法士たちは、秘密裏に自分たちの志向が実際の臨床現場で直面するすべての問題に対処するのに十分ではないことを認識していましたが、専門団体や訓練機関、紹介ネットワークなどの多くの政治的、社会的、経済的な力によって、自分たちの理論的な枠内に閉じ込められ、他の志向からの臨床的な貢献を避けることが一般的でした。

### 始まりの頃

現代の統合的アプローチの体系的な始まりは、フレデリック・ソーン（1957年, 1967年）によって始められたと考えられています。彼は心理療法におけるエクレクティシズム（折衷主義）の祖父とされています。ソーンは、熟練した専門家は複数のツールを持っているべきだと説得力を持って主張し、臨床家はさまざまな理論的志向から引き出された方法をツールボックスに入れる必要があると強調しました。彼は、現代の心理療法を、仕事においてスクリュードライバーしか使わない配管工に例えました。そのような配管工と同様に、頑固な心理療法士たちは、個々の違いに関わらず、すべての人に同じ治療を適用し、患者が治療者に適応することを期待していました。

ソーンの警告はほとんど無視されました。これは、彼の警告から10年以上経ってから出版されたゴールドスタインとスタイン（1976年）の本も同様で、これが最初に「処方的心理療法 Prescriptive Psychotherapies」と呼ばれるものを特定しました。この本は時代を先取りし、患者の問題の性質や生活環境に基づいて異なる治療法を説明しました。

1960年代後半以来、アーノルド・ラザルス（1967年, 1989年）が折衷主義の最も著名なスポークスマンとして登場しました。彼の影響力のある多様方式療法は、精神衛生の専門家の世代に広い視野を持つように促しました。彼には、私たち二人や他の人々がすぐに続きました（例：Beutler, 1983; Frances, Clarkin, & Perry, 1984; Norcross, 1986, 1987）。

同時に、共通因子の促進に向けた努力が進められていました。ジェローム・フランク（1973年）は彼の古典的な著書『説得と癒し』で、すべての心理療法的方法が古来からの心理的癒しの手続きの発展版であり、変形版であると述べました。フランクは、治療的变化は主に次の4つの因子に依存すると主張しました：感情的に充実した信頼関係、癒しの場、理論や概念的枠組み、治療的儀式。しかし、アメリカ社会の多元主義的で競争的な性質から、心理療法の違いを強調する傾向がありました。共通因子に伝統的に与えられた栄誉はほとんどありませんでした。

1980年には、ソル・ガーフィールドが共通因子に基づいた折衷主義的心理療法を導入し、マービン・ゴールドフリードは「アメリカ心理学者」において治療的变化の原則を明確にすることを求める影響力のある記事を発表しました。統合運動のリーダーであるゴールドフリード（1980年）は、次のように主張しました。

> 「異なる志向を持つ臨床家が共通の戦略に到達できる限り、それが生まれたものは強固な現象である可能性が高いです。なぜなら、それは治療者の異なる理論的偏向によって生じた歪みを克服したものだからです。」  
(p. 996)

異なる理論志向に共通する要素を特定することで、最も効果的なものを選び出すことができるかもしれません。

1970年代後半から1980年代にかけて、いくつかの理論統合の試みが導入されました。ポール・ワクテルは、精神分析と行動療法の間溝を埋めることを試みた古典的な著作『精神分析と行動療法：統合への道』を著しました。皮肉なことに、この統合的な著作は、当初、行動療法を「愚かで、表面的で、場合によっては不道

徳」と描写する記事を書くための努力として始まりました（Wachtel, 1977, p. xv）。しかし、彼がその記事を準備する際に、初めて行動療法が何であるかを詳しく調べ、その問題を慎重に考えることを余儀なくされました。そして、当時の主要な行動療法家たちを観察したとき、彼は自分が惹かれていた特定のバージョンの心理力動療法が、多くの行動療法家が行っていたこととかなり一致していることに驚きました。ワクテルの経験は、別々に孤立した理論的学派が他の学派の風刺画を永続させることで、基本的な視点の変化を妨げ、実践の拡大を阻止することを私たちに思い出させるべきです。

ジェームズ・プロチャスカとカルロ・ディクレメンテによるトランスセオレティカル（理論横断的）アプローチも、1970年代後半に『心理療法システム：理論横断的分析』（Prochaska, 1979）の出版と共に導入されました。この本は、共通の変化の原則と変化の段階の観点から、異なる理論志向をレビューしました。トランスセオレティカルアプローチ全体と、特に変化の段階は、最も広範に研究されている統合療法です（Schottenbauer, Glass, & Arnkoff, 2005）。

このように、心理療法の統合が明確に定義された関心領域として発展してきたのは、過去30年ほどのことです。心理療法の統合への関心の時間的な進行を、出版物の数や組織や雑誌の発展（Goldfried et al., 2005）で示すと、1970年以前は時折の動きがあり、1970年代には関心が高まり、1980年以降は急速に加速してきました。言い換えれば、統合的心理療法は長い過去を持つ一方で、体系的な運動としては短い歴史を持っています。

## 現状

現在の臨床家の約4分の1から半数が、特定の心理療法学派に所属していないと宣言し、代わりに折衷主義または統合主義のラベルを好んで使用しています。統合の一形態は、通常、応答する心理療法士の中で最も一般的な志向です。1953年から1990年の間にアメリカで行われた25の研究のレビュー（Jensen, Bergin, & Greaves, 1990）では、19%から68%の範囲が報告されています。過去10年間に発表された12の研究のより最近のレビュー（Norcross, 2005）では、統合が依然としてアメリカで最も一般的な志向であることが判明しましたが、認知療法が急速にそれに挑戦しており、すぐに主流の理論になる可能性があることがわかりました。同じレビューでは、統合がアメリカや西ヨーロッパ以外では強力な支持を得ているが、支持がやや低いことも判明しました。したがって、統合は通常、アメリカでは最も一般的な志向ですが、世界の他の国々ではそうではありません。

統合の普及度は、統合志向の支持を直接評価することで確認できる（上述のように）か、複数の志向を支持しているかどうかを間接的に確認することで判断できます。例えば、イギリスのカウンセラーを対象とした研究では、87%が純粋な形の心理療法アプローチを取っていませんでした（Hollanders & McLeod, 1999）。また、アメリカの臨床心理学者を対象とした研究では、90%が複数の志向を採用していることが判明しました（Norcross, Karpiak, & Santoro, 2005）。非常に少数のセラピストだけが単一の治療伝統にのみ従っています。

いくつかの国際組織の設立は、統合的心理療法の人気を反映するとともに、それを強化しています。統合心理療法探求学会（SEPI）や心理療法研究学会（SPR）などの二つの学際的な社会は、心理療法の多元的な実践

とエキキュメニカルな研究に専念する年次会議を開催しています。これらの学会は国際的な科学雑誌も発行しており、SEPIは『Journal of Psychotherapy Integration』、SPRは『Psychotherapy Research』を出版しています。

心理療法の統合は、アメリカで最も早く、かつ強力に根を下ろしましたが、それでも世界中に着実に広がり、国際的な運動となりつつあります。SEPIとSPRの両方が現在、複数の国際支部を持ち、定期的にアメリカ以外で年次会議を開催しています。

過去には、心理療法士は通常、単一の理論的志向で訓練を受けていました。このような訓練の思想的な一貫性は、必ずしも臨床能力を向上させるわけではありませんが、臨床の複雑さや理論的な混乱を軽減しました (Schultz-Ross, 1995)。近年では、心理療法士は、単一の志向が理論的に不完全であり、臨床的に患者、状況、および問題の多様性に対応できないことを認識するようになってきました。彼らは複数の理論的志向で訓練を受けるか、少なくとも複数の理論に触れることが増えています。本書がその証拠です。

心理療法訓練の進化は、分野をさらに統合へと進めましたが、それは一長一短があったかもしれません。一方では、統合的な訓練は臨床実践のニーズに対応し、情報を得た多元主義を追求する知的探求を満足させ、異なる患者が異なる治療、フォーマット、および関係性で成功するという研究結果に対応しています。しかし、他方では、統合的な訓練は、学生が複数の方法やフォーマットで臨床能力を獲得するための圧力を増加させ、さらに、教員が統合的な訓練プロセスを調整することを要求します (Norcross & Halgin, 2005)。

最近の研究では、訓練ディレクターは心理療法の統合にコミットしているが、その最良の道筋については意見が分かれていることが示されています。心理学プログラムやインターンシッププログラムのディレクターの約80%から90%が、一つの治療システムを知るだけでは十分でないと考えており、代わりに様々なモデルでの訓練が必要であるとしています。しかし、最適な統合的訓練プロセスについての見解は異なります。約3分の1は、学生が最初に一つの治療システムで熟練するべきだと考え、約半数は、学生が複数のシステムで最低限の能力を持つように訓練されるべきだと考え、残りの人々は、学生が最初から特定の統合システムで訓練されるべきだと信じています (Lampropoulos & Dixon, 2007)。

マルチメディア手法は、統合的心理療法の訓練の効果を高める可能性があります。バーチャル患者を使用したパイロットスタディでは、患者に最も効果的な治療法を示唆する手がかりを認識するための訓練で、個別の成功が報告されました (Beutler & Harwood, 2004)。治療計画を支援するためのコンピュータ化された治療選択手順も開発されています (Harwood & Williams, 2003)。

最近では、クライアントが最適な心理療法を選択するのを助けるために、無料でアクセスできるユーザーフレンドリーなウェブサイト ([www.innerlife.com](http://www.innerlife.com)) を立ち上げました。Systematic Treatment (ST)を受けるには約15分かかり、一連の質問に対して分岐形式で答えていきます。完了すると、STは個人に合わせた6つの重要な治療問題に関するレポートを提供します：

- 懸念事項の可能性

- 考慮すべき治療法
- 避けるべき治療法
- 適合するセラピストのスタイル
- セラピストの選び方
- 自助リソース

このシステムによる治療推奨は、患者の特性（診断を含む）、治療法、治療関係の間で最適な関係を指摘する証拠に基づく原則を特定する30年間の研究に基づいています。

統合的訓練は、産物でもありプロセスでもあります。産物としての心理療法の統合は、書籍、ビデオテープ、コース、セミナー、カリキュラム、ワークショップ、会議、監督、博士後期プログラム、そして制度的な変化を通じて、ますます普及していくでしょう。教育者が、従来の単一理論に基づく産物よりも、より地方色を排し( less parochial:parochialは、〔キリスト教教会の教区のように〕狭い〔局所的な・ローカルな〕範囲に限定されたの意味)、より多元的で、より効果的な統合的な産物を開発し、提供することが期待されています。

さらに強く望まれているのは、プロセスとしての心理療法統合が、統合そのものの多元性と開放性に一致する形で普及することです。統合的訓練の目的は、必ずしも「統合的」な心理療法士を育成することではありません。このようなシナリオは、単一の志向への強制的な転向を、統合志向への強制的な転向に置き換えるだけであり、内容としてはより解放的であるかもしれませんが、プロセスとしては決してそうではありません。むしろ、目的は、セラピストが臨床的な追求において統合的に、すなわち開放的に、柔軟に、統合的に、しかし厳密に(critically;批判的よりは厳密に、だろう)考え、行動するように教育することです (Norcross & Halgin, 2005)。

統合的療法は、メンタルヘルスにおける短期的かつエビデンスに基づいた治療への高まる要求に応えています。アメリカでは、全患者の90%が何らかの形の管理医療を受けており、短期療法が事実上の治療命令となっています。統合、特に技術的折衷主義の形を取る統合は、「この問題を持つこの患者にとって、より効果的で迅速な治療法」を追求するという実際的な要請に応えています。

エビデンスに基づく実践 (EBP) の国際的な流れは、研究と経験の最良のものを用いて心理療法をクライアントに合わせる作業の緊急性をさらに高めています (Norcross, Beutler, & Levant, 2006)。データに基づく臨床意思決定が標準となるでしょう。エビデンスに基づく実践は、伝統的な学校の崩壊と、情報に基づいた多元主義の加速を促進してきました (Norcross, Hogan, & Koocher, 2008)。何がエビデンスと見なされるかについての具体的な判断基準は依然として議論的ですが、EBPは「誰に対して何が効果的か」という実際の

な取り組みを反映しています。ここで強調されるのは、どの理論が適用されるかではなく、何が効果的かという点です。統合的療法は、この課題に対応する準備ができています。

## **\*\* 人格 \*\***

### **\*\* 人格理論 \*\***

フロイトに始まるほとんどの心理療法システムは、主に人格と精神病理学（何を変えるか）の理論で構成されています。しかし、これはほとんどの統合的療法には当てはまりません。統合的療法は、代わりに変化のプロセス（どのように変えるか）を強調します。統合は、人々や精神病理がどのように発展するかという理論的構造ではなく、治療方法や関係性の選択に直接焦点を当てています。治療の背後には必ず潜在的な理論が存在しますが、統合的療法は比較的「人格のない」ものであり、すぐに変化を促すものです。

私たちの統合的概念化は、人格や精神病理がどのように生じるかについて特定の前提を設けていません。特定の患者に対して、どの治療方法や関係性が肯定的な反応を引き起こす可能性が高いかを知っていれば、そうした決定は比較的重要ではありません。効果的な治療は、多くの理論から、あるいは理論的な枠組みを全く持たずに適用することができます。

存在する限りにおいて、統合的な人格理論は予想通り広範で包括的です。それは発達心理学の生涯アプローチを取り入れています。また、人間が機能的であれ機能不全であれ、遺伝的素質、学習歴、社会文化的文脈、物理的環境の複雑な相互作用の産物であることを反映しています。

### **\*\* 概念の多様性 \*\***

統合的療法が人格理論に依存しないといっても、人格特性に注意を払わないわけではありません。実際に注意を払っています。次のセクションで詳述するように、患者の人格は統合的療法において重要な決定要因であり、治療者の人格とその相互一致も同様です。しかし、人格特性は人間の発達や動機に関する広範な理論に組み込まれるわけではありません。統合的療法において、他のすべての患者特性と同様に、人格特性は、それを特定することが効果的な治療に貢献することが研究によって一貫して示されている範囲で取り入れられます。

私たちのデータに基づいた療法は、問題がどのように発展したかを知る必要があるという見解を避けています。代わりに、特定の行動パターンや環境特性に直面したとき、どの治療が変化を促進する可能性が高いかを知ることが重要だと主張しています。

次のセクションでは、研究が示している心理療法の効果を向上させるのに役立ついくつかの人格特性について説明します。ここでは、従来の心理療法と統合的療法の間で、人格の概念がどのように異なるかを示す例を提示します。

患者の対処スタイルは、洞察志向の方法や症状変化の方法を実施する際に考慮すべき重要な人格特性です。対処スタイルとは、新しい経験やストレスに直面したときに人が何をするかによって定義される持続的な特性です。例えば、衝動的であったり、他者を非難したり、反抗的であったりする行動のクラスターは、社会的関係

を損なうかもしれません。一方で、自己非難、引きこもり、感情の抑制といった行動のクラスターは、個人的な苦痛を増大させる可能性があります。これらのクラスターは比較的持続的であり、状況を越えて存在し、人々の間に違いをもたらします。したがって、これらは人格特性です。しかし、統合的療法は、これらがなぜ発生するのかを理解するために大きな努力を払わず、それらが他の治療選択の重要な特性、例えば社会的サポートの量や変化の段階にどのように関連しているかについてもあまり言及しません。これらの次元間には相関関係があるかもしれませんが、それらの相関関係は、それらが心理療法にどのように影響を与え、その成功を向上させるかを知ることに比べて重要性が低いとされています。

私たちの統合的アプローチは、患者の人格に合わせて心理療法を調整することに主に興味を持っており、その人格についての理論を発展させることには興味を持っていません。私たちは精神病理の改善に取り組んでおり、その説明にこだわってはいません。これから統合的心理療法の実践に移ります。

## 精神病理学

### 統合的精神療法の理論

統合的 精神療法 は、人格理論や精神病理学の一貫した理論が存在しないこととは対照的に、効果的な治療を導く臨床評価を強く重視します。このような評価は、効果がありそうな治療法や治療関係を選択するために精神療法 の初期に行われ、患者の反応をモニタリングし、必要に応じて治療方針を調整するために治療を通して行われ、そして、全体の取り組みの成果を評価するために 精神療法 の終わりに行われます。したがって、評価は継続的で、協力的であり、非常に価値のあるものです。

このセクションでは、治療選択を促進し導く臨床評価について広範な議論から始めます。この説明は、実際の臨床と同様に、自然に 精神療法 のプロセスに移行します。

### 臨床評価

統合的治療 における患者の臨床評価は、ある主要な例外を除いて、比較的伝統的です。評価面接では、提示された問題、関連する履歴、治療期待と目標についての情報を収集し、ワーキングアライアンスを構築します。心理学者は通常、追加データの確保や Axis I および Axis II 障害の識別手段として、正式な心理検査も使用します。私たちは、症状評価フォーム（例：Beck 抑うつ質問票 II、症状チェックリスト-90R）と病理および人格の広範な尺度（例：ミネソタ多面的人格目録-II、ミロン臨床多軸目録-III）の両方をお勧めします。

統合的治療 のための評価が通常と伝統的なものと異なる理由の一つは、治療選択を導く複数の患者次元に関する情報を最初から収集する点です。実際、先に説明した臨床医とクライアントの両方のためのコンピューターベースの評価は、統合的伝統の中で治療計画の開発を強化します（Beutler & Groth-Marnat, 2003; Harwood & Williams, 2003）。

治療に焦点を当てた評価を適用するために、統合的治療 は、治療決定を改善する患者次元(dimensions) ここでは諸要素とか諸特性とでも翻訳すればなめらかであるが。複数の次元で測定した結果をもとにして治療の

中身を決定するといえは簡単なのに。)と対応する治療特性を特定するという中心的な課題に直面しています。潜在的な患者の特性、セラピスト、治療法、および設定変数の組み合わせは数万にも及びます。私たちは、治療成功に寄与する特性を特定するために、利用可能な経験的研究に主に依存し、治療反応の差を最も予測する次元を対象とした焦点を絞った評価を使用します。

この評価戦術にはいくつかの問題がないわけではありません。主な問題は常に、研究されている潜在的に価値のある患者の特性の膨大な数でした。すべてが変化の有効な予測因子であったとしても、臨床医が組織化して一貫して使用するには多すぎます。さらに、研究者は、患者と治療のどの特性が最も重要であるかについて意見が異なる場合があります。予測アルゴリズムでこれらの貢献をバランスさせ、重み付けするには、これらの両方の問題を克服する必要があります。【頭が疲れるけど、何を言っているかといえば、つまり、患者の特性を調査すれば、治療方法の決定に役立つような特性が多数見つかると、数が膨大すぎるときどう処理するか困難がある。これが一つ目。そしてその中から、臨床的にどれが最も重要な因子であるかをプラグマティックに決定したいが、意見が割れてしまう。これが二つ目。根本理論がないのだから仕方ないですね。でもそれがいいところでもあると割り切ることでですね。根本理論があるせいで、成長の行き止まりになったり、紛争が続いたりするわけですから。理論があれば、治療方針の優劣や今採用すべき治療は何かを決める議論もできるでしょうが、理論がなければ、二つの考えのどちらを選択したらよいか、難しいことになります。しかしそこで、では原理原則に帰って論理的に議論しましょうとなれば、理論を先に決めないでいくという方針からは遠くなります。特に、初心者が「その方針は納得できない」と思っているときに、どう説明したらよいか、困るでしょう。治療も成長すれば分かるでしょうし、年月がたっても分からないのならば、それはそれでそちら側の問題であって、こちら側の問題ではありません。】

幸いなことに、長年にわたる私たちのプログラムの研究 (Beutler, Clarkin, & Bongar, 2000 を参照) は、変化に対する最も強力な患者の貢献者とそれらが相互作用する治療特性を特定するために、3つの戦略を順序付けることによってこれらの問題に対処しました。まず、治療成功に貢献した特性が何であったかを特定するために、広範な研究をレビューしました。第二に、これらの特性は、反復的な議論と研究調査のレビューのプロセスによって数が減らされました。第三に、約300人のうつ病患者に対するクロスバリデーション研究を行いました。高度な統計分析 (構造方程式モデリング) により、患者と治療の質の数も最も効率的な数にまで削減されました。変化を予測するアルゴリズムが開発され、これらは臨床医が治療を計画するのに役立つようになりました。【このような成り行きを見ても、統計主義というか、説明理論または仮説を簡単には提案しない。それですべてが説明できるならいいことだけれども、現状ではそうではない。そこで統計主義になるが、ここは統計学者が主役になる。それもまた、一つの滑稽さなのであるが。】

【このあたりの説明としては、AIにおいての大規模言語モデルと、確率計算が、類似例として挙げられると思う。AIは、原理とか法則についてひらめくための演算をしているのではなく、大量の情報から、確率を計算して、メカニズムはよく分からないが、確率計算としてはこうなりますよという結果を見せられて、人間は驚いて、まさに知性が宿っていると思うしかない。というような事情とよく似ているのではないだろうか。原理原則から出発して、うまくいかないのだから、確率計算していたほうがずっと役に立つ。】

## 五つの患者特性

この章では、統合的治療者によって一般的に使用される5つの患者の特性のサンプルを紹介します。これらの患者の特性は、患者と治療の有益な適合性を識別する際のガイドとなります。もちろん、統合的セラピストは治療決定を行う際にこれらの5つの考慮事項に限定されるわけではありませんが、統合的 精神療法 における臨床評価と治療マッチングのプロセスを示しています。ただし、その前に、DSMで言う I 軸の診断があります。

## 1.診断 (DSMの I 軸)

私たちは、DSM-IV で記述されている障害を中心に治療計画を部分的に編成します。診断だけでは不十分ですが、診断が必要な実用的な理由があります。第一に、保険会社は診断を要求し、利用率レビューは診断を参照して行われます。第二に、治療研究は通常、特定の診断グループに何が役立つかを決定するという課題を中心に編成されており、診断を構成する主要な症状は治療の有効性を評価するのに適した方法です。この研究から利益を得るためには、患者の診断を知る必要があります。第三に、多くの障害に対して専門的でマニュアル化された治療法が開発されています。

同時に、診断だけでは治療計画が不十分な理由がたくさんあります。診断は病態指向であり、患者の強みを無視しています。障害のために確立された基準は複数であり、継続的に変化し、異なる患者のグループを選択します。Axis I 患者は、1つまたは複数の Axis II 障害に加えて、合併症のある Axis I 障害にも苦しむ可能性があります。特定の診断グループに制限されたり固有の治療効果を発揮する治療法はほとんどありません。これらの理由から、孤立した障害ではなく、個人のための治療計画を策定する必要があります。

治療計画のために Axis I と Axis II の障害に焦点を当てています。ただし、治療計画では、すべての5つの軸の組み合わせ、つまり多数の可能性を考慮する必要があります。多軸 DSM-IV では、診断は Axis I (症状) と Axis II (人格障害) の考慮事項に限定されず、環境ストレス (Axis IV) と全体的な機能 (Axis V) を含みます。そのため、同じ Axis I 障害を共有する患者がまったく異なる治療を受ける可能性があり、またそうすべきであることは驚くべきことではありません。Axis V または GAF 評価は、治療計画において特に重要であり、患者の機能障害のレベルの単純な指標として機能する可能性があります。

## 2.変化の段階を5段階で考える 前熟考、熟考、準備、行動、維持

### 前熟考 precontemplation precontemplators

ひとつの段階は、次の段階への移動に必要な一連のタスクだけでなく、時間としての人の変化への準備を表します。段階は行動と時間に特異的であり、持続的な人格特性ではありません。熟考前段階は、近い将来に自分の行動を変える意図がない段階です。この段階のほとんどの人は、自分の問題に気づいていない。あるいは、家族、友人、雇用者は、熟考者が問題を抱えていることをよく認識していますが、本人はそうした周囲の人のことに気づいていません。前熟考者が 精神療法 に参加する場合、多くの場合、他者からの圧力や強制によるものです。問題を認識または修正することに抵抗することは、熟考前の特徴です。

## 熟考 Contemplation

熟考(Contemplation)は、問題が存在することに気づいており、それを克服することを真剣に考えていますが、まだ行動を起こすことを約束していない段階です。人々は数年間にわたって熟考段階で立ち往生する可能性があります。熟考者は、機能不全の行動に対する彼らの肯定的な評価と、それを克服するために費やされる努力、エネルギー、損失の量と闘っています。問題解決の深刻な検討は、熟考の中心的な要素です。

## 準備 Preparation

準備段階は、意図と行動基準を組み合わせた段階です。この段階の人は、近い将来に行動を起こす意図があり、過去1年間に失敗した行動を起こしています。行動の準備ができている人は、飲酒量を減らしたり、医療専門家に連絡したりするなどの小さな行動の変化を報告します。彼らは問題を軽減しましたが、アルコール乱用の禁酒など、効果的な行動の閾値にはまだ達していません。しかし、彼らは非常に近い将来にそのような行動を取るつもりです。

## 行動 Action

行動段階は、問題を克服するために個人が自分の行動、経験、および/または環境を変更する段階です。行動には最も明白な行動の変化が含まれ、時間とエネルギーの相当なコミットメントが必要です。行動段階での行動の変化は、最も目に見えて外部から認識されやすい傾向があります。目標行動を許容可能なレベルに修正し、変化するための共同の努力が行動の特徴です。

## 維持 Maintenance

維持段階は、再発を防ぎ、行動中に得られた成果を強化するために人々が取り組む段階です。嗜癖行動の場合、この段階は最初の行動の後の6か月から不確定期間まで続きます。一部の行動では、維持は生涯続くものと考えられます。問題から解放され、6か月以上新しい不適合な行動を継続的に実行できることが維持基準です。

患者の変化段階は、特定の治療方法と関係性の使用を示唆します。表14.1は、主要なセラピーシステムが変化の段階で最も効果的である可能性のある場所を示しています。精神分析的および洞察指向の精神療法に関連する方法と戦略は、初期の熟考前段階と熟考段階で最も有用です。実存主義、認知、および対人療法は、準備段階と行動段階に特に適しています。行動療法と暴露療法は、行動段階と維持段階で最も有用です。各セラピーシステムは、行動変化の全体像の中で、差別化された場所を持っています。

セラピストの关系的スタンスも患者の変化段階に合わせて調整されます。異なる段階でのセラピストのスタンスに関する研究と臨床的コンセンサスは、次のように特徴付けることができます(Prochaska & Norcross, 2002)。熟考前の人々に対して、セラピストのスタンスはしばしば、より独立になる見通しを引き付けられながらも拒絶する抵抗力のある若者と団結する養育者のようなものです。

表14.1 →コピペする

## 変化の段階における心理療法システムの統合

変化の段階として、熟考前、熟考、準備、行動、維持 の5つを考えます

また、変化を働きかける方法として、各種精神療法があります。

どの段階でどの技法を用いるか、記したのが表14.1です。

TABLE 14.1 Integration of Psychotherapy Systems within the Stages of Change

Stages of Change				
Precontemplation	Contemplation	Preparation	Action	Maintenance
Motivational interviewing Strategic family therapy Psychoanalytic therapy	Analytical therapy Adlerian therapy	Existential therapy Rational emotive behavior therapy (REBT) Cognitive therapy Interpersonal therapy (IPT) Gestalt therapy	Behavior therapy Structural family therapy EMDR and exposure	

- **変化の段階:** 人が問題に対してどのように変化していくかを5つの段階に分けています。
  - **熟考前:** 問題があることを認識しておらず、変えようとする意欲もありません。
  - **熟考:** 問題があることを認識しており、変えようと考えていますが、具体的な行動には移っていません。
  - **準備:** 近い将来に具体的な行動を起こそうと考えており、小さな行動の変化が見られます。
  - **行動:** 具体的な行動によって問題を克服しようとしています。
  - **維持:** 得られた成果を維持し、再発を防ぐために努力しています。
- **心理療法:** 各心理療法が、どの変化の段階で最も効果的であると考えられているかが示されています。
  - しかし例えば、「動機づけ面接」は、問題があることを認識していない人（熟考前）に効果的ですが、そのほかにも、具体的な行動に移そうとしている人（行動）、行動を維持しようとしている人（維持）に対して効果的であるであって、表は、一面を端的に示しているに過ぎない。

熟考するクライアントに対しては、セラピストの役割はソクラテスの教師のようなもので、クライアントが自分の状態について自分自身の洞察や考えを深めるように促す。行動の準備をしているクライアントに対しては、セラピストは、何度も重要な試合を経験してきた経験豊かなコーチのようなもので、的確なゲームプランを提供したり、クライアント自身の行動計画を見直したりすることができる。メンテナンスに進んでいるクライアントに対しては、統合的心理療法家は、行動が期待したほどスムーズに進まないときに、専門的なアドバイスやサポートを提供できるコンサルタントのような存在になる。

## 対処スタイル(コーピング・スタイル)

クライアントの対処スタイルは、新しい状況や問題のある状況に直面したときの習慣的な行動からなる。患者は、2つの極端だが比較的安定したタイプの間位置する対処スタイルを採用する傾向がある。患者たちは、問題に直面し、変化を起こす必要性に迫られたときに、原型的な終着点のどちらに最も似ているかによって識別される。簡単に言えば、外向的対処（衝動的、刺激を求める、外向的）と内向的対処（自己批判的、抑制的、内向的）のどちらかに傾く。

対処スタイル(Coping Style)は、心理療法が理想的に症状の軽減に焦点を当てるべきか、より広範な主題的目標に焦点を当てるべきかの指標となる。外向的な患者では、症状に焦点を当てた療法やスキル構築のための療法がより効果的である。例えば、行動的な子どもや衝動的な成人は、通常、能力開発法によって問題を軽減するのが最も効果的である。これとは対照的に、内面化傾向のある患者には、能力開発や症状に焦点をあてた治療から、洞察や気づきを高める治療への移行が最も効果的である。ここでの方法はセラピストによって異なるが、親子連関の解釈、転移と再依存の分析、繰り返し起こるテーマの再検討、感情への気づきを高める練習などがよく含まれる。とはいえ、症状中心から洞察中心へ移行することが、このような患者の変化を最も支援することを、研究は示唆している(Beutler, Clarkin, & Bongar, 2000)。

## リアクタンス(Reactance 反応性)・レベル。

患者のリアクタンスは、しばしば“抵抗”と表現される行動のバリエーションである。反応性患者は外的な要求に対して容易に挑発され、攻撃的に反応する。リアクタンスパターンを示す傾向は、セラピストがどの程度の指示を出すべきかの信頼できる指標である。リアクタンスが高い場合は、非指示的、自己指示的、または逆説的な技法が必要であることを示す。逆にリアクタンスが低い場合は、セラピストのコントロールも含め、患者がより幅広い指示的技法にアクセスできることを示している。言い換えれば、非指示的で自己指示的な介入法を用いることで、抵抗の強い患者に対する有効性が向上する。対照的に、認知的再構築、助言、行動契約など熟考するクライアントに対しては、セラピストの役割はソクラテスの教師のようなもので、クライアントが自分の状態について自分自身の洞察や考えを深めるように促す。行動の準備をしているクライアントに対しては、セラピストは、何度も重要な試合を経験してきた経験豊かなコーチのようなもので、的確なゲームプランを提供したり、クライアント自身の行動計画を見直したりすることができる。メンテナンスに進んでいるクライアントに対しては、統合的心理療法家は、行動が期待したほどスムーズに進まないときに、専門的なアドバイスやサポートを提供できるコンサルタントのような存在になる。

## 患者の好み

倫理的かつ臨床的に適切であれば、私たちは心理療法におけるクライアントの好みに対応します。これらの嗜好は、クライアントの社会的属性（例えば、性別、民族性、文化、性的指向など）や、愛着スタイル、心理療法における過去の経験などに大きく影響されることがあります。これらの嗜好は、セラピストの人柄（年齢、性別、宗教、民族性/人種）、治療関係（温厚かどうか、積極的か消極的か、など）、治療方法（宿題、夢分析、二人椅子での対話の好み/嫌い）、治療形式（集団療法や薬物療法を拒否する）などに関連している場合もある。

私たちは最初のセッションで、患者の強い好みを確認し、可能であればその好みに対応するよう熱心に取り組んでいる。

対照研究(Swift & Callahan, 2009)と臨床経験から、患者の希望に耳を傾けることで、誤解が減り、アライアンスが円滑になり、Contemplationsの協力関係が確立されることが実証されています。患者が常に自分が何を望んでいるのか、何が自分にとって最善なのかを知っていると考えるのはナイーブである。しかし、もし臨床家が、クライアントが自分にとって最善の方法を感じ取っていることが多いという考え方をもっと尊重すれば、関係性のミスマッチは少なくなるかもしれない(Lazarus, 1993)。

## まとめ

前述の5つのクライアント特性は、治療を個々の患者、問題、および状況に体系的に調整するための信頼できる指標として機能します。このリストは研究の進展とともに変化する可能性があります。これらの変数は、治療研究の広範なレビューとメタ分析から発展してきました。診断を含むこれらのクライアント特性は、特定の理論的指向に依存せずに適用できます。これは、臨床的に関連性があり、容易に評価可能な患者の特性が特定の治療法を示唆し、臨床作業の有効性を高めることができるという点で、精神療法が進歩したことを意味します。

## \*精神療法のプロセス

患者に精神療法をマッチングまたは調整するという統合的な要件は、権威的なセラピストが受動的なクライアントに特定の精神療法の形態を処方することとして誤解される可能性があります（そして誤解されてきました）。臨床の現実とは正反対です。私たちの目標は、共感的なセラピストが、コラボレーションを強化し、患者の安全感とコミットメントを確保する最適な関係に向けて努力することです。このような最適な関係の性質は、患者の嗜好と、クライアントの人格がどのように自分の行動を決定するかについてのセラピストの知識の両方によって決まります。たとえば、クライアントが頻りに抵抗する場合、セラピストは、クライアントが適合しないと感じるものを押し付けているのか（嗜好）、クライアントが変化の準備ができていないのか（変化の段階）、または指示的なスタイルに慣れていないのか（反抗レベル）を検討します。統合的 精神療法 は、クライアントに従ってリードします (Norcross, 2010)。

変化は、患者とセラピストの関係の性質、使用される治療法、および患者が再発を回避する方法という相互関連するプロセスを通じて起こります。包括的な治療には、治療を適用する設定、提供形式、強度、薬物療法（薬物）の役割、特定の治療戦略と技術の定義が含まれます。

## 治療関係

すべての精神療法は、人間関係の繊細で治癒的なコンテキスト内で発生します。経験的に言えば、治療の成功は、患者と治療関係の特性によって最もよく予測できます（レビューについては Norcross、2002 を参照）。特定の治療技術によって説明される結果は一般的に 10 ~ 15% のみです。

治療選択を、身体を持たない技術指向のプロセスと見なすことは、途方もない誤解です。統合的 精神療法は、治療テクニックだけでなく、個々のクライアントに対する関係的スタンスもカスタマイズしようとします。この問題を概念化する1つの方法は、テクニックの観点から「選択治療」の概念と並行して、臨床医が対人関係の観点から「選択治療関係」をどのように決定するかです（Norcross & Beutler、1997）。

治療関係の作成と育成において、私たちは臨床経験と効果的なものに関する経験的研究に大きく依存しています。数百の研究のレビューは、治療的アライアンス、共感、目標の一致、およびコラボレーションが明らかに効果的であることを示しています（Norcross、2002）。精神療法の過程を通じてクライアントから彼の/彼女の進捗と満足度に関するフィードバックを収集することも、明らかに成功を改善します（Lambert、2005）。セラピストの肯定的な配慮、整合性、フィードバック、適度な自己開示、および対抗移転の管理はおそらく効果的です（Norcross、2002）。クライアントがつながりを感じて進んで参加しない限り、最高のエビデンスに基づく治療を行うことはすべて無駄になります。

初期段階において、私たちは協力関係を築き、クライアントの経験や懸念に共感するよう努める。治療目標の設定、患者の好みの確認、当初予想される不信感や恐怖心の緩和、思いやりと支持を示すことなど、協力的に進めていく。もちろん、治療関係も個々の患者に合わせたものでなければならない。

## 治療計画

治療計画には必ず、設定、形式、強度、薬物療法、戦略や技法など、相互に関連する決定が含まれる。ここで重要なことは、それぞれのクライアントは、異なる構成や要素の組み合わせに最もよく反応するという点である。われわれは、治療が自動的に週1回の外来個人療法になると考えることはできないし、そうすべきでもない。以下では、戦略と技法に時間を割きながら、これらの決定についてそれぞれ考察する。

## 治療設定

治療設定は、治療が行われる場所です。心理療法士のオフィス、精神科病院、半ばの家、外来クリニック、中等学校、医療病棟などがあります。設定の選択は主に、精神病理の重症度と患者の環境におけるサポートを考慮して、患者を制限およびサポートする必要性の相対的な程度によって決まります。

各治療決定は、他の治療決定と同様に、特定の患者の特性にも関連しています。たとえば、最適な設定は、症状による障害によって部分的に決定され、反抗レベルを部分的に反映します。最も障害があり抵抗力のあるクライアントは、最も制限的な環境を最も必要としています。外来治療は常に制限的な設定よりも優先されます。実際、ほとんどの場合、最も制限の少ない設定が優先されます。

## 治療形式

形式は、治療に直接参加する人を示します。それは、治療が行われる人間関係のコンテキストです。一般的な治療形式である個人、グループ、カップル、家族は、参加者の数とアイデンティティによって大きく決定される一連の治療パラメーターによって特徴付けられます。（治療形式については、本章の治療セクションを参照してください。）

## 治療強度

精神療法の強度は、治療エピソードの期間、セッションの長さ、接触頻度の積です。また、グループ治療と個人治療、または薬物療法と精神療法の両方など、複数の形式の使用を含む場合があります。

強度は、問題の複雑さと重症度の関数として評価する必要があり、患者のリソースも考慮する必要があります。たとえば、複数の治療目標、重度の機能障害、少ない社会的サポート、パーソナリティ障害を持つ患者は、より単純な問題を持つ患者よりも大幅に長く、より集中し、より多様な治療を必要とする可能性があります。短期治療は明らかにすべての人に適しているわけではありません。多くの患者は長期治療または生涯ケアを必要とするでしょう。

## 薬物療法

数十年にわたる臨床研究と経験により、向精神薬はより重度で慢性的な障害に特に適していることが示されています。薬物療法が示される場合、問題はそれがどのように処方されるべきかになります。どの薬剤をどの投与量でどのくらいの期間使用するか？

統合的 精神療法 は、いくつかの精神療法体系とは異なり、薬物療法と精神療法の統合に適しています。これは、治療選択の基礎となる多元主義と一致しています。

ただし、注意が必要です。保険の償還とメンタルヘルスケアの制限の強化により、薬物療法が精神療法を犠牲にして不当に有利になっています。研究は、実際には精神療法がしばしば薬よりも強力な薬であることを示しているため、この状況は臨床的および経験的に嘆かわしいものです（たとえば、Antonuccio、1995；DeRubeis、Hollon、他、2005）。科学的証拠の大部分は、精神療法が一般的に、特に患者評価尺度と長期フォローアップを考慮した場合、ほとんどの非精神病性障害の治療において薬物と同等に効果的であることを示しています。これは薬物療法の有益な影響を軽視するものではなく、精神療法の信頼できる効力を強調するものです。さらに、私たちは、複合治療は慎重に調整され、患者とそのサポートシステムに対する精神教育を含むべきであると考えています。薬物療法だけでは統合的な治療ではありません。

臨床医は最初にクライアントに会うとき、特定の治療戦略と技法に直ちに集中したい誘惑に駆られます。しかし、前述のように、治療選択は常に相互に関連する決定の一連のカスケードを含みます。真に統合された治療は、治療戦略に飛び込む前に、これらの他の決定を再帰的に考慮します。

## テクニックと戦略

テクニックと戦略の選択は、統合的治療の最も物議を醸すコンポーネントです。異なる理論的指向の支持者は、同じように見えるテクニックについて決定的に異なる見解を支持します。さらに、任意の特定の技法は異なる方法で使用できます。したがって、特定のテクニック自体に焦点を当てるのではなく、変化原則を処方することを好みます。これらの原則は、さまざまな方法とさまざまなテクニックで実装できます。異なる治療システムの手順を組み合わせて、治療を特定の患者に合わせます。

セラピストを含めて人間は、一度に4つまたは5つのマッチング次元以上を処理することはできません

(Halford, Baker, McCredden, & Bain, 2005)。前述のように、私たちは主に、処方ガイドラインとして実証済みの経験的実績を持つ5つの患者の特性（診断、変化の段階、対応スタイル、反抗レベル、および患者の嗜好）を考慮します。

## 再発予防

前述のように、患者に合わせて精神療法を調整すると、精神療法の効果が高まります。しかし、精神療法が効果的であっても、再発は多くの行動障害、特に依存症、気分障害、および精神病性障害では例外ではなく規則です。したがって、精神療法の終了に向けてクライアントに再発予防を教えることは、ほとんどすべてのケースで強くお勧めします。

再発予防は、クライアントが「高リスク」を特定し、そのような状況を回避するための計画を作成し、維持スキルを構築するのに役立ちます (Marlatt & Donovan, 2007)。患者とセラピストは、患者が生活、仕事、そして娯楽をする環境を調べ、典型的に機能障害を引き起こした場所、人、状況的要求を特定します。この分析は、患者が通常の問題発症の前に経験するうつ病、不安、さらには幸福感を経験し始めたときに信号を送る手がかりを特定できるように教えることと組み合わせられます。これらの手がかりは、助けを求める、自制心を実践する、そして圧倒的な状況的ストレスを回避する代替行動にリンクされています。最後に、ほとんどの場合、患者が再び私たちや他のメンタルヘルスの専門家から助けを求めるのを妨げる可能性のある障害を克服しようとしています。

## 維持

維持療法は、問題が複雑な場合、患者が高い機能障害に苦しんでいる場合、人格障害がある場合に適応となる。また、治療経過が不規則で、6カ月以内に症状の消失が一貫して得られない場合にも、維持療法が適応となる。これらの特徴は、再発傾向の特に強い指標であり、維持療法を行うことで、患者が気づく前に新たな問題に対処することができる。

## \*心理療法のメカニズム

統合的な心理療法は、単一の、あるいは普遍的な変化のメカニズムを前提としない。同じような症状が現れても、個人によって作用機序は大きく異なる。防衛的な個人にとっては、そのメカニズムはエンパシーなセラピストが提供する信頼と協力の慈悲深く正しいモデリングかもしれないが、信頼と自己反省のある個人にとっては、作用のメカニズムは洞察と再認識かもしれない。同様に、恐怖心や不安感を抱く患者を援助するための変

化のメカニズムは、恐怖を感じる出来事に触れ、安心感を与えることであるかもしれない。重要なのは、変化の経路は複数あるということである。

表14.2には、9つの作用メカニズム、あるいは私たちが「変化プロセス」と呼びたい作用メカニズムが示されている。これらのプロセスは、私たちの研究において、現在までに最も経験的な裏付けを得ている。心理療法家が最もよく用いる変化プロセスは、意識の拡大と援助関係である。事実上すべての療法が、意識の拡大と治療関係を、強力な作用機序あるいは変化プロセスとして支持している。前者は環境の力を不当に強調するものであり、後者は政治的擁護の境界線上にある不適切なものであると一部のセラピストは見ている。

TABLE 14.2 Nine Change Processes and Representative Therapy Methods

変化プロセス	定義（日本語）	代表的な治療法（例）
意識向上	自己や問題に対する意識を高める	自己観察、フィードバック、教育
自己再評価	自己概念をより肯定的なものへ変化させる	価値観の再検討、ロールプレイ
情緒喚起	問題に関する感情を意識化し、表現する	イメージ法、感情フォーカシング
社会解放	社会的な規範や制約からの解放を促す	グループセラピー、教育
自己解放	個人の行動変容を促す	自己効力感の向上、目標設定
反応条件づけ	望ましくない反応を別の反応に置き換える	行動療法、曝露療法
環境制御	問題となる状況を変化させる	ストレスマネジメント、環境調整
結果管理	行動の結果に対する報酬や罰を調整する	行動療法、トークンエコノミー
支援関係	療法士とクライアントの信頼関係を築く	傾聴、共感、受容

統合的 精神療法 は、あらゆる変化プロセスを柔軟に活用できるため、特定のイデオロギーに縛られることなく、クライアントのニーズに合わせた治療を提供できます。他の心理療法と同様に、意識向上と治療関係の構築に重点を置きますが、それだけでなく、様々な変化プロセスを状況に応じて選択できるという利点があります。例えば、依存症患者にはスキル構築と環境制御が必要であり、抑圧されたマイノリティクライアントには社会解放が有効です。

さらに、変化プロセスは変化の段階によって効果が異なります。一般的に、体験的および精神分析的なアプローチに関連する変化プロセスは、初期の熟考前段階と熟考段階で最も有効です。一方、存在主義、認知、行動主義のアプローチに関連する変化プロセスは、行動段階と維持段階で最も効果的です。

このパターンは重要なガイドラインとなります。クライアントの変化段階を把握することで、統合的 精神療法 は次の段階への移行を促すために適切な変化プロセスを選択できます。変化プロセスを漫然と試行錯誤的に適用するのではなく、体系的で効果的な方法で使用することが可能になります。単に複数の変化プロセスが存在すると言うだけでは不十分であり、それらをどのように選択し、順序付けて 精神療法 を加速させ、成果を向上させるかを理解する必要があります。

この点において、2つの一般的な誤りが観察されます。第一に、クライアントが行動段階に移行しているにもかかわらず、意識向上や自己再評価などの熟考段階に最も適した変化プロセスに主に依存するセラピストがいます。彼らは、クライアントの意識を高めることで行動変容を図ろうとしますが、これは精神分析に対する一般的な批判であり、洞察だけでは必ずしも行動変容につながりません。第二に、クライアントがまだ熟考前段階または熟考段階にいるにもかかわらず、コンティンジェンシー・マネジメント、環境制御、反応条件づけなどの行動段階に最も適した変化プロセスに主に依存するセラピストがいます。彼らは、必要な意識やコミットメントなしにクライアントに行動を促そうとしますが、これは急進的行動主義に対する一般的な批判であり、洞察のない行動は一時的な変化しか引き起こさない可能性があります。

## 適用範囲

### \*我々は誰を救えるか？

統合的 精神療法 は、その柔軟性により、実質的にすべての患者集団と臨床障害に適用可能です。子ども、青少年、成人、高齢者、診断可能な障害、成長経験、自費診療または管理医療など、幅広い問題に対応できます。ワンサイズ・フィッツ・オールの治療を避け、個々の患者に合わせた治療を提供するため、様々な問題に適用可能です。実際、統合的 精神療法 が禁忌となるクライアントや障害は考えられません。

統合的 精神療法 は特に、(1) 複数の診断や合併症を持つ複雑な患者や症例、(2) 従来の純粋な形式の 精神療法 に対して歴史的に良好な反応を示さない障害（人格障害、摂食障害、PTSD、慢性精神疾患など）、(3) コントロールされた治療成績研究が不十分な障害、(4) 純粋な形式の 精神療法 が失敗した、または部分的にしかな成功していないクライアントに適しています。

研究によると、機能障害のある患者は包括的で統合的な治療に最もよく反応します。特に、障害が重度の患者は、より多くの治療時間、薬物療法、個人、カップル、グループなど複数の治療形式、および社会的支援ネットワークの強化に向けた明確な取り組みが必要となります（Beutler, Harwood, Alimohamed, & Malik, 2002）。統合失調症、境界性人格障害、多重依存症などがその典型的な例であり、複雑な問題は複雑な治療を必要とします。

どの治療法やセラピストも失敗から免れるわけではありません。そのような場合、経験豊富な臨床家は、他のアプローチの治療法を含めるべきだったかどうか、または特定の問題に対処する他のアプローチの強みが自分のアプローチの弱みを補完する可能性があるかどうか疑問に思うことがよくあります。統合的 精神療法 は、各アプローチが独自の専門分野を持ち、それらを組み合わせることで効果を最大化できるという前提に基づいています（Pinsof, 1995）。

統合的 精神療法 が失敗した場合、それは統合的原則に従っていないこと、特定の治療法の実施スキル不足、特定の患者とセラピストの相性不良による可能性があります。同様の患者間で期待されるペースで患者が目標を達成できない場合、これらの選択肢をそれぞれ検討する必要があります。

治療法を組み合わせる大きな強みの一つは、クライアントの複数の目標に対応できることです。ほとんどのクライアントは洞察と行動の両方を望み、自分自身と問題についての意識を高めると同時に、苦痛な症状を軽減することを求めています。統合的セラピストは、クライアントの好みによって、どちらか一方または両方の広範な目標に焦点を当てることができます。同様に、統合的 精神療法 は、クライアントの生活の複数の領域、つまり症状、認知、感情、人間関係、心理内的葛藤の改善に同時に取り組むことができます。ある領域または単一のレベルでの変化は、ほとんどの場合、他の領域での相乗的な変化を生み出します。

## \*治療について

「統合」という用語は一般的に、異なる 精神療法 システムの統合を指しますが、他にも多くの意味があります。一つは、個人、カップル、家族、グループなどの治療形式の組み合わせです。もう一つは、薬物療法と精神療法 の組み合わせであり、併用療法とも呼ばれます。どちらの場合も、臨床医の圧倒的多数（80%以上）がこれらを統合の意味の一部と考えています（Norcross & Napolitano, 1986）。

実際には、統合的 精神療法 は、効果的で倫理的なすべての変化方法の統合に取り組んでいます。これには、セルフヘルプと 精神療法 の統合、西洋と東洋の視点の統合、社会活動と 精神療法 の統合、精神性と 精神療法 の統合などが含まれます。これらはすべて包括的な治療と互換性がありますが、本章では、異なる理論的アプローチを融合させるという統合の伝統的な意味に限定しています。

グループ、カップル、家族療法の効果に感銘を受けています。これらの形式で行われる治療は、一般的に個人療法と同等に効果的ですが、患者とセラピストは通常、個人形式を好みます。それでも、社会的支援システムが低く、主要な問題の1つ以上が特定の他の人に関わる場合は、複数人の形式が適しています。

統合的 精神療法 は、長期治療と短期治療の両方を採用しています。治療の長さは、セラピストの好みや理論的指向ではなく、患者のニーズによって決定されるべきです。事実上、すべての形態の短期療法は、元の長期バージョンと比較して、能動的で協調的で統合的な方向性であると宣伝しています (Hoyt, 1995)。短期療法と統合的療法は、以前の学校支配の特徴であったイデオロギー的なものとは対照的に、実用的で柔軟な見通しを共有しています。

## \*統合的 精神療法 のエビデンス

統合的治療に関する経験的エビデンスは近年大幅に増加しており、いくつかの特定の統合的治療法について、当研究を含むコントロール研究が行われています。

統合的 精神療法 を支持する成果研究は、いくつかの形態で得られます。第一に、最も一般的には、精神療法研究全体の体系が、統合的治療の基盤となる主要原則を提供しています。これは、治療選択のプロセスを体系化する基礎です。統合的なアプローチの真の利点は、精神療法 の有効性を証明し、特定の種類の障害や患者に対するその差別的な効果を示す膨大な研究が存在することです。統合は、精神療法 の別の「システム」になるのではなく、最先端の研究成果をそのオープンな枠組みの中に組み込むことを目指します。

第二の研究エビデンスの源は、特定の統合的治療法に関するものです。統合的治療法のレビュー

(Schottenbauer, Glass, & Arnkoff, 2005) では、次の治療法について実質的な経験的サポート（4つ以上のランダム化比較試験による定義）が確認されました。

- 受け入れとコミットメント療法
- 認知分析療法
- 弁証行動療法
- 感情焦点型カップル療法
- 眼球運動脱感作と再処理 (EMDR)
- マインドフルネスベース認知療法
- 体系的治療選択 (STS)
- 転理論的 精神療法 (変化の段階)

統合的セラピストは、これらの治療法を特定の患者、例えば境界性人格障害の患者に対して弁証行動療法を使用することができます。あるいは、統合的セラピストは、多くの患者に対してこれらの治療法の一部、例えばマインドフルネスの教えや、必要な場合のEMDRを使用することができます。これらの治療法とその要素は、研究によって効果が証明されている患者や状況で最適に使用されます。これらの治療法とその部分を体系的なプロセスと統合的な視点の中で組み入れるべきであることを付け加えます。つまり、統合的であり、折衷的ではないということです。

その他の12の自己識別統合的治療法も、1~4件のランダム化比較試験として定義される一定の経験的サポートを得ています。これらには、行動家族システム療法、統合的認知療法、プロセス体験療法、ラザラスの多モ

ード療法などがあります。

統合的 精神療法 の第三の研究エビデンスの源は、あらゆる理論的指向の臨床家が治療をマッピングできる指導原則の特定です。上記のように、体系的治療選択（STS）は特定の方法を提唱するのではなく、研究に基づいた原則の使用を提案します。臨床心理学学会（APA部門12）と北米 精神療法 研究学会（Castonguay & Beutler, 2006）の合同タスクフォースは、気分障害、不安障害、人格障害、薬物乱用障害に関する治療研究の包括的なレビューを行いました。彼らの使命は、レビューされた5,000以上の研究から、臨床医が治療計画に利用できる一連の原則を抽出することでした。

参加者、関係、治療変数に関する研究が行われ、別々に分析されました。最終的にこの文献から抽出された原則には、本章で考慮された患者の特性が含まれていました。

私たちの特定の統合的 精神療法 を支持する第四の具体的な研究源は、変化の段階を含むクライアント特性に応じた治療選択に関する進行中のプログラム研究です。以下では、本章で提示された我々のアプローチを支える研究エビデンスのレビューを、患者の特性の観点から要約します。

## \*変化の段階

クライアントが治療後にどれだけ進歩するかは、治療前の変化の段階の関数となる傾向があります。これは、うつ病、パニック障害、摂食障害、喫煙、脳損傷、心臓病などの患者で確認されています。強力な段階効果は、介入直後だけでなく、12か月後と18か月後にも適用されます（Prochaska, DiClemente, Velicer, & Rossi, 1993）。570人の喫煙者を対象とした代表的な研究では、成功の程度は治療前の段階に直接関連していました（Prochaska & DiClemente, 1983）。熟考前段階の人のうち、6か月後に行動を起こしたのはわずか3%、熟考段階の人のうち20%が行動を起こし、準備段階の人のうち41%が6か月以内に禁煙を試みました。これらのデータは、人々が1か月でわずか1段階進歩するのを助けるように設計された治療法が、近い将来に行動を起こす可能性を2倍にすることを示しています。

私たちの研究から得られた最も強力な発見の1つは、特定の変化プロセスが特定の変化段階でより効果的であるということです。行動医学と 精神療法 の25年の研究は、異なる変化プロセスが特定の変化段階で異なる効果を持つことを示しています。変化の段階と変化のプロセスの関係を調査した47の横断的研究のメタ分析（Rosen, 2000）では、段階全体で大きな効果サイズ（ $d = .70$  および  $.80$ ）が示されました。

トランス理論モデルに関するコントロール研究は、治療をクライアントの変化段階に合わせて調整することで、障害全体のアウトカムが大幅に向上することを示しています。この段階マッチングは、ストレス管理、禁煙、いじめ暴力、健康行動の大規模試験で実証されています（レビューについてはProchaska & Norcross, 2010を参照）。

要するに、数百の研究が、治療をクライアントの変化段階に合わせて調整することの有効性を示しています。縦断的研究は、これらの構成体が早期離脱と治療結果を予測する際の関連性を確認しています。比較的成果研究は、段階に合わせた治療と関係の価値を証明しています。人口ベースの研究は、変化のすべての段階で個人

のニーズに合った介入を開発することの重要性を支持しています (Prochaska, Norcross, & DiClemente, 1995を参照)。

## \*コーピングスタイル

研究では、外向的（衝動的、刺激を求める、外向的）および内向的（自己批判的、抑制的、内向的）のコーピングスタイルに主に注目してきました。この次元を調査した20以上の研究の約80%で、患者のコーピングスタイルの関数として治療の種類異なる効果が示されました。患者のコーピングスタイルとセラピストの方法の「適合性」に関連する効果サイズは、0.61から1.40の範囲であることがわかりました (Beutler, in press)。具体的には、対人療法と洞察指向療法は内向的な患者でより効果的であり、症状に焦点を当てたスキル構築療法は外向的な患者でより効果的です (Beutler, in press; Beutler, Harwood, Alimohamed, & Malik, 2002)。

## \*リアクタンレベル

研究は、予想通り、高い患者のリアクタンが治療結果の悪化と一貫して関連していることを確認しています (25以上の研究の82%)。しかし、セラピストの指示性をクライアントのリアクタンに合わせることで、治療結果が向上します (80%の研究、Beutler et al., 2002)。具体的には、高い抵抗を示すクライアントは、自己制御法、最小限のセラピストの指示性、逆説的な介入からより多くの利益を得ました。対照的に、抵抗の低いクライアントは、セラピストの指示性と明確なガイダンスからより多くの利益を得ました。この発見の強さは、平均効果サイズ (d) が.83であると表現されています (Beutler, in press)。

これらのクライアントマーカーは、治療法の選択に関する処方的なガイダンスと禁止的なガイダンスの両方を提供します。リアクタンでは、処方的な意味合いは、セラピストの指示量を患者のリアクタンに合わせることであり、禁止的な意味合いは、高いクライアントリアクタンに高いセラピストの指示で対応すること避けることです。変化の段階では、行動指向療法は準備段階または行動段階にある個人にとって非常に効果的です。しかし、これらの同じ治療法は、熟考前段階と熟考段階の個人にとってはあまり効果的でなく、有害さえある傾向があります。

## \*好み

クライアントの好みや目標は、多くの場合、その人にとって最適な治療方法と関係性を示す直接的な指標となります。数十年にわたる経験的証拠は、クライアントの人間関係の好みと治療目標を真剣に検討し、少なくとも最初から検討することが有益であることを証明しています (Arnkoff, Glass, および Shapiro, 2002)。2,300人の患者を対象とした26件の研究のメタ分析では、希望する治療法に適合する患者の治療結果と、希望する治療法に適合しない患者の治療結果を比較した。調査結果は、好みに一致するクライアントに有利な小さなプラスの効果 (d= 0.15) を示しました。しかし、より重要なことは、自分の好みに合致したクライアントは、心理療法から脱落する可能性がわずかに約半分であったことです。これは確かに強力な効果です (Swift & Callahan, 2009)。

## \*診断

ここで考慮される患者の特性の中で、診断は治療効果の違いに関する証拠が最も少ないものです。確実なマッチングはできませんが、障害と治療の組み合わせの中には、他の組み合わせよりもおそらく良いものがあります。たとえば、中等度のうつ病は、認知療法、対人療法、薬物療法に最も反応するようです。行動療法と親トレーニングは、ほとんどの外向的な子供の行動障害に対する治療法の選択肢のようです。何らかの暴露は、強迫性障害と心的外傷後ストレス障害に最適のようです。共同治療は、兄弟間のライバル関係とカップルの苦痛に最も適しているようです。同時に、治療を選択するための診断への過度の依存は、経験的に疑問視され、臨床的に疑わしいことを繰り返します。

## \*\*多文化社会における 精神療法

「異なる人々には異なる方法」という統合的な格言は、多文化主義と自然に合致します。そして、文化とは、人種だけでなく、より広範な意味での人類の素晴らしい多様性を指します：年齢と世代の影響、障害の有無、宗教、民族、社会的地位、性的指向、先住民の遺産、国籍、性別など（Hays、1996）。

支配的な「父」から生まれ、文化的に限定された人格理論に根ざした単一学校の治療法は、白人、男性中心、西ヨーロッパ、異性愛者の規範を微妙に維持する傾向があります。多くの単一学校の「普遍的」原則は、今では臨床的な近視眼または文化帝国主義の例として正当に認識されています。対照的に、統合的治療法は、特定の創始者にも人格理論にも依存しません。私たちの唯一の「普遍的」原則は、人々と文化は異なり、それぞれとして扱われるべきだということです。エビデンスに基づく多元主義は、統合が精神療法に多様性と柔軟性をもたらすため、支配しています。事実上すべてのフェミニスト、多文化主義、文化対応理論が、実践において折衷的または統合的であると自称しているのも不思議ではありません。

統合的 精神療法 は、異なる文化や国において同等の成功を収めています。クライアントに提供される統合的 精神療法 は、利用率、維持率、成果を向上させるために、文化的感度や文化的に適応された形で現れます。精神療法 は、クライアントの文化的価値観を治療に組み込む、先住民のヒーラーと協力する、クライアントを同じ文化のセラピストとマッチングするなど、さまざまな方法で適応させることができます。

統合的 精神療法 のすべての実際的な問題と同様に、文化の組み込みは累積的な研究によって情報提供されるべきです。76の研究のメタ分析（Griner & Smith、2006）は、とりわけ、治療をクライアントの文化に適応させることは中程度の正の効果（ $d = .45$ ）を持ち、特定の文化グループを対象とした治療法は、さまざまな文化背景を持つクライアントに提供される治療法よりも効果的で、クライアントの母語（英語以外）で行われた治療法は、英語で行われた場合の2倍効果的であることを示しています。さらに、可能な限りセッションでの翻訳者を避け、翻訳者の使用は弱い同盟、より多くの誤診（通常必要以上に深刻）、および高い脱落率と関連しているためです（Paniagua、2005）。

その結果は、あらゆる信念の精神療法家が、精神療法 の開始からクライアントの特別なニーズとユニークな文化を相互に探求することです。特に歴史的に疎外された人口集団にとって効果的な実践は、患者の役割とセラピストの役割をクライアントに知らせることです。多くの患者は、精神療法 のプロセスについて異なる期待を持っており、メンタルヘルス治療に抵抗感を感じるかもしれません。プレセラピーオリエンテーション

は、これらの期待を明確にし、クライアントにとってより快適な役割を共同定義することを目的としています。

もう一つの効果的な実践は、個人主義的な立場を集団主義的な臨床作業への指向性で増強することです。たとえば、最適な治療形式とセラピストチームは、特定のクライアントの文化によって異なる可能性があります。一部の文化では、クライアントは自動的に友人、家族、隣人、聖職者、おそらく伝統的なヒーラーのサポートを治療の一部として、そしておそらくセッションで募集します。たとえば、文化に敏感な関係は、通常のセラピストの共感以上のもの、つまり文化的共感 (Pederson, Crethar, Carlson, 2008) を要求する可能性があります。西洋文化で定義されているように、共感は、人間の欲望と苦痛の個人主義的な解釈を取ります。

「あなたの個人的な気持ちを理解します」。文化的共感は、文化的な対応性を中心に置くことで、より包括的な方向性を取ります。それは、別の文化からのクライアントの自己体験を正確に理解し、それをクライアントに表現する学習能力です。「あなたの個人的な感情とあなたの文化的背景を理解しています」。

私たちは、精神療法における多文化主義を熱心に受け入れています。それは統合、統一性の中での多様性と呼ばれます。統合的治療法は、アフリカ人、アジア人、ラテン系、または白人、ストレート、ゲイ、バイセクシュアル、またはトランス、イスラム教徒、キリスト教徒、ユダヤ人、または無神論者など、すべての人にとってのコンテキストはユニークであると仮定しています。そして、各精神療法は、特定の人々のニーズに合わせて個別に構築される必要があります。場合によっては、これは個人を社会的抑圧から解放するのを助けることを意味します。他の場合、それは彼らが精神的な強迫観念から解放されるのを助けることを意味します。また別のケースでは、生物学的うつ病の治療が含まれます (Prochaska & Norcross, 2010)。

## 事例学習

Ms. Aは、近所の開業医である息子の紹介で精神療法を受けた72歳のヨーロッパ系アメリカ人の未亡人です。彼女は不安と広場恐怖症の治療を求めています。

### \*履歴と背景

Ms. Aは、控えめに裕福な家族の娘としてボストンで育ちました。彼女は中年でかなり厳格な両親の唯一の子どもでした。彼女は家族との関係が悪く、特に「ボス的で不合理」と表現した母親との関係に困難を経験しました。

Ms. Aは、家を出たときの最初のパニック体験は12歳のときだったと語りました。当時、彼女は母親が買い物をしている間、ガールフレンドと一緒に滞在していました。人形で遊んでいるとき、Ms. Aは突然パニック発作を経験しました。彼女は死ぬ恐怖に襲われ、心臓がドキドキし、息切れを感じて窒息する恐怖を感じました。Ms. Aは通りに飛び出して助けを求めようとしたのですが、コミュニケーションできず、誰も彼女の声を聞いたり助けを提供したりしませんでした。彼女は徐々に自己制御と強制的な呼吸制御によって落ち着きました。彼女はその後2年間、周期的に比較的軽度で自発的なパニック発作を経験しました。

約16歳のとき、Ms. Aはより頻繁により重度のパニック発作に苦しみ始めました。これにより、彼女は数ヶ月間両親と一緒に寝ており、ますます知られている場所や場所に閉じ込められるようになりました。彼女はパニック発作の増加の原因を知らないかと否定しましたが、それらは若い男性との関係の発展とともに発生しました。彼は彼女を追いかけましたが、彼女は彼に魅力を感じず、長期的な関係に興味がありませんでした。彼はしつこく、その結果、Ms. Aは彼と社会的に会うようになりましたが、彼らは多くの別れと再会を繰り返す波乱万丈な関係を持っていました。彼女は最終的に母親の説得に応じて17歳で彼の結婚の要求に屈しました。その後、カップルは彼の家族の近くで暮らすためにロードアイランドに移りました。

求愛期間と結婚初期を通じて、患者は周期的なパニック発作と広場恐怖症の期間を耐えました。Ms. Aの症状は悪化し、必要なケアを受けられるようにボストンに戻る必要がありました。彼女は離婚を検討し、実際に別居して両親の家に引っ越しましたが、妊娠していることがわかりました。Ms. Aは赤ちゃんの誕生後に短時間夫と再会しましたが、パニック症状が非常にひどくなり、母親に電話して家に帰ることを懇願し、状況が生死の問題であると主張しました。その後、彼女は離婚を申請しましたが、夫は結婚解消に反対し、裁判所に離婚を許可しないように説得しました。

Ms. Aは両親を彼女の結婚困難の責任者と責め、離婚できないとき、彼女は家を出て、嫌っていた母親の世話を赤ちゃんを残しました。患者は数年間、夫と両親の追求から無事に逃げました。その間、彼女はレズビアン関係を試み、自分をレズビアンだと考えるようになりました。同時に、パニックと広場恐怖症の症状は緩和され、彼女は約3年間パニック発作を起こさなかったことを思い出しました。しかし、両親が彼女を見つけるために私立探偵を雇い、弁護士を通じて彼女との連絡を再開した後、すぐに攻撃が始まりました。彼女は両親が高齢すぎて女の子の世話をできなくなったため、娘の世話を交渉しなければなりませんでした。

将来の計画が進展するにつれて、Ms. Aは疎遠になった夫と会うことを余儀なくされました。これらの訪問の前後しばらくの間、患者のパニックエピソードは悪化しました。弁護士とのカウンセリングを経て、患者は夫の要求を受け入れ、和解して子供を連れて両親から離れて「やり直す」ことにしました。彼らはオレゴンに移住しました。

患者の結婚再構築の努力は、短期間しか成功しませんでした。オレゴン州では、彼女は最初パニックの治療を求めて入院しました。彼女は薬物で退院しましたが、数ヶ月後に服用をやめました。彼女は入院による長期的な利益を報告しませんでした。入院退院後、Ms. Aはいくつかのレズビアン関係を開始し、最終的に夫に去るよう促しました。その後、彼は東海岸の家族に戻り、彼女に一人で子供を育てるように任せました。彼は離婚を申請し、成功しました。彼女は仕事を見つけて娘を養うために苦労しましたが、この混乱にもかかわらず、彼女のパニックと広場恐怖症の強度は再び低下しました。それにもかかわらず、彼女は娘へのレズビアン関係の影響を心配していました。

すぐに、Ms. Aは彼女に恋をした裕福な男性に出会いました。彼は彼女と娘を養子にし、彼女の恋人たちを寛容にするという条件で、彼女と娘を養子にすることを誓い、彼女に結婚を申し出ました。彼女と彼が生んだ娘と子供たちは彼の相続人になるでしょう。長い間考えた後、Ms. Aは同意しました。結婚は25年続き、さらに

息子と娘の2人の子供が生まれました。彼女の夫は、彼女の末娘が高校を卒業してすぐに癌で亡くなりました。夫の死後、彼女はオープンにレズビアンとして暮らし始め、過去16年間独身のままです。

約10年前、Ms. Aは恋をした女性に出会いました。彼らは継続的なサポート的な関係を維持しています。注目すべきことに、この間、彼女の2番目の結婚の終わりまで遡りますが、Ms. Aは軽度の不安しか経験せず、パニックはありませんでした。彼女はパニックの恐怖「恐怖の恐怖」を恐れており、旅行に対する一般的な「嫌悪感」と、不安になることを恐れて「延期する傾向」があると説明しています。彼女はまた、家にいないときに「居心地が悪い」と説明していますが、15年以上もパニックや恐怖症の臨床症状はありません。人生の大部分で彼女を悩ませてきた最も支配的で不安な感情でさえ、窒息して息ができなくなる感覚は消えました。しかし、Ms. Aは意気消沈して無気力であり、睡眠を維持するのに苦労しており、他の厄介な気分障害と回避の症状に苦しんでいます。

ある出来事は特に問題でした。約5年前、Ms. Aと彼女の恋人は別の国で休暇中に、性行為後に混乱して目を覚ましました。彼女はこれを「解離」と「記憶喪失」と表現しました。彼女は自分がどこにいるのか、なぜそこにいるのか、恋人と両親が誰なのか思い出せませんでした。これらの症状は数時間以内に消えましたが、激しい性的遭遇の直後に何度も再発しました。このとき、Ms. Aは初めて精神療法を求めました。彼女は彼女の解離経験の医学的理由を見つけられなかった精神科医に会い、「一時的なヒステリック変換」と診断されました。精神科医はMs. Aを約1年フォローアップし、抗うつ薬を処方しました。この仕事はやや助けになり、その結果、Ms. Aと彼女の恋人は別の「解離」攻撃を引き起こすことを恐れて、それ以上の性的接触をやめることにしました。彼女はその後すぐに精神療法を終了しましたが、それ以来必要性を感じていたため、家族医からさまざまな鎮静剤を続けています。Ms. Aと彼女の女性のパートナーは、愛情のあるプラトニックな関係を維持しています。

## \*臨床評価とフォーミュレーション

統合的セラピストは、前述の病歴をとり、Ms. Aとの良好なアライアンスを築き、最初のセッションで治療目標についてのコンセンサスを得ました。患者には、精神状態を評価し、治療計画で重要な特性を特定するために、いくつかの自己報告式インストルメントの記入が求められました。これらのインストルメントには、変化の段階質問票、MMPI-2、STS自己報告フォーム、症状チェックリスト90R (SCL 90-R)、ベックうつ病インベントリ-2 (BDI-2) が含まれていました。

結果は、Ms. Aが熟考段階にあることを明らかにしました。彼女は自分の問題を認識していましたが、不確実で、葛藤しており、それらを解決する方法について不安を感じていました。彼女は心配しており、反芻的で、自分の世話をする継続的な能力についての恐れと過去の過ちに対する罪悪感を持っていました。Ms. Aは特に、曖昧さと怠慢によって子供たちに害を及ぼしたかもしれないことを心配していました。さらに、彼女はパートナーが望む性的満足を提供できなかったことを後悔していました。これらの結果は、患者が自分の動機と計画を探求し、懸念を解決するための選択肢について理解を求めることに受容的であることを示唆しました。

診断的には、Ms. Aは過去に比較的重度のパニックに苦しんでいましたが、治療を求めた時点では、大部分が寛解しているとみなされていました。過去に重度だった広場恐怖症も、軽度から中等度でした。多くの不安障

害や広場恐怖症の患者と同様に、Ms. Aは中等度の併存 депрессия に苦しんでいました。

彼女のSTS-SRとMMPI-2の結果はどちらも、日常生活、認知焦点、感情のコントロールの比較的軽度の障害を示唆しました。Ms. Aは基本的な生活タスクを実行し、親密な関係と社会的関係を維持し、自分の世話と快適さを提供することができました。彼女は自殺念慮と意図を否定しました。運転や旅行は多少不快でしたが、彼女は定期的に両方を行いました。恐怖の恐怖は、実際の症状よりも障害的であるようでした。患者は軸II診断を保証しませんでした。

Ms. Aの問題の慢性性は予後を控えめにすることを示唆しましたが、彼女は予後を改善する多くの知的能力と洞察力を持っていました。現在の障害レベルが軽度であるため、非集中的な治療で十分と考えられました。私たちは、薬物療法やより頻繁なセッションを伴わない個別の精神療法の毎週のセッションに同意しました。

彼女の「解離」経験についていくつかの議論を行った後、臨床医は患者の家族医と話し合い、症状を説明できませんでした。臨床医は神経科医に連絡し、同様の比較的不明瞭な状態が、主に高齢男性で、性的活動を含む激しい運動後に発生することが観察されたことを発見しました。この突然の一過性健忘症として知られる状態は、女性ではほとんど観察されておらず、男性でも通常は1~2回しか経験されませんでした。それは持続的な状態と考えられておらず、おそらく運動、過呼吸、および運動の直後に深いまたはデルタ睡眠に入るパターンによって引き起こされました。

Ms. Aは、外向的なスタイルよりも比較的内向的なコーピングスタイルを好みました。彼女はいくつかの外向的な資質を持っていましたが、彼女のテストスコアと対人パターンの結果は、彼女の熟考的で反芻的な機能スタイルが支配的であることを示しました。これらの結果は、彼女の変化の熟考段階と一致し、一般的に洞察指向型と意識を高める方法の使用を支持しました。

同時に、洞察に基づく作業は、症状を軽減する努力に先行すべきである。このことは、患者のパニックに対する懸念と、怒りやパニックに駆り立てられる行動の既往を考えると、特に重要な判断であった。そこで、Aさんには行動と洞察の両方を組み合わせた。まず、減感作と暴露を用いて、パニックに対する恐怖と恐怖に対する恐怖に対処することから始めた。続いて、ストレスの認知的分析に基づくストレス管理法を行った。洞察に基づくテーマに進む前に、彼女のパニックと恐怖の行動を確実にコントロールすることが必要であった。

洞察ワークでは、Aさんの願望と回避のテーマを検討した。異性との交際を迫られたときの彼女の持続的な恐怖反応を検討し、そのような交際が罪悪感と恐怖を誘発し、パニックを悪化させ、維持しているのではないかという仮説を立てた。最初のパニック発作は、12歳のときに遊び仲間との性的な遊びの最中に起こったかもしれないという仮説を立てた。この異性間圧力とパニックの相互作用の強さに基づき、Aさんが両親からこのような関係に窒息させられ、圧力をかけられていた方法を検討した。Aさんもセラピストも、洞察の鍵は彼女の結婚生活と性的に圧力をかけられているという感情を理解することだと考えていた。

患者のリアクタンレベルは、対人関係の履歴とMMPI-2およびSTS-SRの検査結果によって評価された。Aさんの家族歴は葛藤、不信、強制的な支配を特徴としていた。それは中等度から重度の反抗的な反応と関連して

いた。このパターンは少なくとも最初の結婚まで続いたが、その後の交際では著しく低下した。一方、テスト結果は、現在のAさんがセラピストの指示に対して適度に反応し、抵抗しないことを示唆していた。彼女は指示を受けることを厭わず、セラピストと協力的に働く能力だけでなく、構造に対するコンプライアンスを示していた。したがって、行動目標と洞察目標の両方を達成するために、セラピストの指導と指示は中程度のレベルを選択した。

したがって、治療の初期段階では、統合的セラピストはAさんを暴露状況に誘導し、恐怖を感じたり回避したりする活動（例えば、運転や外出）に直接接触れることを提案した。治療の後半では、セラピストはパニックや広場恐怖の発症に関連する感情的回避の領域や幼少期のテーマパターンについて解釈や示唆を用いた。特に、制限された環境の中で“息苦しくなる”という患者の症状と、その後の制限や監視が少なかった時期の症状軽減に焦点を当てた。

治療目標について、Aさんは症状の緩和と心理的洞察の両方を希望していた。恐怖と回避の生活を送ってきた彼女は、運転や移動に伴う不安症状にさらされ、人間関係の要求というテーマの葛藤に少しずつ向き合っていくセラピーを求め、事前に準備されていた。

治療関係に関しては、Aさんは男性で異性愛者のセラピストを希望していたが、女性セラピストの方がより快適かどうかという質問に対しては辞退した。彼女は、自分の方向性を示し、相談相手となり、不安の起源を発見する手助けをしてくれる、自分の成長に積極的な協力者を求めている。Aさんは、自分の進歩を促進するための宿題に意欲的に取り組み、これらの宿題で車の運転が必要になると嫌だったが、セラピストの勧めにはいつも従った。あるときは、大雨の中を50マイルも運転して心理療法を受けに来たこともあった。

## \*治療経過

どのような心理療法でも、最初の目標は患者とセラピストの間に共感的な信頼関係を築くことである。2回のセッションは、患者の感情を探り、自己表現にまつわる彼女の両価性と恐怖を明らかにすることに費やされた。私たちは、彼女の子供に対する罪悪感や老いに対する恐れを探った。

次の4セッションは、Aさんの回避パターンに対するin vivoワークに費やされた。最初の評価では、彼女のパニックと広場恐怖の症状は明らかでなかったため、私たちは、急速呼吸、暴露訓練、宿題を通して、それらの症状の一部を作り出すようにした。不安と恐怖の領域に接触するにつれて、呼吸コントロールと認知再構築を導入し、彼女が対処できるようにし、安心感を与えるようにした。例えば、近所を散歩したり、覚醒を呼び起こすようなイメージリーをして過ごしたり、彼女が不安を抱いていると思われる事柄について話し合ったりした。興味深いことに、誘発されたのは一瞬の軽い不安だけであった。比較的すぐに（最初の8セッション以内に）、私たちは、彼女の罪悪感や恐怖に関連する親子関係を探り始めた。

Aさんは、権威主義的な専制君主である母親のようになってしまったことへの恐れを明らかにした。Aさんは、自分の要求と放棄によって長女を傷つけてしまったと自分を責め、良い模範になれなかったことで長男をゲイに「してしまった」と罪悪感をあらわにしたと説明した。Aさんは励ましと助言を受けながら、これらの子どもたちと話し、彼らが彼女の困難を受け入れ、認めてくれたことに驚いた。彼らはまた、Aさんが広場恐

怖症として嫌っていた比喩的な症状である、彼女によってプレッシャーを感じたり、窒息させられたりすることはないと安心させてくれた。

Aさんは罪悪感から、神への信仰について話し合った。彼女はユダヤ教の家庭で育ったが、最初の夫は正統派のユダヤ教徒だった。彼女は宗教を厄介なものだと感じており、子供を放ったらかしにしたことで罰を受けたという感覚を除いては、神への信仰をほとんど捨てていたという。しかし、子供たちのことを考えるたびに、赦しを求めて神に祈る自分がいた。このような懸念に対処するため、患者は宗教的な考えを記録し、その考えを評価するのに役立つ書物療法を用いた。具体的には、不安と抑うつに効く認知療法の自助本を選んだ。彼女は思考を記録し、自分にとって最も傷つく思考を変える方法を試した。彼女は自分の進歩についてノートをつけ、私たちはセッションごとにそれについて話し合った。

これらのセッションでは、Aさんのパートナーとのセックスに対する否定的な反応についても話し合った。あるセッションは、Aさんがこの関係以外では経験したことのない性交の困難さを抱えていたこともあり、2人一緒に行った。私たちは二人の関係を探り、性的欲求について話し合った。Aさんの急性健忘症の症状が、医学文献に突発性一過性健忘症と記載されていることがわかり、Aさんはいくらか安心したが、それでもまた同じ経験をすることに抵抗があった。患者のパートナーは、性的接触を回復できるかどうかにかかわらず、彼女の決断を献身的に支持し続けた。ある時、二人は性的関係を持ったが、患者が予期不安を抱き始めたため、それは中断された。二人は二度と性的関係をもたないことに同意した。これは完全に満足いく結論ではなかったが、セラピストは、時間をかけて自分たちで解決しようとするカップルの十分な情報を得た上での決断を尊重することにした。

## \*結果とフォローアップ

12回のセッションの間に、Aさんの不安は見事に軽減され、運転や旅行への回避は最小限に抑えられ、同時にみられる抑うつ状態も減少した。治療終了時にSCL-90RとBDI-2を繰り返した。彼女の不安と抑うつはともに大幅に減少した（BDIは24から14へ、SCL-90Rは75Tから54Tへ）。症状的には、彼女は以前より良くなっていた。Aさんは、成長した子供たちに勇気をもって自分のネグレクトの可能性を謝罪し、パートナーとはより満足いく関係を築けるよう交渉した。対人関係では、彼女は失ったものを悼み、前進していた。このような肯定的な結果にもかかわらず、心理療法におけるほとんどのケースと同様に、彼女の目標のすべてが実現したわけではなかった。性的関係に対する予期不安から、彼女は二度とセックスをしようとしなかった。

Aさんは、治療を終えてから約1年後、“確認するため”に心理療法士に電話をかけた。彼女は、この1年間に東海岸へ何度か旅行し、軽いパニックのエピソードを1回経験しただけであった。それにもかかわらず、彼女は“家族の問題”を解決するために、数回のセッションのためにセラピーに戻ろうと考えていた。予約を入れたが、Aさんは電話でキャンセルし、自分で解決できなければまた電話すると言った。数カ月後、不注意から患者の家族と連絡を取ったところ、彼女は非常に元気で、それ以上の問題はなかった。

---

## \*ケース解説

私たちは、心理療法が歴史的に軽視してきた、高齢でレズビアン of の患者を意図的に選び、私たちの統合的治療を説明することにした。私たちはますます多文化的な世界に住んでいるが、心理療法の多くは、いまだに若い人や異性愛者のために開発され、研究されている。Aさんは、社会から疎外され、抑圧された人々にも心理療法を拡大することが臨床上も研究上も不可欠であることを、私たちに思い起こさせてくれる。

統合的セラピストは、このケースの有益な結果についていくらか称賛を分かち合うことができるが、Aさんはその大部分を占めるに値する。彼女は不安を煽るような状況や話題に意図的に身をさらした。彼女は聡明で、勇敢で、勤勉なクライアントであり、熟考の段階から行動の段階へ、そして最終的には維持の段階へと進んだ。

統合的セラピストが最も効果的であったと思われる点は、治療関係と治療方法を体系的にAさんに合わせたことである。セラピストは、7種類の治療目標（行動と洞察）、治療方法（伝統的に行動療法、認知療法、精神力動療法、経験療法、体系的アプローチと関連づけられたもの）、癒しの資源（心理療法、自助努力、スピリチュアリティ）、治療形式（個人、カップル、家族）を、シームレスで応答的な方法で組み合わせた。

単一ブランド療法を支持する心理療法家が、統合的療法家と同じセッション回数で、これほど印象的で包括的な変化を達成しただろうか？ 私たちは控えめにそうではないだろうと考えている。

## \*\*まとめ

統合的な心理療法は知的活力にあふれ、臨床的に人気があり、効果も実証されている。統合療法は、さまざまな問題にはさまざまな解決策が必要であり、その解決策はアウトカム研究に基づいてますます選択されるようになることを強調するという点で、エビデンスに基づく運動と一致している。統合療法は、エビデンス、柔軟性、対応性を備えており、個々の患者やその背景の多様なニーズに応えることができる。このような理由から、統合療法は21世紀の治療の柱となることは間違いない。

統合には、理論的統合、技術的徹底主義、共通要因、同化的統合など、いくつかの異なる道筋があるが、一貫して、単一の学派の枠にとらわれない心理療法の新しい概念化と実施方法を模索している。統合は、特に困難な症例や精神療法の失敗に直面したときに、他の療法が何を提供できるかを検討するよう、実践者や研究者に促している。対立するセラピー・システムは、敵対するものとしてではなく、歓迎すべきパートナーとして（Landsman, 1974）、矛盾するものとしてではなく、補完し合うものとして見なされるようになってきている。

統合はメタ心理療法である。精神病理学のモデルやパーソナリティの理論を提供するものではなく、心理療法が作用するメカニズムを限定するものでもない。その代わりに、統合療法は多くの精神療法の治療的価値を包含しており、臨床家が支持する精神病理学モデルや治療システムのどれとでも重ね合わせることができる。

本章では、われわれの統合療法とその体系的な治療法選択のプロセスについて概説した。このプロセスでは、診断的および非診断的な患者の特性に関する複数の理論的理論から得られた経験的知識を、技術的および関係的な方法の最適な選択に適用する。このような治療法では、多くの治療法や対人関係のスタンスが、一時的な

心理療法家のレパートリーの中で価値ある位置を占めると仮定する。それらの特別で微妙な位置づけは、アウトカム研究、熟練した経験、そして個々のクライアントを臨床の中心に据えることによって決定される。将来、心理療法はブランド名ではなく、その有効性と適用可能性によって定義されるようになるだろう。

## \*注釈書誌とウェブ資料

Beutler, L. E., & Groth-Marnat, G. (Eds.). (2003). 成人パーソナリティの統合的評価（第2版）. ニューヨーク： Guilford Press.

心理療法の効果を予測する次元を評価するための心理学的アセスメントの手順とテストを明らかにする。体系的な治療法の選択に基づき、患者の変数と治療効果の関係を明らかにし、臨床家が治療計画を立てるのに役立つコンピュータ化されたシステムについて述べている。

Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2000). 処方的精神療法： A practical guide to systematic treatment selection. ニューヨーク： オックスフォード大学出版局。

系統的治療選択の原則を治療マニュアルに翻訳したもので、統合的心理療法の2つのランダム化比較試験で使用されている。アセスメントの方法、セラピストが原則を遵守しているかどうかの評価、経過と結果の評価を含む。

Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (Eds.). (2006). 効果的な治療的变化の原則。 ニューヨーク： オックスフォード大学出版局。

臨床心理学会（APA第12部門）と北米精神療法学会（North American Society for Psychotherapy）のタスクフォースの結果を報告。

ノークロス, J. (2002). うまくいく心理療法の関係

ワーク。 ニューヨーク： オックスフォード大学出版局。 治療関係において何が効果的であるかについての実証的研究を、治療関係の効果的な要素（一般的に何が効果的であるか）と、治療を個々の患者に合わせた効果的な方法（特定の患者に何が効果的であるか）の2つの観点からまとめたもの。

Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2005). 心理療法統合ハンドブック（第2版）。 ニューヨーク： オックスフォード大学出版局。

心理療法統合の第一人者による、心理療法統合とその臨床実践に関する最先端の包括的解説書。統合療法とともに、精神療法統合の概念、歴史、トレーニング、研究、将来について述べている。

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2010). 心理療法のシステム： A system of psychotherapy: A transstoretical analysis (7th ed.). Pacific Grove, CA : Cengage-Brooks/Cole.

統合的な観点から15の精神療法の体系を体系的かつバランスよく調査。統合的な分析により、心理療法の体系が、変化をもたらすプロセスについては一致しているが、変化させるべき内容については一致していないことを示す。

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1995).

Changing for Good. ニューヨーク：エイボン

変化の段階とプロセスを最もわかりやすくまとめたもの。教養のある一般人と専門家のための自己啓発形式で書かれている。

心理療法統合研究会：

[www.sepiweb.com/](http://www.sepiweb.com/)

統合の第一人者であるSEPIのホームページ。会員、会議、Journal of Psychotherapy Integration、トレーニングの機会に関する情報を提供する。

インナーライフ：Systematic Treatment: [www.innerlife.com/](http://www.innerlife.com/) 30年にわたるシステムティック・トリートメントの研究に基づいたオンライン・アセスメントと治療マッチング。治療計画に対する個別かつ包括的なレポートを作成。

Transstheoretical Model: [www.uri.edu/research/cprc/](http://www.uri.edu/research/cprc/) トランス理論モデルのホームページで、変化の段階に関する出版物、測定法、調査研究が紹介されている。

## \*ケースリーディングとビデオテープ

Beutler, L. E. (2008). エビデンスに基づく治療。DVD。ワシントンDC：アメリカ心理学会。

ボイトラー博士は、研究主導の体系的治療を実演している。ボイトラー博士は、プリセッション・アセスメントを用いて、人生を再び楽しめるようになりたいと願う、うつ病に苦しむ若者へのアプローチを調整する。

Beutler, L. E., Consoli, A. J., & Lane, G. (2005). Systematic treatment selection and prescriptive psychotherapy. J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), Handbook of Psychotherapy Integration (第2版, pp. 121-143). ニューヨーク：オックスフォード大学出版局。

この章では、システムの治療選択と処方的治療の研究と実践についてまとめている。治療の指針として、モデルよりもむしろ原理を用いることを、事例研究によって示している。

Beutler, L. E., Harwood, T. M., Bertoni, M., & Thomann, J. (2006). 体系的な治療法の選択と処方療法。G. Stricker & J. Gold (Eds.), *A casebook of psychotherapy integration*. ワシントンDC : American Psychological Association. [D. Wedding & R. J. Corsini (Eds.), (2011). *心理療法のケーススタディ*. Belmont, CA: Brooks/Cole.]

この章では、治療を計画し統合するための系統的治療選択モデルについて説明する。

Norcross, J. C. (2005). 処方的折衷的心理療法。DVD. ワシントンDC : アメリカ心理学会。

ノークロス博士は、クライアント独自のニーズと状況に基づいてセラピーを調整する、適応力のあるクライアント重視のアプローチを示している。このセッションでは、薬物使用と夫婦間の不倫によって人間関係とキャリアに問題を抱える33歳の男性を扱っている。

ノークロス, J. (1987). *折衷的精神療法のケースブック*. ニューヨーク : Brunner/Mazel.

この編集本は、折衷的・統合的心理療法の実践を具体的に示す13のケースを紹介している。各症例には、広範な記録、セラピストの発言、患者の感想文が掲載され、その後、その症例について2人の招待者による解説が付されている。

Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Caldwell, R. (2002). うつ病の統合的概念化と治療。In M. A. Reinecke & M. R. Davison (Eds.), *Comparative treatments of depression*. New York : Springer.

本書では、臨床的なうつ病の主な治療法について概説している。本章では、統合的な視点を提示し、単極性うつ病と混合性人格障害を患うナンシー・Tさんの症例に適用した。

Norcross, J. C., & Caldwell, N. A. (2000). カトリーナさんへの処方的折衷的アプローチ。 *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 514-519.

この論文は、複雑で困難な女性であるカトリーナさんに対する処方的折衷主義を、診断的および非診断的な考慮事項によって定義される彼女特有のニーズに対して、心理学的治療や治療関係をカスタマイズするプロセスを実証することによって示している。

Stricker, G.およびGold, J. (2006). *心理療法統合のケースブック*. ワシントンDC : アメリカ心理学会。

著名な実践家たちが、それぞれの統合的な心理療法について説明し、簡潔なケースで実演している。

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

[Integrative](#) ダウンロード