

CT7 行動療法 2024-8

© 2024.08.29 ↻ 2025.03.22

7 行動療法

概要

行動療法は、心理療法の分野では比較的新しいものです。1950年代後半になって初めて、行動療法は精神障害の評価と治療に対する体系的なアプローチとして登場しました。初期の段階では、行動療法は現代学習理論を臨床問題の治療に適用するものと定義されていました。現代学習理論という用語は、古典的条件付けとオペラント条件付けの原理と手順を指していました。行動療法は、行動主義を人間の活動の複雑な形態に論理的に拡張したものとみなされていました。

行動療法は、その性質と範囲の両面で大きな変化を遂げ、実験心理学の進歩と臨床実践の革新に応じてきました。行動療法はより複雑で洗練されたものになりました。行動療法はもはや、古典的条件付け理論とオペラント条件付け理論の臨床応用として単純に定義することはできません。

今日の行動療法は、多様な見解を特徴としています。現在、行動療法は、異なる理論的根拠と、概念的基盤、方法論的要件、および有効性の証拠に関する公開討論を伴う、多種多様な手順で構成されています。行動療法が拡大するにつれて、他の心理療法アプローチと重複する部分が増えています。それでも、行動療法の特徴である基本概念は明確であり、非行動療法システムとの共通点と相違点は容易に特定できます。

基本概念

伝統的に、現代の行動療法には、(1) 応用行動分析、(2) 新行動主義的刺激反応媒介モデル、(3) 社会認知理論という3つの主なアプローチが特定されています。これら3つのアプローチは、認知概念と手順を使用する程度が異なります。この連続体の一方の端にあるのは応用行動分析で、これは観察可能な行動のみに焦点を当て、認知媒介プロセスをすべて拒否します。もう一方の端にあるのは社会認知理論で、これは認知理論に大きく依存しています。

応用行動分析

「このアプローチは、スキナー（1953）の急進的行動主義の直接的な延長です。これはオペラント条件付けに依存しており、行動はその結果の関数であるという基本的な前提があります。したがって、治療手順は、明白な行動とその結果の関係を変えることに基づいています。応用行動分析では、強化、罰、消去、刺激制御、およびその他の手順を使用します。

研究室での研究から派生した。認知プロセスは個人的な出来事とみなされ、科学的分析の適切な対象とはみなされていない。

新行動媒介刺激反応（S-R）モデル

このアプローチは、古典的条件付けの原理の応用を特徴とし、イヴァン・パブロフ、ER・ガスリー、クラーク・ハル、OH・モウラー、NE・ミラーの学習理論から派生したものです。オペラント・アプローチとは異なる

り、SR モデルは媒介的であり、介在変数と仮説的構成が顕著に表れています。SR。理論家たちは不安の研究に特に興味を持っており、このモデルと密接に関連している系統的脱感作法とフラッシュディング法は、恐怖症を維持すると想定される根本的な不安を消滅させることに向けられています。個人的な出来事、特にイメージは、系統的脱感作法を含むこのアプローチの不可欠な部分です。その根拠は、隠れたプロセスは、明白な行動を支配する学習の法則に従うというものです。

社会認知理論

社会的認知アプローチは、行動は3つの別個だが相互作用する制御システムに基づいているという理論に基づいています (Bandura, 1986)。それらは (1) 外部刺激イベント、(2) 外部強化、および (3) 認知的仲介プロセスです。

社会認知的アプローチでは、環境イベントが行動に与える影響は、主に、環境の影響がどのように認識され、個人がそれをどのように解釈するかを左右する認知プロセスによって決まります。この見解によれば、心理的機能は、行動、認知プロセス、環境要因という 3 つの相互に影響し合う一連の影響の相互作用を伴います。バンデュラは次のように述べています。

個人的要因と環境的要因は独立した決定要因として機能するのではなく、むしろ互いを決定する。また、「人」は行動とは無関係な原因とはみなされない。人々は主に行動を通じて環境条件を作り出し、それが相互に行動に影響を与える。行動によって生み出される経験は、個人が何を考え、何を期待し、何ができるかを部分的に決定し、それが次にその後の行動に影響を与える。(1977, p. 345)

社会認知理論では、人間が変化の主体である。この理論は、人間の自発的な行動変化の能力を強調する。社会認知モデルの影響を強く受けた行動療法の臨床実践には、特にアーロン・ベックが説明した認知的手法がますます多く含まれるようになった (第 8 章を参照)。認知的手法と行動的手法の両方で主に焦点となるのは、治療の成功に不可欠とされる認知プロセスを変えることである。基本的な前提は、心理的障害を引き起こすのは経験そのものではなく、むしろその経験に対する人の解釈であるということである。この立場は、アルバート・エリスの研究にも反映されている (第 6 章を参照)。

認知療法と行動療法は、人生の重要な出来事に対する誤った認識や解釈を修正するために使用されます。これらの理由から、現在では「行動療法」ではなく「認知行動療法」(CBT) と呼ぶのが一般的です。Jacobson (1987) が指摘したように、「行動療法への認知理論と認知療法の組み込みは非常に徹底的であるため、外来患者を対象とする純粋な行動療法士を見つけるのは困難です」(pp. 4-)。この章全体では「行動療法」という用語が使用されていますが、「CBT」に簡単に置き換えることができます。行動療法は、広い意味では、主に社会認知理論に基づき、さまざまな認知原理と手順を網羅する実践を指します。

共通の特徴

前述の 3 つの行動療法アプローチには概念的な違いがありますが、行動療法士は共通の基本概念の核心を支持しています。行動療法の 2 つの基礎は、(1) 従来の精神力動モデルとは根本的に異なる人間の行動の心理学的モデルと、(2) 科学的方法へのこだわりです。

異常行動の心理モデルを重視し、科学的アプローチに取り組むことで、次のような結果がもたらされます。

1. 以前は病気、あるいは病気の兆候や症状とみなされていた多くの種類の異常行動は、非病的な「生活上の問題」として解釈する方が適切です (主な例としては、不安反応、性障害、行動障害などがあり

- ます)。この立場は、アルフレッド・アドラーの立場に似ています。
2. 異常行動のほとんどは、正常行動と同じように獲得され、維持されるものと想定されます。これは、行動療法を適用することで治療できます。
 3. 行動評価は、過去の可能性のある前例の分析ではなく、現在の行動の決定要因に焦点を当てます。行動評価と治療の特徴は特異性であり、特定の状況で人が何をするかによって、その人を最もよく理解し、説明できると想定されています。
 4. 治療には、問題をコンポーネントまたはサブパーツに事前に分析する必要があります。その後、手順は特定のコンポーネントに体系的にターゲットを絞って実行されます。
 5. 治療戦略は、さまざまな個人のさまざまな問題に合わせて個別に調整されます。
 6. 心理的問題の原因を理解することは、行動の変化を生み出すために必須ではありません。逆に言えば、問題行動を変えることに成功したからといって、その原因についての知識が必ずしも必要というわけではありません。
 7. 行動療法には科学的方法への取り組みが含まれます。これには、明確で、一貫性のある概念的枠組み、実験的臨床心理学の内容と方法から派生した、または少なくともそれと一致する治療、測定可能な結果があり、再現可能な治療技術、治療方法と概念の実験的評価、そして、異質な問題に適用された不明確な手順の全体的な評価ではなく、特定の問題に適用された特定の方法を厳密に評価できる革新的な研究戦略の重視が含まれます。

行動療法の「第三の波」

行動療法は進化を続けています。1990年代に登場し、21世紀に勢いを増している最新の発展は、ヘイズ、フォレット、リネハン(2004)によって「行動療法の第三の波」と呼ばれています。この見解によると、行動療法の第一の波は主に顕在行動の修正に重点が置かれていました。第二の波は認知的要因に重点が置かれ、認知行動療法(CBT)として知られるものを生み出しました。しかし、ヘイズら(2004)やその他の研究者は、行動療法における認知革命は人々の私的経験、つまり思考や感情の問題に十分に対処していないと主張しています。ヘイズは、CBTの認知理論は科学的分析よりも常識的な概念に負うところが大きいと主張しています。第三の波は、概念的および技術的基盤が重複する一連の治療アプローチで構成されています。これらの発達の最も顕著な2つの形態は、弁証法的行動療法(DBT) (Linchan, 1993)と受容とコミットメント療法(ACT) (Hayes, T.uoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006)です。

弁証法的行動療法 (DBT)

受容と変化。DBTの特徴は、行動の変化を重視する従来の考え方と、受容の価値および両者の関係の重要性とのバランスをとることにあります。リンチャンはこれを治療の中心的な弁証法と見ています。次の臨床例がこの点を明確にするかもしれません。摂食障害の患者は、一般的に、体型と体重が人生の他の側面よりも制御しやすいと思われることもあり、自分の価値を体型と体重で定義します。しかし、実際には、体型や体重の変化を自分の望むほど制御できません。それでも、これらの個人は、健康的または可能な範囲を超えて体重を減らそうと、自分自身を絶食させたり、自ら嘔吐したりするなど、極端で自己破壊的な行動に訴えます。その結果、摂食障害を発症します。変えられないものを変えようとしたり、健康や精神的健康を損なう極端な手段でしか変えられないものを変えようとしたりすることで、これらの個人は他の重要な人生の変化を避けていま

す。解決策としては、栄養面でも心理面でも健全なライフスタイルの変化を実現し、どんな形であれ結果を受け入れることです。これらの患者にとっては、対人関係の改善や否定的な感情へのより効果的な対処など、生活の中で他の変化を起こす方が実現可能です。

ウィルソン（2004）は、この受容と変化のバランスを、平静の祈りの実践的な知恵に例えました。「神よ、変えられないものを受け入れる平静さと、変えられるものを変える勇気と、その違いを知る知恵を与えてください。」受容の概念は、あきらめたり、自分自身に同意することを意味するものではないことを理解することが重要です。

人生の問題。むしろ、リンチャンはそれが自己肯定の積極的なプロセスであると強調しています。同様に、ヘイズとスミス（2005）は、受容とは、否定的な考えや感情を防御せずに経験することを選択する意欲と見なすことができると説明しています。

マインドフルネス。

DBT は、上でまとめたように、典型的な行動療法のテクニックと戦略を活用します。しかし、DBT における独特で独創的な治療戦略は、マインドフルネス トレーニングです。マインドフルネスは、次の 5 つのコア スキルで構成されています。

L. 苦痛を伴う感情を終わらせようとせずに、感情を観察したり、それに同調したりします。「ここでクライアントが学ぶのは、状況から離れたり、感情を終わらせようとしたりするのではなく、何が起こっているのかをその瞬間に意識して体験できるようにすることです。基本的に、出来事に注意を向ける能力には、出来事から一歩引く能力が必要です。出来事を観察することは、出来事自体とは別の、または異なるものです。」

（Linehan, 1993, p. 63）。

行動療法 295

2. _ 考えや感情を描写する。「描写することを学ぶには、感情や考えを文字通りに、つまり環境の出来事を文字通り反映したものとして捉えないことを学ぶ必要があります。たとえば、恐怖を感じることは、必ずしも状況が脅威的であることを意味するわけではありません。考えは文字通りに受け止められることが多く、つまり、考え（「私は愛されていないと感じる」）が事実（「私は愛されていない」）と混同されます」（Linehan, 1993, p. 64）。
3. 偏見を持たない。ここでの目標は、物事や出来事を観察し、説明し、認識する際に偏見を持たない姿勢を取ることです。偏見を持つということは、自分自身や何らかの経験を良いか悪いか、価値があるか価値がないかを評価することです。
4. 現在に留まる。ここでの原則は、直接的な経験に気づき、それと接触しながら、同時にそこから距離を置くことです。ウィスカーとテルチ（1999）は、「空を横切る雲を見る」という例を挙げています。「雲は経験とともに完全に存在していますが、同時に外側からそれを観察しているのです」（p. 759）。
5. 一度に 1 つのことに集中します（1 つのことに集中します）。たとえば、食事をするとき、テレビを見たり本を読んだりするなどの気を散らすことなく、食事の行為と体験に集中します。

Linehan（1993）は、主に境界性人格障害の治療のために DBT を開発しました。しかし、受容やマインドフルネスなどの DBT の基本概念は、現在、不安障害、うつ病、摂食障害など、幅広い臨床問題の

治療に応用されています (Hayes、Follette、Linehan、2004)。Lynch と Cozza (2009) は最近、否定的な感情を NSSI の近因とみなす行動学的観点から、非自殺的自傷行為 (NSSI) を調査しました。著者らは、NSSI の機能分析の実施方法を示し、この難治性障害の治療における DBT の有用性について説明しています。

受容とコミットメント療法 (ACT)

ACT は、行動主義を基盤とし、言語と認知に関する革新的なポスト スキナー主義の説明と、それらが精神病理にどのように関与しているかを組み合わせます (Hayes 他、2006)。ACT の背後にある関係フレーム理論と呼ばれる言語の特定の理論の詳細は、この章の範囲を超えています。ここでは、中核となる治療原則に焦点を当てます。

経験的回避。

経験回避とは、思考、感情、記憶、感覚などの否定的または苦痛を伴う個人的な経験を避けようとするプロセスを指します。基本的な原則は、経験回避は最終的には機能しないということです。実際、問題を悪化させる可能性が高いです。たとえば、否定的または望ましくない考えを抑制しようとする、当然のことながら、避けたい (避けたい) 考えそのものが増加するという証拠があります。腫瘍の研究では、不安症および気分障害の患者に、感情を刺激する短い映画 (キャンベル

実験では、映画に対する感情的な反応を抑制するよう指示されました (シルズ、バーロウ、ブラウン、ホフマン、2006 年)。一方のグループは、映画に対する感情的な反応を抑制するよう指示されました。もう一方のグループは、感情を十分に体験し、いかなる形でも感情をコントロールしようと努力しないように指示されました。結果、抑制グループは映画鑑賞後に大きな苦痛を感じ、映画鑑賞中も受容グループよりも生理的な覚醒が大きかったことがわかりました。

経験的回避は、さまざまな臨床的障害に広く見られる (Harvey、Watkins、Mansell、Shafran、2004)。Hayes ら (2006) によると、主な理由は 2 つある。まず、外界 (体の外側) では、悪いことを避けたり変えたりすることが理にかなっている。たとえば、機能不全の関係に陥っている場合などである。関係が悪化した場合、効果的な行動は関係を終わらせるか、積極的に修復することです。合理的な問題解決と思慮深い行動がこの問題を解決する最も効果的な方法です。第二に、気をそらしたり、考えや感情を抑えたりするテクニックは、短期的には効果があります。問題は、これらが不適応的であるということです。長期的な対処戦略。自信のなさや自尊心の低さに悩まされている若者にとって、アルコールや薬物の使用は一時的な解決策となるかもしれませんが、これらの方法は時間が経つにつれて問題を増やすだけです。

承認

ACT は、体験的回避は効果がなく、解決策ではなく問題の一部であることを患者に理解させるように設計されています。患者は、排除しようとしてきた考えや感情を受け入れる方法を学ぶ必要があります。ACT における受容の目標は、基本的に DBT と同じであり、どちらのシステムでもマインドフルネスが教えられています。治療では、治療中にさまざまな体験的エクササイズを採用し、一般的な行動療法と同様に、回避よりも受容の利点を患者が発見できるように設計された宿題を使用します。

認知の融合。

この概念は、思考をその指示対象から切り離し、思考者を思考から区別することを指しています。つまり、思考を自己の固有の側面、または必ずしも有効な現実の反映として捉えないということです。たとえば、「私はとても太っている」という思考は、「私は太っているのではなく、太っているという思考/感情を経験している標準体重の人である」という思考とは非常に異なります。後者は前者よりも融合解除されており、苦痛もはるかに少なくなります。これは、DBT のマインドフルネス トレーニングで感情を説明する実践に似ています。言語を融合解除する方法を学ぶことで、受容と現在に集中することが促進され、クライアントが心理的な問題を克服するのに役立つという前提があります。融合解除は、アーロン ベックの認知療法の章 (第 8 章) で説明されている距離化と基本的に同じ概念です。

献身。

ACT は行動に焦点を当てています。ここでのコミットメントとは、人生で何が重要か、価値ある人生を送るために何をするかについて、注意深く決断することを意味します。セラピーには、患者が大切にしている価値観を選択し、具体的な目標を設定し、その目標を達成するための具体的なステップを踏むのを支援することが含まれます。

ACT は、幅広い臨床問題にますます適応されつつあります。臨床医の間で ACT が人気を博している理由の 1 つは、心理学と関連し、さまざまな障害に幅広く適用できる中核的な治療原理に基づいていることです。臨床障害全体に共通するプロセスを強調することで、基本的な治療スキルを教えやすくなります。臨床医は、これらの基本原理を多様で創造的な方法で自由に実装できます。

その他のシステム

行動療法は、他の心理療法、特に簡潔で指示的な心理療法と多くの共通点があります。行動療法は、他のシステムから概念や方法を借用している場合もあります。たとえば、認知行動療法の戦略には、アルバート・エリスの理感情行動療法、特にベックの認知療法の概念が取り入れられています (O'Leary & Wilson, 1987)。CBT は、エリスのアプローチよりもベックの認知療法に近いですが、それはベックが行動療法を重視しているからです。

行動療法は、感情的苦痛の原因とされる機能不全の信念を修正する上で重要です。Ellis の REBT は、後にその名前に行動が含まれましたが、主に意味論的な治療法であり、その目的は理性と論理を通じて人の基本的な人生観を変えることです。BT と Beck の認知療法には、広範囲にわたる重複があります。どちらのシステムにも認知的要素と行動的要素が含まれていますが、これらの要素の組み合わせ方、特に治療的変化のメカニズムに関する理論が異なる場合があります (Hollon & Beck, 1994)。

行動療法とベックの認知療法の間には、かなりの重複があるにもかかわらず、特定の形態の行動療法と認知療法の間には、重要な理論的および実践的相違があります。たとえば、DBT と ACT における受容の強調は、特定の考えや信念に異議を唱えたり反論したりする主要な認知療法の技法とは矛盾しています。さらに、より行動指向的な治療では、認知療法のように認知の内容ではなく、認知の機能に焦点が当てられます。次の例を考えてみましょう。うつ病の人の一般的な信念は、「私は何をするにも無価値で無能だ」です。認知療法のようにこの信念の正確さや妥当性を疑問視するのは対照的に、うつ病の治療における行動活性化アプローチ (以下を参照) では、それが行動に与える影響に焦点が当てられます。機能分析を実施して、思考が生じた条件

と、思考の結果として何が起こったかを特定します。その後、その人は、それらの状況で異なる行動をとるよう支援されます (Martell, Addis, Jacobson, 2001)。

臨床実践の点では、行動療法とマルチモーダル療法は似ています。アーノルド・ラザラス (1981) がマルチモーダル療法で最も頻繁に使用されるものとして挙げている技術 (第 11 章を参照) の大部分は、標準的な行動療法戦略です。これは、ラール・ラザラス (1971) が臨床行動療法の先駆者の 1 人であったことを考えると、驚くことではありません。

「セラピストは、明確に述べられた原則、または個人的な経験と直感によって、さまざまな問題の定式化と治療を導きます。行動療法は、特異な実践を超えて、臨床実践を確実な科学的根拠に基づいて行う試みです。これは、行動療法士による臨床実践が常に確固とした経験的証拠に基づいているという意味ではありません。行動療法士は、他のアプローチのセラピストとは異なり、独自の臨床知識を開発してきましたが、その多くは実験研究に基づいていません。研究からの十分な情報とガイドラインがないため、行動療法士は試行錯誤のアプローチを採用することがよくあります。それでも、行動療法は、特定可能でテスト可能な概念的枠組みに明確に結びついています。

行動療法は、治療に対する精神力動的アプローチとは根本的に異なります。行動療法は、人間の発達や学習または教育モデルに基づいており、異常な行動を根底にある無意識の葛藤の症状と見なす精神分析モデルを否定しています。精神分析療法では、精神分析医が治療上の変化に不可欠であると主張する基本概念と矛盾する行動療法の成功を説明することが困難です。一部の精神力動的療法士は、行動療法は問題の「本当の」原因を見落としていると言われているため、行動療法は症状の置き換えをもたらすと述べています。しかし、成功した行動療法では症状の置き換えは起こらないという証拠は明らかです (例: Sloane, Staples, Cristol, Yorkston, Whipple, 1975)。行動療法と精神力動的療法はどちらも、行動の根底にある原因を修正しようとします。違いは、それぞれのアプローチの支持者が何を原因と見なしているかです。行動分析家は、行動をコントロールする現在の変数と条件を探します。一部の精神力動的アプローチ (精神分析など) では、「クライアントはどのようにしてこのような人物になったのか」と尋ねます。他のアプローチ (アドラー心理療法など) では、「この人物は何を達成しようとしているのか」と尋ねます。行動的アプローチでは、「この人物が現在このように行動する原因は何なのか、そしてその行動を変えるために今すぐ何ができるのか」と尋ねます。

家族療法士やシステム療法士は、家族内の対人関係システムを変えることで、個人を最もよく理解し、治療できると主張しています。行動療法では、家族を治療に含めることの重要性がますます強調されています。しかし、行動療法士は、すべての問題に家族システムへの大規模な介入が必要であるという仮定を否定しています。結果研究の結果は、これが常に必要ではないことを示しています (Mathews, Gelder, Johnston, 1981)。たとえば、広場恐怖症患者に対する個人行動療法は、恐怖回避の長期的な改善をもたらすだけでなく、結婚生活の満足度の向上や対人関係機能の他の側面の改善にもつながることがよくあります。このようなデータは、家族システム理論家の主張を信用できないものになっています。

ACT の重要な側面である体験回避の問題に焦点を当てる点は、ゲシュタルト療法やロジャースの人間中心療法などの体験療法や人間主義療法と明らかに重なります。

心理療法のほとんどの形態は、特定の集団に限定されています。たとえば、伝統的な精神分析療法は、主に白人で、教育水準が高く、社会的、経済的に恵まれた患者を対象としてきました。行動療法は、伝統的な心理療法よりも、幅広い精神障害に適用できます (Kazdin & Wilson, 1978)。また、行動療法は、恵まれない少数派グループを含む多様な患者集団に効果があることも示されています (Miranda, Bernal, Kohn, Hwang, &

La Fromboise, 2005)。

行動療法と他の心理療法との比較効果の総合的な評価は不確かです。以下に述べるように、行動療法は無治療またはプラセボ治療よりも効果的であることが確実に示されています。しかし、他の心理療法と直接比較した適切に設計された研究はほとんどありません。まれな例外を除き、代替心理療法は厳密な実証的評価を受けていません。不十分ではありますが、行動療法は精神分析療法やその他の言語療法よりも効果的であることを示す証拠があります (Hollon & Beck, 1994; O'Leary & Wilson, 1987)。

歴史。

先駆者

行動療法の基盤として、2つの歴史的出来事が際立っています。1つ目は、1900年代初頭の行動主義の台頭です。米国における重要人物は、行動心理学の主観性と精神主義を批判し、行動の客観的研究の基盤として行動主義を提唱した JB ワトソンでした。ワトソンが環境的出来事の重要性を強調し、個人の隠れた側面を否定し、すべての行動は学習の結果として理解できると主張したことが、行動主義の正式な基盤となりました。ワトソンの立場は行動療法士によって広く否定され、より洗練された行動主義が B.T. スキナーなどの理論家によって発展してきました。スキナーの急進的な行動主義は、行動療法だけでなく心理学全般に大きな影響を与えました。ワトソンと同様に、スキナーは、明白な行動だけが科学的調査の許容可能な対象であると主張しました。

2番目の発明は、学習心理学に関する実験的研究でした。ロシアでは、20世紀初頭にノーベル生理学賞受賞者のイヴァン・パブロフが古典的条件付けの基礎を確立しました。米国では、ほぼ同じ時期に、EL ソーンダイクによる動物学習に関する先駆的な研究により、結果 (報酬や罰を与える出来事) が行動に与える影響が示されました。

条件付けと学習の原理に関する研究は、主に動物実験室で行われ、第二次世界大戦後、米国の実験心理学の主要な部分となりました。この分野の研究者は、パブロフとスキナーの伝統を受け継ぎ、実験用ラットとハトを原型的な被験者として用いて行動の科学的分析に取り組みました。条件付けの原理を臨床問題の治療に応用した主な研究の中には、特に注目すべき2つの研究がありました。1924年、メアリー カバー ジョーンズは、子供の恐怖を克服するためのさまざまな行動手順を説明しました。1938年、O. ホバート モウラーと L. モウラーは、条件付けの原理を精神病の治療にまで拡張しました。彼らが開発した治療法は、現在では効果的で広く使用されているアプローチです (Ross, 1981)。これらの孤立した散発的な取り組みは、当時の心理療法にほとんど影響を与えませんでした。その理由の1つは、動物で実証された条件付けの原理が、複雑な人間の問題の治療には単純すぎるとして拒否されたためです。

実験的治療は表面的、機械的、素朴なものとして拒絶された。さらに、学術的実験心理学者と臨床心理学者の間には分裂が存在した。前者は科学的手法の訓練を受けており、制御された実験と定量的測定に重点が置かれていた。後者は、制御されていないケーススタディ、推測的仮説、精神力学的仮説など、心理学の「ソフト」な側面に関心を持っていた。条件付けの原理を異常行動の精神力学的理論と統合する努力もなされたが、これらの定式化は行動アプローチと精神力学的アプローチの決定的な違いを不明瞭にするだけであった。

行動療法の出現は、実験室と臨床の間の溝を埋めようと試みた体系的かつ明確に定式化された臨床的代替案の提示を通じて現状に挑戦したことで特徴づけられました。

始まり

ビチャビオ・クラフトの正式な始まりは、1950年代に3か国で起こった別々だが関連した発展にまで遡ることができます。

南アフリカのジョセフ・ウォルペは、著書「相互抑制による心理療法」（1958年）で、成人の神経症に学習原理を適用した手順の詳細と結果を発表しました。ウォルペは、パブロフの条件付け原理、ハルのSR学習理論、および実験動物における恐怖軽減に関する自身の実験研究に基づいたいくつかの治療技術を紹介しました。ウォルペは、不安をすべての神経症反応の原因物質とみなしました。不安は、古典的条件付けによって獲得された自律神経系の持続的な反応として定義されました。ウォルペは、これらの条件付けされた自律神経反応を消滅させるための特別な技術を開発しました。これには、行動療法で最も広く使用されている方法の1つである系統的脱感作が含まれます。ウォルペは、患者の9,096人が「治癒」または「著しく改善」という物議を醸す主張を行いました。さらに、この前例のない成功率は、1か月、または2000万週間以内に達成されたようです。ウォルペはアーノルド ラザラスとスタンレー ラックマンに影響を与え、2人はビハビオラ療法の発展において主導的な存在となりました。ウォルペの療法におけるコンディショニング技術は、ニューヨークのアンドリュー ソルター (1949) が提唱した同様の提案と一致していました。

行動療法の発展におけるもう一つの画期的な出来事は、ロンドン大学精神医学研究所のハンス・J・アイゼンクと彼の学生たちの研究と著作でした。1959年に発表された独創的な論文で、アイゼンクは行動療法を、行動および感情障害の治療への現代学習理論の応用と定義しました。アイゼンクは、パブロフとハルの原理と手順、およびモークラー(1947)やミラー(1948)などの学習理論家の原理と手順を重視しました。アイゼンクの定式化では、行動療法は応用科学であり、その定義的な特徴は、テスト可能で[代用可能]であるというものでした。1963年、アイゼンクとラックマンは、行動療法だけを専門とする最初の雑誌であるBehavior Research and Therapyを創刊しました。

行動療法の出現における第3の力は、1953年にスキナーが著書「科学と人間の行動」を出版したことである。この本でスキナーは精神力動概念を批判し、行動の観点から心理療法を再定式化した。オペラント条件付けの最も重要な初期の臨床応用は、ワシントン大学のシドニー ビジューの指導の下で行われた子供たちへの研究であった。精神疾患全般に対するオペラント条件付けの広範な応用は、1965年に出版されたレナード ウルマンとレナード クラスナーの「行動修正のケース スタディ」で完全に表現された。1968年には、「応用行動分析ジャーナル」の創刊号が発行された。このジャーナルは、オペラント条件付けの使用による社会的に重要な問題の修正に関する研究の第一の発表場所となった。

1960年代の終わりごろ、行動療法の理論的および研究的基盤が拡大し始めました。行動療法士は、革新的な治療戦略の源として、社会心理学、人格心理学、発達精神心理学にますます目を向けるようになりました。この点で特に注目すべきは、代理学習、象徴的プロセス、自己制御メカニズムに重点を置いたBandura (1969) の社会学習理論です。1970年代には、行動療法における認知プロセスと手順が重視されるようになりました。

1980年代と1990年代は、心理学の他の分野の発展にさらに幅広い焦点が当てられた時期でした。治療の変化における感情の役割に特に注目が集まりました。1990年代と世紀の変わり目には、この章の前半で説明したDBTやACTなどの新しい形態の行動療法の進化も見られました。

「認知、情動、行動の複雑な相互作用の実験的分析は、現代の行動療法における理論と研究の重要な領域の1つです。また、行動療法で一般的に治療される多くの障害（不安障害や肥満など）における生物学的要因と脳のメカニズムの重要性に対する認識も高まっています。生物行動学的相互作用の研究は、行動療法においてま

すます重要な部分となっています。たとえば、脳のメカニズムに関する研究では、学習した恐怖反応の消去に関与する脳の扁桃体の特定の受容体が特定されています。暴露療法などの行動療法は、恐怖 (恐怖) 反応の消去を促進するように設計されています。D-シクロセリンは、脳内のこれらの受容体部位の作動薬であるため、消去を促進する薬物です。この薬剤と暴露 (消去) 治療を組み合わせると、実験動物や特定の恐怖症の患者における恐怖反応が著しく急速に軽減されます (Davis, Myers, Ressler, Rothbaum, 2005)。

現在のステータス

行動療法は心理療法の分野に多大な影響を及ぼしてきました。行動療法の影響力を測る重要な基準は、心理療法士が臨床実践において認知行動の原理と手順をどの程度使用しているかです。米国の臨床心理学者の理論的方向性に関する調査に基づいて、ダレル・スミス (1982) は「現在の専門的心理療法の発展を支配する単一のテーマはありません。しかし、私たちの調査結果から、認知行動の選択肢は、今日最も強力ではないにしても、最も強力な理論的重点の 1 つであることが示唆されます」と結論付けています (p. 310)。行動療法の技術は、幅広い心理的問題の治療にますます使用されるようになると思われます。

1990 年代、米国におけるさまざまな理論的志向を代表する 75 人の専門心理療法士のパネルに、将来心理療法の実践がどうなるかを予測するよう依頼されました (個人の好みに関係なく) (Norcross, Alford, DeMichele, 1992)。パネルは、CBT テクニックを将来使用される可能性が最も高いテクニクとしてランク付けすることにほぼ同意しました。その理由は、米国の医療政策がコストを抑制し、より多くの人々に保険を提供する方向に変化しているため、問題に焦点を合わせた時間制限のある心理療法に重点が移っているためです。さらに、将来のメンタルヘルス サービスに対する第三者による支払いでは、コスト抑制が重視されるだけでなく、特定の目標を達成する上で治療が明らかに効果的であることが求められます。行動療法は、これらの介入の重要な部分になります。

1950年代から1960年代の形成期には、行動療法は当時支配的だった精神分析の体制に異議を唱える急進的な少数派運動でした。今日、行動療法は精神療法の体制の一部となっています。1960年代から米国では、国内で最も著名な大学のいくつかで、大学院レベルの臨床プログラムがいくつか開始されました。

大学は博士課程前の学生のトレーニングにおいて行動志向を第一に重視しました。他の多くの大学も、臨床トレーニングへの折衷的なアプローチの一部として行動療法を取り入れ始めました。Sayette と Mayne (1990) は、アメリカ心理学会が認定した博士課程の教員の志向を分析し、1,496 の大学が応用行動アプローチまたは急進的行動アプローチを採用していると言える一方で、さらに 4,296 の大学が認知行動アプローチまたは社会的学習アプローチを重視していることを発見しました。

臨床心理学者の訓練と実践への影響とは対照的に、行動療法は米国の他の精神保健専門家の訓練と実践にほとんど影響を与えていない (Glass & Arnkoff, 1992)。精神医学への影響が最小限であることは皮肉なことである。

認知行動療法の発展に多大な貢献をした精神科医 (ジョセフ・ウォルフ、アーロン・ベックなど) がいる。これはおそらく、アメリカの精神医学において 40 年以上も精神分析が全面的に優位に立っていたためだろう。最近では、心理学的精神医学が研修プログラムにおいて精神分析モデルに取って代わることが多くなった。その結果、精神科医の研修において心理療法は軽視されてきた。

最初の行動療法ジャーナルであるBehaviour Research and Therapyは、既存の臨床ジャーナルの精神力動学に傾倒した編集者が行動療法に消極的だったこともあり、1963年に出版されました。今日では、さまざまな国で行動療法に特化したジャーナルが数多くあります。さらに、行動療法士は、米国のJournal of

Consulting and Clinical Psychologyなど、主要な汎用臨床心理学ジャーナルの編集者や編集委員会メンバーを務めています。

行動療法士が認知行動療法士であると自認する傾向が高まっていることは、2005年に行動療法推進協会(AABT)の名称を行動認知療法協会(ABCT)に変更するという決定に反映されています。行動療法が今後も純粋な治療法として実践され続けるのか、それとも最終的には認知行動療法という一般的な枠組みに単純に組み込まれるのかは不明です。

人格

人格理論

現代の行動療法の広い枠組みの中で、特定の体質的差異が存在します。これらの差異は、それぞれのアプローチの基盤となる性格理論において最も顕著です。例えば、アイゼンク(1967)は、詳細な研究を展開しました。

性格特性理論を雄弁に語る。簡単に言うと、アイゼンクは人を2つの主要な性格次元に分類する。1つ目は内向性 - 外向性で、内向的や外向的という言葉に通常関連付けられる特性を指す。2つ目の次元は神経症傾向 - 感情の安定性で、一方の極端は気分屋で神経質、もう一方の極端は安定していて平静である。アイゼンクは、これらの性格次元は遺伝的に決定され、内向的な人の方が外向的な人よりも条件付け手順に反応しやすいと信じていた。しかし、一般的に性格理論は臨床行動療法にほとんど影響を与えなかったようで、ほとんどの行動療法士は性格特性理論を否定している。

応用行動分析は、スキナーの急進的行動主義から直接派生したもので、行動を規制すると思われる明白な行動と環境条件の研究に限定されています。欲求、衝動、動機、特性、葛藤などの隠れた観察不可能な要素は無視されます。たとえば、スキナーの行動分析は、強化、差別、一般化などの条件付けプロセスという観点から表現されます。

急進的な行動主義は、人間の重要性を見失い、人格の概念を欠いていると批判されてきた。人間性心理学者は、応用行動分析家は、人間を外部の状況的力によってのみ制御されているかのように扱っていると考えている。この2つの極端な視点の衝突を解決するには、環境の特性とそこにいる人間の本質が関係していることを認識することである。常識と実験結果の両方が、この重要な相互作用のいずれかの側面を無視することの愚かさを示している。人格の発達と変化に関する社会学習の枠組みは、人間と状況の間のこの相互作用の詳細で洗練された分析を提供する(Bandura、1969年、Mischel、1968年、1981年)。

行動を予測する上で、人が状況のどちらがより重要であるかについては、多くの人が議論してきました。しかし、この疑問に答えることはできません。個人差と状況の相対的な重要性は、選択された状況、評価される行動のタイプ、サンプルとして抽出された特定の個人差、および評価の目的によって異なります(Mischel、1973)。

230 a. テレンジ・ウィルソン

個人の行動パターンは一般的に安定しており、時間とともに一貫していることは、証拠によって明らかである。しかし、異なる状況における行動の特異性は、性格特性理論にとって問題となる。そのような理論の中心的な前提は、安定的で一般的な性格特性が、さまざまな状況における行動の一貫性を決定するというものである。しかし、ミシェル(1968)が指摘したように、相関関係は、

同じ特性の異なる尺度間の相関関係は通常非常に低く、異なる状況間での行動パターンの一貫性はほとんどあ

りません。

精神力学的パーソナリティ概念化では、その根底にあるパーソナリティ構造は状況に対して安定していると想定しています。明白な行動は、その行動が根深いパーソナリティ特性の兆候を提供する場合のみ、精神力学的理論家にとって興味深いものです。精神力学的理論家は、行動は額面通りに受け取ることはできず、象徴的に解釈する必要があると考えています。なぜなら、パーソナリティの防衛メカニズムが、表現されている「本当の」動機を偽装し、歪曲するからです。しかし、

蓄積された知見は、臨床判断の有用性をほとんど裏付けていない。... 根底にある遺伝子型の性質に関する概念に導かれる臨床医は、本人の直接的な自己報告、直接的に関係のある過去の行動の単純な指標、または人口統計学的変数よりも優れた行動予測ができていない。(Mischel, 1973, p. 254)

社会認知理論は、人間の行動の差別的性質をすぐに説明します。人は、同様の行動が同様の結果をもたらすか、またはもたらすと予想される範囲でのみ、異なる状況で一貫した行動をとると予測されます。ミシエルの図解は、この重要な概念を明確にするのに役立ちます。

ある時は敵対的で激しく独立しているように見えるが、他の時には受動的で依存的で女性的な女性を思い浮かべてください。彼女は本質的にどのような女性でしょうか。この2つのパターンのどちらが彼女の本当の姿を反映しているのでしょうか。一方のパターンがもう一方のパターンに役立っているのでしょうか、それとも両方とも第三の動機に役立っているのでしょうか。彼女は受動性を装った本当に攻撃的な人物なのでしょうか。それとも、表面上は攻撃性を防御している温かく受動的で依存的な女性なのでしょうか。社会学習理論は、彼女がこれらすべてである可能性があることを示唆しています。敵対的で、激しく独立していて、受動的で、依存的で、

彼女は女性らしく、攻撃的で、温かい人柄のすべてを兼ね備えている。もちろん、彼女が特定の瞬間にこれらのどれであるかはランダムで気まぐれなものではなく、識別刺激、つまり彼女が誰といつどのようにいるか、そしてその他多くのことに依存する。しかし、彼女自身のこれらの側面のそれぞれは、彼女の存在全体のまったく正真正銘の本当の側面である可能性がある。(1976年、p.86)

異常行動の発達を説明する行動学的アプローチと精神力学的アプローチの違いは、フロイトのリトルハンスの事例で説明できます。この子供は馬恐怖症を発症しましたが、フロイトはこれを去勢不安とエディプスコンフリクトに帰しました。この事例を再解釈したウォルプとラックマン(1960)は、リトルハンスが最近、馬が恐ろしい出来事と関連付けられ、古典的に条件付けされた恐怖反応を引き起こした可能性のある4つの出来事を経験していたことを指摘しています。たとえば、ハンスは、荷を積んだ荷車を引いていた馬が倒れて死んだように見えるのを見て恐怖を感じました。精神力学的観点からは、外部刺激(リトルハンスが見たもの)は恐怖症にほとんど影響を及ぼしませんでした。馬に対する恐怖そのものは、根底にあるコンフリクトほど重要ではありませんでした。フロイトが述べたように、「不安はもともと馬とは関係がなかったが、偶然馬に移された」のです。この解釈は、少年の反応の識別パターンを説明するものではありません。たとえば、少年は荷物を積んだ荷馬車を引く一頭の馬(イリュードはこれを妊娠の象徴とみなした)には恐怖を感じたが、二頭の馬には恐怖を感じなかったし、大きな馬には恐怖を感じたが小さな馬には恐怖を感じなかったし、急速に動く馬車には恐怖を感じなかった。では、このパターンは、エディプス葛藤のような全体的、内部的な構成概念によってどのように予測されるのでしょうか。少年が目撃した事故では、急速に動く一頭の大きな馬が少年を殺したと信じられていました。条件付けによる説明は、特定の刺激要素が特定の反応を引き起こすことを強調し、したがってリトル・ハンスの識別的な恐怖反応をもっともらしく説明するものです。

特性理論は、臨床医が選択した次元における人々の差異を強調します。粗いスクリーニング(例:患者にミネ

ソタ多面人格目録 [MMPT] を実施) やグループ比較などの目的には、特性アプローチが有用です。しかし、セラピストが特定の個人について治療の決定を下す際には役立ちません。たとえば、内向性、外向性の特性を考えてみましょう。アイゼンクの理論によると、特定の治療法は、これらの次元に沿って変化する患者に対して異なる効果をもたらします。ポール (1966) は、よく管理された研究で、外向性、情動性、不安などの特性を測定する紙と鉛筆による性格検査の成績と、人前で話すことへの不安を系統的脱感作法で治療した場合の治療効果との相関関係を調べました。彼の結果は、全体的な性格の尺度と治療結果の間にはまったく関係がないことを明らかにしました。この結果は、他の結果研究の典型的なものです。

多様なコンセプト

学習の原則

行動療法における学習原理の使用は、Agras と Wilson (2005) にまとめられています。Little Hans のケースは、古典的条件付けの役割を示しています。以前は中立だった刺激が恐ろしい出来事 (無条件刺激、または US) と組み合わせられると、不安などの条件付き反応 (CR) を引き起こす条件付き刺激 (CS) になることがあります。古典的条件付けの現在の分析は、学習されたものが単純な SR 結合で構成されているというかつての一般的な概念から離れています。むしろ、人々は CS と US の間に相関関係または偶発的な関係があることを学びます。この学習が条件付けプロセスを定義します。古典的条件付けは、単一の CS と単一の US の単純な組み合わせとは見なされなくなりました。代わりに、刺激イベントのクラス全体の相関関係を学習できます。人々はトラウマにさらされることがあります。

嫌悪的行動は、状況とトラウマ的出来事の間に関係または偶発的な関係が形成されない限り、行動に影響を与えることはありません (連続性)。しかし、状況とトラウマ的出来事の間に関係または偶発的な関係が形成されない限り、恐怖反応は生じません。

オペラント条件付けは、行動が環境的結果の関数であることを強調します。行動は、正の強化と負の強化によって強化され、罰によって弱められます。正の強化とは、反応の頻度が高まり、その後好ましい出来事が起こることを指します。例としては、良い通知表を取った子供を教師または親が褒めることなどが挙げられます。負の強化とは、かつては起こると予想されていた嫌悪的出来事を回避または逃避した結果として行動が増加することです。たとえば、広場恐怖症の人は、混雑したショッピング モールで制御を失いパニックになることを恐れ、家にいることでこの嫌悪的な見通しから逃れます。その後、この人はパニックを回避することで不安から解放され、家を出るのがますます難しくなります。

罰の場合、嫌悪的な出来事は反応に依存し、その結果、その反応の頻度が減少します。子供が意見を述べたために親から批判されたり罰せられたりした場合、その子供は内向的で主張しない大人になる可能性が高くなります。

消去とは、反応の停止または除去を指します。たとえば、強迫性障害の患者の家族は、患者が何か悪いことをしていないという安心感を求める要求を無視するように指示される場合があります。もはや提示されない強化子は、不適切な注意です。

弁別学習は、ある状況では反応が報われる（または罰せられる）が、別の状況では報われない場合に発生します。この場合、行動は特定の状況制御下に置かれます。このプロセスは、人間の行動の柔軟性を説明する上で特に重要です。たとえば、過食を続ける肥満の患者は、状況によっては良好な自制心を示すかもしれませんが、予測可能な状況（一人でいてイライラしたり落ち込んだりしているときなど）では自制心を発揮しません。

一般化とは、行動が、それが起こった状況以外の状況で起こることを指します。セラピストは、治療セッション中にクライアントがもっと積極的になり、表現力豊かになるよう手助けするかもしれませんが、セラピーの最終的な目標は、クライアントが現実の状況でもっと積極的に行動できるようにすることです。

社会認知理論は、学習における認識の重要性と、環境イベントに対する個人の積極的な認知評価の両方を認識しています。学習は、人々が行動の結果を支配する規則と偶発性を認識しているときに促進されます。強化は、行動の自動的な強化を伴いません。学習は、報酬の情報機能とインセンティブ機能の結果として生じます。行動の結果を観察することで、人はどのような行動がどのような状況で適切であるかを学びます。行動の予想される将来の結果を象徴的に表現することで、現在の行動を開始して維持する動機が生まれます (Bandura, 1977)。多くの場合、自分に起こっていることに関する人々の期待と仮説は、客観的な現実よりも行動に影響を与える可能性があります。

社会認知理論が代理学習（モデリング）に与える重要性は、認知プロセスへの重点と一致しています。この学習形式では、人々は行動に関与したり自分自身に直接影響を及ぼしたりすることなく、他の人や出来事を観察することで新しい知識や行動を獲得します。代理学習は、人々が他の人の行動を観察するときに発生する可能性があります。代理学習が人間の行動に与える影響は広範囲に及び、この概念は社会認知理論の力を大幅に拡大します。

人物変数

人々は、頭が空っぽだったり感情が欠如した状態で受動的に状況とやりとりするわけではありません。むしろ、環境刺激に積極的に注意を払い、それを解釈し、コード化し、選択的に記憶します。ミシェル（1973）は、人と状況のやりとりを説明する一連の人称変数を詳しく説明しました。これらの人称変数は、能力は各人の社会的経験と認知的発達のプロダクトであり、それが将来の経験がその人にどのように影響するかを決定します。簡単に言えば、適切な条件下で多様な行動を構築する個人の能力が含まれます。さらに、自分自身を含む出来事や人々の分類があります。特定の状況で人がどのように行動するかを理解するには、注意が必要です。

個人の期待、期待される結果の主観的価値、個人の自己規制システムと計画に左右されます。

こうした個人変数の完全な議論は本章の範囲を超えていますが、いくつかの例を挙げて説明することができます。たとえば、個人構成の役割を考えてみましょう。臨床診療では、客観的な傍観者から見れば、彼らが有能であり、現実を歪めていることは明らかであるにもかかわらず、常に自分を卑下するクライアントに出会うことはよくあります。このような場合、行動は主に内部のコントロール下にあります。

心理療法は、環境的出来事ではなく、物理的な刺激に焦点を当てています。同じ客観的な刺激状況に対しても、起きていることをどう解釈するかによって、人によって反応が異なる場合があります。心理療法は、このような誤った認知的知覚を修正することに重点が置かれます。しかし、行動療法士は、クライアントが本当に特定の 방법으로反応できるかどうかを確認するために、クライアントの認知能力と行動能力も評価する必要があります。クライアントが落ち込んでいるのは、状況を誤って認識しているからではなく、報酬を確保するための適切なスキルが実際に欠けているからかもしれません。好例となるのは、デートしたいという意欲はあるものの、女性との関係を築くために必要な社交スキルがないことに気づいている、内気で自己主張の少ない大学1年生です。心理療法は、彼の行動上の欠陥を克服し、学生が必要な対人スキルを身に付けるのを支援することに向けられます。

自己効力感とは、特定のタスクを実行したり、特定の目標を達成したりできるという信念を指します (Bandura, 1998)。自己効力感は、特定のタスクを実行できるという自信の度合いを示すように求めるだけで評価されます。

このような個人変数は、幅広い状況間の一貫性を前提とせず、特定の状況に依存するという点で特性とは異なります。一般化された期待などの構成は、行動を予測する上で効果的ではないことが証明されています。ただし、特定のタスクに関する個人の効力期待の具体的な評価は有用です。

応用行動分析家は認知的媒介過程を否定し、人格変数をほとんど利用しない。彼らは環境が人と相互作用することには同意するが、人の役割は過去の強化の履歴の観点から説明するのが最善であると主張する。社会認知的アプローチと急進的行動主義の立場の違いを説明するために、飛行機恐怖症のクライアントを想像してみてください。このクライアントは、飛行機の着陸装置が格納する音を聞くと通常非常に不安になる。社会認知的見解を持つセラピストは、この不安反応を、何かがおかしいというクライアントの認識に帰するかもしれない。急進的行動主義は、クライアントが現在の環境（突然の騒音）だけでなく、過去に聞いたエンジンが落ちたり飛行機が墜落したりしたという話にも反応していると主張するだろう。この例は、急進的行動主義が推論的推論から自由ではないことを明確に示している。問題は、人間の行動を説明するために推論が行われるかどうかではなく、どのような種類の推論が最も有用であるかである。現在では、個人の変数を考慮すると行動の予測が向上し、治療効果が高まることを示す証拠があります (O'Leary & Wilson, 1987)。

心理療法

心理療法の理論

学習

行動療法では、クライアントが新しい対処スキルを習得し、コミュニケーションを改善し、不適応な習慣を断ち切り、自滅的な感情的葛藤を克服することを学ぶ矯正学習体験を重視します。これらの矯正学習体験には、認知機能、情緒機能、行動機能の幅広い変化が伴います。これは、一般的な行動における狭い反応パターンの修正に限定されません。

行動療法の特徴である学習は、注意深く構造化されています。おそらく他のどの治療法よりも、行動療法では、患者にリラクゼーション トレーニングの実践、毎日のカロリー摂取量の自己管理、自己主張的な行動、不安を誘発する状況への対処、強迫的な儀式の実行の自制などを求めることとなります。行動療法士が治療セッションの合間にクライアントの現実世界での活動を重視する度合いが高いことは、行動療法の際立った特徴の1つです。ただし、行動療法は、クライアントの信念や行動に変化をもたらすためにセラピストが一方的

に影響を及ぼすプロセスではありません。セラピストとクライアントのダイナミックな相互作用と、クライアント側の指示された作業の両方が含まれます。すべての治療法において重要な要素は、クライアントのモチベーション、つまり、困難な状況に協力する意欲です。

行動療法は、現実の行動に大きな変化をもたらすという、困難でやりがいのある課題です。行動療法では、変化への抵抗や意欲の欠如が治療失敗の一般的な原因です。治療の技術の多くは、これらの問題に対処することにあります (Lazarus & I'ay, 1982)。

治療関係

行動療法には、スキル、感受性、臨床的洞察力が求められます。Brady ら (1980) は、治療関係の重要性を次のように強調しています。

セラピストと患者の関係の質的側面が、良くも悪くもセラピーの過程に大きく影響することは間違いありません。一般的に、患者とセラピストの関係がセラピストの能力 (知識、洗練度、トレーニング) に対する信頼によって特徴づけられ、患者がセラピストを (自分の考え方では) 社会的、倫理的価値観を持った正直で信頼でき、まともな人間とみなしている場合、患者はセラピーにもっと力を入れやすくなります。セラピストとの関係の質と雰囲気も同様に重要です。つまり、セラピストに対して信頼感と温かさを感じていれば、一般的に治療計画に従いやすくなり、より高い経験につながります。

治療者の患者に対する感情も重要です。治療者が患者を好ましい人物ではない、またはまともな人間ではないと感じたり、何らかの理由で患者を単に嫌っていると感じたりした場合、患者に対するこうした態度を隠すことはできず、一般にその態度は有害な影響を及ぼします。(1980、pp. 285-286)

精神分析志向のセラピストが担うように教えられている中立的で客観的な役割とは対照的に、行動療法士は指示的で関心を持ち、問題解決者であり対処モデルです。行動療法と精神分析志向の心理療法の比較研究において、ステーブルズ、スローン、ホイップル、クリストル、ヨークストンは次のように結論付けています。

行動療法と分析志向の心理療法の違いは、患者とセラピストの間の基本的な相互作用のパターンと形成される関係の種類に関係しています。行動療法は、伝統的な治療パラダイムに特別な「科学的技術」を重ね合わせた心理療法ではありません。むしろ、この 2 つは共通の要素を共有しているものの、治療のスタイルがまったく異なるように見えます。(1975 年、1521 ページ)

この研究における行動療法士は、精神分析志向の療法士よりも指示的、オープン、誠実、そして開示的であると評価されました。

強力な治療連携は、徒手療法を含む効果的な行動療法に不可欠です。たとえば、治療プロセスに患者を参加させたり、変化への意欲を高めたり、宿題の順守を促進したりするために重要です。ただし、治療連携は行動療法の治療結果を左右しません (DeRubeis 他、2005)。治療連携は必要ですが、十分ではありません。治療方法は、治療連携の尺度よりも変動が大きくなります (Loeb 他、2005)。徒手療法では、セラピストがある程度標準化された治療プロトコルの実施に集中するため、治療関係が損なわれるというのは誤解です。研究によると、適切に実施された徒手療法の CBT は、前述のように以前の行動療法と同様に、非常に肯定的な治療連携をもたらします。

倫理的問題

行動療法では、クライアントが積極的に参加するよう促されます。たとえば、誰が療法の目標を決定するかという重要な問題について考えてみましょう。行動療法では、クライアントが治療目標の設定において主要な発

言権を持つべきであることが基本であるため、クライアントが十分な情報を得て、目標設定に同意し、参加することが重要です。行動をどのように変えるか (おそらくセラピストはこれに精通しています) と行動療法の目的とは区別されます。後者は最終的にはクライアントが決定する必要があります。クライアントは何をコントロールし、セラピストは方法をコントロールします。セラピストの主な貢献は、クライアントが代替の行動方針を生み出し、さまざまな目標を追求することの結果を分析するのを支援することです。このプロセスにはセラピスト自身の価値観の表現が含まれるため、セラピストはそれらを特定し、それが治療目標の分析にどのように影響するかを説明する必要があります。

行動療法 235

治療目標の決定に有意義に参加できない精神障害のあるクライアント (精神病に苦しむ施設入所患者など) の場合、目標の選択ははるかに複雑になります。治療がクライアントにとって最善の利益になるように、他の専門家との協議を通じてプログラムの目標と手順を監視することが重要です (Riskcy & Shclدون-Wildgen, 1982)。

あらゆる形態の療法には社会的影響が伴います。倫理的に重要な問題は、セラピストがこの影響を認識しているかどうかです。行動療法では、影響のプロセスを明確に認識し、特定のクライアント指向の行動目標を重視します。行動療法士は、すべてのクライアントの人権と個人の尊厳の保護を保証する手順を策定しました (Stolz, 1978 年、Wilson および O'Leary, 1980 年)。

心理療法のプロセス

問題の特定と評価

「行動療法士の最初の仕事は、クライアントの現在の問題を特定し、理解することです。セラピストは、問題の具体的な側面、たとえば最初の発生、重大性、頻度などについて詳細な情報を求めます。クライアントは問題に対処するために何をしましたか? クライアントは自分の問題や過去の治療契約についてどう考えていますか? このような探究的な質問に対する答えを得るには、信頼関係と相互理解が必要です。これを実現するために、セラピストは注意深く、客観的で共感的であるよう努めます。次に、セラピストはクライアントの問題の機能分析を進め、不適応な思考、感情、または行動を維持していると考えられる特定の環境的および個人的な変数を特定しようとします。現在問題を維持している変数に重点を置くことは、クライアントの過去の履歴を無視することを意味するものではありません。ただし、過去の経験は、クライアントの現在の苦痛に直接寄与する程度にのみ重要です。

評価方法

行動指向型面接では、セラピストがクライアントに「なぜ混雑した場所で不安になるのですか」などの疑問を尋ねることはめったにありません。「なぜ」「どこ」「何」で始まる質問は有用です。セラピストは必ずしもクライアントの言うことを額面通りに受け取るわけではなく、矛盾、言い逃れ、または明らかな歪みがないか常に探しています。それでも、セラピストは、特に思考、空想、および感情を評価する際に、クライアントの自己報告に大きく依存しています。自己報告は、臨床医の判断や性格テストのスコアと比較した場合、行動の優れた予測因子であることがしばしば証明されています (Mischel, 1981)。もちろん、意味のある答えを得るためには、セラピストは正しい質問をしなければなりません。ほとんどの人が自分自身を大まかな性格ラベ

ルで説明する傾向があることを考えると、セラピストはクライアントが全体的な主観的印象に対する特定の行動指示対象を特定できるように支援する必要がある場合があります。

誘導イメージ

特定の状況に対するクライアントの反応を評価するのに有効な方法は、問題のある生活状況を象徴的に再現してもらうことです。セラピストは、クライアントに単に出来事について話すように求めるのではなく、その出来事が実際に自分に起こっていると想像してもらいます。クライアントが状況のイメージを思い浮かべたら、次に頭に浮かんだ考えを言葉で表現するように求められます。これは、特定の出来事に関連する特定の考えを明らかにするのに特に有効な方法です。

ロール・プレイング

もう一つの選択肢は、クライアントに状況をロールプレイしてもらうことです。この方法は、セラピストがクライアントが問題を報告した相手の役割を演じることで、対人関係の問題を評価するのに役立ちます。ロールプレイは、人工的な状況下ではあるものの、セラピストに問題行動のサンプルを提供します。セラピストがクライアントのカップルを評価する場合、2人のパートナーは、セラピストが彼らの対人関係スキルと対立を解決する能力の範囲を直接観察できるように、選択された問題について話し合うように求められます。

生理学的記録

さまざまな精神生理学的反応をモニタリングする技術の進歩により、多くの問題を客観的に測定することが可能になりました。陰茎や膣の血流に変化を引き起こす特定の刺激に対するクライアントの性的興奮をモニタリングすること (Rosen & Keefe, 1978) は、行動評価と治療戦略における生理学的記録機器の使用例です。

自己モニタリング

クライアントは通常、特定の出来事や心理的反応を詳細に毎日記録するように指示されます。たとえば、肥満のクライアントは、毎日のカロリー摂取量、計画された身体活動の程度、猫を飼う状況などを自己監視するように求められます。このようにして、クライアントの生活の中で、彼らの問題と機能的に関連する行動パターンを検出することができます。

行動観察

明白な問題行動の評価は、理想的には、自然な環境でのクライアントの行動の実際の観察に基づいています。したがって、行動療法士は洗練された行動観察評価手順を開発しました。これらの手順は、子供や入院患者に最もよく使用されています。保護者、教師、看護師、病院の助手は、行動観察者として訓練されています。これらの個人が行動を観察することを学んだら、問題の行動分析を行うように教え、その後、自分の行動を変えて他の人の問題行動に影響を与えるように指示することができます。

心理テストとアンケート

一般的に、行動療法士は標準化された心理診断テストを使用しません。MMPI などのテストは、クライアントの性格プロフィールの全体像を提供するのに役立つかもしれませんが、機能分析や治療介入の開発に必要な種類の情報を提供しません。投影テストは、その妥当性や信頼性について受け入れられる証拠がないため、広く拒否されています (Tilienfeld、Tynn、および Lohr、2003)。行動療法士は、Marks および Mathews Fear Questionnaire (1979) などのチェックリストや質問票、Beck Depression Inventory (Beck、Rush、Shaw、および Emcry、1979) などのうつ病の自己報告スケール、Rathus (1973) の質問票などのアサーション インベントリ、および Lockc および Wallace (1959) の結婚適応インベントリなどの紙と鉛筆による結婚満足度の測定を使用します。これらの治療装置は、問題の決定要因の機能分析を行うには不十分ですが、問題の初期の重大性を確立し、治療の過程で治療効果を図表化するのに役立ちます。

治療技術

行動療法は、さまざまな治療法を提供し、社会認知理論の原理を各個人の固有の問題に合わせて調整しようとします。治療技術を選択する際、行動療法士は、特定の問題に適用されたその技術の有効性に関する経験的証拠に大きく依存します。多くの場合、経験的証拠は不明瞭であるか、ほとんど存在しません。ここで、療法士は、受け入れられている臨床実践と、人間の行動に対する社会認知アプローチとその修正の基本的な論理と哲学の影響を受けます。その過程で、療法士は多くの場合、

直感的なスキルと臨床的判断力を活用して適切な治療法を選択し、特定のテクニックを実行する最適な時期を決定します。科学と芸術の両方が臨床診療に影響を与えており、最も効果的なセラピストはそれぞれの利点と限界を認識しています。

以下は、典型的な行動療法士が臨床診療で採用する可能性のあるさまざまな方法の選択的な例です。

画像ベースの技術。

系統的脱感作法では、非現実的な不安を引き起こす特定の出来事を分離した後、セラピストは、クライアントが恐れるさまざまな状況を、軽いストレスから非常に脅威的なものまで連続的に並べた刺激階層を構築します。クライアントは、深くリラックスした状態で各出来事を想像するように指示されます。ウォルペ (1958) は、不安と相容れない反応を生み出す手段として、ジェイコブソン (1938) の漸進的リラクゼーション トレーニング法を採用しました。簡単に言うと、これは、クライアントがさまざまな状況で系統的にリラックスすることに集中するようにトレーニングすることです。

不安を生じさせる項目があった場合、クライアントは特定の項目を思い浮かべるのをやめ、リラックスした気持ちを取り戻すように指示されます。その後、クライアントが不安を感じることなくその場面を思い浮かべられるようになるまで、その項目を繰り返したり、階層を調整したりします。そのようになって初めて、セラピストは階層の次の項目を提示します。可能であれば、現実での暴露は想像を使うよりもさらに強力であり、不安障害の治療に選択される技法です。広場恐怖症のクライアントに対する暴露療法の例は、「応用」のセクションで説明されています。

象徴的に生成される嫌悪反応は、アルコール依存症や性的障害（露出症など）などのさまざまな問題の治療に使用されます。この手順では、クライアントは問題行動に関連する嫌悪結果を想像するように求められます。アルコール依存症患者は、飲み物を飲んだときに吐き気を感じることを想像するように求められます。露出症患者は、警察に逮捕されることを想像するように求められます。この方法は、しばしば隠れた感作法と呼ばれ

ます (Caurela, 1967)。問題となる衝動や行動を確実に引き出すシーンの階層が作成され、クライアントが問題を制御できるようになるまで、各シーンが体系的に提示されます。

認知の再構築。

このカテゴリーの治療技術は、感情障害は少なくとも部分的には機能不全の思考から生じるという仮定に基づいています。治療の課題は、この不適応な思考を変えることです。エリスの REBT と一部重複していますが、ビジョナリストのセラピストが最もよく使用する認知再構築法は、ベックの認知療法から派生したものです。この方法の例は、セラピーセッションからの次の抜粋で示されています。セラピストが患者に機能不全の仮定を検討するよう促し、行動課題を使用して患者の仮定を変えるのを支援する方法に注目してください (P は患者、T はセラピスト):

P: パニック発作の最中は、たいてい気絶したり倒れたりするのではないかと感じてしまいます…

T: 発作で気を失ったことはありますか?

P: いいえ。

T: それでは、気絶してしまうかもしれないと思う原因は何ですか?

P: 失神しそうになります。その感覚は非常に強いことがあります。

T: まとめると、あなたが気絶しそうなた証拠は、気絶したように感じるという事実ですか?

P: はい。

T: では、何百回も気絶したのに、まだ気絶していないという事実をどう説明できますか?

P: これまでのところ、発作はいつもちょうど間に合うように止まったり、倒れないように何かにつかまったりしてきました。

T: そうですね。あなたが頻繁に気絶しそうになったり、気絶しそうになったりしたけれど、実際には気絶しなかったという事実の1つの説明は、あなたが常にその場しのぎで自分を救うために何かをしたということです。しかし、別の説明としては、パニック発作で起こる気絶の感覚が、決してあなたを死に至らしめることはないということです。

たとえあなたがそれを制御できなかったとしても、失効します。

P: そうですね。

T: これら 2 つの可能性のどちらが正しいかを判断するには、実際に失神するためにはあなたの体に何が起きなければならないかを知る必要があります。ご存知ですか?

P: いいえ。

T: 血圧を下げる必要があります。パニック発作中に血圧に何が起こるか知っていますか?

p: うーん、脈が速いですね。血圧が上がっているのかもしれない。

T: そうですね。不安になると、心拍数と血圧が連動する傾向があります。ですから、不安なときの方が不安でないときよりも失神する可能性は低くなります。

P: それはとても興味深く、役に立つ情報です。しかし、もしそれが本当なら、なぜ T フェルはそんなに弱いのでしょうか?

T: 失神するというのは、体が危険を察知して正常に反応している証拠です。不安を感じたときにあなたが経験している体の反応のほとんどは、空腹のトラに近づかれるなど、原始人が経験した脅威に対処するために作られたものでしょう。そのような状況で最善の対応策は何でしょうか?

P: できるだけ早く逃げてください。

T: そうです。そして、走るためには、筋肉に最大限のエネルギーが必要です。これは、筋肉により多くの血液を送り、脳に比較的少ない血液を送ることで達成されます。つまり、脳への酸素が少し減少し、それが気分が悪くなる理由です。しかし、この感覚は誤解を招きます。なぜなら、全体的な血圧は下がっているのではなく、上がっているからです。

P: それはとても明確です。だから、次に私が気を失いそうになったら、脈を測って気を失いそうかどうか調べることができます。それが正常か、または正常より動いていれば、T は気を失いそうにないことがわかります。(Clark, 1989, pp. 76-77)

アサーティブネスとソーシャルスキルのトレーニング。

自己主張の弱いクライアントは、自分の感情を表現したり、権利を主張したりすることがしばしばありません。彼らはしばしば他人から搾取され、社会的な状況で不安を感じ、自尊心が欠けています。行動リハーサルでは、セラピストは適切な自己主張行動をモデル化し、クライアントに繰り返し行動するよう求めることがあります。

行動療法は、個人ベースだけでなくグループでも頻繁に実施されます。アサーティブネス トレーニングのための行動リハーサルは、グループ メンバーがより多様な教育的フィードバックを提供でき、多様なモデリングの影響も提供できるため、グループ療法に適しています。

行動リハーサルの指導、モデル化、フィードバックの各要素は、積極的な傾聴、個人的なフィードバックの提供、自己開示による信頼の構築など、幅広いコミュニケーション能力を促進します。これらのコミュニケーションの原則は、カウンセリングに対する非行動的アプローチから引き出され、行動的枠組みに統合されており、夫婦関係療法の重要な要素です (Margolin, 1987)。

自己管理手順。

行動療法士は、いくつかの自己制御手順を使用します (Bandura, 1977 年、Kanfer, 1977 年)。行動の自己制御を成功させるには、自己モニタリングが不可欠です。自己モニタリングには、クライアントが行動を導く目標や基準を設定できるように支援することが必要です。たとえば、肥満の治療では、毎日のカロリー目標がランダムに選択されます。行動研究では、自己制御が成功する確率を高める目標の特定の特性が特定されています。たとえば、1 日の摂取カロリーを 1,200 カロリー以下に抑えるなど、非常に具体的で、大まかで、短期的な目標を設定する必要があります。これを、「次の 1 週間」の食事を「減らす」という目標と比べてみてください。このような漠然とした目標を達成できない場合、クライアントは否定的な自己評価反応を引き起こしますが、目標の達成に成功すると自己強化が生まれ、新しい行動を維持する可能性が高まります。

上で説明した自己指導トレーニングは、衝動性、ストレス、過度の怒り、痛みに対処するための自己制御方法としてよく使用されます。同様に、漸進的リラクゼーション トレーニングは、不眠症、緊張性頭痛、高血圧など、さまざまなストレスを軽減するための自己制御方法として広く適用されています (O'Leary & Wilson, 1987)。さまざまな精神生理学的障害の治療に使用されるバイオフィードバック法も、自己制御手順のカテゴリに分類されます (Yatcs, 1980)。

実際生活のパフォーマンスに基づいたテクニック。

前述の技術は治療セッション中に適用され、そのほとんどは、クライアントが自然な環境で宿題を完了するように指示するとともに日常的に行われます。

「行動療法の多様性は、教室から知的障害や精神疾患を患う人々の施設まで、さまざまな環境でオペラント条件付けの原理を適用することに見られます。トークンエコノミーの使用は、その優れた例です。トークン強化プログラムの主な要素は、次のようにまとめることができます。(a) 慎重に指定され、操作的に定義されたターゲット行動、(b) バックアップ強化子、(c) バックアップ強化子を表すトークン、(d) バックアップ強化子を取得するために必要なトークンの数を指定する交換ルール。

教室におけるトークンエコノミーは、教師が定期的に、生徒が学業面でも社会的にもどの程度行儀が良かったかを示す評価を行うことから成ります。一日の終わりに、良い評価はさまざまな小さな賞品と交換できます。これらの手順により、教室での混乱を招く社会的行動が軽減され、学業成績が向上します (O'Leary & O'Leary, 1977)。精神科の入院患者の場合、スタッフは、自慰行為の改善、好戦的な行動の減少、協力的な問題解決行動を条件にトークンを発行する場合があります (Kazdin, 1977)。行動療法士はトークンエコノミーを設計し、その実施と有効性を監視します。手順自体は、実際の環境で、教師、親、看護師、精神科の助手など、患者と最も直接接触する人によって実行されます。これらの心理的アシスタントが十分に訓練され、監督されていることを確認するのは、行動療法士の責任です。

治療期間。

治療期間を決定するための確立されたガイドラインはありません。行動療法の多くは短期治療ですが、25～50 セッション続く治療は一般的であり、それよりも長い治療も珍しくありません。100 セッションを超える治療は比較的まれです。臨床診療での通常のアプローチは、クライアントの問題の詳細な行動評価を実行し、できるだけ早く介入を開始することです。評価は継続的なプロセスであり、初期治療介入の結果は治療目標に照らして評価されます。治療時間が最初から明示的に制限されていない限り、治療期間と治療セッションのスケジュールは患者の進捗に応じて決まります。

「通常、行動療法士は患者と契約して 2～3 か月 (約 8～12 回のセッション) の治療計画を実施し、この期間の終了時に進捗状況を再評価します。目に見える改善がほとんど見られない場合は、行動療法士が問題を正確に概念化したかどうか、適切なテクニックを使用しているか、戦術を変更する必要があるか、行動療法士としての自分自身に何らかの問題があるかどうか、別の行動療法士または別の治療法への紹介が必要かどうかを再評価する必要があります。」

成功したケースを終了する際、行動療法士は通常、突然の終了を避けます。典型的な手順は、連続する治療セッションの間隔を、週 1 回から 2 週間ごと、月 1 回など、徐々に長くしていくことです。これらの最終セッションは、時折電話で連絡を取りながら、以前のセッションよりも短くなる場合があります。

マニュアルベースの治療

臨床診療における標準化されたマニュアルベースの治療の使用は、臨床診療に広範囲にわたる影響を及ぼす新しい議論の多い展開です。認知行動療法士はこの展開の最前線に立ち (Wilson, 1998)、現在ではさまざまな不安障害、うつ病、摂食障害など、さまざまな臨床障害に対するエビデンスに基づいた CBT 治療マニュアルが存在します。

治療マニュアルには、特定の臨床障害を治療するための限られた数の技術が記載されています。これらの技術は、多かれ少なかれ一定数の治療セッションにわたって同じ順序で実施され、この障害と診断されたすべての

患者は、同じマニュアルベースのアプローチで治療されます。たとえば、摂食障害である神経性過食症のすべての患者は、フェアバーンとその同僚がこの障害のために特別に開発した認知行動療法マニュアルを使用して、基本的に同じ方法で治療されます (フェアバーン、マーカス、ウィルソン、1993)。

これらのマニュアルの特に優れた点は、管理された臨床試験で評価された治療プログラムについて説明していることです。治療マニュアルは、心理療法の形式が何であれ、より一貫性があり、より広く利用できるようにしてくれます。セラピストが特定の治療戦略を学び、それを使用するスキルを習得しやすくなります。セラピストのトレーニングを容易にするだけでなく、監督も簡単にします。

マニュアル療法は、訓練生の専門知識を監視するために医師に推奨されています。治療マニュアルは構造化されており、時間制限があるため、他の方法よりも治療が集中的になります。しかし、マニュアル療法は、標準化されたアプローチによって、個々の患者のニーズに合わせて特定の介入を調整する際のセラピストの臨床判断の役割が制限されるため、一部の行動療法士を含む実践者から批判されています (Davison & Lazarus, 1995)。これに対して、マニュアル療法の支持者は、セラピストの臨床判断は経験的証拠よりも指導に頼ることが多く、非常に主観的であると主張しています。

「臨床判断の限界は十分に文書化されている。人間の推論の一形態としての臨床判断は、患者を集合体（例えば、診断カテゴリ）のメンバーとして見て、その集合体または診断カテゴリで一般的に何を予測するかを決定することによって患者の行動を予測する保険数理予測よりも優れているわけではなく、場合によっては劣っている (Dawes, 1994)。経験的に裏付けられたマニュアルベースの治療は、保険数理アプローチと一致している。マニュアルベースの行動療法とセラピストの臨床判断への依存の相対的な有効性は、現在進行中の臨床調査の対象である。

心理療法のメカニズム

行動療法に関する研究では、特定の治療法が効果的であることが実証され、多面的な治療法やプログラムのどの要素が治療の成功に寄与しているかが特定されています。たとえば、トークン強化プログラムによって生じる変化は、その基礎となっているオペラント条件付けの学習原理によるものであることが実証されています (Kazdin, 1977)。

学習プロセス

Ayllon と Azrin (1965) は、精神科病棟の統合失調症患者を主に対象とした先駆的なトークン強化プログラムについて説明しました。この調査で対象とした行動は、セルフケアと生産的な仕事の能力向上でした。報酬は、これら 2 つの領域の改善を条件としました。病棟全体の 44 人の患者全員の職務割り当てが条件付きで報酬される期間 (フェーズ A) の後、トークンは条件なしで与えられました (フェーズ B)。フェーズ B では、患者はパフォーマンスに関係なく毎日トークンを与えられ、強化子と反応の間の条件が崩れました。これにより、トークンを与える介護者や病棟スタッフと患者との間の社会的交流の量は変化しませんでした。パフォーマンスの差異は、行動と強化子の正確な機能的関係に直接起因するものでした。

フェーズ C では、フェーズ A と同様に条件付き強化に戻ります。結果は、「自由」強化 (フェーズ B) がまったく効果がないことを示しています。同様に、すべてのトークンを完全に取消すと、パフォーマンスは、患者にトークンを条件付きで報酬として与えることで以前に維持されていた速度の 4 分の 1 未満に低下しました。

さまざまな行動療法の多様な方法と適用を網羅する単一の理論はありません。オペラント条件付けの原理は、

さまざまな行動手順の有効性を説明しますが、他の多くの方法の成功を説明するものではありません。古典的条件付けとさまざまな認知プロセスはすべて、この章で説明するさまざまな認知行動療法の効果を決定する役割を果たします。多くの場合、方法の治療的成功の原因となるメカニズムは不明のままです。恐怖症や強迫性障害の暴露療法を考えてみましょう。この方法の有効性は十分に確立されていますが、その説明は依然として議論的となっています。当初、説明はモーカー (1947) の学習の 2 因子理論に基づいていました。この理論によれば、系統的脱感作のように不安を誘発する状況に繰り返し暴露すると、恐怖症の回避行動を媒介する古典的条件付け不安が消滅します。しかし、他の研究 (Bandura, 1986) では、この説明の妥当性に疑問が投げかけられています。

認知メカニズム

社会認知理論の観点では、暴露は、根底にある不安駆動状態を消滅させることにはつながらず、むしろクライアントの自己効力感の期待の修正につながる (Bandura, 1982)。自己効力感とは、以前は恐れていた状況に対処できるというクライアントの信念を指す。効力感の期待が変化するためには、クライアントが行動の変化を自己帰属させなければならない。例えば、広場恐怖症のクライアントが、自己効力感の向上や恐怖感の軽減なしに、これまで避けてきた状況に近づくことは珍しくない。一部のクライアントは、行動の変化を自分のせいだとは考えていないことが説明されるようだ。広場恐怖症のクライアントは、パニック発作を起こさなかったのは「幸運」だったとか、たまたま珍しい「良い日」だっただけだと言うかもしれない。「セラピストは、クライアントが認知的方法を使って自分自身に変化を帰属させ、個人的効力感を高めるのを助ける準備をしなければなりません。」

恐怖症患者を対象とした初期の研究では、結果はまちまちではあるものの、自己効力感理論を実証的に裏付ける結果が一般的に得られている。バンデュラとその同僚による実験では、効力感の期待が恐怖症回避行動の減少を正確に予測することが示された。

実際の暴露、象徴的モデリング、隠れたモデリング、系統的脱感作のいずれによって作成されたかに関係なく、個人効力の尺度は、同じ治療を受けている異なる個人による対処行動の違い、さらには異なる課題における被験者の特定のパフォーマンスを予測しました。理論と一致して、パフォーマンスベースの治療法である患者モデリングは、有効性期待のレベルと強度、および関連する行動の変化において大きな増加をもたらしました (Bandura, 1986)。

アプリケーション

「誰を助けることができますか？」

行動療法は、さまざまな集団のさまざまな心理的障害の治療に使用できます (Kazdin & Wilson, 1978)。また、教育、医療、地域社会での生活における問題にも幅広く適用できます。以下は、行動療法が効果的な治療となる問題の抜粋例です。

不安障害

よく管理された複数の研究により、行動療法は不安障害の効果的な治療法であることが立証されています。単純な恐怖症は、患者が聞き、避けている対象や状況に徐々に近づき、対峙するのを助ける誘導曝露療法を使用することで、短期間のセッションで効果的に除去されます。たとえば、Tom Ollendick と彼の同僚 (2009)

は、最大 3 時間の 1 セッションの生体段階曝露療法でも、教育支援療法よりも優れており、治療効果はフォローアップ時に維持されることを実証しました。行動療法は、パニック障害や強迫性障害などのより複雑で衰弱性の障害の治療にも選ばれています。

パニック障害。

パニック障害は、突然発症する断続的な強い恐怖の期間と定義され、心臓の鼓動、息切れ、発汗、めまい、気が狂うのではないかという恐怖などの生理的症状を伴う。効果的な治療は、通常、行動的要素と認知的要素の両方を組み合わせたものである。イギリスのオックスフォード大学で、デイビッド・クラークと彼の同僚は、パニック患者の身体感覚の悲惨な解釈を変えることに主に焦点を当てた治療の効果を試験した。彼の認知行動療法は、パニック障害の治療法としてよく選ばれる抗うつ薬であるイミプラミンによる薬物療法よりも優れていることが証明された。認知行動療法を受けた患者は 1 年間の追跡期間中改善が維持されたが、イミプラミンによる治療を受けた患者は、薬を中止すると再発する傾向があった (Clark、Salkovskis、Hackmann、Middleton、Gelder、1994)。

米国では、デビッド・バーロウと彼の同僚による研究で、行動的要素と認知的要素の両方を含むパニック制御治療 (PCT) の効果を評価しました。2 つの主な行動要素は、(1) 患者の不安に対処するために設計された漸進的リラクゼーション トレーニングと (2) 患者をパニック発作を引き起こすきっかけ (主に体内の感覚) に体系的にさらす暴露 (消去) 治療です。この治療は、消去のプロセスを通じてパニック反応を排除します。PCT は、待機リスト コントロール条件 (患者は評価されますが、治療は延期されます) またはリラクゼーション トレーニングのみよりも効果的でした。2 つの

1 回の追跡調査で、PCT を受けた患者のうち 8196 人がパニック障害であったことが示されました (Craske、Brown、Barlow、1991)。その後のパニック障害の大規模な対照試験では、CBT とイミプラミンの両方が短期的には有効な治療であることが示されました。この場合も、CBT の治療効果は追跡調査中も維持されましたが、投薬を中止した患者は再発する傾向がありました (Barlow、Gorman、Shear、Woods、2000)。最近では、Craske と彼女の同僚は、この形式の認知行動療法が、抗うつ薬による治療が慣例となっているプライマリー 医療の現場でパニック障害の治療に効果的に実施できることを示しました。投薬に認知行動療法を追加すると、投薬単独よりも大幅に優れた結果が得られます (Craske ら、2005)。

強迫性障害。

強迫性障害 (OCD) の治療には、伝統的な心理療法は効果的ではありません。1970 年代には、特定の行動療法が開発され、大きな進歩がありました。最も効果的な治療法は、強迫的な手洗いで例えることができる暴露反応妨害法です。患者が手を洗うきっかけとなるさまざまな物や行動が、まず行動評価によって特定されます。次に、この手法とその根拠を詳しく説明し、患者から十分な情報を得た上で同意を得た上で、手洗いのきっかけとなる物に触れることが体系的に奨励されます。これが治療の暴露部分です。患者は、非論理的に汚染されているとみなされる物に触れた後は、手を洗うことを控えます。これが治療の反応妨害部分です。患者の不安は、通常、最初に物に触れた後に高まり、その後、治療セッションの経過とともに低下します。患者の注意を汚染に対する恐怖に集中させることは治療に役立ちます。治療の目標は、強迫行為の否定的な強化価値を打ち破り、汚染された物体によって引き起こされる不安を消し去り、この種の状況に対処する患者の自己効力を高めることです。想像的暴露は、生体暴露が非現実的または不可能な場合に使用されます。患者は、強迫行為の詳細なイメージを思い浮かべ、不安が軽減するまでそのイメージを維持するように指示されます。

レスカルチは、行動療法後に OCD 患者のおよそ 65 ~ 7596 人が著しい改善を示したことを明らかにしました (Barlow、2002)。この治療の成功は、治療後 2 年間の追跡期間中も維持されます。特に興味深いのは、暴露療法が OCD の生物学的基礎に影響を与えるという発見です。完全に治療された患者は、不安と関連していることが知られている脳の特定の領域である尾状核のグルコース代謝に著しい変化を示します。これらの変化は、成功した薬物療法によって生じる変化と同一です (Baxter ら、1992)。

心的外傷後ストレス障害 (PTSD)

PTSD は、ほとんどの人に重大な苦痛を引き起こす可能性が高い、非常にストレスの多い出来事の後発症します。一般的な例としては、軍事戦闘での心的外傷体験やレイプ関連のトラウマがあります。PTSD の主な症状には、(1) 再体験症状、フラッシュバック、まるでその出来事が起こったかのように感じる、悪夢、苦痛を与える侵入イメージ、(2) 出来事の記憶を抑えようとする回避行動、(3) 脅威に対する過剰な警戒、易怒性、集中困難、睡眠障害などの過覚醒、(4) 出来事の重要な側面を認識できない、記憶喪失などの感情麻痺などがあります。うつ病、薬物乱用、対人関係の問題などの関連する困難は一般的です。

PTSD の治療には、認知療法と行動療法のさまざまな組み合わせが使用されてきましたが、最も有力な証拠は暴露療法を支持しています (Foa、Hembree、Cahill、Rauch、Riggs、2005)。この治療法では、トラウマの性質に関する詳細な評価と教育に続いて、セラピストと患者が脅威となる状況の階層を作成します。宿題の演習は、患者が段階的にこれらの状況に立ち向かうように設計されています。さらに、想像暴露を使用して、治療セッションは、患者がトラウマ自体を再体験すること (たとえば、見知らぬ人にレイプされる) に専念します。これらの想像暴露セッションに対する患者の反応について話し合われ、進捗状況を注意深く監視します。レイプの生存者を対象とした大規模な治療研究で、Foa らは、トラウマがトラウマの原因である可能性について、より詳しく調べました。(2005) は、この療法を12回行ったところ、PTSDが大幅に改善しただけでなく、関連するうつ病、仕事、社会生活機能も改善したことを示しました。

うつ

うつ病に対するベックの認知療法 (CT) については第 8 章で説明します。CT は認知戦略と行動戦略を組み合わせたものです。いくつかの適切に管理された治療結果研究では、CT が成人の重度のうつ病を含むうつ病の効果的な治療法であることが示されています。特に重要なのは、CT が抗うつ薬と同等の効果があると思われることです (DeRubeis、Brotman、Gibbons、2005)。ただし、CT は長期的にはより効果的である可能性があります。なぜなら、投薬を中止すると、患者は急速に再発することが多いからです。つまり、患者は、半月間の CT の持続的な効果に匹敵するために、何年も投薬を続けなければならないこととなります (Hollon、Stewart、Strunk、2006)。重要なのは、CT は主要な大学で行われる研究だけでなく、日常的な臨床診療や、通常は十分なサービスを受けられない少数派グループにも効果的であるということです (Miranda ら、2005)。

CT は、以下の一連の異なる戦略が重なり合って構成されています。体系的な自己観察 (自己モニタリング)、行動の活性化、思考のモニタリング、思考の正確さの検証、根底にある中核的信念 (スキーマと呼ばれる) の探究、再発防止 (Hollon、1999)。戦略は行動技法 (自己モニタリングと行動の活性化) から始まり、療法が進むにつれて次第に認知的な性質を帯びてくることに注意してください。重要な理論的かつ実践的な疑問は、これらの戦略のどれがこの治療法の成功の原因であるかということです。Jacobson と彼の同僚 (1996) は、CT の必要かつ十分な治療要素を決定するために、CT の要素分析を実施しました。彼らは、定義上機能不全

の認知を修正することに焦点を当てた CT 治療パッケージ全体を、行動の活性化 (BA) と名付けた行動要素と比較しました。BA の焦点は、患者がより活動的になることを支援することです。彼らは、日々の活動を自己監視し、さまざまな活動に従事することから喜びを評価し、習得感を促進するように設計されたますます難しいタスクを完了し、社会的スキルの欠陥を克服することを学びます。結果は、BA が治療終了時と 6 か月後および 2 年後のフォローアップの両方でうつ病を軽減する上で完全な CT パッケージと同等に効果的であることを示しました (Gortner、Gollan、Dobson、および Jacobson、1998)。さらに、BA はこれらのうつ病患者の否定的な考え方を変えるのに同等に効果的でした。Jacobson ら (1996) は、CT は完全な治療パッケージの行動コンポーネントよりも効果的ではないと結論付けました。

ジェイコブソンら (1996) の研究結果はディミジによって再現された。

et al. (印刷中)。これらの研究者は、行動活性化治療と完全な CT アプローチの間に違いはないことを発見しました。しかし、最も重度のうつ病患者のみの結果を分析すると、行動活性化は CT よりも効果的であることがわかりました。最後に、行動活性化の明らかな有効性は、CT の改善のほとんどが治療の初期に起こるという発見と一致しています (Ilardi & Craighead、1994)。前述のように、行動要素は CT の初期段階で特に顕著であり、これらの発見は総合的に、うつ病の治療における特定の認知的手順の付加価値を示唆しています。

うつ病のもう一つの革新的な治療法は、マインドフルネスを伴った認知行動療法、つまり MBCT です

(Segal、Teasdale、Williams、2004年)。この療法は、ベックのCTの特徴を多く備えていますが、2つの重要な違いがあります。第一に、MBCTは、患者が自分の信念の妥当性に積極的に挑戦することを奨励するのではなく、否定的な考えや悪い感情に反応する際にマインドフルネスのスキルを使用するように患者に働きかけます。Segalら (2004年) がメタ認知的認識と呼ぶものに焦点が当てられています。これは、この章の DBTとACTのセクションで後で説明されているデフュージョンまたはディスタンシングと本質的に同じ概念です。第二に、行動活性化とACTと一致して、焦点は、行動療法のもう 2 つの形式がうつ病の治療に効果的に使用されています。1 つは Peter Lewinsohn によって開発されたもので、Beck のアプローチの認知戦略の多くと、パートナーの肯定的な強化子の範囲を増やすことに重点を置いた、より伝統的な行動を組み合わせたものです。このアプローチは、青年のうつ病を克服するのに効果的であることが示されています

(Lewinsohn、Clarke、Hops、Andrews、1990)。もう 1 つは行動結婚療法的一种です。この治療の目標は、夫婦間の葛藤を減らし、親密感を高め、考えや感情をオープンに共有できるようにすることで、単極性うつ病に対する対人関係の影響を修正することです (O'Leary と Beach、1990)。この治療は、夫婦間の問題を抱えているうつ病の女性に特に効果があるようです。Dobson ら (2008) は、認知療法、行動活性化、抗うつ薬の効果を比較するランダム化比較試験を実施しました。この研究者は、行動活性化と認知療法の間有意差は見られませんでした。各治療法は少なくとも抗うつ薬による継続治療と同等の効果があり、心理療法は抗うつ薬による継続治療よりも持続時間が長く、実際に費用も安く済みました。

摂食障害と体重障害

過食症と神経性過食症

神経性過食症 (BN) は、主に青年期および若年成人の女性に起こる摂食障害です。過食症は、食事摂取量を制限しようとする強い試みが過食、すなわち制御不能な大量の食物の摂取によって中断される重度の摂食障害を特徴とします。過食の後には、通常、嘔吐 (自己誘発性嘔吐または下剤の乱用) が続きます。BN 患者は、体型や体重について機能不全な懸念を抱いており、体型や体重で自己価値を判断します。うつ病、薬物乱用、人格障害などの他の精神疾患も、BNによく伴います。過食症 (BED) は、嘔吐などの極端な体重管理の試みが

ない状態で患者が過食を繰り返す場合に診断されます。BN 患者は通常、正常体重ですが、BED 患者は通常、太りすぎまたは肥満です。

BN に対するマニュアルベースの CBT (Fairburn ら、1993) は、過食と嘔吐をなくし、厳格なダイエットをより正常で柔軟な食事パターンに置き換え、体重と体型の個人的な重要性に関する機能不全の考えや感情を修正するように設計されています。患者は、非現実的な女性の美しさの社会的な理想に合わせるのに苦労するのではなく、自己受容を高めるのに役立ちます。さらに、コグ

精神的および行動的な戦略は、患者が過食に頼るのではなく、ストレスの多い出来事に適応的に対処できるようにするために用いられます。

米国とヨーロッパで行われた数多くの対照研究により、BNの治療におけるCBTの有効性が実証されている (Wilson & Fairburn、2002)。CBTは、支持的心理療法、支持的表現的心理療法、ストレス管理療法、および

過食症の認知的特徴に対処しない行動療法の形態。例外は対人関係療法 (IPT) です。主要な比較結果研究では、治療終了時にはTPTはCBTよりも効果が低かったが、1年間の追跡期間中、2つの治療法の差は、患者の認知的特徴の減少により消失しました。

IPT を受けた患者の間では継続的な改善が見られました (Fairburn ら、1995)。抗うつ薬も BN の有効な治療であることが示されています。CBT と抗うつ薬治療の相対的および複合的な有効性を評価する研究は、全体として、CBT が薬物単独よりも優れていることを示しています。CBT と薬物治療の併用は、薬物治療単独よりも大幅に効果的です。この 2 つを組み合わせても、神経性過食症の中核的特徴の軽減に関して、CBT 単独に比べてほとんど利点はありません。CBY' のデータとは対照的に、BN に対する薬物治療の長期的効果を示す証拠は事実上ありません (Wilson、1997)。CBT は過食症患者の過食症および関連する精神病理の治療にも有効ですが、大幅な体重減少は得られません (Wilson、Grilo、Vitousek、2007)。

肥満

食習慣の改善、ライフスタイルの変化、健全な栄養、運動量の増加からなる総合的な行動的体重管理プログラムは、軽度から中程度の肥満の患者に最も適した治療法として広く認識されています。短期的な結果は良好です。5 か月の治療後、行動療法と中程度の食事制限 (自分で選んだ食品を 1 日 1,200 カロリー) を組み合わせると、平均で約 20 ポンドの体重減少が見られ、同時にうつ病や体型への不満が大幅に減少します。問題は、これらの治療効果が長期間維持されないことです (Wadden、Butryn、Byrne、2004)。

行動療法における体重減少と体重増加のパターンは一貫しています。初期の体重減少率は急速ですが、その後は徐々に減少します。最低点に達するのは約 6 か月後です。その後、体重が基礎体重レベルに安定するまで、体重増加が徐々に始まります。肥満は慢性的な状態であり、無期限の治療が必要になる場合があります。セラピストとの継続的なコンタクトは、成功する維持プログラムの重要な要素であると思われます (Perri、1998)。

統合失調症

行動療法の初期には、統合失調症患者の治療は精神病院での形式的な経済プログラムで構成されていました。このアプローチの最も顕著な例は、ポールとレンツ (1977) による研究です。彼らは、進行性統合失調症と診断され、社会的経済的地位の低い慢性精神病患者を治療しました。これらの患者は平均 17 年間精神病院に入院しており、以前に薬物やその他の方法で治療されましたが、効果はありませんでした。研究開始時に約

9096 人が薬物を服用していました。彼らのセルフケア レベルは低く、奇異な行動の重症度は社会復帰を許すには大きすぎました。ポールとレンツによると、これらの被験者は「体系的な研究の対象となった慢性的に施設に収容されている成人の中で最も重度の衰弱状態にあった」とのことです (p. v)。ポール氏とレンツ氏は、慢性精神病院の患者の治療に関する、これまでに実施された中で最も詳細かつ包括的で、よく管理された評価において、行動療法（主に洗練されたトークン強化プログラム）が効果的であることを示す費用対効果の証拠を含む、豊富な客観的データを生み出しました。

1980 年代、研究により、退院した統合失調症患者が再発するか改善を維持するかは、家族環境によって決まることが明らかになり始めました。その結果、再発を予防するための家族介入が開発され、その一部は本質的に行動療法的なものでした (Tarrier & Wykes, 2004)。不安障害やその他の障害に対する認知行動療法の成功を受けて、同じ戦略が統合失調症患者にも適用されるようになりました。この治療法は、薬物療法に抵抗性を示す統合失調症の症状や急性精神病エピソードを緩和するように設計されました。全体として、これらの治療法が有効であるという証拠は有望ですが、決定的ではありません。Tarrier と Wykes (2004) は、認知療法に頼る介入よりも行動療法の方が効果的である傾向があると指摘しています。

小児疾患

子どもたちは、行動療法の最も古い時代から治療されてきました。治療プログラムは、子どもの限定された習慣障害から、あらゆる過剰、不足、または奇妙な行動パターンに苦しむ子どもの多重反応まで、さまざまな問題に対処してきました。これらの問題には、行動障害、攻撃性、および

行動療法 247

多動症は、トークン強化プログラムなどの行動療法によって広く治療されています。行動療法の成功例が文書化されており、特にこれらの子供の学業成績の向上に効果があることから、薬物治療の代替として使用できる場合もあります (O'Lcary, 1980)。

自閉症は、予後が非常に悪い、特に重篤な幼児期の障害です。従来の心理療法や医学的治療は効果がないことがわかっています。しかし、行動療法は顕著な成果を上げています。Lovaas (1987) は、自閉症児に対する集中的かつ長期的な行動療法の結果、4796 人が正常な知的機能と教育機能を獲得したと報告しています。他の 4096 人は軽度の知的障害があり、言語発達の遅れのために特別クラスに配属されました。自閉症児の対照群のうち、正常な機能を獲得したのはわずか 2% でした。これらの結果は、自閉症児でこれまでに得られた中で最も肯定的な結果であり、重篤な小児障害に対する行動療法の有効性を示しています。

小児精神病も行動訓練によって改善されてきました。噛みつきや頭をぶつけるなどの自己刺激のおよび自己破壊的な行動は、嫌悪的処置によって排除されてきました。言語や会話、遊び、社会的交流や反応性、基本的な学力を向上させるために、肯定的な行動が開発されてきました (O'Lcary & Carr, 1982)。

最も効果的に治療された小児の問題の 1 つは排泄障害です。ベルとパッド法は、多くの報告で 8096 を超える改善率を生み出しました。排泄障害は、他の行動療法によって効果的に改善されました (Ross, 1981)。

行動医学

行動医学は、「健康と病気に関する行動科学と生物医学の知識と技術の開発と統合、およびこれらの知識と技術の予防、診断、治療、リハビリテーションへの応用に関わる学際的な分野」と定義されています (Schwartz & Weiss, 1978, p. 250)。行動療法は、この分野の急速な成長を促進するのに役立っています。

心血管疾患の予防と治療

特定の行動パターンは、不必要なまたは早期の心血管疾患のリスクを高めるようです。これらの行動パターンを修正すると、心血管疾患の大幅な減少が期待できます。行動療法プログラムのターゲットとなっているリスク要因には、喫煙、肥満、運動不足、ストレス、高血圧、過度のアルコール摂取などがあります。薬物乱用は、通常、自己制御手順を組み合わせで治療されます。ストレスと高血圧は、リラクゼーショントレーニングなどの方法を使用して効果的に治療されています。行動介入法は、特定のクライアントだけでなく、個人とグループの両方に適用されています。

心血管疾患を予防するために設計されたプログラムでは、セラピーセッションだけでなく、職場や地域社会の基本的に健康な個人にも提供されます。

その他のアプリケーション

行動療法は、緊張性頭痛、さまざまな痛み、喘息、てんかん、睡眠障害、がん患者の吐き気反応（放射線療法による）、入院や手術に対する子供の恐怖など、さまざまな健康関連の問題に効果的に適用されてきました（Mclamcd & Sigel, 1980）。行動療法は、アルコール依存症（McCrary, Epstein, Cook, Jensen, Hildebrandt, 2009）、境界性人格障害および物質依存障害を持つ自殺傾向のある成人（Harned 他, 2008）、自殺傾向のある青年（Miller, Rathus, Linehan, 2007）の治療にも効果的に適用されてきました。最後に、認知行動療法の原理は、医療処置の遵守率を高める上で有望であることが示されています（Meichenbaum & Turk, 1987）。

治療

認知行動療法の臨床的詳細は、広場恐怖症という複雑な不安障害の治療で説明できる。最初に、治療者は問題の性質と、問題を引き起こしていると思われる変数を慎重に評価する。その後の治療は様々であるが、実際の治療のいくつかの形態は、おそらく

人生への露出はセラピーの中心的な部分です。セラピストとクライアントは協力して、クライアントが避けてきた恐怖をますます引き起こす状況の階層を作り上げます。これらの状況への繰り返して体系的な露出は、回避がなくなり恐怖が軽減されるまで続きます。

「セラピストは、体系的な暴露と、クライアントが通常、恐怖の状況にあまりにも素早く入ろうとする非体系的で無分別な試みを区別するように注意します。体系的な暴露体験の準備には、避けられない恐怖反応を予測し、クライアントに適切な対処スキルを教える作業が含まれます。これには、恐怖の感情を認識し受け入れること、恐怖を引き起こしたり悪化させたりする認知の歪みを特定すること、そして認知の歪みを打ち消すことです。

「セラピストは、生活への曝露セッション中にクライアントに付き添い、励まし、サポート、社会的強化を提供する場合があります。共感的ではありますが、セラピストは体系的な曝露の必要性については断固として主張します。クライアントが恐怖の状況に入ったら、不安が軽減されるまでその場を離れないことが重要です。」

曝露後、セラピストとクライアントは何が起こったのかを分析します。これにより、セラピストはクライアントが自分の経験をどのように解釈するかを確認し、誤った認知処理を発見する機会を得られます。たとえば、広場恐怖症に対処している人は、肯定的な成果を軽視する傾向があり、成功体験を必ずしも自分の対処能力に

帰るわけではないため、自己効力感を高めることができません。

クライアントは、セラピーセッションの合間に、暴露の宿題に関する具体的な指示を受け、何を試みたか、どのように感じたか、どのような問題に遭遇したかを詳細に毎日記録するように求められます。これらの自己記録は、各セッションの開始時にセラピストによって確認されます。セラピストにクライアントの進歩（または進歩の欠如）に関する情報を提供することに加えて、これらの毎日の記録は、クライアントの問題に関する認知セットを変更するプロセスを促進します。セラピストは、クライアントが自分の経験の記録に注意を向けることで、クライアントが自分の問題と進歩についてより客観的でバランスのとれた見方を得られるよう支援します。

宿題の課題には通常、クライアントの配偶者（または他の家族）の積極的な協力が必要です。セラピストは、必要なサポートを提供する意欲と能力を評価し、必要なことを説明するため、配偶者を1回以上のセラピーセッションに招待します。クライアントと配偶者の両方に治療マニュアルを使用するのが一般的で、このマニュアルには、実生活への曝露療法の各ステップの詳細と相互の責任が記載されています。多くの場合、これらのマニュアルにより、カップルがセラピストと過ごすセッションの数を大幅に減らすことができます。

クライアントは宿題を完了できないことがよくあります。宿題の選択が適切でなかったり、変化に抵抗したりなど、従わない理由はいくつか考えられます。配偶者が非協力的であったり、治療を妨害しようとしたりすることも考えられます。配偶者を治療に含めることの利点の1つは、進歩に対するこの抵抗がすぐに明らかになり、治療セッションで直接対処できることです。

実生活での経験を補うために、一部のクライアントは自己主張の訓練を必要とし、他のクライアントは抑圧された怒りに対処する方法を習得する必要がある。成功した治療を終了する前に、セラピストはクライアントと再発防止訓練に取り組む。クライアントは、予期せぬ再発を経験する可能性があることを簡潔に伝えられる。

行動療法 249

将来の予測できない時点で、何らかの恐怖を感じる場合があります。イメージを使ってそのような恐怖の再発を予測することで、クライアントは以前にうまく対処できた反応を再開することで、自分の感情に対処することを学びます。これらの感情はごく普通で、期間限定のものであり、必ずしも再発の兆候ではないことをクライアントは安心します。クライアントは、再発を経験するかどうかは主にこれらの感情を解釈する方法によって決まることを学びます。特に、セラピストは、破局的思考や孤立した不安症状への選択的集中など、不安を誘発する認知エラーからクライアントを予防しようとします。

エビデンス

行動療法は、さまざまな戦略と技術から成り、そのいくつかはさまざまな問題に対して異なる効果を発揮します。したがって、「行動療法」と呼ばれるある包括的なコミュニティを評価することは困難です。代わりに、特定の問題に適用された特定の方法に評価を向ける必要があります。

研究戦略

行動療法士は、さまざまな研究戦略（または治療結果を評価するための戦略）を開発してきました。単一症例の実験設計は、個々の症例における治療と結果の因果関係を導き出すことができるため重要です。ABA、つまり逆転設計は、前述の Ayllon と Azrin (1965) の研究で示されました。

多重ベースライン設計では、異なる反応が継続的に測定されます。その後、各反応に対して治療が連続的に適用されます。望ましい行動が治療を受けた場合にのみ最大限に変化する場合、因果関係を推測できます。単一

被験者法の限界には、被験者変数の相互作用を調査できないことが含まれます。

治療効果は特定のものに限られ、結果を他のケースに一般化するのは困難である。実験室ベースの研究では、厳密に管理された条件下で特定の問題に適用された特定の技術を評価することができる。たとえば、ヘビ恐怖症の被験者に対する恐怖軽減法を評価する (Bandura, 1986)。この方法論の利点には、結果の複数の客観的尺度の使用、均質な被験者サンプルとセラピストの選択、および被験者を実験グループと対照グループに割り当てる自由などがある。制限には、軽度の障害を持つ被験者のみの調査結果が、より重度の障害を持つ患者には一般化できない可能性がある。「治療パッケージ戦略は、多面的な治療プログラムの効果を評価する。パッケージが成功したと判明した場合、その有効なコンポーネントはその後の研究で分析される。これを行う方法の1つは、治療パッケージのコンポーネントを体系的に排除し、関連するコンポーネントを分析する解体戦略を使用することである。

治療結果の測定は

比較研究戦略は、ある治療技術が他の技術より優れているかどうかを決定することに向けられています。比較研究は、特定の技術が単一被験者または実験室ベースの研究で効果的であることが示された後に最も適切です。扱われる研究の質問に応じて、異なるグループサインには異なるコントロールグループが必要です。無治療コントロールグループは、正式な治療とは無関係に発生する結果、成熟、およびクライアントの行動のその他の変化の評価による治療効果の可能性をコントロールします。注意-プラセボコントロールグループは、ほとんどの治療法に共通し、しばしば非特異的要因と呼ばれる要因の治療効果への寄与を分配するために使用されます。これらの要因には、セラピストとクライアントの関係、治療の進歩に対する期待、および提案が含まれます。たとえば、不安、気分、および摂食障害（この章で前述したように）の治療において、ランダム化比較試験 (RCT) と呼ばれるもので、ヘビ療法が抗うつ薬と比較されることが増えています。基本設計では、抗うつ薬と行動療法が相互に、またプラセボ薬と比較されます。薬物療法または行動療法がプラセボ薬の条件よりも大幅に効果的である場合、その治療はいわゆる「非特異的」要因を超えて特異的な治療効果があることが示されています。

薬理的治療と心理学的治療の両方の有効性に関する研究では、有効性研究と効果研究が区別されています。有効性研究は厳密に管理されており、患者をさまざまな治療にランダムに割り当て、手技療法を使用し、特定の治療の使用について十分な訓練を受けたセラピストを参加させ、独立した評価者による結果の厳格な評価が行われます。これらは通常、専門の大学や医学部で実施されます。対照的に、有効性研究は通常、あまりよく管理されていません。正式な治療マニュアルは使用されず、研究目的のセラピストに対する特別な訓練や監督はなく、研究は日常的な臨床診療の条件下で実施されます (例: 地域の精神保健センター)。有効性研究の目標は、有効性結果研究の「臨床的代表性」を評価することです。管理された研究の結果が、さまざまな患者集団、臨床環境、さまざまなセラピストにどの程度一般化されるかを評価する必要があります。

研究結果

心理療法の有効性と効果は、他のどの心理療法よりも徹底的に研究されてきました。さまざまな障害に対するエビデンスの従来の定性的なレビューに加えて、多数のさまざまな治療結果研究の結果を包括的かつ定量的に評価するメタ分析が多数存在します (Nathan & Gorman、印刷中)。さまざまな臨床障害に対する心理的治療と薬物療法の両方について最も厳格で完全な評価は、英国の国立臨床優秀性研究所 (NICE) によるものです (NICE、2004)。NICE は、医療全体で基準が一貫している多分野プロセスの産物である治療ガイドラインを発行しています。ガイドラインはデータに基づいており、A (適切に管理された RCT からの強力な経験的サ

ポート) から C (強力な経験的データによる専門家の意見) まで等級付けされています。

行動療法は、さまざまな臨床障害の証拠に関する NICE 評価で高い評価を得ています。行動療法の実証的裏付けレベルは、通常 A と評価されます。これらの治療法は、特定の気分障害や不安障害に対する心理療法として推奨されており、薬物療法と同等に効果的であると評価されています。摂食障害の場合、行動療法は薬物療法よりもさらに効果的であると評価されています (Fairburn、Cooper、Shafran、2008 年、Wilson および Shafran、2005 年)。行動療法の有効性を証明する個々の研究例は、前の「応用」のセクションでまとめられています。さまざまな心理療法の証拠に関する別の評価では、アメリカ心理学会の第 12 部が、治療法が「実証的に裏付けられている」と判断する基準を確立しました。たとえば、ある治療法には、異なる研究者によって実施された、少なくとも 2 つの十分に管理された研究があり、その研究でその治療法が錠剤、心理的プラセボ、またはその他の治療法よりも大幅に効果的であることが示されていなければなりません。その後、研究者らは、これらの証拠基準を満たす治療法を特定しました (Woody、Weisz、McLean、2005)。行動療法は、経験的に裏付けられた治療法と呼ばれるもののリストの大部分を占めています。

NTCE ガイドラインおよび Woody ら (2005) によって評価された治療法は、従来の行動および認知行動療法です。行動療法の第 3 波に関する証拠は徐々に現れつつあります。境界性人格障害に対する DBT は、前述のように明らかに実証的な裏付けを得ています (Lieb ら、2004 年、Linchan ら、2006 年)。ACT に関する証拠は有望ですが、まだ初期段階にあります (Hayes ら、2006 年)。

行動療法 251

さまざまな臨床障害に対する行動療法治療を支持するエビデンスのほとんどは、適切に管理された有効性研究に基づいています。ただし、有効性研究により、有効性研究の結果が日常の臨床診療に一般化されることが示され始めていることを指摘することが重要です (Wilson、2007)。たとえば、不安障害やうつ病に対する認知療法や行動療法は、コミュニティベースの治療環境において少数派グループのメンバーを助けるのに効果的であるというエビデンスが現在あります (例: İ'oa et al.、2005、Miranda et al.、2005)。少数派グループのメンバーに対するエビデンスに基づく心理療法の関連性を実証することは、これらの個人が専門的な大学や医学部環境での RCT で過小評価される傾向があることを考えると、最優先事項です。

多文化世界における心理療法

田中純子・松見 (2008) は、心理療法における 2 つの成長領域、すなわち多文化主義と実証的に裏付けられた心理療法の需要との接点について調査しました。彼女は、多様な文化的背景を持つ人々に文化的に敏感な認知行動療法を提供することの重要性を指摘し、1980 年から 2000 年の間に米国の少数民族人口は非ヒスパニック系人口の 11 倍の速さで増加したと指摘しています。米国の少数民族人口のこの急速な増加は、衰える気配がありません。しかし、田中松見は、行動療法の十分に文書化された有効性は、主に北米のコーカサス人グループまたはヨーロッパの文化的背景を持つグループから得られた証拠に基づいており、世界中の多様な集団から証拠を開発することが急務であるとも指摘しています。彼女は次のように書いています。

グローバル化により、普遍的に適用可能な行動変容の原則を適用し、文化特有の治療を実施できる多文化精神保健専門家の育成が促進される。機能分析は、多様なクライアントの認知行動療法における文化に関連する内容を特定できる、柔軟で個別化された方法である。(p. 191)

事例

1 この症例研究は、機密性を完全に確保するために、複数の患者の特徴を組み合わせて構成されています。この症例研究で要約されている治療戦略は、Fairburn ら (1993) および Wilson (2004) で詳細に説明されています。

メリッサは摂食障害のため大学のカウンセリング センターで治療を受けた 22 歳の大学院生でした。彼女の BMI は 23 で、正常 (健康) 範囲の中央にあたります。

最初のセッションで、メリッサが担当していた女性臨床心理士のジョーンズ博士は、メリッサの問題についてできるだけ多くのことを知るために、何人かの質問者を尋ねました。たとえば、うつ病がいつ始まったのか、どのように進行したのかなどです。ジョーンズ博士はまた、メリッサの家族や友人との社会的交流だけでなく、関連するその他の問題 (例: 薬物乱用、うつ病、不安) についても尋ねました。メリッサのベックうつ病評価尺度 (BDI) のスコアは 25 で、臨床的うつ病の可能性が高いことを示していました。

メリッサは自分の問題について話すうちに涙ぐみ、自分の行動を恥ずかしく思っていることを話しました。ジョーンズ医師は共感を示し、メリッサがどれほど動揺しているか、そして彼氏を含め誰にも打ち明けられずに摂食障害と闘ってきたこの数か月がどれほど辛かったかを知っていると述べました。彼女は治療を受ける勇気を持ったメリッサを称賛し、一緒に問題を乗り越えられるよう協力できると彼女を安心させました。ジョーンズ博士は、メリッサの過食とそれに続く自己誘発性嘔吐のパターン、および体重を減らすためのダイエットへの挑戦は、神経性過食症 (BN) に一致すると説明した。彼女はメリッサに、摂食障害に関する世界的権威の 1 人であるクリス・フェアバーン (Fairburn, 1995 を参照) が書いた証拠に基づく自己啓発書である「過食を克服する」のコピーを渡した。彼女はメリッサに、BN のような摂食障害の性質について説明している本の前半を読むように頼んだ。ジョーンズ博士はまた、メリッサに、食べたり飲んだりしたものすべてを、いつ、どのような状況で毎日書き留めるように頼んだ (つまり、自己モニタリングを練習するように頼んだ)。ジョーンズ博士は、これがなぜ重要であるかを注意深く説明した。それは、セラピストである彼女にとって貴重な情報になるだけでなく、メリッサが自分の摂食行動を理解し、コントロールし始めるのにすぐに役立つからである。自己モニタリングについて説明した後、ジョーンズ博士はメリッサに、あなたが何をすべきかを尋ねた。メリッサは、この課題について考えました。メリッサにとって、この課題は意味をなしていましたか。自己監視を妨げる障害を予想できましたか。メリッサは、課題の目的を理解していると答え、この課題に取り組む意欲を示しました。メリッサは、ジョーンズ博士にお礼を言い、ようやく誰かに、特に思いやりがあり、問題を理解してくれそうな人に打ち明けることができ、大きな安堵感を覚えたと言いました。

セッションの初めに、ジョーンズ医師とメリッサは共同で彼女の自己モニタリング記録を見直しました。彼女は 7 日間のうち 5 日間は優れた記録を残していましたが、週末の記録は非常に不規則でした。メリッサは、2 日間は過食も嘔吐もしなかったものの、その週は悪かったと残念そうに述べました。ジョーンズ医師はメリッサの自己モニタリングを褒めると同時に、正確な毎日の記録を残すように励ましました。また、メリッサが自己啓発本を読んだかどうかも確認しました。メリッサは読んでおり、自分と同じような若い女性が問題をうまく克服したことを知って勇気づけられました。その後、ジョーンズ医師は毎回のセッションと同じように、セッションの残りの議題を設定しました。彼女は、メリッサが過食と嘔吐を起こした理由を検討し、メリッサが過食しなかった 2 日間と先週の残りの日との違いを探りたいと説明しました。ジョーンズ博士は、議題についてメリッサの意見を求め、セラピストと患者の協力の概念を強化するために、他に何か取り上げたいことがあるかどうか尋ねました。

ジョーンズ博士は、次に、BNを維持する要因の認知行動モデルを紹介しました。このモデルの核心は、体型と体重の重要性に対する極端な懸念が、機能不全で不健康な方法でのダイエットにつながるというものです。これは、生物学的(空腹)と心理的(食事に関する厳格で非現実的なルールの設定)の両方の理由による過食につながります。最後に、嘔吐と下剤の乱用は、体重増加を避けるために過食を補おうとする試みです。嘔吐は偽善を誘発し、より不健康なダイエットの試みにつながるだけであり、それによって問題が持続します。メリッサは、このモデルが自分の身に起こっていることを正確に表していることに同意し、BNを克服するには、体型と体重に対する過度の懸念に対処し、不健康な食生活を変えなければならないことを理解しました。しかし、彼女はダイエットをやめることには乗り気ではないと言いました。彼女は、ダイエットをすると体重増加につながるのではないかと心配していました。それが彼女が最も恐れていたことでした。ジョーンズ博士の優しい助言に応じて、メリッサは変化に対する相反する気持ちを明らかにしました。彼女は過食と嘔吐をやめたいと思っていましたが、これらの変化に伴う潜在的な結果を恐れていたのです。ジョーンズ博士はメリッサの葛藤に共感し、次の宿題をこなすように言いました。メリッサは、(1)ダイエットを続けることの利点と欠点、および(2)機能不全なダイエットをやめることの対応する利点と欠点を書き出すことになりました(相反する気持ちを克服するためのこの戦略の詳細については、ウィルソン[2004]を参照)。

3回目のセッションでは、ジョーンズ博士はメリッサの自己モニタリングと宿題を見直しました。彼女は、全体として、自分の機能不全な行動を変える価値があり、メリットがデメリットより大きいという結論に達しました。次に、ジョーンズ博士は、機能不全なダイエットを健康的な食事パターンに変えるために何を必要とするかを説明しました。最初のステップは、朝食、昼食、夕食を定期的に食べること、そして午前と午後之間食を計画することです。メリッサは「安全な」食品を選ぶことはできますが、食事を抜くパターンを変える必要がありました。ジョーンズ博士はまた、メリッサに、毎日何度も体重を測るのではなく、週に1回以上は体重を測らないように言いました。メリッサは、毎日頻繁に体重を測らないと体重が増えてしまうのではないかと心配していました。ジョーンズ博士は、メリッサにこの課題を実験として考えるように提案しました。メリッサは、次の2週間それを試してみて、体重に何が起こるかを見るように勧められました。メリッサはこのアイデアを気に入り、試してみることに同意しました。

次の2回のセッションでは、メリッサの自己監視、規則的な食事パターンの採用、毎週の自己測定に焦点が当てられました。メリッサはこれらの目標のいずれも達成できました。過食は止まり、ジョーンズ医師がセッションごとに実施したBDIのうつ病スコアは大幅に低下しました(BDI - 16)。しかし、メリッサは依然として非常に制限された食事をしていました。過食を引き起こす恐れがあるため、いわゆる「禁断の」食品を避けていました。ジョーンズ医師は、メリッサに別の実験、つまり、

メリッサは、アイスクリームなどの「禁断の食べ物」を食べる計画を立てました。朝食や昼食を抜かず、気分が良い午後にこれを実行することになっていました。メリッサは、過食したいという衝動を感じず、自分をコントロールできていることに驚きました。この行動実験の目的は、メリッサが以前考えていたよりも幅広い種類の食べ物をコントロールを失うことなく食べられることを示すことでした。

セッション6と7では、機能不全のダイエットを克服することに焦点が当てられました。メリッサは過食をしなくなりましたが、自分自身に対する否定的な感情に対処する手段として、時々嘔吐に頼っていました。彼女の自己モニタリング記録によると、これらの出来事は、通常、ボーイフレンドとの衝突によって引き起こされることが明らかでした。

セッション48から10では、セラピーはメリッサがもっと自己主張を強め(Alberti & Emmons, 2001を参照)、ボーイフレンドにひどい扱いを受けないようにすることに焦点を当てました。彼女は自分の感情を表

現し、敬意を持って扱われることを主張することを学びました。その結果、彼女はボーイフレンドを捨て、親密で思いやりのある関係を築いた特定の人とデートするようになりました。彼女の自尊心は高まり、気分は改善し (BDI = 6)、嘔吐も止まりました。

メリッサは順調に進歩していたにもかかわらず、自分の体型と体重の重要性について過度に心配していました。客観的に見れば標準体重だったにもかかわらず、彼女は「太っている」と感じ続けました。彼女は常に自分の外見と、人々が彼女をどう判断するかを心配していました。BN ではよくあることですが、彼女は常に「ボディチェック」を行っていました。たとえば、体の一部をつまんで太っているかどうかを確認したり、鏡で自分の体をチェックしたりしていました。また、体にぴったり合う服を着たり、海岸でビキニを着たりなど、体を露出する状況を避けていました。

ジョーンズ博士は、この病的なボディチェックとボディ回避をやめることがどれほど重要かを説明しました。セッション411から14まで、彼女はメリッサに別の行動実験、つまりボディチェックをすべてやめ、それがどのような影響を与えるかを確認するように勧めました。メリッサは、警戒心が薄れると体重が増えるのではないかと心配していました。それは、以前、体重を測るのをやめることについて心配していたのと同じです。1日に3回。驚いたことに、体重は安定し、体重へのこだわりが薄れたことに彼女は気づきました。ジョーンズ博士はまた、好きな服を着たり、楽しい社交行事に参加したりして、体型回避と闘うように彼女に勧めました。

セッション13と14では、ジョーンズ博士はマインドフルネスに基づく手順を使用し、メリッサに等身大の鏡の前に立つように依頼しました。彼女の課題は、頭からつま先まで、現在に留まりながら、非批判的な方法で自分の体を観察し、説明することでした (Wilson, 2004 を参照)。最初、メリッサはこの課題に非常に動揺しました。彼女は非常に批判的であり、常に心配している腹部と太ももだけに集中していました。しかし、練習を重ねるうちに、彼女は自分の体全体を説明できるようになり、否定的な感情に反応することなく「手放す」ことができました。彼女は、太っているという考えや感情から「距離を置く」こと、そして、太っているという考えに悩まされることの多い標準体重の女性であると自分に言い聞かせることを学びました。彼女は、このセッション中の鏡での露出を、鏡で自分自身を見る際にマインドフルなアプローチを採用しようとする宿題で補いました。彼女は、鏡を、決められた目的と時間にのみ使用し、「太ったと感じた」という理由で自分の体をチェックしたいという衝動に駆られて使用することは決してありませんでした。メリッサは、自分の体型と体重をより受け入れるようになり、人生に満足するようになりました。

メリッサの最後の2回のセッションは、再発防止に重点が置かれました。ジョーンズ博士の助けを借りて、メリッサは自分自身のメンテナンス マニュアルを作成しました。そこには、自分が達成した改善点、今後重点的に取り組むべきこと、また過食や嘔吐を繰り返してしまった場合にどうするかがまとめられていました。メリッサは自信を持ち、ジョーンズ博士との取り組みで達成した改善を維持する準備ができた状態で治療を終了しました。

まとめ

行動療法は、革新的な治療戦略を生み出し、心理療法の研究の進め方に影響を与え、20世紀後半の心理療法の様相を変えるのに貢献しました。その結果、行動療法自体も変化し、進化し続けています。行動療法の理論的基礎は広がり、治療技術はより多様化しています。その過程で、他の心理療法システムとの重複がより明らかになりました。それでもなお、行動療法は評価と治療に対する独特のアプローチであり続けています。

行動療法は方法論の厳密さと革新によって心理療法の分野に大きく貢献してきました。行動療法は他のどの心

理療法よりも厳密な評価を受けています。

行動療法は、21 世紀に 2 つの差し迫った課題に直面しています。1 つは、多くの一般的な障害に対する実証的に有効な行動療法の普及と採用を改善する必要があることです。行動療法は精神療法の確立された一部として認められていますが、その方法は証拠が正当化するほど広く使用されていません (Persons, 1997)。この章の後半で述べたように、

さらに、医療における説明責任の要求が高まることで、行動療法のより広範な適用が促進されるだろう。

行動療法を支持する証拠は、主に大学で実施される、よく管理された研究調査から得られます。大学では、セラピストが慎重に選ばれ、高度な訓練を受け、患者は治療研究のために特別に募集されます。しかし、多くの実践者は、さまざまな患者とさまざまな臨床問題に直面する実際の臨床診療に、この種の研究が適切かどうか疑問視しています。心強いことに、厳しく管理された大学ベースの研究から得られた知見を、精神保健クリニックや独立した診療所などのさまざまなサービス環境に一般化できるかどうかを評価することに重点を置いた臨床研究がますます重視されるようになり、研究結果が日常の臨床診療で通用していることが示されています。

もう一つの傾向として、治療サービスへの段階的ケア アプローチの使用が考えられます。医療で広く使用されている段階的ケアのフレームワークでは、治療は必要に応じて順番に提供されます。最初は、すべての患者が最も低い段階、つまり最も単純で、最も侵襲性が低く、最も費用対効果の高い治療を受けます。これらの初期治療に反応しない患者には、より複雑または集中的な介入が行われます。現在までに、ほとんどの行動療法治療は専門分野での使用を目的に設計されており、専門的なトレーニングが必要です。これらの専門的なマニュアルベースの治療について十分なトレーニングを受けたセラピストは比較的少数です (Wilson, 1998)。当然のことながら、すべての患者に十分な専門治療リソースが提供される可能性は低いでしょう。さまざまな精神保健専門家が使用できる、より簡潔で単純な方法が必要です。これらの費用対効果の高い方法が適している患者の信頼できる予測因子を特定することは困難ですが、非常に重要です。

「医療が直面する 2 番目の大きな課題は、より広範囲の問題に対してより効果的な治療法を開発することです。現在、最も効果的な治療法でさえ十分ではないことがよくあります。医学研究者と医療従事者は、利用可能な最善の治療法に反応しない患者を治療するための革新的で改善された方法を考案するために協力する必要があります。」

効果的な治療法の開発は大きく進歩しましたが、治療法が治療効果を達成する仕組みの理解は遅れています。治療効果の変化のメカニズムについてさらに学ぶ必要があります。行動療法が機能するメカニズムを理解することは、革新的でより効果的な介入を開発する上で不可欠です。現在の手技ベースの治療法に関しては、積極的な治療手順を強化し、不活性な要素を捨てることができます。治療結果とその作用メカニズムの理論主導の実験的分析は、今後の研究の優先事項です。

最後に、臨床診療と科学研究の進歩を結びつけるという当初の約束を果たすには、行動療法は実験心理学と生物学の両方の発展に対応する必要があります。遺伝学と神経科学の劇的な進歩は、すでに生物科学に革命をもたらしています。脳の秘密を解き明かす進歩は今後も続くでしょう。臨床障害の発症と維持における脳のメカニズムの役割をより深く理解することで、行動を変えるためのより優れた理論と技術が生まれるでしょう。

注釈付き書誌

Barlow, DH (編) (2008)、精神障害の臨床バンドブック (第 4 版)、ニューヨーク: Guilford Press。

この編集された書籍は、成人の臨床的障害のいくつかに対する認知行動療法の詳細な臨床的説明を提供します。特に有益な特徴は、個々の患者との実際の治療セッションからの記録を広範に使用していることです。

Linehan, MM, & Dexter-Mazza, ET (2008)。境界性人格障害に対する弁証法的行動療法。Barlow, DH (編)、心理障害の臨床バンドブック：ステップバイステップの治療マニュアル (第4版)。 (pp. 365–420)。ニューヨーク：ギルフォードプレス。

この章は、弁証法的行動療法 (DBT) の実践についての優れた入門書です。

Luoma, JB, Hayes, SC, Walser, RD (2007)。Learning ACT: セラピストのための受容とコミットメントのセラピースキルトレーニングマニュアル。オークランド、カリフォルニア州：New Harbinger Publications。

このスキル マニュアルは、ACT の理論と実践を紹介する受容とコミットメント セラピーの優れた入門書です。付属の DVD には、ACT の中核となる方法のロールプレイの例が収録されています。

Martell, C., Addis, M., Jacobson, NS (2001)。文脈におけるうつ病。ニューヨーク：ノートン。

この書籍では、うつ病に対するβ-ラクタム活性化 (BA) 治療の臨床応用について詳細かつ非常に実践的な説明を提供します。有益な臨床図解を使用して、BAと認知療法の違いを強調しています。

Roemcr, L., & Orsillo, SM (2009)。マインドフルネスと受容に基づく行動療法の実践。ニューヨーク：ギルフォード。

この本は、マインドフルネスと受容に基づく行動療法のいくつかを統合したもので、受容とコミットメント療法、マインドフルネスに基づく認知療法、マインドフルネスに基づく再発予防、統合行動カップル療法、弁証法的行動療法などが含まれています。著者は、内部経験に対する不適応な関係（融合、判断、および/または注意力の欠如など）、経験回避、行動制限という 3 つの関連メカニズムを含む一般的なモデルを提案しています。

ケースリーディング

Barlow, D. (1993)。性的倒錯に対する隠れた感作。JR Cautcla, AJ Kearncy, L. Ascher, A. Keamcy, M. Kleinman (編)、隠れた条件付けケースブック (pp. 188-197)。パシフィック グローブ、カリフォルニア州：Cengage Learning。[D. Wedding および RJ Corsini (Lds.) (2011) に再掲載。精神療法のケース スタディ。ベルモント、カリフォルニア州：Brooks/Cole。]

これは、深刻な問題を抱えた牧師の治療において、秘密の感受性増強法が使用されたことを示す詳細な事例です。

Bond, TW (2004)。ストレスに対するACT。SC HayesおよびK. Strosabl (編)、アクセプタンス&コミットメントセラピーの実践ガイド (pp. 275-294)。ニューヨーク: Springer。

この章では、一般的なストレス関連の問題に対する ACT の使用における臨床ケースの概念化とテクニックの応用について詳しく説明します。

Craske, MG, & Barlow, DH (2001)。パニック障害と広場恐怖症。DH Barlow (編)、臨床ハンドブック 256 G. TERENCE WILSON著『心理障害』 (第3版、pp. 1-59) ニューヨーク: ギルフォード出版。

この章では、パニック障害の治療における DBT の詳細な臨床事例を、セラピストと患者の対話を交えて説明します。

Foa, EB, & Franklin, ME (2001)。強迫性障害。D. II. Batlow (編)、心理障害の臨床ハンドブック (第 3 版、pp. 209-263)。ニューヨーク: Guilford Press。

この章では、強迫性障害の治療における DBT の詳細な臨床事例を、医師と患者の対話を交えて説明します。

Linehan, MM, Cochran, BN, & Kehrer, CA (2001)。境界性人格障害に対する弁証法的行動療法。D. II Barlow (編)、精神障害の臨床ハンドブック: ステップ・ハイ・ステップ治療マニュアル第 1 版、pp. 470-522)。ニューヨーク: Guilford Press

この章では、境界性パーソナリティ障害の治療における DBT の詳細な臨床事例を、セラピストと患者の対話を交えて説明します。

Martell, CR, Addis, ME, & Jacobson, NS (2001)。文脈におけるうつ病。ニューヨーク: ノートン。

第8章では、うつ病に対する行動活性化療法の適用の明確な臨床例を示します。

Wilson, GT, & Pincus, A. (2001)。摂食障害。DH Batlow (編)、心理障害の臨床ハンドブック (第 31 版)。ニューヨーク: Guilford Press。

この章では、大学生や若い女性によく見られる摂食障害である過食性障害の女性患者の治療について詳細に説明します。

Wolf, MM, Risley, T., & Mees, H. (1965)。オペラント条件付け手順の自閉症児の行動問題への応用。LP Ullmann & L. Krasner (編)、行動修正のケーススタディ (pp. 138-145)。ニューヨーク: Holt, Rinehart, & Winston。

この典型的なケーススタディは、自閉症児の治療にオペラントの原理と手順を適用する方法を示しています。ここで説明する評価と治療のアプローチは、発達障害のある人々のさまざまな問題に行動療法を使用するモデルを提供します。

Wolpe, J. (1991). 複雑: ケース. 行動療法の実践 (第 4 版). ニューヨーク: ペルガモン. [D. Wedding & R. に再掲載]. Corsini (Eds.). (1995). 心理療法のケース スタディ. イリノイ州イタスカ: F. F, Pencoek.]

このケーススタディでは、行動療法の創始者の一人が、妻の結婚前の処女喪失について不安と強迫観念の症状を呈していた 31 歳の男性を治療した方法について説明しています。

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