

Allen Frances が Judith Beck にインタビューしている YouTube  
“What’s new in the third edition of Cognitive Behavior Therapy:  
Basics and Beyond?” の紹介

<https://www.youtube.com/watch?v=PrVRGFpC7mc>

大野裕コメント

Judy Beck の新著 Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond の紹介を兼ねて、認知行動療法の新しい発展について話し合っています。

ポイントは、ネガティブ感情に加えてポジティブ感情にも目を向けるようになってきているところです

①セッション導入時のムードチェックでうつや不安の程度に加えて、ポジティブ感情を 10 段階で評価する、

②アジェンダは問題になっている出来事だけでなく次回までにどのようなことをしたいかなど前向きの課題も設定する。

また、マニュアルに準拠したアプローチは研究のためで、実臨床では概念化に基づいた患者中心のアプローチを大事にすべきだと言っていて、概念化を重視していて、認知行動療法は常に発展し続けていると強調しています。

Allen Frances は、精神分析が Aaron Beck の考えを受け入れて発展させていればこれほどに衰退しなかつたらうと言っているのが印象的でした。

以下動画の会話の邦訳

林こころのクリニック（京都府）の林竜也先生が日本語訳され、さらにハートランドしぎさん（奈良県）の徳山明広先生と長徹二先生の助言を受けられて修正されたものです。

ALLEN

こんにちは

アレン・J・フランシスです。

本日はご参加いただきありがとうございます。私はデューク大学の名誉教授であり、元精神科学科長、DSM-4 タスクフォースの議長を務めました。今日は非常に興味深いインタビューになると思います ジュディス・ベック 彼女はベック研究所の所長で、私の経験ではおそらくこれまでに会った中で最も不思議な人で、偉大なトレーナー、認知行動療法士だと思います このインタビューにはかなりのバイアスがかかっていることを認めざるを得ません。私は中立的な立場

ではありません。40年前、私は認知行動療法の最初の助成金を承認した NIH の委員会に参加しました。その時点で私は認知行動療法に興味を持ちましたが、それは知らず知らずのうちに自分がやっていることと感じていたからであり、それが非常に大きな臨床上の革新であると考えたからです。認知行動療法は、私の想像をはるかに超えていました。現代の心理療法の 200 年の歴史の中で、何百万人、何千万人もの人々を助けるために、これほど多くの成果を上げた治療法はなかったと思います。

認知行動療法の面白さ、素晴らしさの一つは多くの心理療法とは異なり、それは変化し続け、進歩し続け、より多くの患者の状態に適応し、技術的なレパートリーを増やし、治療する人々により多くのことができるようになります。ティム・ベックは常に私のヒーローの一人であり、彼の娘である Judith は遺伝学の成果を証明しているような存在であり、同じような知的な厳しさと感情的な共感の組み合わせを持っています。また彼らは 2 人とも素晴らしいセラピストです。認知行動療法の最新の発展について知る機会をととても楽しみにしていますので、Judith さん、そこから始めてみませんか？

#### JUDITH

CBT を普及させ、最初の成果研究に資金を提供してくれた ALLEN さんには、1970 年代に戻って感謝したいと思います。

基本的な認知モデルは変わっていません。認知モデルでは、直接影響を与えるのは状況ではない、としています。

人々の反応は状況の認識によるものであり、彼らが何を考えているかは、彼らがどのように感じ、何をするか、そして時には生理的な興奮とより密接に関係しています。認知療法で不変の重要な部分は、精神疾患や心理的な問題、あるいは心理的な要素を持つ多くの病状に悩む人々に共通するのは、彼らが何らかの偏った思考を持っているということです。私たちが認知行動療法で行ってきたことは、クライアントが非常に苦痛を感じたり、全く役に立たない行動をとったりする経験に目を向け、その反応につながった頭の中に浮かんでくるような自動思考を引き出すように指導することでした。そして、いつもではありませんが、時には彼らが自分の思考を評価するのを助けることもありました。彼らの思考に挑戦するのではなく、彼らの思考が正確だったかどうかの証拠を見るのです。最近では、別の説明として、「認知行動療法の基礎と応用」の第 3 版では、より recovery oriented で、人々のポジティブな経験やポジティブな感情、よりポジティブな反応につながる適応的で役立つ思考に焦点を当てています。

#### ALLEN

recovery とはどのようなものか、認知療法をどのように補完し、統合していくのか、もう少し詳しく教えてください。

JUDITH

Recovery movement は、50 年ほど前にアメリカで始まりましたが、実際には世界中で行われていました。その背景には、深刻な精神疾患と診断された人たちが、症状を抑えるだけではあまり助けにならないということがありました。recovery とは、人々が自分の生きたい人生を生きること、つまり意味や目的、安全感やコントロール感、能力や価値を見出すことであり、人々の経験のそういった側面が非常に重要視され、ネガティブな症状やネガティブな経験については強調されなくなりました。目標の一つは、断絶モード：disconnected mode、抑うつモード；depressive mode、あるいは単に役に立たないモード unhelpful mode にいる人々を助け、適応モード：adaptive mode に移行させることです。この適応モードに入ると、思考がより役立ち、行動がより役立ち、問題解決能力が高まり、モチベーションが上がり、やりがいを感じるようになります。

ALLEN:

recovery への願望：aspiration と認知行動療法の手法をどのように組み合わせしていくのか、実際にどのように機能するのでしょうか。

JUDITH :

私の父 ティム・ベック アーロン・ベックは、おそらく多くの人が知っていると思いますが、彼はこれまでにこの 10 年から 12 年の間、ベック研究所の同僚と一緒に、私たちの国において、先に述べたように、重度の精神疾患と診断された人々に回復志向をもたらすための回復志向認知療法プログラム：recovery oriented cognitive therapy program に取り組んでいます。彼らはコミュニティに住む高機能の人々とおこなっていましたが、特に近年では、10 年、20 年、30 年も精神科病院に入院していたかもしれない人々とおこなっています。長い間入院していた患者さんと一緒におこなう上での最初の課題は 2 つあります。1 つは患者さん自身を巻き込むこと、もう 1 つは病院のスタッフを巻き込むことです。その方法のひとつとして、スタッフに、彼らが病棟で関わっている中で最大の困難をもたらす人について説明してもらい、スタッフに、その人が最高に輝いているのはどんなときか、どんな状況か、どんな様子か、何をしているか、そして、その人にとって何が重要だと思うかを尋ねます。そしてスタッフに、その人が喜びや達成感を体験できるような関わり方を教えます。そして、患者としてではなく、一人の人間として話をし、何に興味を持っているのか、何に意見を持

っているのかを知ることが大切なのです。患者さんに関わった後は、患者さんの願望：aspiration を尋ねます。患者さんが自分の人生に本当に望んでいることは何か、希望や夢は何か、それが難しい場合は、入院前に自分にとって本当に重要だったことは何か、自分の人生に何を望んでいたかを尋ねます。イメージの中で何をしているのか、イメージの中に他の人はいるのか、イメージの中で何を考えているのか、願望を達成したとしたらこのイメージの中で特に良いことは何か、自分について何を語っているのか、他の人が自分にどう接しているのか、自分の将来について何を語っているのかそして入院している患者にとって願望が現実的かどうかは重要ではありません。本当にしりたいのは願望の意味です。その願望について何が重要なのかそして、その人が今週、病棟で何ができるかを話して、良い気分を味わったり、目的や意味を感じたりするようにします。そして、経験が積み重なるにつれて、どんどん適応の道を進んでいることに気がつきました。そして、ほとんどの人が、より少ないケアで生活することができるようになり、時には病院を退院したり、病院外の保護されたシェルターで生活したりしています。

ALLEN:

ちょっとしたことですが、ハリー・スタック・サリバンの言葉を、あなたやTimが体現しているように思えてなりません。

JUDITH:

私たちが協力している病院のスタッフには、彼らが人間であることを理解してもらおうとしていますし、彼らの症状をできるだけノーマライズ（:depathologize）しようとしています。妄想や幻覚を見ると少し不思議な感じがしますが、妄想や幻覚の背後にある意味を探ってみると、トラウマや恐怖、危険を感じることに反応であることがよくわかります。

ALLEN:

私は生物心理社会モデルの訓練を受けましたが、途中で4つ目の生物心理社会的な精神モデル：biopsychosocial spiritual model を加えました。人々は人生に意味を必要としており、セラピーが効果的であるためには、その意味を提供する手助けをしなければなりません。

JUDITH:

その通りで、CBTの最初の段階では、その点を十分に強調していなかったと思います。

症状を和らげるだけでなく、セッションの中でポジティブな感情を生み出し、ポジティブな体験を続けられるようにできるだけ週間計画を立てる手助けをすることを、十分に強調してこなかったように思います。

ALLEN:

過去数世紀に開発された他のすべての心理療法と比較して、CBTの驚くべき素晴らしい点の1つは、それがどれほど変化してきたかということです。あなたのお父さんは90代ですが、来月かすぐに本を出版する予定と聞いています。彼は生涯を通じて、考え方を換え、新しい患者や新しい障害、物事の見方に適応することができました。CBTについてはどうでしょうか。あなた方2人はどのようにして、そのような適応力を得たのでしょうか？

JUDITH:

私はいつも遺伝が大きな役割を果たしていると思っています。私の父の話を読みますが、私の父は現在99歳ですが、まだ元気です。数日前に父のアパートを訪ねたとき、父はアイデンティティ障害や双極性障害に関する最新の理論について話してくれましたが、とても魅力的でした。彼の最大の特徴は、彼が常に非常に好奇心旺盛であるということですが、同時に非常に科学的であるということでもあります。彼は、精神分析のドグマを額面通りには受け取らなかったのです。彼は、自分が本当にしなければならないことは、精神分析の背後にある概念が有効であることを、世界に、特に科学界に示すことだと考えていたのです。そこで彼は一連の実験を行いました。彼が思っていたような結果にはなりません。あなたがおっしゃったように、父のどのような資質がこの適応性を生み出したのでしょうか？私も思いますし、あなたもご存じのように、精神分析医と認知行動療法士の両方が、自分が考えていたことやその時の分野の考えに合わない情報を得た時には疑問を持ち、それを鵜呑みにせず、観察結果に対してより良い説明があるかどうかを調べるためにもっと研究をすることが必要なのです。

ALLEN:

私は精神分析医として訓練を受け、コロンビア研究所で10年間フロイトについて教えていました。精神分析の世界で私が話していることの1つは、精神分析にとっての最大の悲劇は、あなたの父親を拒絶したことだということです。彼は分析医として訓練を受けていましたが、競争相手としてではなく、精神分析の延長線上で受け入れられることを楽しんでいたと思います。もし、彼に対して障壁を設けるのではなく、彼を招き入れていたら、もし、CBTが、新しい問題や物事を見るための新しい考え方に精神力動的原理を注釈するものとして見られるよう

な、精神力動的な治療と見なされていたら、一般的に、精神分析は豊かになっていたでしょうし、私たちの知的言説への重要な貢献者として、また、精神分析を救っていたでしょう。

JUDITH :

実際に何が起こったかという、今では多くの精神力動的な心理療法士が仕事で多くの CBT 技術を使用しています。ええと、特にパーソナリティ障害のあるクライアントと CBT で治療をおこなうとき、私たちは過去に多くの時間を費やす傾向があり、患者が自分自身や世界、他の人々について特定の信念を持つようになったのはなぜか、それが今日の彼らにどのような影響を与えているのかを解明しようとしています。過去に多くの時間を費やし、患者が自分自身や世界、他人について特定の信念を持つようになったのはなぜか、そしてそれが今日の彼らにどのような影響を与えているのかを解明しようとしています。一般の人にとっても、患者さんにとっても、なぜ自分はこうなのか、なぜ自分の人生はこうなってしまったのか、という一貫したストーリーを持つことは重要なことだと思いますので、その点で役立つ精神分析の考え方があると思います。認知療法、特に recovery oriented CT は、「あなたは自分のことをこう思っているんだから、あなたの人生がこうなってしまったのも仕方がない、でもこれからどうすればいいのか、あなたはどう変わりたいのか、あなたの人生をどう変えたいのか」ということを理解することです。

ALLEN:

完全なセラピストであれば、あらゆるテクニックを学ぶ義務があると思います。というのも、一つのテクニックがすべての患者に効くわけではありませんし、同じ患者の同じセッションでも効くわけではありません。認知的テクニック、行動的テクニック、精神力動的テクニックや理解、システム、家族、グループのテクニック、世界の見方、個人の問題の見方などを応用できることが重要なのです。さて、健康な人や外来患者に回復モデルを適用するにはどうすればよいか、という話になります。

JUDITH :

さて、1 つの違いは、最初のセッションでは、目標設定から始めるのではなく、価値観を見極めることから始めます。このケースでは、あなたがおっしゃったように、アクセプタンス&コミットメントセラピーのような他のモダリティから多くのテクニックを取り入れています。そして、なぜ家族が大切なのか、自分にとってどんな意味があるのか、生産性はどのように大切なのか、自分の生産性を

どのような形で表現したいのか、などを会話形式で話していきます。そして、もしこのような人生を送り、このような人になれるとしたら、その一番良いところは何か、彼らにとってどのような意味があるのか、なぜそれが重要なのか、などの質問をします。治療の目標 治療の結果、どのように変わりたいのか、どのように人生を変えたいのかを具体的に話します。治療の始め方は少しずつ変えていきます。各セッションでは、少しずつ異なるモデル 認知モデルに基づいていますが、内容は少しずつ異なります。伝統的な CBT では、毎回セッションの始めにアジェンダを設定します。ムードチェックなどをして、今日はどんな問題を解決するのを手伝ってほしいかということになりますが、recovery oriented CT では、今日のセッションの目標は何かと言うことが多くなります。つまり、目標とは実際には問題であり、問題の裏返しなのです。そして、目標を特定し、優先順位をつけ、最初の目標に取り組み始めたとしましょう。話を戻しますが、セッションの最初に行うことは、目標を特定し、患者さんに「この目標に向かって、今週はどのようなステップを踏みたいですか」と尋ね、具体的なステップを特定できるようにします。そして、どのような障害が邪魔をしているのか、現実的な問題、スキルの欠如、認知が邪魔をしているのかを話し合い、標準的な CBT のテクニックや他のモダリティのテクニックを使って、障害に対応していきます。患者さんが過去 1 週間に遭遇した問題に焦点を当てるよりも、来週のことを考えた方がいいでしょう。今週は何を変えたいのか、どんな障害が邪魔をするのか、これが一つの違いです。否定的な症状の評価をある程度強調していますが、私たちはまだ、うつ病調査票やそのような尺度、あるいは私たちの尺度を公開しており、まだそれらを手放す準備ができていません。このような質問をすると、患者さんは間違いなく、ネガティブな出来事やネガティブな経験を話してくれるでしょう。行動計画は、私たちがホームワークと呼んでいたもので、前回のセッションでクライアントが特定した、自分の願望に沿って実行したいステップのことです。先週はできなかったのに、今週は散歩に出かけられたということは、あなたのモチベーションが少し上がったのではないかと、自分を追い込むことができたのではないかとということです。外来患者への対応で少し違うのは、価値観や願望から始めて、それらの良い部分や患者にとっての意味を見つけ出し、それを想像してもらい、セッション自体でポジティブな感情を体験してもらい、それを橋渡しにして、今週、ポジティブな感情やポジティブな体験をしてもらうにはどうしたらいいか、どんなステップを踏みたいか、ということです。

ALLEN:

彼はちょっとした違いだと言いましたが、ちょっとしたことが大きな影響を与えることがあります。あなたがしていることは、意味や願望、目標をもってスポ

一ツをすることとであり、これまでにしていたやり方、つまり目標を阻む症状を取り扱うことからの転換がなされています。前景と後景を切り替えているのです。しかし、その切り替えが、形成される関係の種類や、セラピストと患者が互いにどう感じ、どのように協力するかという点で、世界を変えるかもしれません。

JUDITH :

その通りだと思います。現在、いくつかのデータを収集していますが、私たちの感覚では、重度の精神疾患と診断された人を対象とした研究では、この「回復志向型認知療法 : recovery oriented CT (略称 : CTR)」が有効であることが示されています。

ALLEN :

従来の CBT モデルでは、この枠組みの中で始めると何かが失われてしまうのでしょうか、それとも別の文脈や枠組みでも同じような効果が得られるのでしょうか。

JUDITH :

5 年後にはもっと良い答えが出ていると思いますが、 私たちは何も失っていないと思います。なぜなら、従来の CBT で行っていたことで、回復志向でできなかったことはないからです。

ALLEN :

上手に学ぶのは難しいですね。

JUDITH :

そのことへの答えは 2 つあります。1 つは、現在、ベック研究所で行われている回復志向の認知療法プログラムで、数年前から重度の精神疾患と診断された人を対象に、入院患者や外来患者にこの方法を教えています。この方法であらゆるレベルのスタッフを訓練することができ、大きな成功を収めています。

また、『認知行動療法の基礎と応用』の第 3 版にも取り入れています。さらに詳しく知りたい方は、私の父が初代の著者であるポール・グラント、ベック研究所のスタッフであるエレンとバーソが共著者であり、他にも数名が参加している『深刻な精神疾患に対する回復志向の認知療法』という本が 2020 年 12 月に発売されます。



ALLEN:

ベック・インスティテュートが指導する新しいスタンダードはこれですか

JUDITH:

私たちは、伝統的な CBT を教えると同時に、なぜ人々が回復志向を試したいと思うのか、その理由を説明しています。伝統的な CBT を諦める前に、もっと確かな研究が必要です。

ALLEN:

従来の CBT を諦めるのではなく、それを定着させていくのですか。

JUDITH:

はい、その通りです。

ALLEN:

現在、何十万人もの人が CBT セラピストとして活躍していますが、彼らはこの本を読んでそれを行うことができるようになるのでしょうか？

JUDITH:

本はまだ出版されていませんが、私たちは、回復志向型認知療法のオンラインコースを近日中に開設する予定です。また、組織向けのオンライントレーニングも数多く行っていますので、近い将来、この分野についてもトレーニングを受けられるようになると思います。

ALLEN:

経験豊富なセラピストを例にとると、何年も CBT の仕事をしてきた人たちは、この本に魅了され、現在の実践に適用する方法をもっと学びたいと思っているでしょう。もし、あなたが心優しい素晴らしい精神を持つ賢い CBT セラピストを知っていたとして、この本を読むだけで、あなたが望むような方法で実践できるような方向に導いてくれると思いますか？

JUDITH:

この質問に対する答えはまだありませんが、できればそうあってほしいと思っています。本には、何をすべきか、なぜそうするのか、どうやって患者に実施するのがかなり詳しく書かれています。私自身は、回復志向にとってもエネルギー

を感じていて、5年前にやっていた治療とはかなり違った方法で治療を行っています。

ALLEN:

もっと大きな問題があります。どこに行っても紹介者の間では、私の地域には CBT をする人がいないという苦情があります。あなたのように多くの人が訓練を受け、重要なニッチを埋めている人は、ここだけでなく世界中にいますが世界中では CBT セラピストが非常に不足しています。私の推測では、誰もがあなたのコースを受講できるわけではありません。問題は、臨床経験のある人が本を読むことから、より効果的なセラピストになるように自分の練習を修正することができるかということです。

JUDITH :

私はいつも、知識はないよりあったほうが良いと思っています。何年もの間、重要な本に触れただけで、CBT を実践している多くの人に会ってきましたし、彼らとケースについて話し合ったとき、彼らは確かに優れた仕事をしているように見えました。CBT に惹かれる人は、頭の中にフレームワークを持っていて、それが意味をなすのだと思います。世界には、コミュニティリーダーが CBT を学んでいる場所がたくさんあります。アフリカやその他の第三世界の国々の村では、村の女性たちが、うつ状態の女性に対する行動活性化など、非常に基本的な CBT のスキルを教えています。悩んでいる女性に「あなたなら他の人にどんなアドバイスをしますか」と質問するなど、非常に基本的な CBT のスキルを教えています。

ALLEN:

私は本を読み始めてから、知らず知らずのうちに自分が散文を話しているような気がしてきました。私は CBT のトレーニングを受けたことはありませんが、良くも悪くも自分ができるようになったと思っています。それは自然にできたからであり、本を読んだからでもあります。また、ストア派の哲学とのつながりもあります。あなたのお父様は初期の論文でストア派の哲学者への恩義を述べていますが、それがどのように伝わっているのか詳しく説明してください。

JUDITH :

そうですね、ストア派の哲学者たちは、人々を苦しめるのは出来事そのものではなく、それらの出来事に対する彼らの認識であると言っていました。このよう

な考えは非常に長い歴史を持っており、ネガティブな感情や苦痛だけでなく、ポジティブな感情にも当てはまります。ポジティブな感情を持つのは、ポジティブに考えているからです。

ALLEN:

マニュアルに基づいた治療法については、文献でも多くの議論があり、特にマニュアルにこだわる人たちへの批判もありますが、あなたは自分の口からマニュアルをどのように使っているのか、他の人たちにマニュアルをどのように勧めているのか、ということについてはどうでしょうか。

JUDITH :

私たちはマニュアルを使わないように指導しています。マニュアルに書かれている原則を理解した上で、クライアントを個別に概念化し、そのクライアントに合った治療を行うことが重要なのです。無作為化比較試験を行う場合、治療法が患者間で標準的であることを確認する必要があるため、マニュアルは不可欠です。しかし、マニュアルを使用すると、個人にうまく適合しないことがわかります。個人には特定の好みがあるかもしれませんし、合併症があるかもしれませんし、治療内容のある部分を好むかもしれませんし、他の部分を好まないかもしれません。

ALLEN:

もう少し詳しく教えてください。

JUDITH :

私は個人的に、ほとんどの人にとって治療を受けることは勇気のいる行為だと思っています。治療者は、患者が治療開始時に完全に安全だとは感じていないと仮定し、患者がより安全だと感じるようにできる限りのことをする方が良いと思います。これは、以前に治療で否定的な経験をしたことがある人や、自分の人生で否定的な人間関係の歴史を持っている人にとって特に重要です。例えば、自分の弱さをさらけ出したら～ というような否定的な仮定を持って治療に臨むかもしれません。一般的な信念としては、自分の弱さをさらけ出したら、人に批判されて傷つくだろう、他の人の言うことを聞いたら、他の人が強くて自分が弱いことを示すだろう、積極的に自分を主張しなければ、他の人が自分を支配してしまうだろう、というようなものがあり、他人や人間関係についての一般的な信念を治療に持ち込むことになります。セラピストは、セッション中の患者の感情的な経験を敏感に察知しなければなりません。クライアントが少し動揺してい

るように見えたら、セラピストは、いつもではなく、少なくとも何度かは立ち止まって、そっと口を挟み、「あなたは少し苦しそうですね」と言うことがとても重要です。患者さんは自分自身について否定的な考えを持っていることがあります。例えば、「私はバカだから、セラピストが言おうとしていることを理解できない」とか、患者さんは治療について否定的な考えを持っているかもしれません。セラピストについて否定的な考えを持っている場合もあります。セラピストは私を理解していない、私をコントロールしようとしている、私の考えを伝えている、私のことを信じていない、私のことを判断している、などです。このような患者の否定的な考えを確認したら、まず最初にすべきことは、「よくぞ言ってくれました」と言うことです。否定的なフィードバックをしてくれた患者さんを積極的に強化して、戦略を立てなければなりません。私たちセラピストは時々間違いを犯します。患者さんは「いいえ、理解してもらえたと思います」と言います。「いいえ、とても良いセッションだったと思います」と言います。私はそのシートを受け取り、彼女の目の前で破り、ゴミ箱に捨てました。それは、私が彼女のためにセッションを正しく行うことを彼女に示したかったからです。

ALLEN:

対人的要素は、治療の最も重要な側面です。

JUDITH :

私たちは可能な限り、患者さんをポジティブに強化しています。患者さんが改善に向けて小さな一歩を踏み出したときには、「それはいいことですね」と言って、そこからポジティブな結論を導き出せるようにサポートしています。

ALLEN:

認知行動療法士はマニュアルの奴隷だと批判されることが多いと思いますが、マニュアルの奴隷になっていると感じている人は、今、解放されたのではないのでしょうか。

JUDITH :

マニュアルを使うことを要求される機関もあると思いますが、マニュアルの原則を使いつつ、個別の概念化を行うことを要求してほしいと思います。

ALLEN :

マニュアルの役割については、大きな誤解があります。ベック研究所では、マニュアルを研究のために使用していますが、実践のために使用することは望んで

いない。マニュアルに従っていると、患者さんから目をそらすことになってしまうからですか。

JUDITH :

まさにその通りです。

ALLEN:

治療期間については？

JUDITH

治療期間については外部からの制約がない場合は、患者さんとセラピストが一緒に決めることとなります。患者さんの調子が良くなってきて、セッションの間に必要なステップを踏んでいること、気分が良くなってきていることを確認したら、セラピストはそのことを議題にするかもしれません。セッションの間隔を週1回ではなく2週に1回にして、数週間うまくいったら3週に1回、4週に1回にする可能性についてどう思いますか？など尋ねると思います。私たちは、治療が終わりに近づいたときに、週1回のセッションをゼロにするのではなく、間隔を空けることを提案しています。また、かなりうまくいっていても、CBTで学んだツールをまだ使っていることを確認するために、ブースターセッションに戻ってきてほしいと思っています。そのような場合は、患者さんと一緒に、患者さんにとって最も重要な1つか2つの目標を見つけ出し、その目標と治療に集中することが非常に重要です。その一方で、患者さんに、自分の考え方を特定してモニターする方法などのスキルを教えるときは、そのスキルが、私たちが目指す1つの目標だけでなく、他の目標にもどのように適用されるかを教える必要があります。英国では何年も前から行われていますが、それは、心理療法へのアクセスを増やすというもので、英国では主にCBTが使われています。彼らのシステムは私にとって非常に理にかなっています。それはトリアージシステムのようなもので、私がそのように表現することを彼らが好むかどうかはわかりませんが、ある患者が医師のところに行き、医師がその患者がごく軽度のうつ病であることを確認すると、患者はオンラインのセルフヘルプコースを受講したり、セルフヘルプセンターに行ったりすることを勧められます。患者は、高度な訓練を受けていない心理療法士に会うこととなりますが、うつ病のための行動活性化については非常によく訓練されています。高度な訓練を受けた人に会うのは最も深刻な障害を持つ患者だけです。

ALLEN:

世界の CBT の状況を教えてください。

JUDITH :

この I act システムは、イギリスのオックスフォード大学の David Clark と彼のチームによって確立され、今ではイギリス全土で使用されていますが、他の国では非常に上手くいく場合もあれば、失敗する場合があります。南米では、精神的な心理療法がいまだに根強く残っていますが、過去 20 年の間に、CBT の影響はますます強くなっています。

オーストラリア、日本、中国、ニュージーランドなどでは、そもそも精神的な基盤がなかったため、CBT が確立される前に伝統的な心理療法が行われていた場合、それがどのようなものであったかに関係することが多いようです。

ALLEN :

私は日本における CBT の進歩に驚いています。80 年代後半に彼が日本に戻ったときには CBT セラピストはゼロでしたが、今では数千人になっています。

JUDITH :

Dr 大野が私と父のもとに留学したときのことを覚えています。

Dr 大野はあの国で素晴らしい仕事をされました。似たような人たちがいろんな国にいます。

CBT を普及させることに熱心な世界中の人たちが、CBT において非常に高い水準を保っています。高い水準といえば、ベック研究所が現在行っているのは、CBT セラピストとして認定することです。また、まだ最終決定ではありませんが、CBT の組織を認定するためのプログラムの設立も始めています。ベック・インスティテュートの使命の一つは、世界中の人々の生活を向上させるために、優れた CBT の革新と、CBT のトレーニング実践と研究を通じて、世界中の人々を支援することです。私は 5 年前の自分よりもずっと良いセラピストになっていますし、5 年後にはもっと良いセラピストになりたいと思っていますので、CBT の専門家になるには一生かかると思っています。認知行動療法の基本とそれ以降、そしてすべてのトレーニングにおいて、私が伝えたいことは、「学びは終わらない」ということです。私は今でも、自分が診るすべての患者さんから、自分が指導するすべての人から、多くのことを学んでいますし、今の時代でも、父と顔を合わせて症例について話し合えるのはとても幸運なことです。

ALLEN:

あなたのお父さんがいてくれたら、誰もが幸せになれると思います。

JUDITH

それは本当です。父は素晴らしい人です。

ALLEN:

そろそろお時間ですね。

JUDITH :

素晴らしいこのエネルギーを私に与えてくれたアーロンに感謝します。

ALLEN:

私が思うに、ここから得られるのは、人々はあなたが提供するものを、彼らがすでにやっていることに適応させることができるということです。それは、完全なトレーニングの後であると思います。

JUDITH :

議論することで患者を貶めたり、優越感に浸ったり、彼らをコントロールしようとしたりすることは、CBT ではほとんどありません。そしてそんなことをしない限り、認知モデルの枠組みの中で、ほとんどすべてのことに適応することができます。

ALLEN:

イギリスには段階的なシステムがあり、治療強度によって治療反応性が異なるように、セラピストによってもあなたの新しいモデルに触れる度合いは異なります。中には、この本を注意深く勉強してから使うという方法しかない人もいるでしょう。あなたのお父さんは今、学び続けることを恐れていませんし、他の人たちもあなたが提供できるより厳しいトレーニングを利用することができます。

JUDITH :

認知行動療法の基礎と応用の新版では、2つのことを追加しました。1つは、最初の2つの版では、簡単すぎる患者を使っていると批判され続けましたが、それは当然だと思います。本の中では、境界性パーソナリティ障害の特徴を持つ重度のうつ病の患者さんを追いかけていますが、長年やりたかったもう一つのこととは、患者さんのビデオを見せることでした。

ALLEN:

それには3つの考えがあります。1つは、良いセラピストになるための最良の方法は、偉大なセラピストを見ることだということです。彼らの行動について読むよりも、彼らの行動を見て学ぶ方がはるかに簡単です。2つ目の考えは、誰でも治療できるということです。簡単な患者 簡単な患者は自分で良くなります。難しい患者、最も喜ばしいことは、あなたにとって治療が難しい患者は、あなたをより良いセラピストにしてくれるということです。キャリアの終わりには、簡単な患者での成功は覚えていないですが、難しい患者については覚えています。長い目で見れば、彼らはあなたにとって最も貴重な存在なのです

JUDITH :

そして私たちの助けを最も必要としているのは、彼らなのです。

ALLEN:

もう一度御願ひできますか。

JUDITH :

私たちの助けを最も必要としている人たちです。

ALLEN:

そして、最も軽視されてきた患者に治療を適応させたことは、お父様の素晴らしい遺産だと思います。90代で精神医学の難しい問題に取り組み、非常に実用的な答えを出した人がどれほどいたでしょうか。おそらくピネル以来、ほとんどの人が同じ問題について考えていたはずですが。エレンとあなたのお父さんは共通点が多く、私の精神科医としてのヒーローでもあります。

JUDITH :

すばらしい

ALLEN:

そしてあなたも Judy、ありがとうございました。

JUDITH :

ありがとうございました。

ALLEN:

それではさようなら。



