

認知行動療法と「腑に落ちる理解」

重松 潤・尾形明子・伊藤義徳

Cognitive Behavior Therapy and “Total Conviction”

Jun Shigematsu, Akiko Ogata and Yoshinori Ito

The purposes of the present article are to explain an outline about cognitive behavior therapy (CBT) and “total conviction”. The effectiveness of CBT has been demonstrated by studies conducted in a number of countries. As a predecessor of CBT, cognitive therapy proposed the importance of examining cognitive factors such as “automatic thought” and “schemas”. CBT supposes that efficient treatment is accomplished by restructuring these constructs. However, there is confusion regarding the understanding of cognitive modification and the difficulty of accurately capturing cognitive modification in a clinical situation. Negative effects, such as worsening of the therapeutic relationship and the occurrence of anxiety and depression, have been reported in some cases where a cognitive approach was used with a patient. The current study suggests that some therapists use a perspective of “total conviction” to solve these problems. A previous study revealed that “total conviction” is a cognitive factor that can enable this behavior. However, previous studies of “total conviction” involve several limitations. Finally, we discuss the potential future directions of research on “total conviction”. We suggest that further study of “total conviction” may enable replication of the treatment process of CBT.

キーワード : Cognitive Behavior Therapy, Total Conviction, Cognitive approach, Cognitive restructuring

はじめに

本稿では、認知行動療法における認知的アプローチについて概説し、認知へのアプローチにおける中核要素を反映すると考えられる「腑に落ちる理解」に関する研究の動向を紹介する。さらに、「腑に落ちる理解」に関する研究が今後の認知行動療法の発展にどのように寄与するか考察する。

認知行動療法

数ある心理療法の中でも近年目覚ましい発展を遂げているもののひとつが、認知行動療法である。認知行動療法の効果を検討したメタ分析においては、その効果の頑健なエビデンスが主張されている (Hofman, Asnanni, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012)。科学的エビデンスに基づいた認知行動療法は、

英米圏の国々をはじめとして世界の多くの地域の臨床心理学で活用が広まっている (Westbrook, Kennerley & Kirk, 2011 下山監訳 2012)。

認知行動療法は、行動理論 (学習理論) と認知理論という全く異なる二つの理論に基づく心理療法が、「エビデンスベースド」の旗の下に統合されてできた心理療法である。本稿では、特に認知理論に基づく認知療法に焦点を当てて論じたい。認知療法は、Beck が 1976 年に『認知療法 (Cognitive Therapy and Emotional Disorders)』を出版したことに始まる。認知療法は、「情緒的な混乱とその他の症状からクライアントを解き放つこと」を目的としており、クライアントに疾患に対する適切な対処法を学んでもらうことを促すアプローチである (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979 坂野監訳 1992)。そして認知療法は、様々な精神病理学的障害 (例えば、うつ病, 不安, 恐怖症, 痛みの問題等) を治療する際に用いられる, 認知に焦点を当てたアプローチである (Beck et al, 1979 坂野監訳 1992)。Butler, Chapman, Forman, & Beck (2006) は、300 を超える効果研究と 16 のメタ分析を調査し、認知療法は単極性のうつ病や不安障害などに非常に効果があることを示した。また Beck & Dozois (2011) も、他の心理療法との比較から多くの精神疾患の治療において、認知療法の優位性があることを示している。

認知療法の特徴

認知療法は、ある状況下におけるクライアントの感情や行動は、その状況に対する意味づけ・解釈であるクライアントの認知によって規定されるという認知モデルを基礎としている (井上, 1992)。これは、認知の ABC 理論で解説される。この ABC 理論とは、感情や行動を賦活する刺激となるような出来事・状況 (Activating event) と、その出来事に対する評価・解釈・あるいは信念 (Beliefs), 最終的に出来事によってもたらされる感情・行動面の結果 (emotional and behavioral Consequences) という認知と感情・行動の関連性を主張する理論およびモデルである (井上, 1992)。臨床的な問題には、認知的な要因が大きく寄与していることが先行研究によって示されており (e.g., Meichenbaum, 1977), 認知療法では主に ABC の B, つまり認知に焦点を当てる。クライアントの「認知の歪み (考え方のクセ)」に焦点を当て、クライアントの非機能的・不適応的な思い込みを描写し、その妥当性を検証するために、様々な認知的ストラテジーが用いられる。

認知療法では、非機能的な認知を修正するために、感情的な反応に先立つ自動思考 (Automatic Thought) を扱いながら面接を進めていくところにその特長がある (Beck, 1976 大野訳 1990)。自動思考とは、自動的に意識に上る自然発生的解釈のことである (Beck, 1963; Beck, 1967)。特に抑うつ症状につながる認知のパターンとして、自己・経験・未来の領域に対する否定的な自動思考が仮定されている (Beck et al., 1979 坂野監訳 1992)。通常、このような思考は認識されないが、注意を向ければ自動思考は同定することができる。例えば、運転中にいつも焦ってしまい、運転が苦痛だと感じている人がいるとする。運転が苦手なのかといえばそうでもないし、運転歴も 10 年以上あるベテランである。そこで、なぜ運転がそんなに苦痛なのか、職場に向かう運転の最中の思考を注意深く観察してみると、「早くあの仕事終わらせないとまずい」「あれもやっていないじゃないか、早く着かなければ間に合わないかもしれない」など、運転の最中に、到着してからの仕事のことをあれ

これ思い出し、それによって焦りを生んでいることが明らかとなった。このような体験を通して、クライアントは考えが感情や行動に影響を及ぼしているという、認知療法の仮定である ABC 理論を実感することができると考えられる。

実際の面接場面では、このようなクライアントの話しを、感情や行動を賦活する刺激となる出来事・状況 (Activating event) (例えば、運転中に会社の上司からメールが届く)、その出来事に対する評価、解釈、あるいは信念 (Beliefs) (例えば、「早く終わらせないとまずい」、最終的に出来事によってもたらされる感情・行動面の結果 (emotional and behavioral Consequences) (例えば、焦りや不安) の ABC 理論の枠組みからクライアントの問題を理解することを基本とする (井上, 1992)。

認知的アプローチ—認知再構成法

認知療法では、クライアントの症状を改善するために、非機能的な認知の修正を試みるが、そこにおいてスキーマ (認知構造) の変容を意味する「認知再構成」(Cognitive Restructuring)¹が生じることが重要視される (e.g., Beck & Freeman, 1990 井上監訳 1997)。

認知構造とは、一時的に行われる認知処理とは異なり、比較的安定した認知組織のことを指す (Beck, 1964)。これは、人の認知や行動の規則性を説明するために仮定された構成概念であり、Piaget (1984) のシエマ (schemas), Postman (1951) のカテゴリ (categories), Bruner, Goodnow, & Austin (1956) のコーディングシステム (coding systems) などがその例にあたる。認知療法では、認知構造を指す際、他の概念よりもよく知られ、用いられている Piaget のシエマ (英語でスキーマ) という用語を採用する。Beck の認知モデルにおけるスキーマは、その活性化によって、情報に対する選別、符号化、評価の各段階にバイアスをかける機能があることが仮定されている (Beck, 1964)。これは例えば、うつ病に罹患したことのある患者はうつ状態の時、ネガティブで自己批判的なスキーマが優勢になり、スキーマに一致したネガティブで自己批判的な情報を、優先的に処理するように方向づけられることを意味する。つまり、スキーマが活性化すると、自動的にスキーマに符合した情報処理が優先されることとなり、一方でその他の情報が十分に処理されなくなるのである。

スキーマによって生じる特定の誤った考えと不適応的な思い込みから脱却するために、認知再構成 (Cognitive Restructuring) が重要となる。Meichenbaum (1977) は、クライアントの認知再構成を引き起こすための技法をまとめて認知再構成法と呼び、臨床問題に応用した。この技法は、①問題に関連する出来事、考え、気持ちを観察する、②気持ちの変化に考えが大きく影響していることを理解する、③自分の考えの誤りや過剰さに気づき、現実に即した考えを検討する、④新しい考えを現実場面で実行してみる、といったプロセスで行なわれる (佐藤・佐藤・石川・佐藤・戸ヶ崎・尾形, 2013)。Beck (1976 大野訳 1990) は、認知再構成のメカニズムを「閉鎖的になったシステムに対して、新しい情報や異なった視点に繋がるシステムを開くことによって、治療の改善がみら

¹ “Cognitive Restructuring”は、一般的な定訳として「認知的再体制化 (Meichenbaum, 1977 根建監訳 1992)」、「認知の再構成 (Beck & Freeman, 1990 井上監訳 1997)」、「認知の再機構化 (Beck, 1976 大野訳 1990)」などの訳出がなされている。本稿では、複数の認知行動療法の指南書で「認知再構成 (法)」という用語が多く用いられている現状と、「認知再構成」という現象と「認知再構成法」という方法論の異同を強調するために、「認知再構成」という用語を用いる。

れるようになる」と述べている。すなわち、認知の再構成が生じると、閉鎖的な情報処理が開かれ、新しい情報や視点を検討できるようになるといった認知処理の変容が生じ、その結果として認知内容の修正も生じると考えられる。

認知再構成法が認知再構成法たりうる条件として、Clark (2013) は、「協力的経験主義 (Collaborative empiricism)」、「言語的介入 (Verbal interventions)」、「経験的な仮説検証 (Empirical hypothesis-testing)」の3つを挙げている。「言語的介入」は結果分析 (非適応的な信念を是認していくことによる、短期的・長期的なコストとベネフィットを調べる) や代替的概念の形成 (自己や、いくつかの個人的体験の側面をより適応的な概念に定式化する) などの技法を指す。「経験的な仮説検証」は、クライアント自身の経験に基づき、認知の再構成を行なわなければならないという原則である。そして、カウンセリング場面においての基本であり、「言語的介入」と「経験的な仮説検証」の前提条件ともされるものが、認知療法の根本的なスタンスである「協力的経験主義」である。つまり、認知療法の基本的な関わり方にこそ認知再構成を促進する工夫が施されていると考えられる。

Kelly (1955) のパーソンコンストラクト理論の影響を受けた認知行動療法では、クライアントを「個人的科学者」とみなして接し、協力関係を重要視する。「個人的科学者」とは、セラピストの援助を得て、不適応な思考や信念の妥当性を検証したり、行動実験の結果からそれらを修正したりする、クライアントの姿を表す言葉である (Neenan & Dryden, 2004, 石垣・丹野監訳 2010)。Blackburn & Davidson (1995) は、カウンセリングでのイメージを、「2人の科学者 (セラピストとクライアント) が問題を定義し、その問題を定式化 (Case Formulation) した上で検証し、問題解決のために選択肢を発見 (Discovering) する共同研究」という言葉で表現している。これらの言葉から分かるように、認知行動療法を主軸に置いたカウンセリングでは、クライアント自身の能動的な態度が重要になる。Beck et al. (1979 坂野監訳 1992) もまた、こうしたクライアントとセラピストが相互に能動的に関わりながら問題の解決を目指す治療スタンスを指して、「協力的経験主義」と呼んだのである。協力的経験主義には、協働 (Collaboration) と経験主義 (Empiricism) という二つの要素が含まれる (Tee & Kazantzis, 2011)。治療的な協働は、クライアントに信念の同定や観察、そして評価することを促すための手段として、『Cognitive Therapy and Depression』(Beck et al., 1979 坂野監訳 1992) で初めて概説されている。ここで強調されたのは、セラピストは過度に何かを指摘したり教育したりすることはせず、クライアントが自己の認知を扱う際は、クライアントに気づきをもたらされるように振る舞うということである。認知療法家は、話題を誘導・焦点化したり、不明な点を明らかにしたりするという質問の基本的な機能を使用しながら (堀越, 2014)、クライアントを発見へと導く (Guided Discovery: 誘導的発見) ののである。さらに、明らかとなった思考や推論は、経験的に検証される機会を持つことになる。

なぜ、このように誘導的発見が強調されるのか。臨床場面において、セラピスト側がクライアントに考え方の間違っている点を教えるだけでは、まず症状は改善しない (野村, 1996)。セラピストとクライアントが協力的な関係の中で、クライアント自らに「発見」をしてもらい、不合理な認知を変容させることが重要なのである (根建・市井, 1996)。Westbrook et al. (2011 下山監訳 2012) は、クライアントが自分の考え方について振り返り、自ら適応的な考え方を導き出すならば、より

「納得」できるからであると述べている。どれだけ正しいことを他人から言われたとしても納得できないが、同じことを自ら体験的に理解したとき、初めて納得することは、誰しも経験があるだろう。自身で納得してこそ、新しい情報や視点が受け入れられるのである。

認知へのアプローチに関する問題

認知療法の効果の核と想定される認知の再構成であるが、技法としての認知再構成法は一定の効果が示されている一方、その介入の効果量は中程度のまま停滞しており(Rounsaville, Carroll & Onken, 2001)、認知再構成法が適応されたケースの中では時に治療関係の悪化や、不安や抑うつ等の喚起等の有害事象が報告されることもある。これらの問題を引き起こしている主な原因として、本稿では以下の二つを取りあげる。

まず、「認知再構成法を用いると認知が再構成される」という誤解である。この誤解は、認知再構成法の誕生の経緯に由来するものである。認知行動療法の現在の在り方が形作られたのは、Donald Meichenbaum の功績によるところが大きい。彼は、彼が考案した Stress Inoculation Training (ストレス免疫訓練, Meichenbaum, 1977) (以下 SIT と略記) の中で、クライアントの問題にあつらえて技法を組み合わせる、パッケージ療法の手法を提案した。さらに、認知的技法と行動的技法を理論から切り離し、治療という一つの目的のために統合する Cognitive Behavior Modification という考え方も提唱しており (Meichenbaum, 1985 上里監訳 1989)、これが今日の認知行動療法の原型となっている。SIT を提案するにあたり、Meichenbaum (1977) は、当時まだあまりなじみのなかった認知を扱うアプローチを行動的技法と同等の選択肢として位置づけるため、認知内容の修正を図る認知的な技法の一群をまとめ、これを認知再構成法 (Cognitive Restructuring Techniques) と命名した。これにより、認知的アプローチが「わかりやすく」なり、広く臨床場面で用いられるようになったという点で、その功績は大きい。しかし、こうして命名したことが、認知再構成法を適用しさえすれば認知再構成が達成される、といった誤解を招く一因となった。認知再構成は本来、クライアント中で生じる変化を意味する言葉であるにも関わらず、認知再構成自体の研究はなかなか蓄積されず、手段に過ぎない認知再構成法の効果の測定や介入手続きの開発ばかりが進められている現状があると考えられる。

認知へのアプローチが機能的に働かないもう一つの理由として、「認知の修正」に対する理解の多様化、が考えられる。実際に Shigematsu & Ogata (2018) は、認知行動療法を行うセラピストの認知変容に関するコンセンサスは低いことを明らかにしている。このような現象が生じている原因として、方法論的な議論が進む一方、認知が「どのように」「何がきっかけで」変容するのかについての一一致した学術的な見解がないため、従来の認知再構成法のパッケージに認知の変容の生起プロセスが反映されていないことが考えられる。従来、認知療法の効果のメカニズムは、認知の内容に修正が起こることによってもたらされると信じられてきた (Beck, 1995 伊藤他訳, 2004)。これまでの認知療法の前提を支えていたのは、抑うつスキーマの程度を測定する Dysfunctional Attitude Scale (DAS) (Weissmann & Beck, 1978) による研究の蓄積である (e.g. Eaves & Rush, 1984)。この尺度は、典型的な抑うつスキーマを表す文章に対して同意する程度を尋ねることにより、抑うつスキーマの

程度を測定するものであり、いわゆる価値観（スキーマ）の内容に焦点を当てた質問紙尺度である。しかしながら、この質問紙を用いた多くの研究によって、その仮説を覆す結果がもたらされている。例えば、うつ病が再発するのは、表面の症状が改善してもスキーマが改善していないから生じると考えられるが、実際には、うつ病が再発する人としない人の治療後の DAS 得点に差は見られない（Ingram, Miranda, & Segal, 1998）。また、一旦治療を終えて DAS 得点が低下した人でも、ネガティブな音楽を聞かせるだけで DAS 得点が抑うつ時と同等の値まで上昇する（e.g. Hamilton & Abramson, 1983）。この様に、スキーマの変容という考え方だけでは、認知療法の効果は説明しえないことが明らかとなってきたのである。

このような混乱の中、Teasdale らは認知の内容ではなく、その処理の仕方を問題にした情報処理理論を展開し（Teasdale, 1999）、認知療法の効果のメカニズムは「認知内容の修正」ではなく、「認知処理の仕方の変容」であることを明らかにした（Teasdale & Barnard, 1993; Teasdale, Segal, & Williams, 1995; Teasdale, 1999; Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams, & Segal, 2002）。このメカニズムの理解の仕方の転換は、一見すると認知療法の作用機序と、第3世代の認知行動療法の作用機序が全く異なることを強調しているように見える。しかし、そもそもの認知療法の考え方として「認知内容の修正」がすべてであったわけではない。Kovacs & Beck (1978) は、精神病理の認知は内容だけでなく、広義の物であると述べている。認知とは、思考内容と思考過程の両方を指す広義の用語である。彼らによると、対象を知覚して処理する方法、記憶や回想のメカニズムおよび内容、問題解決の姿勢と方略はすべて認知の側面である。つまり、認知には、知ることの過程と、知ることの産物が含まれるのである。この定義に従えば、認知療法でアプローチする「認知」とは、「認知内容」のみならず、「認知処理」も含まれることとなる。元来、Beck が視野に収めていた認知療法の射程は、近年理解されているよりも広がったのである。マインドフルネスアプローチに対しても Beck は、距離を置き、再考し、脱中心化するという認知療法の一連の3つの主な方略について、マインドフルネスアプローチとの類似性を示している（Beck, 2005）。Papageorgiou & Wells (2003) などの注意訓練のパッケージの治療効果等も踏まえ、Beck はこれらの第3世代のアプローチに対し、「認知モデルの枠内で適切に生み出されたもの」と述べている（Beck, 2005）。

このように、認知療法について理解するには、Beck の理論のみならず近年の認知へのアプローチに関する理論についても十分に理解をする必要がある。しかし、認知療法に関する様々な知見は、認知療法の使用への混乱を招いており（Wills, 2009 大野監訳 2016）、認知の変容が一体どのようなものなのか解釈が分かっている現状がある（Shigematsu & Ogata, 2018）。このような混乱を避けるために、実際の臨床場面での認知へのアプローチは、何が起きて、何が功を奏しているのか、改めて考え直す必要がある。しかし、既存の認知変容の解釈のみでは上述のような混乱が避けられないことも考えられるため、新たな視点をもって捉え直す必要があると考えられる。

「腑に落ちる理解」の重要性

それでは、認知の変容をどのように検討すればよいのか。この問題を解決する手掛かりとして、「腑に落ちる理解」に関する研究が参考になる。

「腑に落ちる理解」は認知処理の観点から、「情報が個体に入力された後に起き、情報から導き出される行動の生起頻度を上げる認知的操作」と定義される（重松・伊藤・神谷・平仲・木甲斐・尾形, 2017）。以下に、「腑に落ちる理解」の例を挙げる。「Aさんは深刻な悩み事を抱えていたが、相談できそうな友人達は忙しそうだったため、相談をしなかった。Aさんは周りに心配をかけないようにできるだけ明るく振舞い、辛いときは独りになっていた。そのような日が続いたあるとき、友人から『Aさん大丈夫？独りで抱え込まないで、悩み事があるなら相談してきたらいいよ。』と言葉をかけられ、友人に悩み事を相談することが、Aさんの悩みの解決、ひいては友人の心配を解消することに『ハッ』と気がついた。その後、Aさんは友人に悩み事を打ち明けるようになった。」この例では、「友人に悩み事を打ち明けると、Aさんの悩みと友人の心配を解消する」という問題解決へ向かう情報が提示され、その瞬間「腑に落ちる理解」が生じ、「友人に悩み事を打ち明ける」という行動レパートリーの生起頻度が上昇していると考えられる。「腑に落ちる理解」は、『ハッ』という「気づき」が伴うことが多く、そこには身体的な感覚が伴うことが強調され、Aha体験や洞察との類似性が示唆されている（唐木, 2014）。

この概念は、情報に対する「頭での理解」との対比を示した概念でもある（伊藤・長嶺, 2009）。「頭での理解」は「情報に対する知的な理解はあるが、心的作用によって情報が導き出される行動の生起頻度が上昇しない認知的状態」と定義する。「腑に落ちる理解」や「頭での理解」に関する類似した概念も、これまで経験的に言及されている。Epstein (1998) は「論理的」・「経験的」処理システムと称し、Teasedale (1996) は「命題的」「含意的」意味システムを示唆しており、これらは認知的な処理システムが異なるという臨床的見解から、「頭と心」の葛藤を説明している。例えば「頭ではやめるべきだとわかっているけど、心では続けるべきではないかと感じるんです」といった反応である（Wills, 2009 大野監訳 2016）。

「腑に落ちる理解」の視点から、「洞察を得る」といった臨床心理学的現象を説明すると、現実の「今ここ」で入力されている環境からの情報や刺激が、過去経験に基づいて形成された既存の情報ネットワークと結びつき（新たなノードの形成・強化）、個人のネットワークの中で「処理できる形」で保存される、という情報処理理論で説明できると考えられる。この点を鑑みると、カウンセリングは既存の学習歴や情報と現在の情報のノードの形成を行っていると考えられ、メタファー（e.g., Hayes & Strosahl, 2004 谷・坂本 訳 2014）はその形成過程を支持する機能をもつと考えられる。このような環境への適応は、Piagetの認知発達理論（Piaget, 1970 中垣監訳, 2007）からも考察できる。Piaget (1970 中垣監訳, 2007) によるとスキーマの変容と獲得とは同化と調節により生じるとされる。既存のスキーマを活用して適応的な行動を生起することを同化、自身のスキーマに新しい概念を取り入れて修正するのが調節と考えられ、この場合スキーマの変容とは、調節を生じさせることと言える。いくら新規の情報が入力されても、同化で処理されている場合、スキーマは変容しえないと考えられるが、知的処理の多くのは同化の促進であり、調節は促されていないと考えられる。新しい視点や概念を取り入れるために、既成概念と切り離された「発見」が必要となり、カウンセリングによって「調節」が生起するレベルの理解を「腑に落ちる理解」と言えると考えられる。

「腑に落ちる理解」に関する研究

「腑に落ちる理解」の研究は、伊藤・長嶺（2009）の研究に端を発する。伊藤・長嶺（2009）は認知的再評価のプロセスに注目し、情報に対する「理解」の質の違いによって、認知的再評価の効果が異なることを検討した。この研究では、情報に対して論理的・意味的に理解しただけの「頭だけで理解した」再評価と、体験的に心から理解した「腑に落ちて理解した」再評価の2つに分け、それぞれの再評価によって情報提示後の行動に及ぼす影響を検討している。具体的には、ネガティブな情動を喚起させる課題として、痛みに耐えながら可能な限り冷水に手を入れ続ける Cold-Pressor 課題（以下 CP 課題）を2回行い、1回目と2回目の CP 課題の間に、信憑性のある嘘の情報（冷水に手を入れることによってもたらされる恩恵についての情報）を提示することによって、行動や情動に違いが生じるか検討するものであった。実験の結果、「頭だけで理解」した者と比較して、「腑に落ちる理解」をした者は行動変容が促進され入水時間が延長し、また冷水によるネガティブ情動も低減することが示された。これは、同じ内容の情報を提示しても、その後の認知処理の仕方によって行動や感情反応に違いが生じるということを示している。さらに、「腑に落ちる理解」と「頭だけでの理解」では、その後の結果に明確に違いが生まれるということを示した点で、「腑に落ちる理解」に着目することの意義が示された。

永田・久貝・伊藤（2011）は、心理療法に関する心理教育や体験的なエクササイズが、その効果としての苦痛耐性時間に及ぼす影響を検討した。彼らは、伊藤・長嶺（2009）の実験手続きを踏襲し、偽の情報の代わりに、心理臨床場面で新たにクライアントに提示される情報のアナログとして、マインドフルネスの原理を用いた。マインドフルネスに基づく心理教育は、ネガティブ情動との付き合い方を変え、結果としてネガティブ情動を低減させることが示されている（Arch & Craske, 2006 ; 伊藤・園田, 2008）。さらに、この原理を言葉のみで伝える「心理教育群」と、体験的エクササイズも併せて行なう「心理教育+マインドフルネストレーニング群（MT 群）」を設定し、マインドフルネスの効果が反映されると考えられる苦痛耐性時間の遅延に及ぼす影響を検討した。その結果、単に言葉で原理を伝えるよりも、体験的エクササイズも行なった MT 群の方が腑に落ちる理解をする者が多く、さらに腑に落ちる理解をした者は、実際に苦痛耐性時間を延長することが示された。体験的なエクササイズは協力的経験主義における経験主義の要素であり、実際に体験を通すことによって、納得して新たな情報を受け入れやすくなったと考えられる。

久貝（2012）の研究では、「腑に落ちる理解」を促進する要因に焦点を当て、個人の認知的柔軟性が「腑に落ちる理解」を促進するか検討した。具体的には、伊藤・長嶺（2009）の研究を踏襲し、認知的柔軟性の高低が苦痛耐性時間に影響を及ぼすが否かを検証した。その結果、認知的柔軟性の高低に関わらず「腑に落ちる理解」をしたことを参加者全員が報告することになるが、「腑に落ちる理解」をすればするほど、CP 課題で生起する不快感覚が少なからず減少することが示された。これはまさにクライアントに納得を導くことの重要性を示唆するものである。

伊藤・長嶺（2009）、永田他（2011）、久貝（2012）の研究では、「腑に落ちる理解」の測定方法がいずれも異なり、また十分な妥当性が示されていない。この点を解決するために、唐木（2014）は「腑に落ちる理解」の客観指標の作成を試みた。唐木らは、健常大学生を対象に「腑に落ちる理

解」をした体験を聴取し、その際の認知・行動・身体感覚・感情面での変化に関する情報を聴取し、「腑に落ちる理解」反応チェックリストを作成した。唐木らはこのチェックリストを認知療法・認知行動療法に精通するセラピストに、実際の臨床現場の中で認知再構成を意図したセッションにおいて使用してもらいセラピストの主観的な認知再構成の効果を予測することが示された。

また、重松他（2017）は、唐木（2014）で作成されたチェックリストを踏まえて、一般大学生を対象に、問題解決過程における新たな解決方略に対する「腑に落ちる理解」の機能を、実験的研究と縦断的な質問紙調査を用いて検討し、「腑に落ちる理解」が問題解決過程において機能的に作用し、かつ問題に直面した後の精神的健康を促進する可能性があることを示した。

上述した「腑に落ちる理解」に関する一連の研究から、「腑に落ちる理解」が認知変容・行動変容において重要な要因であることが示唆される。

「腑に落ちる理解」の測定方法と課題

「腑に落ちる理解」は、定義的に行動の生起の観察をもって客観的には「腑に落ちた」と判断される部分が多いが、実際の臨床現場では、カウンセリング場面の、その場で「腑に落ちる理解」が得られたかどうかという視点が重要視されるだろう。しかし、「腑に落ちる理解」は、対人的なバイアスのかかる場面で「わかった」という言語表出で判断できない。先行研究においても、「腑に落ちる理解」をしたかどうかを判断する方法に共通するのは、ある情報が「腑に落ちた」かどうか、実験者の望む結果に偏らせることなく、協力者から如何にして本音を引き出すかという点であった。

伊藤・長嶺（2009）では「腑に落ちる理解」を判断する方法としてカジュアルトークセッション法を採用した。これは課題終了後、実験終了の偽の教示をして実際に終了した雰囲気を使い、コーヒーなどを提供しながらだけた場を作った上で、実際のところは実験中の情報は嘘であったことを明かした上で、「ぶっちゃけ」信じていたかどうか、本音を尋ねるというものだった。しかしながらこの方法では、判断が実験者の主観に委ねられるため、判断の信頼性に欠点があった。この点を踏まえて永田他（2011）の研究では、より信頼性の高い本音を探る手続きとして、信頼できる他者なら本音を打ち明けやすいだろうという前提のもと、「信頼他者法」を採用した。これは、実験の参加者を、実験者が用意した「サクラ」に連れてきて貰う。そして、実験終了後に、サクラは実験者に対して実験の感想を尋ねるふりをして「腑に落ちる理解」が生じていたかどうかを引き出す質問を投げかけ（例えば、「ぶっちゃけその話信じてた？」など）、その回答に基づいて「腑に落ちる理解」の程度を判断する方法であった。サクラには参加者の本音の聞き出し方や判断の仕方について事前にトレーニングを行って信頼性を高める工夫がなされていたが、実験後、実験協力者の判断に関する信頼性を測定したところ、十分なものではなかった。そこで、久貝（2012）ではさらに妥当性の高い方法として、教員アンケート法を採用した。この方法では、実験の目的とは異なるカバーストーリーを用意して、実験で提示された情報への納得度を実験者の指導教員が、こっそりアンケートの形で聴取するというものであった。カバーストーリーは、実験者の指導教員が「自身の指導のあり方を検討するため、実験者の実験態度について参加者の意見を教えてほしい（回答は実験者には内密なので）」と依頼するものであった。予備実験によって、カジュアルトークで尋ねるよりも

より本音が引き出せることが確認されていた。しかしながらこの方法でも教員という権威のある者から問われることで、より従順な回答に偏った可能性も否定できず、さらに検討する必要性があると言及されている。

これらを踏まえ、唐木（2014）は「腑に落ちる理解」の客観指標を作成した。唐木（2014）で作成されたチェックリストは、「腑に落ちる理解」を測定する唯一の客観的指標で、かつ「腑に落ちる理解」の認知・行動・身体感覚・感情面の項目から成り立っていることもあり、教示文を変えて主観的な質問紙として用いた研究もある（例：重松他，2017）。しかし、この測度にも問題点がある。1 つは、チェックリスト開発時のインタビュー調査の対象が健常大学生の主観的な情報によるもののみであったことである。2 つ目の問題点として、チェックリストの妥当性・信頼性を、実際のセラピストの主観的な認知再構成の効果をアウトカムとし、チェックリストの点数を説明変数としたアウトカムへの予測率で担保しているため、その妥当性・信頼性が高いとは言えないことが挙げられる。今後は「腑に落ちる理解」を捉える妥当性の高い客観的指標の作成することによって、治療者が患者の「腑に落ちる理解」の生起を測定でき、介入が適切に進んでいるか確認することが可能となると考えられる。

「腑に落ちる理解」のもつ可能性

「腑に落ちる理解」に関する一連の研究から、「腑に落ちる理解」は、認知再構成で目指される認知構造の切り替わりと一致した現象と考えられ（玉榮・伊藤，2016）、「腑に落ちる理解」という視点で認知変容に関する新たな臨床的示唆がもたらしている。

本稿で言及した、認知変容の重要な要因と考えられる「腑に落ちる理解」は、認知変容のプロセスを説明するきっかけとして有効である（玉榮・伊藤，2016）。近年、心理療法のプロセスに言及する研究は盛んに行われており、認知行動療法においては、突然の治療効果が観察されることを示す Sudden Gain (e.g., Durland, Wyszynski & Chu., 2018) が注目されている。また、認知療法において、過去のイベント、生じているイベント、まさに起ころうとしているイベントに対する誤った解釈やそれを修正することができる気づきなどの全般的なメタ認知的な気づきを表す「認知的洞察」(Beck et al. 2004)といった概念への注目が集まり、研究が積み重ねられている (e.g., Van Camp, Sabbe & Oldenburg., 2017)。

これらの概念が注目される背景には、認知的アプローチによる効果の再現性が低いことに対する危機感が窺える。実際に、認知再構成法は、経験、トレーニング、異なる心理療法的アプローチなど異なるレベルで広く使用されている一方、セラピストの経験の差によって、技法の遣い方に差があることが示されている (Cebrián & Elvia, 2017)。また、認知行動療法全体としても、近年その利用が注目されているオンラインでの施術について、オンライン上では3分の1程度の患者にしか効果がないという RCT の結果が示されている (Watkins, Newbold, Tester-Jones, Javaid, Cadman, Collinsm Graham & Mostazir., 2016)。認知行動療法は本当にゴールドスタンダードな心理療法なのか疑問を呈する知見も少なくない (e.g., Leichsenring & Steinert., 2017)。

「腑に落ちる理解」は、Sudden Gain や認知的洞察といった概念よりも、よりカウンセリング場面

での「今ここ」での現象を捉える概念であると考えられる。「腑に落ちる理解」という具体的な現象を扱うことにより、認知的アプローチが適切に行われているか、カウンセリング場面においてリアルタイムで判断が可能になり、結果として認知的アプローチの効果の再現性を担保することにつながるだろう。

本邦において、2019年初めての公認心理師が誕生し、今後、認知行動療法施術者の大幅な増加が予測される。その中で「腑に落ちる理解」に関する研究が、認知行動療法の効果の維持・向上に寄与することが期待される。

引用文献

- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour research and therapy*, 44(12), 1849-1858.
- Beck, A. T. & Warman, D.M. (2004). Cognitive insight: theory and assessment. X. Amador, A. David (Eds.), *Insight and Psychosis: Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders (2nd edition)*, Oxford University Press, New York pp. 79-87
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of general psychiatry*, 9(4), 324.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of general psychiatry*, 10(6), 561-571.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin. (ベック, A. T. 大野 裕 (訳) (1990). 認知療法——精神療法の新しい発展—— 岩崎学術出版社)
- Beck, A. T. (2005). Buddhism and cognitive therapy. www.beckinstitute.org, Spring 2005, *Cognitive Therapy Today*, 10, 1. Spring 2012.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy : A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(2). 935-959.
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. (2011). Cognitive therapy: current status and future directions. *Annual review of medicine*, 62, 397-409.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press. (ベック, A. T., ラッシュ, A. J., ショウ, B. F., & エメリイ, G. 坂野 雄二 (監訳) (1992). うつ病の認知療法 岩崎学術出版社)
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*, New York: Guilford Press. (ベック, J. S. 伊藤 絵美・神村 栄一・藤澤 大介 (訳) (2004). 認知療法実践ガイド・基礎から応用まで——ジュディス・ベックの認知療法テキスト—— 星和書店)
- Blackburn, I. M., & Davidzon, K. (1995). *Cognitive Therapy for Depression and Anxiety (amended)*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.

- Bruner, A. T., Goodnow, J. J., & Austin, G. A. (1963). *A Study of Thinking*, New York : John Wiley & Sons, Inc.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17-31.
- Cebrián, R.P., & Elvira, A.C., (2017). Applying cognitive restructuring in therapy: The clinical reality in Spain. *Psychotherapy Research*. 29, 198-212.
- Clark, D. A. (2013). Cognitive Restructuring. In Hofmann, S.G. (Ed.), *The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral therapy*, John Wiley & Sons, Inc.
- Durland, P. H., Wyszynski, C.M., & Chu, B.C. (2018). Predictors and Outcomes of Sudden Gains and Sudden Regressions in Cognitive Behavioral Therapy for Youth Anxiety. *Behavior Therapy*, 49, 823-835.
- Eaves, G., & Rush, A. J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of abnormal psychology*, 93(1), 31.
- Epstein, S. (1998). Constructive thinking : *The key to emotional intelligence*. Westport, CT : Praeger.
- Hamilton E, Abramson L. (1983). Cognitive patterns and major depressive disorder: A longitudinal study in a hospital setting. *Journal of Abnormal Psychology*. 92.173–184.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Netherlands: Plenum Publishers. (ヘイズ, S. C., & ストローサル, K. D. (編著) 谷 晋二・坂本 律 (訳) (2014). *アクセプタンス&コミットメント・セラピー 実践ガイド——ACT理論導入の臨床場面別アプローチ——* 明石書店)
- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J.J., Sawyer, A.T. and Fang, A. (2012) The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 427-440.
- 堀越 勝 (2014). 問う。「ソクラテス式問答法」 *精神療法*, 6(40), 804-810.
- Ingram, R. E., & Hollon, S. D. (1986). Cognitive therapy for depression from an information processing perspective. In R. E. Ingram (Ed). *Information processing approaches to clinical psychology*. Orlando, FL: Academic Press. 261-280.
- 井上 和臣 (2006). *認知療法への招待* (改訂 4 版) 金芳堂
- 伊藤義徳・園田千里 (2008). マインドフルネスのメカニズム——creative hopelessness を媒介変数として—— *日本行動療法学会第 34 回大会発表論文集*, 470-471
- 伊藤 義徳・長嶺 祐樹 (2009). 認知的再評価再考「わかるんだけど、なんだかなあ・・・」 *第 35 回日本行動療法学会大会発表論文集*, 210-211
- 唐木 瞬也 (2014). 認知再構成を客観的に捉える基準の作成——「腑に落ちる理解」研究に基づく検討—— *琉球大学教育学部研究科修士論文* (未刊行)
- 唐木 瞬也・伊藤義徳 (2018). 認知再構成のプロセスに関する研究～「腑に落ちる理解」についてのインタビュー調査～ *日本認知・行動療法学会第 44 回大会発表論文集* 438-439
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. 2 vols. London: Routledge.

- Kovacs, M., & Beck, A. T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*, 135, 525-533.
- 久貝 このみ (2012). 「腑に落ちる理解」における認知的柔軟性の役割 琉球大学教育学部研究科修士論文 (未刊行)
- Leichsenring F, Steinert C. (2017). Is cognitive behavioral therapy the gold standard for psychotherapy? The need for plurality in treatment and research. *JAMA* 318(14):1323-1324.
- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive behaviour modification. *Cognitive Behaviour Therapy*, 6(4), 185-192.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress Inoculation Training*, Pergamon Press. (マイケンバウム D. 上里一郎 (監訳) (1989) ストレス免疫訓練-認知行動療法の手引き- 岩崎学術出版社)
- 永田 祐矢・久貝 このみ・伊藤 義徳 (2011). マインドフルネストレーニングが苦痛耐性時間に及ぼす影響——心理教育とエクササイズへの「納得」の影響を重視して—— 第 37 回日本行動療法学会大会発表論文集, 460-461
- 根建 金男・市井 雅哉 (1996). ストレス性障害に対する認知行動療法——ストレス免疫訓練—— 大野裕・小谷津孝明 (編) 認知療法ハンドブック (下巻) 星和書店.
- Neenan, M., & Dryden, W. (2004). *Cognitive Therapy Key Points & Techniques*. Routledge. (ニーナン, M. & ドライデン, W. 石垣 琢磨・丹野 義彦 (監訳) (2010). 認知行動療法 100 のポイント 金剛出版)
- 野村 総一郎 (1996). うつ病の認知療法 大野 裕・小谷津 孝明 (編) 認知療法ハンドブック (下巻) 星和書店.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). *Depressive ruminations*. Chichester, UK. John Wiley & Sons.
- Piaget, J. (1984). *The Moral Judgment of the Child*. : The Free Press.
- Postman, L. (1951). *Toward a General Theory of Cognition*, :*Social Psychology at the Crossroads*, New York : Harper & Brothers
- Rounsaville, B. J., Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2001). A Stage Model of Behavioral Therapies Research: Getting Started and Moving on From Stage I, *Clinical Psychology*. 2.133-142.
- 佐藤 正二・佐藤 容子・石川 信一・佐藤 寛・戸ヶ崎 泰子・尾形 明子 (2013). 学校でできる認知行動療法——子どもの抑うつ予防プログラム 小学校編—— 日本評論社
- 重松 潤・伊藤義徳・神谷信輝・平仲 唯・木甲斐智紀・尾形明子 (2017). 「行き詰まり感」が問題解決過程における解決方略に対する「腑に落ちる理解」と Willingness に及ぼす影響 ストレス科学研究, 32, 63 - 70.
- Shigematsu, J., & Ogata, A. (2018). What is “cognitive change”? Interviews with Cognitive Behavior Therapy psychologists in Japan. *Association for Behavioral and Cognitive Therapies 52nd Annual Convention*, 435.
- 玉榮伸康・伊藤義徳 (2016). 認知療法における認知再構成のプロセスの研究 日本認知・行動療法学会第 42 回大会発表論文集, 412-413.
- Teasdale, J. D. (1999) . Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse of

- depression. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 37-77.
- Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). Essays in cognitive psychology. *Affect, cognition, and change: Re-modelling depressive thought*. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates.
- Teasdale, J. D., (1996). Clinically relevant theory : *Integrating clinical insight into cognitive science*. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 26-47). New York : Guilford Press.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive Awareness and Prevention of Relapse in Depression: Empirical Evidence. *Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 275-287.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G., (1995). How does cognitive therapy prevent relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 13, 225-239.
- Tee, J., & Kazantzis, N. (2011). Collaborative empiricism in cognitive therapy: A definition and theory for the relationship construct. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(1), 47-61.
- Van Camp, L.S, Sabbe, B.G Oldenburg, J.F., (2017). Cognitive insight: A systematic review. *Clinical Psychology Review*.55, 12-24.
- Watkins, E. Newbold, A. Tester-Jones, M. Javaid, M. Cadman, J. Collins, L.M. Graham, J. Mostazir, M. (2016). Implementing multifactorial psychotherapy research in online virtual environments (IMPROVE-2): study protocol for a phase III trial of the MOST randomized component selection method for internet cognitive-behavioural therapy for depression. *BMC Psychiatry*, 16 (1) ,345.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. <https://eric.ed.gov/?id=ED167619>
- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2011). *An introduction to Cognitive Behaviour Therapy Skills and Applications (2nd ed.)*. London: Sage Publications. (ウェストブルック, D., ケナリー, H., & カーク, J. 下山 晴彦 (監訳) (2012). 認知行動療法臨床ガイド 金剛出版)
- Wills, F. (2009). *Beck's Cognitive Therapy*. Routledge. (ウィルス, F. 大野裕 (監訳) 坂本律 (訳) (2016). ベックの認知療法 明石書店)