

役立つ臨床家になるために

—6つの必須能力—

角藤 比呂志

はじめに

アメリカ精神医学会では、生物学的精神医学への変調が懸念され、2001年に、「支持的心理療法」「精神力動的心理療法」「認知行動療法」「ブリーフ・セラピー」「心理療法と薬物療法の併用療法」の5つの形態の心理療法が必須のカリキュラムとされた。この大綱は2007年の改定で「支持的心理療法」「精神力動的心理療法」「認知行動療法」の3つにまとめられ、「ブリーフ・セラピー」と「心理療法と薬物療法の併用療法」は前記3つの心理療法の下位概念に位置づけられるようになった。しかし、複数の心理療法を習得すべきという理念は変わっていない。それを受けて、編集責任者 Gabbard, G.O (米国ベイラー大学) の下、5つの心理療法それぞれに対する標準的な教科書が Core Competencies in Psychotherapy (心理療法の必須能力) と題され出版された。(藤澤, 2010)

そのうち2冊は、山藤ら (2009)、鹿島ら (2011) によって訳出されているが、以下では、そのシリーズのひとつである Sperry, L (2010) の著書 (Core Competencies in Counseling and Psychotherapy: Becoming a Highly Competent and Effective Therapist.) を取り上げながら、「役立つ臨床家」になるにはどうしたらよいかを考察してみたい。

1. コンピテンシーとは何か？

コンピテンシーとは、クライアントの利益になるように、臨床実践の中で知識 (knowledge)、技術 (skills)、取り組み (attitudes) を統合する能力であり、専門的な訓練や内省 (reflection) によって高められるものである。コンピテンス (competence) は、実行する潜在能力や能力その

ものを表すのに対し、コンピテンシーはその能力を実際に行うことあるいはそうした能力を実証することを意味しているが、両者はほぼ同義で使われる。コア・コンピテンシー (core competency) とは、コンピテンシーの中核にあるものという意になり、藤澤らによって「必須能力」と訳されている。本論では、これら三者を特に区別することなく、「必須能力」と記述する。

ちなみに、技術 (skill) は、訓練によって獲得される能力であり、知識と取り組み (態度) といった要素を欠いている。

2. 6つの必須能力

図1に示したように、Sperry は、効果的な治療を行ううえで治療者に必要な6つの必須能力を提唱している。

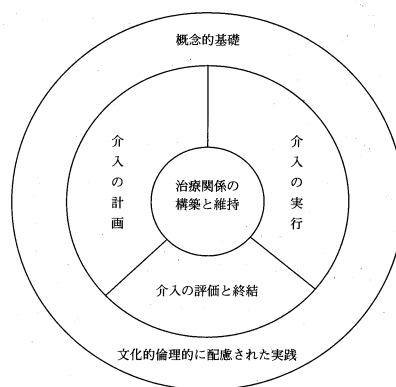


図1 必須能力 (core competency) の関係性 (Sperry, L. 2010)

円の中央に「治療関係の構築と維持」があり、それを取り囲む円に「介入の計画」「介入の実行」「介入の評価と終結」といった治療過程における基本的介入がある。さらにそれらを取り囲む円に、

「概念的基礎」と「文化的倫理的に配慮された実践」があるが、これらは独立して存在するわけではなく、すべてが相互に影響し合っている。

1) 概念的基礎 (conceptual foundation)

この必須能力は、治療過程を理解し、方向づけるための概念的地図 (map) を提供してくれる。この概念的枠組みはいくつかの点で、治療者にとって役立つものとなる。ひとつは、健康な成長や発達、そこからの逸脱 (精神病理) を理解するための「地図 (map)」であり、改善と変化の過程 (心理療法) を理解するための「地図」でもある。

さらに、他の必須能力を発揮するためにも必要な「地図」であり、旅に例えるならば、これからの行程を考察する指針となる。

Sperry は、とくに力動的アプローチ、認知行動的アプローチ、システムアプローチといった3つの概念的基礎の必要性を強調している。

力動的アプローチは、従来、無意識・抵抗・転移・症状と行動の探求といった側面に重点を置いてきた。現代では、古典的精神分析・精神分析的な心理療法・自我心理学・対象関係論から、関係性を指向した力動的な心理療法 (one person から two persons) へと移行している。

認知行動的アプローチは、認知要因や行動要因への焦点づけ・セッションでの指図的行為・スキルの教示・情報提供・ホームワークやセッション間での活動・現在と未来の体験を強調するといった共通要因を持つ。種類としては、行動療法、認知療法、スキーマ療法、弁証法的行動療法、認知行動分析システム心理療法、マインドフルネス認知療法などがあり、古典的条件付けと強化技法・「現在」中心の問題指向を特徴とした第一世代 (第一の波) から行動と認知の変容を治療対象とした第二世代 (第二の波)、さらに現代では変容よりも受容を重要視するポストモダニズム・マインドフルネス・スピリチュアルを活用した第三世代 (第三の波) に移行している。

システムアプローチとしては、カップル・家族療法、構成主義的心理療法、戦略的心理療法、解決志向アプローチなどがある。

2) 関係の構築と維持

効果的な治療では、効果的な治療関係、すなわち治療同盟が構築・維持されることが必須となる。それは、クライアントと治療者間の信頼という絆を育み、治療過程の目標、役割、方法についての相互の同意を育成するからである。等しく重要な事は、多くの研究によれば、効果的な治療同盟は肯定的な治療結果と結び付いているということである。

この必須能力は、5つの本質的な臨床能力から成り立っている。それらは、①肯定的関係あるいは治療同盟を確立すること、②レディネスを評価し治療促進的な行動を育成すること、③抵抗と両価性を認識し解決すること、④治療同盟の決裂や緊張を認識し修復すること、⑤転移や逆転移を認識し解決することである。前者2つは「関係の構築」に、後者3つは「関係の維持」に含まれる。

このように、クライアントが治療過程の中に関与すること (関係の構築) は難題 (challenge) であり、さらにその中に居続け、時期尚早の終結を避けること (関係の維持) は、もっと難題である。

なお、繰り返しになるが、すべての心理療法に共通して効果を持つ要素と考えられているのは、良好な治療同盟の確立である。(Winston,A., Rosenthal,R,N.,&Pinsker,H.2004)

3) 介入の計画

介入の計画は、アセスメント、ケース概念化、治療計画 (プランニング) を含んでいる。

この必須能力は5つの本質的な臨床能力から成っている。それらは、①包括的な診断アセスメントを遂行する能力、②正確な DSM-IV-TR 診断をする能力、③効果的な臨床的ケース概念化をする能力、④効果的な治療計画を立てる能力、⑤統合的な臨床的ケースレポートを起草する能力である。

4) 介入の実行

臨床家は、クライアントの要求や期待、治療計画が実行される環境に対し、個々に見立てた (tailored) 介入に熟練していることが必要とされ

る。また、臨床家は、治療抵抗因子 (treatment-interfering factor) を扱いながら、治療の焦点を確立し維持することが必要とされる。特定の治療目標 (targets) やゴール (goals) を達成するために、様々な治療的アプローチを熟知し、介入モダリティや戦略、戦術、方法を利用することもまた、それらを実行する最低レベルの必須能力といえることができる。実際の実行には、力動的アプローチ、認知行動的アプローチ、システムアプローチそれぞれに特徴的な介入法があるが、この必須能力は、3つの本質的な臨床能力から成り立っている。それらは、①治療的焦点 (focus) を確立する能力、②治療的焦点を維持する能力、③治療抵抗因子を認識し解決する能力である。

5) 介入の評価と終結

臨床家は、治療過程を評価し、クライアントに終結を準備する能力が必要とされる。治療の進行具合をアセスメントあるいはモニターし続けることは、治療効果を評価するばかりでなく治療過程を修正したり再焦点づけするのに必要である。治療過程のモニタリングを続けることが、治療結果を良好にする。とくに、クライアントへのフィードバックが公式に (formally) なされる時、良好である。また、終結の準備を計画することは、病状の再燃を防ぐことの計画を含んでいる。

この「介入の評価と終結」は、今まであまり重要視されることがなかった。それは、臨床家の訓練プログラムがカリキュラム的にあまりにも多すぎるためである。

この必須能力は、2つの本質的な臨床能力から成り立っている。それらは、①治療の進歩 (progress) をモニターしそれによって治療を修正する能力、②治療の進歩を評価し終結にむけて準備する能力である。

6) 文化的倫理的に配慮された実践 (sensitive practice)

文化的倫理的配慮は、ケースフォーミュレーションをし、介入の計画を立て、実行するのに必要である。

この必須能力は、3つの本質的な臨床能力から成

り立っている。それらは、①効果的文化的フォーミュレーションを展開する能力、②個々に見立てられた文化的に配慮された介入を計画・実行する能力、③倫理的に配慮された決定をする能力である。

これら6つの必須能力を、Sperryは旅 (journey) に例えて次のように述べている。

「概念的基礎」は、個人的な変化を達成するために、旅を眺め、「関係性」では、ふさわしい旅の仲間を見つけ、一人は体験する人、一人はガイド役となる。「介入計画」で、目的地、時間枠、個人のリソースを考え、これから出会うだろう障害や好機も考慮しつつテリトリーの地図を作る。「介入の実行」で、旅に乗り出し、「評価と終結」で、進行 (進歩) を探知しながら目的地に到着する。「文化的倫理的配慮」では、尊敬と誠実さをもって、幸福増進のために行動する。

では次に、前述のような必須能力を持った治療者になるには、どうしたらよいだろうか？

Sperryは、そのプロセスについて、主に、仕事への取り組み (態度)、専門家への成長段階、実践モードといった3つ (具体的には5つ) の側面から述べている。

3. 必須能力を持った治療者になるために

その1：仕事への取り組み

仕事への取り組みは、仕事をどのように捉えているかによって、3つあるいは4つの取り組みが考えられる。つまり、それは、単なる仕事 (job) としての取り組み、業績 (career) 重視の取り組み、天職 (calling) あるいは天職 (vocation) としての取り組みである。

1) 単なる仕事 (job) としての取り組み

単なる仕事 (job) として専門職業に関係している人々にとって、働くことの価値は、仕事をすることの意義や満足感といったものではなく、物質的利益にある。換言すれば、これらの人々にとって仕事は、自分たちが仕事以外で楽しむためのお金を稼ぐ手段に過ぎない。必然的に、これらの人々の関心や向上心は、趣味などの仕事以外のと

ころに注がれる。

2) 業績 (career) 重視の取り組み

業績 (career) 重視で取り組む人々は、彼らの学派やクリニックあるいは機関の中での地位が向上し報酬が増えることに価値を置いている。このような自己本位に仕事へ取り組む人々は、給与が上がることや名声や地位の向上や昇進が、仕事の主要な焦点となる。

3) 天職 (calling) としての取り組み

天職 (calling) として取り組む人々は、金銭的な報酬や地位向上というよりも、むしろ仕事をもたらす目的や意義のために仕事をする。単なる仕事 (job) として取り組む人々や業績 (career) 重視で取り組む人々は基本的に自己に焦点づけているのに対し、天職 (calling) として取り組む人々は、他者や社会のために仕事をしている。従来、天職 (calling) という言葉は、道徳的あるいは社会的に重要な仕事に従事するために神から召喚 (call) されたという意味があった。今日では、その言葉は、他者の健康や世の中をよりよくするために貢献する仕事をするという意味に使われることが一般的に多いが、一方でスピリチュアルな面も含んでいる。

4) 天職 (vocation) としての取り組み

上記1) 2) と3) は、仕事をするものの価値が自己に向けられているのか他者に向いているのかによって明らかに区別される。しかし、天職 (calling) という言葉とより一般的に使われる天職 (vocation) という言葉の区別は、そんなに明確ではない。実際、これらの用語は同義語として使われることが多い。しかし、天職 (calling) と天職 (vocation) を区別することは有用である。多くの研究者は、最近、両方の構成概念について、使用上に役立つ有用な定義を提供している。彼らは次のように区別する。つまり、「両者はともに利他のために仕事をするけれども、純粋に内的理由のためにそうしている人々が天職 (vocation) であり、神や家族あるいは社会的要請といった外的なものに仕事の動機を置く人々が、天職 (calling) である。」(Dik,Duffy,&Eldridge,2009,

p.625)。

ただし、天職 (vocation) は独立して区別されるものなのか、天職 (calling) の変形であるのかはまだ決定されていない。

いくつかの研究では、1) 2) に比べ、3) 4) の方が、仕事や生活への満足感が強く、仕事に関連したストレスはより少なく、在職期間も長いとされている。(Claes&Ruiz-Quintanilla,1994)。

Sperryによると、「おそらく援助的な専門職にある人々は天職 (calling) への志向性をもつ確率が高く、特に臨床実践の訓練生や心理療法を実践している臨床家でその確率が高いであろう。私が何年も観察してきたところでは、いわば、非常に効果的な治療者は天職 (calling) あるいは天職 (vocation) への志向性を持っている」という。

4. 必須能力を持った治療者になるために

その2：専門家への成長段階

専門家への成長過程は、5つの成長段階に分けられる。

1) 初心者 (beginner)

この段階にいる訓練生は、問題を分析し介入するための知識と理解が制限されている。このような訓練生は、基本的原理や技術に頼っており、ルールに縛られ、基本的原理や技術を応用する柔軟性はない。

2) 上級の初心者 (advanced beginner)

この段階にいる訓練生は、介入のパターン認識や応用に関して限られてはいるものの能力は持っている。しかし、様々なクライアントや新しい状況に一般化することはまだ困難である。以前学んだルールや原理が、今は、ガイドラインになっている。この段階の訓練生は、必ずかなりのサポートと臨床的スーパーヴィジョンが必要である。

3) 最低限の必須能力はある人 (minimally competent)

この段階の心理療法家は、自立した実践家に求められるレベルの最低限の必須能力を持ち、ひとりで機能することができる。この段階の心理療法家は、長期目標について意識的に気づいており、

クライアントに対してプランをたてることができる。そして、介入プランの中でクライアントが適当に変化するように応用することができる。彼らは、典型的に、より容易にパターンを認識することができ、介入を個々に見立てることができる。彼らは、危機や他の問題が生じた時にはそれらに対処することができる。さらに、彼らは、理論と研究を、実践的応用の諸側面の中に統合することができる。

4) 熟練者 (proficient)

この段階の心理療法家は、クライアントをより統合的に理解することができる。治療的介入は、クライアントに配慮し、柔軟に行われる。

5) 専門家 (expert)

この段階の心理療法家は、臨床的状況を直感的に把握することができ、問題を即座に評価し、適当な介入を計画することができる。介入時点でそれが作用していなかったりする時は、それを直感的に認識し、早急に修正することができる。

こうした成長段階と効果的治療を達成するレベルとの関連性について、Sperryは次のように述べている。

つまり、上述の1)と2)はあまり効果的な治療ができない。3)は効果的に治療ができたりできなかったりする。4)は治療が効果的であったり非常に効果的だったりする。5)は、治療が非常に効果的である。

5. 必須能力を持った治療者になるために

その3：学習

必須能力を發展させる過程は、3つの学習の中で最もよく理解することができる。つまり、陳述的 (declarative) な学習と手続き的 (procedural) な学習と内省的 (reflective) な学習である。

陳述的 (declarative) な学習は、概念的、技術的、解釈的な知識を含んでいる。この種の学習は、講義や発表や議論、講読によって多いに促進される。

手続き的 (procedural) な学習は、知識を臨床実践に応用することであり、臨床経験やスーパー

ヴィジョンによって多いに促進される。それは、陳述的知識が現実化され洗練される時に生じる。手続き的学習は、本質的に技術に基づく (skill-based) ものであり、臨床的学習である。

内省的 (reflective) な学習は、陳述的な学習や手続き的な学習とは著しく異なっている。それは、陳述的な学習と手続き的な学習について内省し、一連の行為についてどうしてそうしたのかを内省することを含んでいる。また、内省は、クライアントやスーパーヴァイザーからのフィードバックによって大いに促進される。

必須能力の成長には、3つの学習すべてが必要である。

この3つの学習という側面から見ると、技術 (skill) と必須能力 (competency) の違いが明らかになる。つまり、技術の学習は、いくつかの陳述的な学習も含まれているが、基本的には手続き的学習である。対照的に、必須能力の学習は、3つの学習すべてを含んでいる。つまり、知識 (すなわち陳述的な学習)、技術 (すなわち手続き的な学習)、取り組み (すなわち内省的な学習) すべてを含んでいる。特に内省的な学習は、非常に熟達した効果的な治療のできる治療者になるために不可欠である。

6. 必須能力を持った治療者になるために

その4：実践モード

非常に効果的治療のできる治療者は、あまり効果的でない治療者とは、思考・行為・内省といった実践モードが異なるということが注目されている。(表1参照)

1) 思考

非常に効果的治療のできる治療者はそれぞれにどのように考えているのだろうか？彼らは自分がクライアントと結び付きを持っている (connecting) かどうかを早急に直感的に知ろうとしているように見える。そして、鋭敏に評価し概念化し介入の計画をたてる中で認知地図 (cognitive maps) を支えとしているように見える。さらに、彼らは、事例の概念化が正確であるかどうかを早

表1 より効果的な治療者とそうでない治療者の実践モード (Sperry, L. 2010)

実践モード	あまり効果的でない治療者	非常に効果的な治療者
思考 (Thinking)	<ul style="list-style-type: none"> ・主として直線的 (linear) な理由に注意を向ける。 ・正確なパターン認識が、難しく、遅い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・直線的 (linear) な理由と直線的でない (nonlinear) 理由に注意を向ける。 ・正確なパターン認識が、たやすく、迅速である。
行為 (Acting)	<ul style="list-style-type: none"> ・直線的な面接に注意を向ける。 ・直線的な質問をする。 ・ケースフォーミュレーションが難しく、ケース概念化が制限されている。 ・介入プランの修正の必要性が出た時に改善することができない。 ・フィードバックをめったにしない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・直線的な面接と直線的でない面接に注意を向ける。 ・介入的な質問をする。 ・個々に見立てた (tailored) 治療的介入をするためのケース概念化・ケースフォーミュレーションがたやすくできる。 ・介入プランの修正の必要性が出た時には容易に改善できる。 ・フィードバックを積極的にする。
内省 (Reflection)	<ul style="list-style-type: none"> ・セルフスーパーヴィジョンをめったにしない。 ・スーパーヴィジョンは何かあった時に受ける。ケースコンサルテーションは、ほとんど受けないか、全く受けない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的にセルフスーパーヴィジョンをする ・事前対策的にスーパーヴィジョンやケースコンサルテーションを受ける。 ・「内省的な実践家 (reflective practitioner)」になるために他の人たちの意見を聞く。

急に直感的に知る。これは、直線的な思考よりも非直線的な思考に優れていることを意味している。

2) 行為

非常に効果的な治療のできる治療者は、他の治療者よりもすべての必須能力に関して違ったように行為する。彼らは、クライアントとの治療同盟を容易に構築し維持することができる。彼らは、傾聴、反応、評価、公式化、介入計画などにおいて、他の治療者とはちがった方法を用いる。彼らは、観察や質問によってクライアントからフィードバックを探し続け、アウトカムの評価に進むことをアセスメントしているように見える。このように、彼らは、治療が目標上にあり変化を生んでいるかどうかを早急に知り、そのフィードバックに基づいて治療を修正する。専門家 (expert) は、治療環境が変化するように、治療的方向と方法を即座に作り変えさせることができる。これらの能力の結果として、非常に効果的な治療をする治療者は、複雑な臨床状況や困難なクライアントを扱うことに傑出している。

3) 内省

最後に、非常に効果的な治療のできる治療者は、

他の心理療法家と違って内省している。内省は、思考と行為よりも、外から観察することが難しいが、専門家 (expert) は内省から刺激を受けて、考え、行為しているのである。内省的実践は、訓練の中で専門家にコーチされながら自分自身の体験を徹底的に熟考することを含んでいる。それは、治療者がクライアントをより十分に理解するために自分自身の治療方法について内省したり、目標達成やクライアントの成長のための戦略や戦術をより十分に理解するために自分自身の治療方法について内省する過程である。

7. 必須能力を持った治療者になるために

その5：内省と内省的実践

非常に効果的な治療のできる治療者は、そうでない治療者に比較すると、スーパーバイザーや仲間やコンサルタントによる内省、自己内省、クライアントと共同の内省といった三つのタイプの内省実践をすべて行っていることが多い。訓練生と心理療法実践家の主な違いは、治療者としての訓練期間やスーパーヴィジョン期間中に、内省と内省活動をどのくらいしているかにかかっている。

8. ふたたびコンピテンシーとは？

コンピテンシーという言葉は、もともとは、ハーバード大学の心理学者 McClelland, D.C. を中心としたグループが、1970年代初めにアメリカ国務省からの依頼により、外交官の採用時成績と入職後の業績について比較調査を行った結果に由来する。彼らは、明白に高い業績を挙げている人の特性をコンピテンシーと称し発表した。その後、1990年代になり、企業や組織経営上においてコンピテンシーという概念は非常に注目されるようになり、医学界においても、あらゆる領域において専門医としての必須能力を確立しようとする動きが強まった。1999年に卒後教育認定評議会およびアメリカ専門医資格認定機構において、患者ケア・医学知識・対人コミュニケーションスキル・診療の質管理と改善・プロフェッショナルリズム・場やシステムに応じた診療といった6つの領域における必須能力が定められた。(Winston, A., Rosenthal, R.N., & Pinsky, H. 2004)

この「コンピテンシー運動 (competency movement)」は、精神医学や臨床心理学の領域にも波及するようになったが、その背景には、社会的要請として治療効果の証明 (効果研究)、エビデンスに基づく実践などが求められるようになった事が考えられる。

わが国では、一部の人々を除いて、旧態依然としている観があるが、今後はそうした方向に進むのではないかと、あるいは進みつつあるのではないかと思う。

おわりに

ほとんど Sperry の見解を引用する形で、「6つの必須能力」について述べてきた。

6つの必須能力の中心に「治療関係の構築と維持」が置かれていることは注目すべきことである。本論では、言葉による介入が強調されているように受け取る読者もいると思うが、「関係の構築と維持」は、何よりも非言語的な要素が重要であることを付け加えたい。

そのうえで、われわれは、広範な理論と技法

(knowledge) に精通し、柔軟な思考と行為 (見立てと介入) (skills) を、利他の理のもとに (attitudes) 実践したい。そして常に開かれた内省力 (reflection) を維持する臨床家でありたい。

コンピテンシーとは、クライアントの利益になるように、臨床実践の中で知識 (knowledge)、技術 (skills)、取り組み (attitudes) を統合する能力であり、専門的な訓練や内省 (reflection) によって高められるものである。

文 献

- Claes, R., & Ruiz-Quintanilla, S. (1994). Initial career and work meanings in seven European countries. *Career Development Quarterly*, 42, 337-352
- Dewan, M.J., Steenbarger, B.N., & Greenberg, R.P. (Eds.) (2004). *The Art and Science of Brief Psychotherapies: A practitioner's guide*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing. [鹿島晴雄・白波瀬丈一郎 監訳 藤澤大介・嶋田博之 訳 (2011) 短期精神療法の理論と実際 星和書店]
- Dik, B., Duffy, R., & Eldridge, B. (2009). Calling and vocation in career counseling: Recommendations for promoting meaningful work. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 625-632.
- 藤澤大介 (2010) Review of Books Abroad 精神療法第36巻 562-564.
- Sperry, L. (2010). *Core Competencies in Counseling and Psychotherapy: Becoming a Highly Competent and Effective Therapist*. (Core Competencies in Psychotherapy) New York: Routledge.
- Winston, A., Rosenthal, R.N., & Pinsky, H. (2004). *Introduction to Supportive Psychotherapy*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing. [山藤奈穂子・佐々木千恵訳 (2009) 支持的精神療法入門 星和書店]