

【2019 年度博士學位論文】

心理療法初期における
治療関係構築に効果的な
セラピストのコミュニケーション
—クライアントの視点から—

お茶の水女子大学大学院
人間文化創成科学研究科

横田 悠季

2020 年 3 月

目次

はじめに	研究着手に至る問題提起	6
第1章	序論	10
第1項	心理療法の効果・非効果に関わる治療関係	10
第2項	心理療法初期におけるクライアントの体験	15
第3項	本研究の目的および研究デザイン	17
第2章	研究1：心理療法の中断に至るクライアントの心理的過程	19
第1項	本研究の問題と目的	19
第2項	方法	21
2-2-1	研究デザイン	21
2-2-2	調査者	21
2-2-3	協力者	22
2-2-4	協力者と調査者との関係	22
2-2-5	データ収集の手続き	23
2-2-6	調査期間	24
2-2-7	倫理的配慮	25
2-2-8	分析	26
第3項	結果	27
2-3-1	上位カテゴリー (1) 頼れるのは専門家しかいない	28
2-3-2	上位カテゴリー (2) 熱意が無く自分を受け入れてくれない	30
2-3-3	上位カテゴリー (3) 居場所として見いだせない	33
2-3-4	上位カテゴリー (4) ここで前進することを拒む	35
2-3-5	上位・中位カテゴリーの該当人数	37
2-3-6	心理療法の中断の決定に至るクライアントの心理過程のモデル作成	38
第4項	考察	40

第5項	本研究の限界と今後の課題	42
第6項	追記	43
第3章	研究2：心理療法の継続に至るクライアントの心理的過程	44
第1項	問題と目的	44
第2項	方法	49
3-2-1	研究デザイン	49
3-2-2	調査者	49
3-2-3	協力者	50
3-2-4	協力者と調査者との関係	51
3-2-5	データ収集の手続き	51
3-2-6	調査期間	53
3-2-7	倫理的配慮	53
3-2-8	分析	53
第3項	結果	54
3-3-1	上位カテゴリー (1) 切迫感とためらい	56
3-3-2	上位カテゴリー (2) 居心地が良い	59
3-3-3	上位カテゴリー (3) 肯定と方向付けを明示する	60
3-3-4	上位カテゴリー (4) 自分を受け入れてくれる・頼れる人に出会えたと感じる	64
3-3-5	上位カテゴリー (5) 問題解決への希望と自己開示の表出が促進される	67
3-3-6	上位・中位カテゴリーの該当人数	69
3-3-7	心理療法の継続に至るクライアントの心理過程のモデル作成	70
第4項	考察	71
第5項	本研究の限界と今後の課題	74

第6項 追記.....	74
第4章 小括.....	75
第1項 中断事例と継続事例との比較.....	75
第2項 心理療法初期における治療関係構築に効果的なセラピストのコミュニケーションの仮説生成.....	78
第5章 研究3：初回面接におけるセラピストの肯定はクライアントにどのように評価されるか.....	82
第1項 本研究の問題と目的.....	82
第2項 方法.....	86
5-2-1 研究デザイン.....	86
5-2-2 データ収集法.....	86
5-2-3 模擬面接ビデオの作成過程.....	86
5-2-4 調査票.....	90
5-2-5 調査手続き.....	91
5-2-6 調査期間.....	92
5-2-7 倫理的配慮.....	92
5-2-8 分析.....	92
第3項 結果.....	94
5-3-1 うつ病群，健常群における協力者の特性の比較.....	94
5-3-2 肯定群，反射群の比較.....	95
5-3-3 セラピストの性別の比較.....	99
5-3-4 セラピストの性別を制御変数とした偏相関分析.....	100
5-3-5 肯定群を選んだ理由と印象的な発話の比較.....	101
5-3-6 反射群を選んだ理由と印象的な発話の比較.....	104
第4項 考察.....	106

第5項 本研究の限界と今後の課題	109
第6項 追記.....	111
第6章 総括.....	112
第1項 心理療法初期におけるセラピストの肯定の効果.....	112
第2項 クライエントの体験による心理療法初期における治療関係構築のモデル	116
第3項 研究の課題と今後の研究の展開	118
6-3-1 本研究の限界.....	118
6-3-2 今後の研究の展開.....	120
終わりに.....	125
文献.....	127
資料.....	140
資料1 心理療法模擬ビデオのシナリオ	140
資料2 心理療法模擬ビデオの映像	147

はじめに 研究着手に至る問題提起

毎年約 3,000 人の臨床心理士が誕生し、登録者数は 2017 年時点で 3 万人を超える（公益財団法人日本臨床心理士資格認定協会，2017）。また、平成 27 年に公認心理師法案が可決され、平成 30 年 9 月 9 日に行われた第一回公認心理師試験の結果、3 万人弱の公認心理師が誕生した（参考：厚生労働省，2018）。心理の専門職の存在は社会に徐々に浸透するようになっており、今後益々我が国において臨床心理士及び公認心理師は、心理の専門家としての独自性と意義を社会に発信することが求められる。

そもそも、心理専門家の職務の独自性と意義は何か。おおまかに言うと、相談者の心のケアに従事することを職務とすることである。メンタルヘルスケアは心理的・精神的な支援が必要な人に対する科学的で適正な支援を行うための方法や手続きを言う（元永，2010）。つまり、心のケアに従事する際、臨床心理学という学問に基づき支援していくことが求められる。一方でメンタルヘルスケアは「他者の“生”を支える働きかけ（三井，2004）」でもある。つまり、臨床心理的支援の目標は、おおまかに言えば相談者が“よりよく生きる”ことである。Fox（1957）はメンタルヘルスの特性として「不確実性」と表している。具体的にはどんなに理論や技術が発展しても「不可能なことが存在すること」、「相談者の“自然治癒力”」の違いなど相談者の身体的個別性が存在すること」をあげている。この「個別性」が臨床心理学的支援の特徴の一つと言える。相談者の“生”には独自性がある。そのため、臨床心理学的支援では完全に決まったマニュアルを遂行するのではなく、相談者一人一人に応じて支援を行う。“よりよく生きる”ということも人によっては捉え方が異なるため、“売り上げが〇%増える”，“血液検査で肝機能の項目の数値が改善する”など、業務達成は数字で測れるものではない。他者の“生”に携わり、目標を模索しながら支援を行うことはある意味やりがいがあることである。しかし、業務は常に不確実さが付きまとうストレスフルな仕事であるとも言える。

心理的支援という業務の特徴として、他にも心理的な悩みや疾患を持つ人を対象にする“感情労働”であるということがあげられる。このこともある意味ではやりがいのある仕事と言える。しかし、心理専門家はしばしば相談者の壮絶な体験を聴いたり、感情的に揺さぶられるような言動を目の当たりにしたりし、精神的に圧倒されるような出来事に遭遇することがある。「共感疲労」、「バーンアウト」、「二次受傷」といった問題は対人援助職者に生じやすい困難の一つである。Sherman と Thelen (1998) は心理専門家 522 名に実践に関する困難に関して実態調査を行った。その結果、最も割合が多かったのが「困難なクライアント（自殺、境界性パーソナリティ特性をもったクライアントなど）と接する」であり、全体の約 72% の者に該当した。大学院等の訓練課程で知識を積み、実習を経験しているとはいえ、修了後いざ専門家として現場で働くと、様々な予期せぬ困難に遭遇し自信を失うケースは少なくない。この実際の職場で苦痛や不快感をともなった予期せぬ現実に遭遇する時に体験するショックを「リアリティ・ショック」という（遠藤, 2016）。岡本（2007）は臨床心理士 22 名を対象にインタビュー調査をした結果、入職後の体験として臨床心理士の社会的地位に関するショックと、大学院で学んだ知識と現場との乖離によるショックの 2 種類のショックを経験することを明らかにした。特に後者である知識と現場の乖離は多くの心理専門家が遭遇する問題であると言える。ただし、現場で知識だけでは通用しないことを体験することは職業的成長に必要なことであり、リアリティ・ショック自体は問題ではない。問題はそのリアリティ・ショックをどのように対処・克服するかである。“他人”の心理的問題を扱う心理専門家自身が自分自身に対するケアにスキルを用いないという問題を Norcross (2000) が指摘している。米国の実態調査では、心理専門家の 60% が実践を続ける上で深刻なうつ体験が生じ、自尊心の不足・不安・職業上の心配といった苦痛が報告されている (Pope & Tabachnick, 1994)。しかし心理専門家のメンタルヘルスの問題は盲点となりやすい。

このような背景から、筆者は修士論文研究のテーマを“心理臨床家の困難な体験における

セルフケア”とした（横田，2011）。心理専門家のセルフケアに関する尺度を開発し，116名の心理専門家に質問紙調査を実施し，セルフケアとバーンアウトおよび職業的コンピテンスとの関連を明らかにした。ここではセルフケア尺度に関する内容は割愛する。リッカート法で「0=全く当てはまらない～5=非常に当てはまる」の6件法の内，職業的な満足度の平均値は3.7と概ね高い得点であった。一方で「セラピストという役割においてあなたはどれくらい自信を持っていますか」という項目の平均値が3.0であった。加えて「心理面接の技法とストラテジーにどの程度習熟していますか」という項目の平均値は2.8であり，全体の約1割が0または1点と回答した。今回の協力者の大半が5年以下の若手であれば，ある意味当然であるかもしれない。しかし協力者の経験年数は「6～10年」の群が最頻値であり，「11～20年」群と合すると全体の約60%であった。決して経験年数を見ると“若手”とは言えないが，それでも全般的に職業的コンピテンスが高くない結果となった。専門家として自信があると自己評価していることが必ずしも良いという訳ではないが，問題は専門家として技法の習熟に関する自信が概ね低いという事態ではないかと考えた。セルフケアは心理専門家にとって非常に重要であるが，あくまでも対症療法である。ストラテジーの習熟が不十分だと感じている専門家の多さから，専門家のコンピテンス向上やリアリティ・ショックを防ぐための研究は意義が高い。そこで，専門家のコンピテンス向上やリアリティ・ショックを防ぐ上で，“現場のリアル”，特に臨床における困難に対処する研究が役立つと考えた。失敗や困難は出来れば隠したい内容であるが，それをオープンに扱うことで，失敗それ自体が恥ずべき経験ではなく，専門家が成長する上で重要な経験であることに気付かされる。例えばKottlerとCarlson（2003/2009）は著名な心理専門家に一番失敗だったと思う事例をインタビューした。これを読むと，彼らがその事例に対してどのように向き合い今後の職務の糧としたかを学ぶことが出来る。また，海外ではSchwartzとFlowers（2006）による『How to Fail as a Therapist』という文献のような，初学者のためのワークブックが存在する。わが国では例えば岩壁（2007）による心理療法の失敗に関して体系的にまとめた書籍が

ある。しかし、心理療法の失敗や困難への対処法を研究として行ったものは決して多くない。上記の失敗事例に関する書籍は専門家の視点によるものであるが、“現場のリアル”を知るためには相談者自身の視点を理解する必要がある。心理療法における達成および失敗は相談者によって捉え方が異なるので研究するのは困難であるという問題がある。しかし、心理療法初期、すなわち利用した心理療法を続けるかやめるかという決定過程は多くの相談者が体験し、かつ比較的シンプルな現象であり研究することが可能ではないかと考えた。以上が、本研究の着手に至る過程である。

なお、本研究では「心理療法」と表記を統一している。類似した用語として「カウンセリング」があげられる。心理療法は相談者の心理的苦悩の改善やパーソナリティ変化に働きかけ、セラピストとクライアントとの関係を重視することを特徴としており、対してカウンセリングは相談者の健康な側面の成長の促進に働きかけ、共感とガイダンスに基づく簡潔な介入を特徴としているという違いがある（下山, 2010）。本研究では基本的には相談者は「心理療法」を受けたことを想定し、「心理療法」を行う専門家を「セラピスト」、相談者を「クライアント」と表記する。また、「セラピスト」以外の表記として、心の専門家を強調して述べる場合には「心理専門家」、特定の専門資格を述べる場合には「臨床心理士」および「公認心理師」と表記する。また本研究では心理療法の「初期」に着目しているが、どの段階を初期とするのかは研究者によって定義が異なる。ここでは Barrett ら（2008）の“メンタルヘルスケアにおける初期の自己中断（Early Withdrawal）”に関するレビュー論文をもとにする。彼らのレビュー論文に関しては序論第2項で改めて述べるが、初期の中断の割合が10セッション以内で大半を占め、大半のクライアントは11セッション以上の利用から効果が得られることが実証されていることから、本研究では概ね10セッション以内を想定している。

第1章 序論

第1項 心理療法の効果・非効果に関わる治療関係

“心理療法に効果があるか？”という問いに対する議論は1950代から盛んに行われるようになった。その契機となったのは、Eysenck (1952) の論文である。彼は多数の文献をレビューした結果、心理療法における神経症の治療率が自然治癒率を下回ることから“心理療法は逆効果である”と主張した。Bergin (1971) は彼の研究の選択の恣意性を批判し同じデータを再分析したところ、心理療法に効果があるという結論に達した。上記の論争は効果研究の発展の契機となり、系統的に心理療法の効果を実証する手法としてのメタ分析の開発 (Smith & Glass, 1977) へと発展した。Smith と Glass (1977) は、心理療法の効果サイズの平均は0.68であるとし、心理療法は効果があることを示した。

その後、“心理療法は効果があるのか”という問いから“どの方法に効果があるのか”という特異的な問いに移行するようになった (杉浦, 2004)。アメリカ心理学会は蓄積された効果研究の知見をもとに1995年に「経験的に支持された介入法 (Empirically Supported Therapies: ESTs)」を作成した (American Psychological Association Task Force on Psychological Intervention Guidelines, 1995)。例えば「十分に確立された介入法」として、「パニック障害／全般性不安障害／うつ病への認知行動療法」があげられる (Chambless et al., 1998)。

このように、心理療法の特定の技法に関する効果は体系的に研究が行われているが、“様々な心理療法に共通した効果の要因は何か”という議論はさらにさかのぼることが出来る。Rosenzweig (1936) は様々な心理療法における暗黙の共通要因と効果には均質性があることを述べた。その共通要因として (1) カタルシスなどの暗黙で言語化されない要因の操作、優れたセラピストのパーソナリティの定義化されていない効果、(2) 再統合の基盤としての治療的イデオロギー、(3) 心理的イベントの代替的な定式化、人格組織の相互依存性、

としている。彼は様々な心理療法でも同等の効果をもたらすことが推測されるということから「the dodo verdict」、すなわち「ドードー判定」と表した。なお「ドードー」は『不思議の国のアリス』に登場した鳥で、アリスや動物をレースさせ“全員優勝”と判定しことから名前に用いられている。この心理療法の「共通因子」に関する研究は1970年以降活発となった。AsayとLambert(2006)は、多くの効果に関する論文をレビューした結果、おおまかに以下の変数が効果に寄与していることを述べている(ちなみに、彼らは統計に基づいて作成しておらず、パーセンテージは保証の限りでないと述べている)。その変数とは(1)治療外変化(寄与率40%、クライアントの自我強度や環境要因など)、(2)期待またはプラセボ効果(寄与率15%、治療を受けていることに対する知識や特定の治療技法や理論的解釈に対する信頼)、(3)技法(寄与率15%、特定の理論・技法)、(4)治療関係(寄与率30%、特定の治療理論に関わらない治療変数)である。最後の「治療関係」すなわちセラピストとクライアントとの信頼関係や、セラピストの温かさや受容・共感的態度が様々な心理療法に共通して効果を及ぼす要因であることが言われている。

一方、心理療法の非効果に関する研究はどうか。心理療法はおおむねクライアントの5～10%の割合で悪化していることが報告されている(Lambert & Ogles, 2004)が、セラピストはネガティブな効果に関しては見過ごしやすい傾向にある(Boisvert & Faust, 2006)。Lilienfeld(2007)はアメリカ心理学会のESTsに対して、「害を与え得る介入(Potentially Harmful Therapies ; PHTs)」を作成し、PHTsに注意を払うべきであると警鐘した。過去の「Psycho Info」のデータベースをもとに、リストを作成した。害を与え得る介入として「重大な出来事に対するストレスデブリーフィング」や「スケアードストレート(恐怖を体験させ事故を未然に防ぐ方法)」などを取り上げている。このように特定の技法がクライアントの悪化の可能性を高めることが明らかになっているが、特定の理論や技法に関わらず非効果を及ぼす要因、すなわち共通因子は何か。結論から言うと、心理療法の効果の共通因子の一つが治療関係であると同様に、非効果の共通因子もまた治療関係である。多くの研究から、

クライアントに対するセラピストのコミュニケーションや行動が心理療法の非効果 “poor outcomes” と関連している (Castomguay et al., 2010)。Castomguay ら (2010) は、例としてセラピストの攻撃性や敵意、冷淡な態度、対立的な自己開示をあげている。

このように、治療関係が心理療法の効果あるいは非効果を及ぼすことが多くの研究で指摘されている。このことは特に心理療法の初期に当てはまる。心理療法の初期における治療関係の質が効果を予測することが言われている (Constantino et al., 2002; Hilsenroth & Cromer, 2007)。一方心理療法の初期における非効果 “poor outcomes” は何か。害を与え得る心理療法はクライアントの自己中断の割合を高めると Lilienfeld (2007) は指摘しているが、心理療法初期で起こりやすい非効果 “poor outcomes” は、クライアントの自己中断であると言える。

心理療法におけるクライアントの自己中断率はおおよそ 30~50% である (例 ; Baekeland & Lundwall, 1975 ; Garfield, 1994 ; Melo & Duimaraes, 2005 ; Wierzbicki & Pekarik, 1993)。特筆すべきことに、この割合は 50 年以上からほとんど変わらない (Barrett et al., 2008)。おおよそ 30~50% の利用者が 3 セッション以内に中断し、特に初回後が多い (Affleck & Medwick, 1959 ; Gallagher & Kanter, 1961 ; Hiler, 1958 ; Wierzbicki & Pekarik, 1993)。「はじめに」で述べたように、Barrett ら (2008) が自己中断に関してレビューした結果、クライアントの約半数が 3 から 10 セッション以内に中断している (Brandt, 1965; Garfield, 1994; Lorion & Felner, 1986; Sparks, Daniels, & Johnson, 2003; Wierzbicki & Pekarik, 1993)。特に初回後の自己中断が多いことを報告している。エビデンに基づく介入の 11 から 13 セッションがクライアントの大半が改善するには必要である (Hansen, Lambert, & Forman, 2002) ことから、多くのクライアントが “adequate dose” すなわち十分なセラピーを受けていなので改善が限定されることを Barrett ら (2008) は指摘している。

特筆すべきことに、自己中断に関する先行研究の多くはクライアント、すなわち自己中断者の特性に焦点を当てている。筆者が自己中断者の特性に焦点を当てた先行研究を整理し

た結果, おおまかに「(1) デモグラフィック」, 「(2) 精神疾患」, 「(3) パーソナリティ・心理状態」, 「(4) 継続の動機づけや中断歴」に大別出来る(横田, 2015)。筆者の先行論文をもとにまとめたのが表1である。

表1 中断しやすい相談者の特性*1

(1) デモグラフィック(人口統計的変数)	
社会経済的地位の低さ*2	Baekeland & Lundwall, 1975; Bischoff & Sprenkle, 1993; Fiester & Rudestam, 1975; Werner-Wilson & Winter, 2010; Wierzbicki & Pekarik, 1993
社会的孤立(独居, 社会資源の少なさ)	Baekeland & Lundwall, 1975; Bischoff & Sprenkle, 1993; Werner-Wilson & Winter, 2010; Zax et al, 1961
若年	Blanca, et al, 2009; Edlund, et al., 2002; Thormählen et al., 2003
(2) 精神疾患	
物質依存	Beakland & Lundwall, 1975; Blanca et al., 2009; Melo & Duimaraes, 2005; Pelkonen et al., 2000
パーソナリティ障害	Martino et al., 2012
精神病性障害	Olfson et al., 2009
(3) パーソナリティ・心理状態	
攻撃性・敵意	Beakland & Lundwall, 1975; Hiler, 1958; Lloyed et al., 1973
自己開示の拒絶・対人不信感	Beakland & Lundwall, 1975; Blane & Meyers, 1963
(4) 利用意思	
利用継続の動機づけの低さ	Bischoff & Sprenkle, 1993; Dodd, 1971; Kendig, 1956
過去の相談歴がないこと	Werner-Wilson & Winter, 2010
自己中断歴があること	Baekeland et al., 1973

※注：

*1 横田(2015)の論文をもとに表化し, 一部表記の修正を行った。

*2 社会経済的地位の低さと自己中断との関連は国あるいは地域における医療システムが関連している(例: Reneses et al., 2009)。日本では国民皆保険制度があり, 必ずしも社会経済的地位の低さが自己中断に大きく関連するとは言えない。しかし我が国の大規模調査の結果, 所得の少ない者は外来受診を控える傾向にあることが豊川ら(2012)の調査研究で報告されており, 医療アクセスと経済的負担との関連が示唆される。

つまり、自己中断しやすい者の特性として、経済的あるいは社会的資源の乏しい者、特定の精神疾患を持つ者、対人不信や敵意の高さといったパーソナリティを持つ者などがあげられる。これはメンタルヘルスケアの利用者特有の問題が孕んでおり、他者からのケアを継続して受けること自体が難しい特性を持つ者がいることが示されている。

ここで述べておきたいのは、自己中断そのものが問題でありクライアントは自己中断すべきではないことを言いたい訳ではないということである。心理療法に限らず、我々は様々なサービスやケア（例：病院の通院）を受けるにあたって、自分に合わないと思ったら利用をやめることがある。一つの場所に固執する必要はなく、数ある中で選択出来るのである。それと同様に、クライアントが数ある心理療法の中で自分に合うものを取捨選択することは必ずしも問題ではない。しかし、自己中断をすぐに治療的失敗と考えるのは誤りであるが問題ではないというのも誤りであると岩壁（2007）は指摘している。自然回復や治療の再来のケースを除いて、大体のクライアントは心理療法の中断後状態が悪化する（Baekeland & Lundwall, 1975）。さらに、クライアントだけでなくスタッフ側にも悪影響をもたらす（Barrett et al., 2008）。例えば、キャンセルは他のクライアントが予約を求めていた可能性もあったにも関わらず、セラピストの時間が無駄になる（Joshi et al., 1986）。あるいはセラピストの意欲の低下や転職につながる（例；Klein et al., 2003；Tantam & Klerman, 1979）。自己中断された経験は時として専門家としての成長につながる場合があるが、経験の少ない者にとっては自信の低下につながり得る（例；岩壁, 2010）。さらにはクライアントの多くはセラピストに理由を言わずに自己中断をする（Gerard & Saenger, 1959；Straker et al., 1967）。しかも Hunsley（1999）は 194 名の自己中断したクライアントの記録をレビューしたところ、クライアントがたとえネガティブな理由で中断しても大概心理療法に満足だとセラピストに報告する傾向にあったことを明らかにしている。つまり、クライアントの自己中断における問題は自己中断そのものではなく、未然に防げたかもしれないクライアントの中断をセラピストが見過ごし、かつ理由がわからないため次の教訓として生かしく徒に自信喪

失を招く可能性があるということである。

Sharf (2009) は心理療法の自己中断に関する 73 もの文献をメタ分析した結果、最も自己中断に関わる効果量が大きかった変数が治療関係であり、クライアントの疾患の診断や症状の重症度、デモグラフィック変数は小さい効果量であったことを明らかにしている。このことから、クライアントの特性よりも治療関係の方がクライアントの自己中断に関わることが明らかになっている。心理療法の初期における治療関係の構築はその後の心理療法の展開を左右するほど重要である。しかし、心理療法初期でどのようなセラピストのコミュニケーションが治療関係構築・非構築に関わるのかという問いに焦点を当てた研究はほとんど見当たらない。確かに自己中断しやすいクライアントの特性を把握しておくことは重要である。しかし、それに関して何らかの知見を得たとしても、セラピストとしての対策あるいは予防を行うことは不可能あるいは困難である。例えばクライアントが若年であるほど自己中断しやすいということが明らかになったとしても、セラピストとしてそれに関して何らかの策を講じることは困難である。対策を講じることが出来るやり方はセラピストのコミュニケーションである。

さらに重要な点として、これまでの研究で一貫して示されているのは良好な治療効果と最も関連しているのはセラピストの共感性や誠実性や受容性に関する自己評価や実際の行動評定ではなく“クライアントがセラピストについてどう感じていたのか”ということである (Peebles, 2002/2010)。したがって、心理療法初期においてどのようなセラピストのコミュニケーションが治療関係構築に効果があるのかについて“クライアントの体験から”明らかにする必要がある。

第 2 項 心理療法初期におけるクライアントの体験

自己中断者に中断理由を聞いた研究はいくつかある。Khazaie ら (2013) は、精神科外来

を受診中断した精神疾患の患者を対象に、理由について電話インタビューを行った。その結果、中断者は非中断者よりも治療者の能力や効果に対する信頼が低かったことが明らかになった。また、Hoyerら（2006）はドイツの健康雑誌のうつ病への心理療法の特集の中で調査依頼を呼び掛け、心理療法に関する満足度などと併せて「心理療法を受けて不快な体験をしたことがあるか」について調査した。473名から回答が得られ、461名のデータを分析対象とした。39.2%（176名）の者が、心理療法で不快な経験をしたと回答した。Hoyerらは3つのカテゴリーに大別した。3つのカテゴリーとは「(1) セラピストの行動への不満、セラピストの関心の欠如、非合理的な行動（17.1%）」、「(2) セラピーの手続きへの不満、介入への非承認、不透明性、構造上の問題（15.2%）」、「(3) 否定的な感情・行動反応、セラピーへの恐怖や不快（8.8%）」であった。2名の協力者がセラピストに秘密を漏洩されたことを報告し、3名の協力者が関係性の不確実性を報告した。また、Roeら（2006）は、個人心理療法を受け、3年以内に終了した84名のクライアントにその理由として自由記述式でアンケート調査を行った。なお、相談期間の平均は27.7か月（SD：18.70）であった。データをグラウンデッド・セオリー・アプローチで分析を行った結果、6つのカテゴリーを生成した。その6つは「(1) 環境要因（コード数の割合：54.6%）」、「(2) 目標を達成したことによる満足（45.5%）」、「(3) セラピストへの不満（36.4%）」、「(4) 心理療法の不満（29.9%）」、「(5) 自立への望み（14.3%）」、「(6) 新たな関係性による忙しさ（11.7%）」であった。このように、実際に自己中断者に中断理由を聞くと、セラピストのコミュニケーションに対して何らかの不満や不信感があったことが明らかになっている。しかし、具体的にどのようなコミュニケーションでそのように感じたのか、どのようにセラピストとの関係に変化が生じたのかは不明である。

Elliott（2008）はクライアントの体験を調査する重要性について次のように述べている。まず、クライアントの体験を調査することは、心理療法のプロセスの理論的理解を深める上で中心となる。次に、クライアントの潜在的な体験を理解することで効果的な介入を行うこ

とに役立つ。例えばセッション中に見過ごされやすい体験（特に隠された不満や意識的な回避など）を理解することはクライアントと効果的に作業する上で役立つ。特にクライアントの自己中断において、直接セラピストに否定的な感情を表さない傾向にあるため、自己中断における潜在的な体験を理解することは役に立つ。単に治療関係構築に効果的あるいは非効果的なセラピストのコミュニケーションのみに焦点を当てるよりも、クライアントの心理的な体験を理解する方が、臨床的に意義がある。

心理療法初期におけるクライアントの体験、かつ治療関係構築・非構築の過程に焦点を当てる際、“心理療法初期”と一口に言っても幅広い概念を持つ。そこで、本研究はクライアントの心理療法の自己中断あるいは継続の決定過程に着目した。心理療法初期において、強制的な来談を除くほとんどのクライアントがまず通過する段階は、来談し続けるかやめるかという選択である。心理療法初期の中で限定した過程に着目することで、より効果的なセラピストのコミュニケーションを明確にするのでないだろうか。さらに、心理療法の自己中断あるいは継続の決定過程という、相反する過程を比較することで、より際立った効果的なセラピストのコミュニケーションの特徴を明らかにすることが出来ると考えた。

第3項 本研究の目的および研究デザイン

本研究の最終目的は、心理療法の初期における治療関係構築に効果的なセラピストのコミュニケーションをクライアントの体験から明らかにすることである。そのために、まずクライアントの心理療法の中断または継続の決定過程における心理的体験を明らかにすることを試みた。クライアントの体験に着目し、理論を探索的に生成するために、質的研究が適当であると判断した。特に研究協力者の観点に根付いた形でプロセスや相互行為に関する一般的な抽象的な理論を引き出す手法（Creswell, 2009/2013）であるグラウンデッド・セオリー・アプローチが適当だと判断した。そして、クライアントの中断および継続の体験を比

較し、心理療法初期におけるセラピストの効果的なコミュニケーションに関する仮説を生成した。

生成した理論が妥当であるかを検証するために、実験研究（準実験法）を通して仮説検証を行った。すなわち本研究は質的研究と量的研究のミックス法（Creswell, 2009/2013）を用いた。クライアントの体験から重要なセラピストのコミュニケーションを明らかにすることは臨床的な意義が大きいですが、実際にそれが効果的であるかを実証することも意義がある。

具体的には以下の手順で研究を行った（図1）。まず、クライアントの視点から心理療法初期における利用の中断（第2章）または継続（第3章）の決定過程を明らかにした。そして、中断事例、継続事例から得られた結果を比較し、治療関係構築に効果的なコミュニケーションに関する仮説を立てた（第4章）。最後にセラピストのコミュニケーション以外の変数を統制した心理療法の模擬ビデオを作成し、質的研究で得られた仮説を検証した（第5章）。最終的に得られた結果をもとに総括を行った（第6章）。

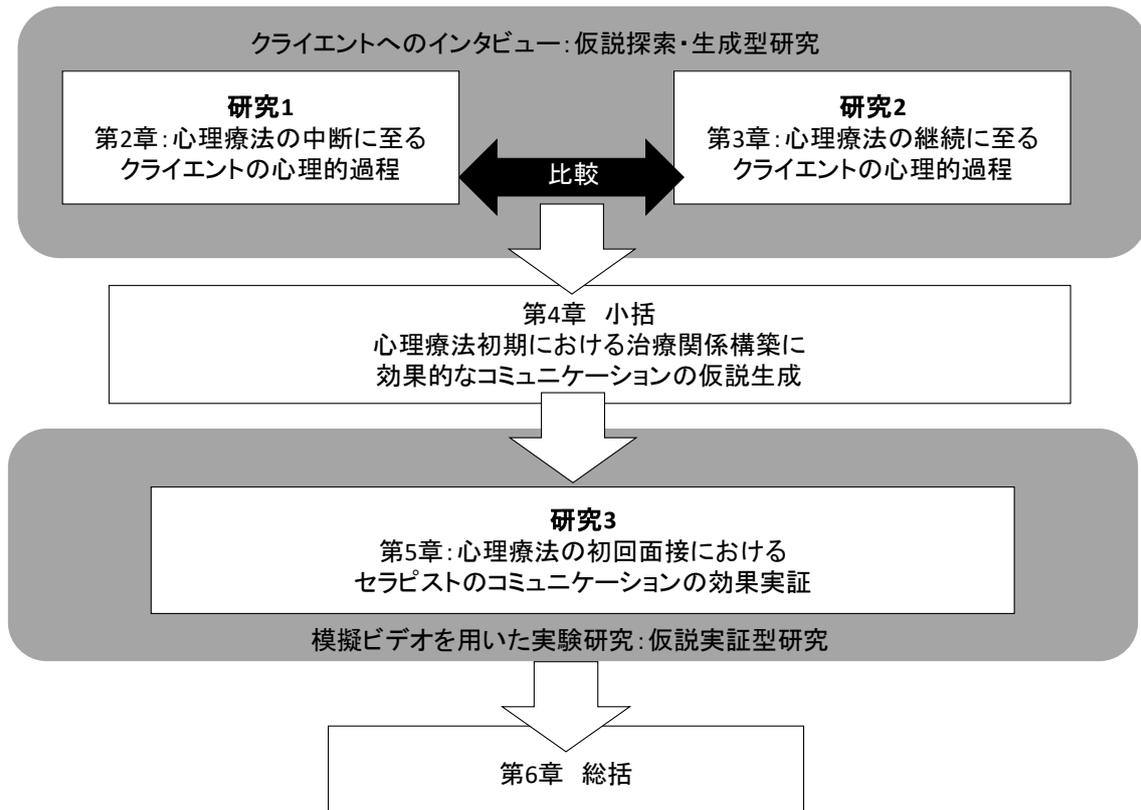


図1 本論文の構成

第2章 研究1：心理療法の中断に至るクライアントの心理的過程

第1項 本研究の問題と目的

前章でとりあげたように、自己中断したクライアントの多くはセラピストのコミュニケーションに何らかのネガティブな感情を抱いていることが示唆されているが、具体的にどのようなセラピストコミュニケーションがクライアントにとって非効果的であったかに関して明らかにした研究は非常に少ない。

Sherwood (2001) は、8名の心理療法を受けた経験のある者にインタビューを行い、現象学的方法でデータを分析した結果、心理療法を受けたことによる害に関して、次の4つのカテゴリーを生成した。1つ目は「クライアントはセラピストが脅威となる体験に自分を置き去りにしたと経験する」であった。具体的にはクライアントはセラピストから何も返って来ない、「双方向的な輝きが無い (no two way glow)」, 人としての温かさを感じずと感じ、セラピストを「色の無い人間 (colourless person) 」, 「顔のない道具 (a faceless tool type thing) 」, 「未知の品質 (an unknown quality)」と知覚した。そして、自分の苦痛な体験をセラピストのサポートが無いまま晒され、見捨てられたような体験をしたことを表すものであった。2つ目は「クライアントはセラピストが不正に関わっていると経験する」であった。具体的には自分の意に沿わない技法 (例：ゲーム) を通し感情を表出することを求められ、「軽視された」感覚を抱き、「感情的に消耗」したことを表すものであった。3つ目は「クライアントはセラピストの個人的なアジェンダに“ハイジャック”されたと感じる」であった。具体的にはセラピストがあたかも自分の問題であるように方向づけ、クライアントの意見を聞かずに指示を与える関わり方であり、心理療法の展開の決定権をクライアントに与えずあ

まりにも早く展開され未解決のまま終了してしまったことで「ダメージを与えられ」、「過度に露出された (overexposing)」と感じさせるものであった。4つ目は「クライアントは治療的出会いを、自己評価が下げられ対処スキルを弱められたものとして経験する」であった。具体的にはクライアントはセラピストにとって問題解決に役に立たない者として評価されたり、あたかも幼い子どものように軽んじられたり、問題の対処能力が無い者としてみなされ、最悪の場合自分が「劣った人間 (a lesser human being)」かのように感じさせる関わり方であることを表すものであった。

McGregor ら (2006) は 20 名の幼少期性的虐待 (childhood sexual abuse: CSA) を受け、少なくとも 5 回以上心理療法を受けた経験のある女性に対し、「心理療法で非常に役に立ったこと」、「いくらか役に立ったこと」、「役に立たなかったこと」をインタビューした。グラウンデッド・セオリー・アプローチによる分析の結果、「治療関係を構築すること」、「CSA の体験とその影響を話すこと」、「セラピーのエラーを扱うこと」というテーマを生成した。この内 3 つ目の「セラピーのエラーを扱うこと」はセラピストの非効果的なコミュニケーションに関するものであり、以下の 4 つのカテゴリーを生成した。一つ目は「(1) セラピストが消極的である」であり、セラピストがクライアントの問題に関わろうとせず、反応が無いことに対して、クライアントがフラストレーションを感じていたことを表すカテゴリーであった。ただ聴いているだけでセラピストの考えや示唆を与えず反応が乏しいために、クライアントは切り離されたような感じを受け、この心理療法から何かが得られるどうかに関して疑問を抱く体験を明らかにした。二つ目は「(2) セラピストが過度に客観的である」であり、セラピストが過度に“blank screen”に徹し、情緒的な関わりが乏しく拒否的であるために、クライアントは屈辱を受け、傷つき、怒りを感じていたことを表すカテゴリーであった。三つ目は「(3) セラピストが意味を誤って解釈する」であり、クライアントの性的虐待などの体験や、クライアントの発言の意図に関する解釈が、クライアントにとって間違っていると感じ、怒りを抱いたことを表すカテゴリーであった。四つ目は「(4) セラピストが怒る」

であり、少数であったがセラピストがクライアントの発言に対して不満を述べる、あるいは怒りを表すカテゴリーであった。セラピストの人間性に疑問を持ち、その後関係を修復することは無かったと述べる者がいた。

上記の2つの研究で共通していることは、セラピストが過度に距離を置く関わり方と、指示的で害を与える侵襲的な関わり方に大別出来るという点である。ただし、上記の研究は特定の段階に限定しておらず、心理療法初期ではどのようなセラピストのコミュニケーションが非効果的であるのかは明らかにされていない。そこで本研究は心理療法初期におけるセラピストの非効果的なコミュニケーションを、クライアントの自己中断の決定過程から明らかにすることを目的とした。

第2項 方法

2-2-1 研究デザイン

前項で述べたように、本研究は心理療法初期におけるセラピストの非効果的なコミュニケーションを、クライアントの自己中断の決定に至る心理過程から明らかにすることを目的とした。したがって、現象から帰納的に理論を発見するグラウンデッド・セオリー・アプローチ (Strauss & Corbin, 1998/2004) が適当だと判断した。

2-2-2 調査者

インタビュー調査は全て筆者が行った。筆者は臨床心理学専攻の大学院の学生であった。筆者は、協力者が自己中断した施設およびセラピストと関係性は無い。また、協力者と何らかの関係(例:友人)にあるとインタビューおよび得られるデータに影響を及ぼす可能性が

高いことから、筆者と個人的に関係をもつ者は研究協力を依頼しなかった。

2-2-3 協力者

協力者の参加条件として、過去に心理療法の中断を経験し、別のセラピストによる心理療法で終結をした者とした。この理由として、心理療法を中断して別の心理療法を受けていない者であると精神的苦痛を再体験する、あるいは過度にネガティブな体験を強調する可能性があると考えたからである。

本研究では6名の協力者が得られた(表2)。男性1名、女性5名、平均年齢33.3歳(SD=9.02; Range=22-46)であった。また、終結事例含めた協力者の心理療法利用数の平均値は3(SD=0.82)であった。主な相談機関は大学の学生相談や保健管理センターであり、利用料金が無料である施設が10事例中7事例であった。中断事例の内、10事例中7事例が1回のみのものであった。ただし、1事例だけ利用回数が約20回であり心理療法初期と言いきれないものがあった。しかし協力者が実際には初期の段階で担当者の交替を希望し、最終的に別の担当者の変更を申し出たことから今回の協力者に含めた。分析対象は6名が受けた10事例とした。

2-2-4 協力者と調査者との関係

調査者である筆者と協力者との直接の関係性は無い。よって、協力者と調査者との関係がデータに影響を与えないと判断した。

表 2 協力者の事例の概要

協力者	年齢	性別	職業	事例	主訴	施設	セラピスト特性	利用回数	利用料金
A	30代後半	女性	専業主婦	1	恋人の自殺による精神的ショック	個人開業	男性、20～30代	1回	有料
				2	同上	学生相談	男性、50代	1回	無料
B	20代前半	女性	大学生	1	大学の友人関係でのトラブルによる気分の落ち込み	学生相談	女性、40代	1回	無料
C	30代後半	女性	会社員	1	夫に暴力をふるってしまふ、担当医のすすめ	心療内科	女性、20代	約20回	有料
D	20代後半	女性	大学生	1	特別理由はないが悩みを相談してみたい。	大学保健管理センター	男性、50代	1回	無料
				2	高校時代の友人が事故死したことによる精神的ショック	大学保健管理センター	男性、50代	約3回	無料
				3	同上	大学保健管理センター	女性、30代	約3回	無料
E	40代後半	女性	専業主婦	1	息子の就学に関して	教育相談	男性、年齢不詳	1回	無料
				2	息子の学校生活に関して	小学校(スクールカウンセラー)	男性、20代	1回	無料
F	30代後半	男性	会社員	1	会社の過労・ストレスについて	カウンセラー養成専門学校	女性、30代	1回	有料

2-2-5 データ収集の手続き

協力者のリクルート方法として、複数のメンタルヘルスのコミュニティサイトや大学院のホームページで呼びかけた。メンタルヘルスのコミュニティサイトはメンタルヘルスで情報を共有する掲示板であり、管理人に承諾を得て募集を約2か月間掲示した。結果、メンタルヘルスのコミュニティサイトで5名、大学院のホームページで1名協力の申し出があった。インタビュー調査は主に筆者が所属する大学の面接室で行った。1名がパニック障害の症状により、電車で来学することが困難であったため、協力者の自宅最寄り駅近くの喫茶店の個室で行った。調査者が研究の説明を書類および口頭で行い、参加協力およびインタビューの録音の同意を書類にて取得した。インタビューは第三者の出入りが無く、プライバシーが守られた空間で実施したインタビュー前におおよその事例を把握するため、筆者が作成したインタビュー調査票をもとに、「年齢」、「カウンセリングの主訴」、「利用時の年齢」、

「利用期間」,「利用機関の種類(病院/大学付属相談センター/学生相談/個人施設/その他)」,「利用回数」を聴取した。

インタビューでは,表3のインタビューガイドを用いて実施し,協力者ごとに質問に偏りがないようにした。半構造化面接を行い,クライアントの中断決定に至るまでの心理過程を明らかにするため,次の質問項目を主な項目として設定した。すなわち,(1)心理療法を受けた経緯,(2)初回のセラピストの印象,(3)面接初期における内的体験,(4)中断を決めた要因を主な面接内容とし,協力者の語りに応じて適宜質問の順序を変える,あるいは質問を追加した。

インタビューは協力者につき2回実施した。1回目は中断に至る心理過程の概要を把握した。そして2回目のインタビューでは1回目のインタビューの内容の確認とともに,特に中断の決定過程で際立った体験について詳細にインタビューした。1回ごとのインタビュー時間は60から90分であった。1回目での脱落者はおらず,全ての協力者に2回調査を遂行した。

2-2-6 調査期間

本調査は2011年6月から9月にかけて実施した。

表3 中断事例に関するインタビューガイド

領域	質問項目	具体的な質問
来談の経緯		まず、主訴が「・・・」ということですが、カウンセリングを受けるに至った経緯について教えてくださいませんか。
	来談のきっかけ	何をきっかけにカウンセリングを受けようと思いましたか。
	来談前の心理状態	カウンセリングを受けようと思った出来ごとや人に関して教えてください。
	カウンセリングを探した方法	どのようにカウンセリングを探しましたか。その時の・・・さんの状態などを詳しくお聞かせ下さい。
	カウンセリングへの期待	カウンセリングを受ける前に、カウンセリングへのイメージや期待など、何かございましたか。
初回面接		まず、最初に受けたカウンセリングについて、初回面接から継続に至った過程についてお聞きしたいと思います。まず、初回面接に関して、当時のことを出来る限り思いだして、初回面接での・・・さんの心理的な体験や、カウンセラーの印象など、具体的な様子を時間を追って教えてくださいませんか。
	カウンセラーの印象	カウンセラーに会ってどのような印象を持ちましたか。具体的に教えてください。
	カウンセラーとの具体的なやりとりについて	カウンセラーとのやりとりで際立った発言や態度などがありましたら具体的に教えてください。
	内的体験	カウンセリング中に・・・さんが感じたことや考えたことなどを教えてください。
	面接を終えて	カウンセリングを終えて思ったことや感じたことがございましたら教えてください。また、生活に何か影響がありましたら、そのことも教えてください。
中断決定に至る過程		・・・さんは、どのようないきさつで中断しようと思ったのか時間を追って教えてくださいませんか。
	中断決定のきっかけ	このカウンセリングをやめようと思った上で、何かきっかけとなる出来ごとなどはありますか
	中断に影響したカウンセラーの具体的な関わり方	何かカウンセラーとの関係の中で、カウンセリングをやめようと思った出来ごとはありましたら、カウンセラーの態度や発言など具体的に教えてください。
	最終的な決定因	最終的にやめようと思った決定的な理由は何でしょうか。
	内的体験	その時感じたことや思ったことに関して具体的に教えてください。
振り返り	中断決定後の生活の余波・心理的影響や変化	中断を決めた後、カウンセリングで自身の生活や心理的状态に何か影響はありましたか。
	意味づけ	カウンセリングを振り返って、自身の生活にとってどのような意味を持っていたと思いますか。
	重要な体験	カウンセリングを受けて・・・さんの中で何が一番重要な体験だったと思いますか。／役に立ったと思われませんか。

2-2-7 倫理的配慮

本調査はお茶の水女子大学グローバル COE 研究倫理委員会に承認を受けて実施した

(2011年7月19日認定, 申請番号184)。協力者に本研究の目的・インタビュー内容, 生じ得る心理的負担, 調査はいかなる段階で中断しても構わないことについて, 書類を提示しながら説明を行った。また, ICレコーダーによる録音を行うが, 録音をして欲しくない部分, あるいは分析データに含めて欲しくない部分があれば希望に応じることを伝えた。また質問内容の選択も慎重に行うなど, 協力者に心理的苦痛を及ぼす可能性を最小限にするよう配慮を行った。得られたデータを逐語化する際, 協力者の個人的情報は全て記号化した(例: 東京都→A県)。

2-2-8 分析

録音データを逐語化したデータを分析対象とした。分析方法はグラウンデッド・セオリー・アプローチ (Strauss & Corbin, 1998/2004) を採用した。まず, 中断事例の全体像を把握した後, リサーチクエスチョンに関わる語りを選択し, 1単語から2行程度の意味単位ごととオープン・コーディングを行った。次に, 焦点化コーディング, すなわち初期に生成したコードを分類・整理・統合し, データの中で有意義あるいは頻度が高いコードを用いて分析を方向づける作業 (Charmaz, 2006) を行った。その後コードをまとめ下位カテゴリーを生成し, 同様の手続きでより中位・上位カテゴリーへと抽象的なカテゴリーを抽出した。コード化, カテゴリー化は主に筆者が行った。生成したコードやカテゴリーがデータに基づいているかを保証する上で, 質的研究を専門としている教員の指導を受けながら分析を行った。そして教員及び質的研究の訓練を受けている大学院生とともに数回合議を重ね, カテゴリーの修正・再統合を行った。

第3項 結果

グラウンデッド・セオリー・アプローチの結果、304のコードが得られ、25の下位カテゴリー、10中位カテゴリー、最終的に4つの上位カテゴリーを抽出した(表4)。本項では生成した上位カテゴリーについて説明する。なお、上位カテゴリーを《 》、中位カテゴリーを< >、下位カテゴリーを「 」で表記する。また、表内の括弧内の数字は該当コード数である。

表4 生成したカテゴリー一覧

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー
頼れるのは専門家しかない(57)	現状を打開するために専門家に頼る(29)	一刻も現状を打開したい(10) お試して利用する(10) 専門家に頼れば変わる(9)
	孤立しお手上げ状態になる(28)	他者から切り離された感覚になる(11) 心理療法を受けるまでになってしまった(9) 今の自分では限界と感じる(8)
熱意が無く自分を受け入れてくれない(113)	応答が乏しく熱意を感じない(48)	自分の話が流される感じを受ける(18) 他人事のようなと感じる(15) 事務的で機械的だと感じる(15)
	期待と違って近寄れない雰囲気を感じる(33)	近寄りがない雰囲気を感じる(27) イメージと違う(6)
	受容してくれず冷たさを感じる(32)	言い方が冷たい(18) 受け入れてくれないと感じる(14)
自分の居場所として見出せない(81)	専門家への不信感や拒否感を抱く(33)	一緒にいて苛立つ(14) 専門家として頼れない(11) 受け続けたくない(8)
	得体の知れない者と話していて窮屈である(32)	得体の知れなさを感じる(20) 話していて窮屈だと感じる(12)
	続けることに希望が見出せない(16)	諦めの気持ちが出る(12) これじゃ意味がない(4)
ここで前進することを拒む(53)	利用したことで余計なダメージを受ける(36)	通うことが苦痛になる(14) ネガティブな気持ちが残る(12) 余計なダメージを受ける(10)
	ブレーキがかかる(17)	自分を出せない(14) 常に査定し続ける(3)

2-3-1 上位カテゴリー（1） 頼れるのは専門家しかいない

上位カテゴリー「頼れるのは専門家しかいない」は、来談前のクライアントの心理状態に関するカテゴリーであり、＜現状を打開するために専門家を頼る＞、＜孤立しお手上げ状態になる＞という中位カテゴリーから生成された（表 5）。以下、中位カテゴリーについて説明する。

まず、心理療法を受ければこの現状から少しでも脱することが出来るかもしれないという期待を表す＜現状を打開するために専門家に頼る＞は、5名の協力者から得られ、「一刻も現状を打開したい」、「お試しで利用する」、「専門家に頼れば変わる」という下位カテゴリーから生成された。例えば、恋人との関係が悪化して希死念慮が強くなる、心理療法を受けたAさんは、「専門の人を頼るっていう、それだけですね。もう専門のところに行けば、何とかなるんじゃないか、この状態を少しは改善されるんじゃないかって、っていう思いはありましたね。」ということを述べられた。

＜孤立しお手上げ状態になる＞は、自分の抱えている悩みや問題を他人に打ち明けることが出来ず、“誰も自分のことを理解してくれない”と孤立感を強めるものの、自分だけではどうしても出来ずに限界に達する状態を示すカテゴリーである。これは5名の協力者から得られ、「他者から切り離された感覚になる」、「心理療法を受けるまでになってしまった」、「今の自分では限界と感じる」という下位カテゴリーから生成された。例えば友人の死をきっかけに気分が落ち込み始めたDさんは、「友達に話すのもちょっと暗い話なので。その当時の大学の友達では、友達が亡くなったのを知っていたのは1人だけなんです。」と述べられた。

以上から、上位カテゴリー「頼れるのは専門家しかいない」は、心身ともに自分はおかしいこの現状から脱したいため専門家に頼るしかないという状態を表すカテゴリーであった。一方で、カウンセリングを受けることを「降伏」と表現する者もあり、カウンセリングを受

けることへの葛藤や恥ずかしさを経験する者もいた。

表 5 心理療法来談の経緯に関するカテゴリー

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー	コードと逐語例
現状を打開するために専門家に頼る(29)	一刻も現状を打開したい(10)		「とにかくどうにかしてほしい」:とにかくその頃は誰かに話をして一、解決して欲しいという気持ちがいっぱいだったと思うんですよ。(Aさん)
			「早く良くなりしたい」:何て言うんですかね、医者とか、内科とか風邪薬とかのように、行ったらすぐ治るんじゃないかっていうような、なんか、早く効果が出るというのをやっぱり期待してたんですよー。(Bさん)
	お試しで利用する(10)	「わからないけどとりあえず受ける」:受ける前って何か分からない状態で、自分の問題に気付いてないなってことがたくさんあったと思うんですよ。(Fさん)	
	「ちょっとした好奇心」:カウンセラーというのが、一体どういう人たちなんだろうなっていう。医者みたいなのかなっていう興味ですね。それがあって、ちょっと体験っていうのがあったんで行ってみようかなと、思っで行きました。(Fさん)		
頼れるのは専門家しかない(57)	専門家に頼れば変わる(9)	「何か変わるかもしれない」:友達の死を乗り越えることは難しいと思うけど、あ、なんだろう、…自分の中で、見えてもいなくなって思いましたね。その子とは、毎年会える環境、毎年会える仲だったので、そこ(友人の死に対する気持ち)だけでも変わればいいかなあっていう気持ちはありました。(Dさん)	
		「専門家なら何とかしてくれる」:専門の人を頼るっていう、それだけです、もう専門のところにいけば、何とかなるんじゃないか、この状態を少しは改善されるんじゃないかって、<ああ>っていう思いはありましたね。(Dさん)	
	他者から切り離された感覚になる(11)	「自分はおかしい感じがする」:多少電車の中とかでイライラしても、普通はたぶん抑えて、イライラしてもそれなりにやっていけると思うんですけど、それすらやっていけそうになくなったことが、結構カウンセリング直前が多くて、で、ああこれは、「あんまりにもこれはちょっとひどすぎる」と思って。(Bさん)	
孤立しお手上げ状態になる(28)	心理療法を受けるまでになっちゃった(9)	「降伏してしまった」:「ああ本当に行くんだー…」みたいな。自分から散々行きたい行きたいって言っていたくせに。なんか、な、んていうのかなあ。うーんと、なんかちょっと上手く言えないんですけど、大きなことをやってしまったみたいな。(Bさん)	
		「とんでもないところに受ける」:最初の頃はやっぱりもう、(カウンセリングを受けていることを他人に)言うなんてとんでもない、とんでもないじゃないけど、うん、言ってどうなるのみたいな感覚はあったんですけどもね。(Fさん)	
今の自分では限界と感じる(8)		「自己嫌悪に苛まれる」:仕事を辞めるか辞めないか、でーその仕事のストレスでアルコールに走り、眠れずっていうもうバッドサイクルにすごいどっぷりはまって、で、もう自分の存在価値なんか無いし、生きててもしょうがないし、仕事行っても楽しくない…。(Oさん)	
		「もう限界である」:私がDVをしちゃった時にここで(手首の内側)殴っちゃったんですよ。ここがすごいあざになって、あ、これはちょっと通わないとダメだなって思って。(Oさん)	

2-3-2 上位カテゴリー（2） 熱意が無く自分を受け入れてく

れない

クライアントの中断を決定づけるセラピストの印象とコミュニケーションに関する上位カテゴリーとして「熱意が無く自分を受け入れてくれない」を生成した（表 6）。この上位カテゴリーは「応答が乏しく熱意を感じない」、<期待と違って近寄れない雰囲気を感じる>、<受容してくれず冷たさを感じる>という中位カテゴリーから生成された。

中位カテゴリー「応答が乏しく熱意を感じない」は、「自分の話が流される感じを受ける」、「他人事のように感じる」、「事務的で機械的だと感じる」という下位カテゴリーから生成され、6名の協力者から得られた。例えばCさんは、死にたい気持ちをセラピストに伝えたことに対して、次のように述べられた。

（セラピストが）“どうしてそういう気持ちになるんですか？”とか、聞かれたんですけど、自分が答えたらその後はそのままというか、的確な答えは返ってこなかったという、それで話して終わっちゃったっていう感じですかね。

他にもCさんは「“ああ死にたいって思っているんですねー”っていう感じで、で、済まされてしまって」と述べており、死にたい気持ちをセラピストに自己開示したにも関わらず、セラピストから十分な応答が得られなかったことを述べられた。

また、セラピストの印象に関する中位カテゴリーである「期待と違って近寄れない雰囲気を感じる」は「近寄りたいたい雰囲気を感じる」、「イメージと違う」という下位カテゴリーから生成され、4名の協力者から得られた。特に表情の硬さといった“近寄り難さ”を感じた者が複数名いた。さらに「ビシッとしたスーツ」といった服装から「大学の女教師（Dさん）」や「イケイケの広告業のキャリアウーマン（Fさん）」という印象を持った者がいた。

さらに、セラピストが突き放されたような言い方をすると、自分を受け入れてくれない雰囲気を感じ出す関わり方を示すカテゴリーである〈受容してくれず冷たさを感じる〉を生成した。これは「言い方が冷たい」、「受け入れてくれなさをを感じる」という下位カテゴリーから生成され、3名の協力者から得られた。例えばAさんは「その先生がその時言われたのが、“こんな悲しいことは人生に二度とないよ。あるとしたらお父さんとお母さんが死んだ時だよ”っていう感じで人生をくぐられちゃったので。」と述べられた。また、Eさんはセラピストに自分の意見を述べた時に、次のように述べられた。

(セラピストが)口調がすごく“だってそれはね”とか言って。(略)とにかく機嫌が変わったって感じたのと、表情が変わったというか。“あなたの話聞きますよ”とか、“うんうんうん”っていう感じがふっと変わったっていう風を感じたんですね。カウンセラーの先生の表情とか、この気持ちの中が、“ん？”っていう、なんか否定されたような。

セラピストの「だってそれは」という一言はほんの一瞬のことである。しかし例え一瞬だけであったとしても、セラピストから否定されたという印象を受けたことを述べられた。

以上から上位カテゴリー「熱意が無く自分を受け入れてくれない」は、セラピストが自分の話をただ聞いているだけで熱意を感じられない、自分を受け入れてくれないと感じる関わり方に関するカテゴリーとして生成された。

表6 セラピストのコミュニケーションに関するカテゴリー

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー	コードと逐語例
応答が乏しく熱意を感じない(48)	自分の話が流される感じを受ける(18)		「聞いているだけ」: うーん…その「死にたいって思っているんです」って言ったときも、何にも仰って下さらなかったんですね。(Cさん)
			「こちらの自己開示への応答がない」: なんか…多少は出してたところは出してたんですけど、出しても返ってこない、それ以上に自分で引き出そうとも思えないし、そこが、なんだろうなあ。(Dさん)
	他人事のようだと感じる(15)		「返事が他人事のよう」: そういう時に、「心って難しいんですよー」って。それはわかっているんだけど、何か解決策を教えて欲しいって言ったんですけど。(Cさん)
			「距離を置いて話される」: 多分プロはプロなんですけど、なんて言うのかなー理論をベースに人とも接して、ちょっと距離を置いてっていうのが分かったんですけど。(Fさん)
熱意が無く自分を受け入れてくれない(113)	期待と違って近寄れない雰囲気を感じる(33)	事務的で機械的だと感じる(15)	「うなずき方が機械的」: うなずき、が、なんていうんだろうな、「うんうん、うん、うん(早口)」っていう、ちょっとその、幼稚な、頷き、はずっと気になっていたんですけど。(Cさん)
			「ルールや方針だけは厳密」: 建物に入って、こういう廊下で会いますよね。まだ始まんないけど、そうすると無視っていうか、あいさつしないんです。(Eさん)
	イメージと違う(6)	近寄りたがる雰囲気を感じる(27)	「表情が硬い」: 本当に個別的なことだけれど、結局表情が硬いし、表情の作り方が、私の方としてはあんまり得意じゃないかな。(Dさん)
			「寄せ付けられない雰囲気」: スーツでパンツとかでバシッとして、くはいはい)なんでしょうね、あ、全体、ですよ。顔はにこやかなんですけど、髪型が、なんて言うんだろう、バリッとして。(Fさん)
受容してくれず冷たさを感じる(32)	言い方が冷たい(18)		「イメージと違う」: 心理学の、カウンセリングをするに、あたって適した環境とかも学んでてそういうのをイメージしていたんですけど、窓もなく、暗い雰囲気。(Cさん)
			「一方的に決めつける」: その先生がその時言われたのが、「こんな悲しいことは人生に二度とないよ。あるとしたらお父さんとお母さんが死んだ時だよ」っていう感じで人生をくられちゃったので。(Aさん)
	受け入れてくれないと感じる(14)		「追い打ちをかける」: 最後の帰る直前に、「カウンセリングやりたいなんて。(心理学を専攻しているのは) 自分に問題があるからでしょ」って言われて。(Bさん)
			「否定的なメッセージを醸し出す」: 口調がすごく「だってそれはね」とか言って、その人の「だってそれは」…なんとかちょっとごめんなさい、そこはちょっと思い出せないんですけど…(Eさん)
			「言い方が鋭い」: 穏やかな感じではなく、鋭い言い方を、あのキツイとかそういうことでは無いんですけど、「それであなたはこう感じたいでしょうか。」とか、冷静な言い方を凄くされたんですね。(Fさん)

2-3-3 上位カテゴリー (3) 居場所として見いだせない

上位カテゴリー《居場所として見いだせない》は、セラピストとの関わりにおけるクライアントの内的体験に関するカテゴリーである(表7)。この上位カテゴリーは<専門家への不信感や拒否感を抱く>、<得体の知れない者と話していて窮屈である>、<続けることに希望が見出せない>という中位カテゴリーから生成された。

まず、セラピストとして頼れない感じを受ける、また人として嫌悪感や拒否感を抱く<専門家への不信感や拒否感を抱く>を生成した。これは「一緒にいて苛立つ」、「専門家として頼れない」、「受け続けたくない」という下位カテゴリーから生成され、6名の協力者から得られた。例えば心理学専攻の大学生であったBさんは、セラピストから“心理的問題を抱えているから心理学を習っているだろう”といったことを言われ、次のように感じたことを述べられた。

“え、なんでこんな所で説教されなきゃいけないの!?” って。初対面の人なので、“何、私の何を見て、何がわかってそういうことが言えるの?” みたいな。そうですね。途中でもう嫌になっていたから、本を見だしたのかな。なんか壁にある本を見て、“あ、こんなところにこんな本があったんだ” みたいなことを一生懸命見ていたように思います。

このことから、セラピストへの拒否感の強さからセラピストの話を書くことさえ拒絶したことを述べられた。また、Cさんはセラピストに対して“なんかもうちょっと、私の…に、アドバイスとか、ないの?” みたいな。“聞いて…終わり?” っていうのが、ありましたね。…聞くだけだったら誰でも出来るんじゃない?” と述べられ、“専門家”に聞いている意味の無さを感じたことを述べた。

また、セラピストが何を考えているかわからず得体の知れなさを感じ、話すのに緊張して

しまう状態を表す中位カテゴリー<得体の知れない者と話していて窮屈である>を生成した。「得体の知れなさを感じる」、「話していて窮屈だと感じる」という下位カテゴリーから生成され、3人の協力者から得られた。例えばFさんは、セラピストの“鋭い目つき”から、「多分真剣さの表れだとは思いますが、何かすごい縛られてるような感覚がしましたね。うーん、何て言うんでしょう、差し込まれるっていうかな。」と述べた。他にもFさんは「身ぐるみを剥がされる感覚」や「ロボットと話している感じ」と表現した。

さらに、心理療法への諦めや失望の体験を表す中位カテゴリー<続けることに希望が見出せない>を生成した。これは「諦めの気持ちが出る」、「これじゃ意味がない」という下位下カテゴリーから生成され、2名の協力者から得られた。Cさんのように不満を抱いても「カウンセリングの先生ってどんなに若くても経験があっても、その、別世界の人っていう。だから自分が不満を持っていても…うん…我慢するっていうか…」と、セラピストに不満を感じたり表したりすることを我慢する者がいた。

以上から、上位カテゴリー<居場所として見いだせない>は、クライアントがセラピストとの関わりに居心地が良いや受け続ける意味を感じられず、自分の居場所として見出せないことを表すカテゴリーとして生成した。

表7 セラピストとの関わりにおけるクライアントの内的体験に関するカテゴリー

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー	コードと逐語例
専門家への不信感や拒否感を抱く(33)	専門家として頼れない(11)	一緒にいて苛立つ(14)	「この人は嫌」「もーなんなのこの人！この人すっごくやだ!!」って。(Bさん) 「意地悪だと感じる」私の感じ方なんですけど、意地悪に感じましたね。(Eさん)
		受け続けたくない(8)	「何か物足りない」: その難しいのはわかるんだけど、そこをもうちょっと教えて欲しいなっていうのは毎回感じていて。(Cさん) 「不信感を抱く」: 不信感を受けながらも、この人で良いんだろうかと思ひ。(Cさん)
		受け続けたくない(8)	「受け続けたくない」: もうやめようって、もういいやって感じになっちゃいましたね。(Eさん)
自分の居場所として見出せない(81)	得体の知れない者と話して窮屈である(32)	得体の知れなさを感じる(20)	「自分に関心があるのかわからない」: 関心をこう、持たれてるのかとか、興味って言い方もおかしいけど、関心を持たれてるのかとか、どう思っでいらっしゃるのが分かんない感じでしたね。(Eさん)
		話している窮屈だと感じる(12)	「刺し込まれる感じ」: 多分真剣さの表れだとは思ってますけど、それを凄い感じて、うわ何か凄い縛られてるような感覚<笑>がしましたね。(Fさん)
		話している窮屈だと感じる(12)	「インタビューを受けている感じ」: どちらかというとインタビューを受けているような感じですかね。(Dさん)
続けることに希望が見出せない(16)	諦めの気持ちが出る(12)	話している窮屈だと感じる(12)	「話を提供しなければいけない」: 隠し事はせずに言わなきゃいけない、みたいな変な使命感じゃないですけども、隠したら分からないかもしれないから、これは提供せねばみたいな、やらなければいけないって感じになってましたね。(Fさん)
		諦めの気持ちが出る(12)	「話せる場所が他にない」: でも話せる場所がそこしかなかったんで、参っていた部分があったんですけど。(Cさん)
		諦めの気持ちが出る(12)	「こんなものかと思う」: うーん…カウンセリングを受けること自体が初めてだったので、まあこういうものなのかなって、って思うようにしました。(Cさん)
		これじゃ意味がない(4)	「これじゃ意味がない」: なんかもうちょっと、私の、…に、アドバイスとか、ないの？みたいな。聞いて…終わり？ってというのが、ありましたね。聞くだけだったら誰でも出来るんじゃない？(Cさん)

2-3-4 上位カテゴリー (4) ここで前進することを拒む

上位カテゴリー《ここで前進することを拒む》は、クライアントの心理あるいは行動の変化に関するカテゴリーとして生成した(表8)。この上位カテゴリーは<利用したことで余計なダメージを受ける>、<ブレーキがかかる>という中位カテゴリーから生成された。

まず、心理療法を受けて、通うこと自体がストレスになる、余計にネガティブな体験を重

ねてしまったことを表す中位カテゴリー<利用したことで余計なダメージを受ける>を生成した。これは下位カテゴリー「通うことが苦痛になる」,「ネガティブな気持ちが残る」,「余計なダメージを受ける」から生成され,6名の協力者から得られた。例えばBさんは,「あー疲れたな今日はって。次回行かなきゃいけないかな,とかは,まあ。どんよりみたいなのはありましたね。(略) ちょっと憂うつで,用事,何かあるかなーとか,それで,やっぱりだからちょっとさぼりがちだったかな。」と述べられた。

また,自分の内面を話すことへのためらいを表す中位カテゴリー<ブレーキがかかる>を生成した。これは「自分を出せない」,「常に査定し続ける」という下位カテゴリーから生成され,1名の協力者から得られた。Dさんは「話していいこと・話しちゃいけないこと・話したいと思うこと・話したいと思わないことを,常にこっちでわけて,で,話す段階で常に仕分けが終わっている感じは,あったかなと思います。」と述べられた。常に話すべきかどうかを仕分けしている状態は,本来心理療法の意義である“ありのまま自由に話す状態”と対極であろう。さらにDさんは「自分のパーソナリティに深入りしなそうなものをテーマにしたり,あと本当に,くだらなーい話を“今日学校で”とかー,になりがちだったかな。」と述べた。自分の内面を見せたくないため表面的な内容に終始したことを述べられた。

以上から,上位カテゴリー<<ここで前進することを拒む>>は,セラピストに対して自分の内面を開示することへの拒否感を表すカテゴリーとして生成された。

表8 クライエントの心理的变化に関するカテゴリー

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー	コードと逐語例
		通うことが苦痛になる(14)	「カウンセリング自体が苦痛になる」:ぐったりって感じ。もう帰ろー今日、みたいな。(Bさん) 「用事を見つけてさぼる」:うん、ちょっと憂うつで、用事、何かあるかなーとか。それで、やっぱりだからちょっとさぼりがちだったかな。(Dさん)
		利用したことで余計なダメージを受ける(36)	ネガティブな気持ちが残る(12)
ここで前進することを拒む(53)		余計なダメージを受ける(10)	「余計に他人にうんざりする」:なんかより人に対してうんざりした気持ちも、強くなっちゃったかなあって思いました。(Bさん) 「何も変わらない現実を知る」:でも、何にも解決にはならなくなって、話ただけで終わってしまっ。(Dさん)
		ブレーキがかかる(17)	自分を出せない(14)
		常に査定し続ける(3)	「常に査定し続ける」:話していいこと・話しちゃいけないこと・話したいと思うこと・話したいと思わないこと、を、常にこっちで、わけて、で、話す段階で常に仕分けが終わっている感じ、は、あったかなと思います。(Dさん)

2-3-5 上位・中位カテゴリーの該当人数

抽出された上位カテゴリー及び中位カテゴリーの該当数を表9に示す。来談前の状態に関する上位カテゴリーである「頼れるのは専門家しかいない」における中位カテゴリー「現状を打開するために専門家を頼る」および「孤立しお手上げ状態になる」は、6名中5名に該当していた。セラピストの関わり方に関する上位カテゴリー「熱意が無く自分を受け入れてくれない」における中位カテゴリーでは、「応答が乏しく熱意を感じない」は全ての協力者に該当していた。「期待と違って近寄れない雰囲気を感じる」は4名、「受容して

くれず冷たさを感じる>は3名に該当した。クライアントの内的体験に関する上位カテゴリー「自分の居場所として見出せない」における中位カテゴリーでは「専門家への不信感や拒否感を抱く」で全ての協力者に該当した。「得体の知れない者と話して窮屈である」は3名、「続けることに意味を見出せない」は2名に該当した。最後に、クライアントの心理的变化に関する上位カテゴリー「ここで前進することを拒む」の中位カテゴリーでは「利用したことで余計なダメージを受ける」は全員に該当した。「ブレーキがかかる」は1名のみ該当した。

表9 上位カテゴリー及び中位カテゴリーの該当人数

上位カテゴリー	中位カテゴリー	A	B	C	D	E	F	該当数
頼れるのは専門家しかいない	現状を打開するために専門家を頼る	○	○	○		○	○	5
	孤立しお手上げ状態になる	○	○	○	○		○	5
熱意が無く自分を受け入れてくれない	応答が乏しく熱意を感じない	○	○	○	○	○	○	6
	期待と違って近寄れない雰囲気を感じる		○	○	○		○	4
	受容してくれず冷たさを感じる		○			○	○	3
自分の居場所として見出せない	専門家への不信感や拒否感を抱く	○	○	○	○	○	○	6
	得体の知れない者と話して窮屈である			○		○	○	3
	続けることに希望が見出せない	○		○				2
ここで前進することを拒む	利用したことで余計なダメージを受ける	○	○	○	○	○	○	6
	ブレーキがかかる				○			1

2-3-6 心理療法の中断の決定に至るクライアントの心理過程の

モデル作成

生成した上位カテゴリーをもとに、最終的にクライアントが来談から中断決定に至る内

的体験の過程のモデルを作成した（図2）。以下、モデル作成の過程について説明する。

まず、「頼れるのは専門家しかいない」と、切迫した心理状態から来談に向かうことを表すために、カテゴリから矢印を設けた。そして、「熱意がなく自分を受け入れてくれない」というセラピストの関わり方によって、クライアントは「自分の居場所として見出せない」と体験する。「自分の居場所として見出せない」に三本線を加えたが、これは心理療法を利用することへの意志が消え、心理的なブレーキとして表現した。そして「ここで前進することを拒む」では、「頼れるのは専門家しかいない」から向かう矢印とは逆のベクトルとしたが、これ以上心理療法を続けたくないというクライアントの撤退の意思を表現した。矢印は灰色の点線としたが、これは多くのクライアントはセラピストにやめる意思を直接表明してやめるのではなく、問題の中核に触れず表面的な会話を行う・あるいは徐々にさぼりがちになるなど間接的な方法で徐々にフェードアウトしていく過程を表現した。

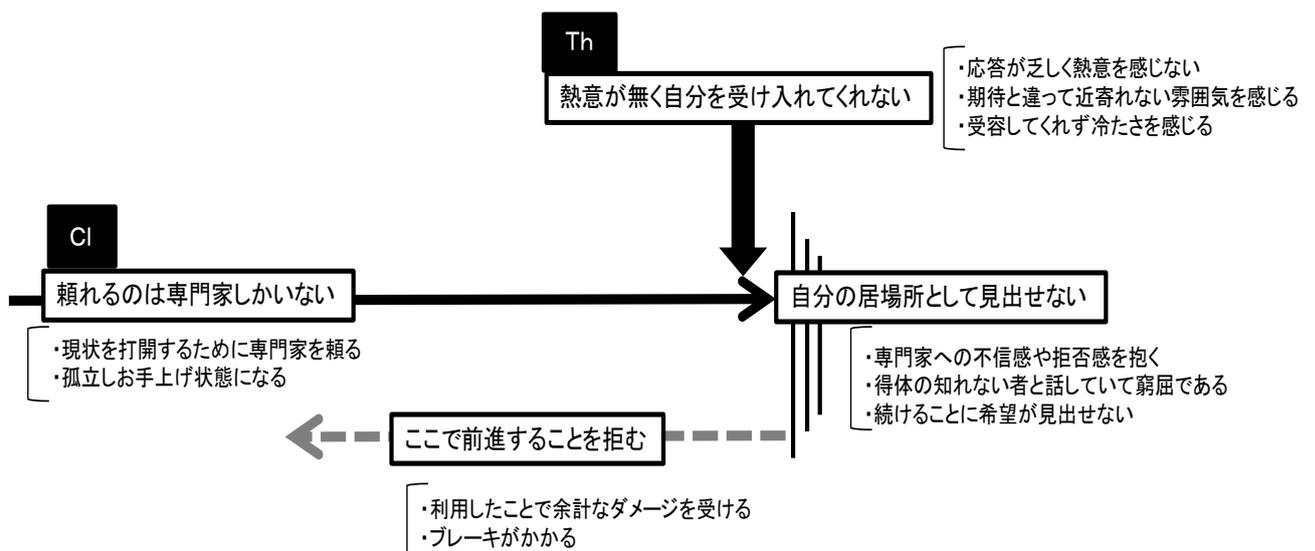


図2 クライアントの心理療法の中断に至る内的体験の過程のモデル

第4項 考察

本研究ではクライアントの自己中断に関わるセラピストのコミュニケーションとして、上位カテゴリー「熱意が無く自分を受け入れてくれない」および中位カテゴリーである「応答が乏しく熱意を感じない」、<期待と違って近寄れない雰囲気を感じる>、<受容してくれず冷たさを感じる>を生成した。特に「応答が乏しく熱意を感じない」は協力者全てに該当したカテゴリーであり、セラピストの“応答性の乏しさ”により、クライアントは不信感や窮屈感を抱き自己中断に至る心理過程を明らかにした。

Sherwood (2001) の研究と比較すると、「クライアントはセラピストが脅威となる体験に自分を置き去りにしたと経験する」というカテゴリーが本研究と関連した。すなわちセラピストの応答の無さに対して温かさを感じない点が最も関連した。ただし本研究では「見捨てられた」、「置き去りにされた」という体験に言及しておらず、代わりに居心地が悪く窮屈である」や「続けることに希望を見出せない」という体験に関するカテゴリーを生成した。心理療法初期ではセラピストと基本的な関係を構築していない段階である。見捨てられた感覚は、ある程度相手が自分を守ってくれる・関わってくれるという期待や願望があるため、今回の研究ではクライアントがセラピストに上記のような期待や願望を抱く段階にすら達していなかったのではないかと考える。McGregor (2006) の研究と比較すると、「セラピストが消極的である」、「セラピストが過度に客観的である」というカテゴリーが関連した。クライアントの体験でも、このまま心理療法を続けることで何かが得られるのか疑問を持つことが関連した。また、先行研究における「屈辱を感じる」体験は、本研究において「利用したことで余計なダメージを受ける」と関連しており、心理療法を受けることでネガティブな感情が生じる体験が共通していた。

つまり、心理療法初期では、セラピストが侵襲的あるいは直接害を与える言動よりも、応答性や情緒的な関わり方が乏しいということが非効果的であることが明らかになった。そ

の理由としてクライアントの来談前の心理状態が関わっていることが示唆される。協力者の中には“とうとう心理療法を受けるまでになってしまった”ことに対して、恥ずかしさや不安を抱く者がいた。しかし“現状を改善しないともう限界である”という切迫感が勝り、心理療法来談に至った訳である。そのようなクライアントの切迫した心理状態と応答性の乏しいセラピストの状態はあまりにも異なる。クライアントの切迫した状態にセラピストが応じないことはクライアントにとっては、傷つきや恥の増大につながり、＜利用したことで余計なダメージを受ける＞ことにつながったのだと思われる。このような知見は、単にセラピストの関わり方だけに焦点を当てず、クライアントの来談から自己中断に至る心理的過程に焦点を当てたことで得られたのではないかと考える。

また、セラピストに対する不満や不信感は多くの先行研究で明らかにされている。実際に本研究でも協力者全員が＜専門家への不信感や拒否感を抱く＞というカテゴリーに該当した。不信感や拒否感以外にもクライアントが体験している心理状態として、セラピストと関わることへの“窮屈さ”を明らかにした。すなわち、セラピストの応答性の乏しさにより、クライアントにとってセラピストが何を考えているのかわからず、セラピストが得体の知れない存在として緊張や恐怖を感じることを示された。これは Sherwood (2001) が指摘した「顔のない道具 (a faceless tool type thing)」、「未知の品質 (an unknown quality)」と類似するところであり、心理療法初期において“窮屈さ”や“得体の知れなさ”という内的体験は特徴的であると考えられる。クライアントは専門家とはいえ初対面の者にほとんど相談することが出来なかった内容を自己開示する訳であり、それを話して良い人なのか模索している段階と言える。セラピストを“得体の知れない”者として認識した場合、クライアントが自己開示することを拒絶することは納得のいくことであろう。

さらに、クライアントの心理的变化として、《ここで前進することを拒む》という上位カテゴリーを生成した。クライアントが治療関係を築けなかった時の行動の特徴について、Safran と Muran (1996) は治療同盟の破綻 (Ruptures in the therapeutic alliance) として明らか

にしている。治療同盟の破綻の指標の一つとして「撤退 (withdrawal)」があり、クライアントに直接不満や怒りを表さず、間接的なやり方でセラピストを拒絶する行動である。二つ目はセラピストに直接否定的な感情を表す「対立 (confrontation)」である。彼らは「撤退」の方が治療同盟の破綻の指標において重要であるとした。本研究でも「撤退 (withdrawal)」に相当した行動の変化が示唆された。クライアントは問題や何らかの苦痛を抱えて来談しているにも関わらず、回数を重ねるごとに逆に自分の問題を出さない、あるいは感情を示さないということは、セラピストと治療関係を構築出来なかったことを示し、文字通りクライアントがセラピストとの関わりを撤退したいという意思を表しているということである。

まとめると、セラピストの感情表出や言語的な応答性の乏しさによって、クライアントに不信感や不安・恥の感情を増大させ、自己開示を拒否し自己中断に至るという心理過程を明らかにした。

第 5 項 本研究の限界と今後の課題

本研究の協力者は 6 名と少なく、自己中断に関わるクライアントやセラピストの特性を統制出来なかったことが課題としてあげられる。今回の事例は無料が多く、20 回ほど来談した事例は有料であった。したがって、料金の有無が必ずしも自己中断の過程に影響を及ぼしているとは言えない。しかし、精神科あるいは心療内科にある心理療法ということが自己中断の過程に影響を及ぼし得る。なぜなら定期的に通院している担当医の勧めで心理療法を受けた場合、担当セラピストだけではなく担当医にも担当者の交替の希望を申し出ないといけない。また、心理療法は別の施設で受けたいとも言い辛く、あるいは同一の施設で利用したいという心理状態が関わっている可能性がある。実際に 20 回ほど来談した事例は病院の併設であった。また、そもそも今回の協力者の事例の中に、長期的な相談が必要ではないものが含まれていた可能性がある。事例の中には「特に悩みが無いが体験してみたい」も

のや、「スクールカウンセラーへの相談」といった長期的・定期的来談を望んでいないと思われるものがあつた。したがつて今後の研究では自己中断の心理的過程に関わる特性を統一する、あるいは協力者数を増やして特性によつて比較を行うことが求められる。

また、事例を対象にしたことで協力者の利用回数にばらつきが見られた。1回中断を経験した者は別の心理療法を利用する際、心理療法へのネガティブな感情を抱いているのか、あるいは期待を抱いたままなのか、といった心理的体験を明らかに出来なかつた。今後心理療法の利用回数の違いによつて心理的過程が異なるかを明らかにしたい。

第6項 追記

本研究は、2011年度お茶の水女子大学グローバル COE 公募研究の助成を受けて実施した。また、お茶の水女子大学グローバル COE プログラム「格差センシティブな人間発達科学の創成」の論文集における「心理療法における治療的失敗と意義（横田，2012）」として刊行化されており、本論文で一部加筆・修正を行った。

第3章 研究2：心理療法の継続に至るクライアントの心理的過程

第1項 問題と目的

心理療法初期におけるクライアントの自己中断の体験に関する研究は少ないことは先述したが、治療関係構築におけるクライアントの体験に関する研究はいくつかある。主に“治療関係構築における重要な出来事あるいは瞬間 (significant events, moments)”に関する研究である。

その中で、特に Bedi らは上記の研究テーマで様々な方法を用いて、クライアントの視点による治療関係における重要な出来事およびセラピストの行動について明らかにしている。まず、Bedi ら (2005) の研究では 40 名のクライアントを対象に、セラピストと治療関係を築く上で役立ったと考える観察可能な行動や言語についてインタビューを行った。結果、376 の重要な出来事が得られ、25 のカテゴリー (例：効果に焦点づけられた技法、非言語的・コミュニケーション、積極的な傾聴) を生成した。さらに Bedi (2006) の研究では、上記のデータをさらに別の手法により概念をモデル化させることを目的に、多変量概念マッピングの手法を用いてカテゴリー化した。その結果、11 つのカテゴリーが得られた。31 名の協力者に各カテゴリーの項目を読んでもらい、治療関係構築における重要度について 5 件で評価してもらった。得点の平均値が高いカテゴリーの上位をとりあげると、まず最も得点が高いのが「承認 (平均値=4.06)」であり、「自分の反応が理解出来、妥当であると言ってくれた」や「自分の体験をノーマライズしてくれた」、「自分の感情を同定し反射してくれた」、「自分に対してポジティブな言葉を言ってくれた」などの項目から構成されたカテゴリーであった。2 番目は「教育 (平均値=3.88)」であり、「次に進むべきステップが何かに関

して尋ねてくれた」、「スキルについて教えてくれた」、「ただホームワークを与えるだけではなく、次のセッションで振り返りをしてくれた」などの項目から構成されたカテゴリーであった。3番目は「非言語的ジェスチャー（平均値=3.80）」であり、「うなずいて聴いていた」、「前のめりで聴いていた」、「アイコンタクトを取ってくれた」という項目から構成されたカテゴリーであった。Bediらは、その後15項目のセラピストの行動リスト（Therapeutic alliance critical incidents questionnaire；TACIQ）という尺度を作成した。DuffとBedi（2010）は79名のクライアントに、セラピストに関してTACIQと治療同盟尺度簡易版（WAI-SR）で評定してもらった。TACIQとWAI-SRの各項目との相関分析の結果、TACIQの概ねの項目でWAI-SRの因子得点と中程度の相関が見られた。WAI-SRの因子「goal」・「task」の得点と最も相関係数が高い項目は、「自分の感情を同定し反射してくれる（ $r=0.65, p<0.01$ ）」という項目であり、因子「bond」の得点と最も正の相関が見られたのは「相槌をうってくれる（ $r=0.60, p<0.01$ ）」という項目であった。また、階層的重回帰分析の結果、TACIQの「励ましの言葉を送る」・「クライアントに関して肯定的なコメントを送る」・「クライアントに笑顔で挨拶する」という項目が治療同盟の説明率として約62%であった。考察ではWAI-SRと相関が見られた項目は「承認」に関わるものであり、最も治療関係構築に重要であることを報告した。また彼らは考察で、クライアントは主にヨーロッパ圏に属する者で、はっきりとアイコンタクトやポジティブな言葉を伝えることを重視している文化であり、そうではない文化（例：中国圏ではアイコンタクトを重視せず、頻繁に行うとかえって治療関係を妨げる）では本研究の知見が必ずしも当てはまらないことを示唆した。

次に、治療関係構築における重要な瞬間に関する研究として、Levittら（2006）があげられる。彼らは26名の心理療法を終結した者に面接中の「重要な瞬間」についてインタビューを行った。グラウンデッド・セオリー・アプローチによる分析の結果、1,673の重要な瞬間が得られ、6つのクラスターを抽出した。その中でセラピストの関わり方に言及しているカテゴリーとして、「セラピストの特性（26名中26名に該当）」を生成した。これは温かい

声といったセラピストの受容や誠意を感じさせる関わり方や、問題解決へ方向づける関わり方に関するカテゴリーであった。ちなみに、セラピストの性別や人種に言及する者は1名だけであった。また、「治療的介入（26名中26名に該当）」というカテゴリーを生成した。これはホームワーク課題や、セラピストの質問や言い換えといった特定の技法に関するカテゴリーであった。他にもセラピストから“悲しい時、感情を敵と思わず泣いても良い”など感情表出を促す技法もあげられた。また、セラピストの関わり方以外として「セラピストのケアが反映された治療環境（26名中9名に該当）」、すなわち面接の部屋やBGMといった環境がセラピストの配慮を反映しており、安全さやリラックスを感じたことを表すカテゴリーを生成した。他にもクライアントの心理状態に関するカテゴリーとして「セラピーへのコミットメント（26名中23名に該当）」、すなわち心理療法が役に立つという期待を持ちながらも自分たちの話をすることへの戸惑いがあったこと、そして恐怖や恥をセラピストに率直に話すことが出来たことを表すカテゴリーを生成した。

Fitzpatrick とも Bedi とも同様、「面接初期で治療関係を築く上で重要であった出来事」という研究テーマに関して複数のアプローチを行った。まず Fitzpatrick ら（2006）の研究では、20名の心理療法を利用した者に「面接初期で治療関係を築く上で重要であった出来事」をインタビューした。CQR（Consensual Qualitative Research; Hill et al., 1997, 2005）という分析法による分析の結果、5つの領域が得られた。1つ目の「重要な出来事」の領域で最も該当人数が多いカテゴリーは「セラピストがクライアントに新たなやり方で考えるように手助けしてくれた（10名）」であった。例えば、セラピストが問題の対処方法についてアドバイスや示唆を与えてくれたという出来事があげられる。2つ目の「出来事の意味づけ」の領域で最も該当人数が多いカテゴリーは「自分は重要な存在で、中心にいる（8名）」であった。3つ目の「クライアントの出来事への関わり」の領域で最も該当人数が多いカテゴリーは「生産的な開放性（9名）」であった。4つ目の「出来事が関係に与える影響」の領域で最も該当人数が多いカテゴリーは「セラピストへの信頼と安心感（10

名)」であった。5つ目の「出来事の全般的な効果」で最も該当人数が多いカテゴリーは「生産性の促進（11名）」であった。ただし、協力者の抑うつやストレスの症状が中等度であり、より重度の症状を持つクライアントの治療関係構築の体験を明らかにする必要があるという課題を残した。そこで、Fitzpatrickら（2009）の研究では、ストレスに関する質問紙で2006年における協力者の得点よりも有意に重度の得点を示した者に対してインタビューを行った。15名の協力者に3回目のセッション後、「面接早期で治療関係を築く上で重要であった出来事」に関してインタビューを行った。実際には、内2名は治療関係について否定的であったため協力者から除外し、13名を対象とした。CQRによる分析の結果、6つの領域を生成した。1つ目の「重要な出来事」の領域で「Typical（7から11名に該当）」であったのは「セラピストがクライアントに新たなやり方で思考するまたは行動するように手助けしてくれた」というカテゴリーであった。2つ目の「出来事への意味づけ」の領域でTypicalであったのは「セラピストが配慮してくれた」というカテゴリーであった。3つ目の「出来事に対するクライアントの関わり方」の領域でTypicalであったのは「セラピストに対して開放的になる」というカテゴリーであった。5つ目の「出来事に対する感情的な影響」の領域でTypicalであったのは「理解されたと感じる」、「安心感を抱く」というカテゴリーであった。なお、4つ目「前の心理療法との比較」と6つ目「出来事に対する全般的な効果」の領域ではTypical、すなわちおおむねの協力者で該当したカテゴリーは得られなかった。2006年の研究の結果と比較した結果、今回の協力者の方が自信、肯定的な期待、不安の軽減に焦点を当てており、より健康度の高いクライアントでは開放性や生産性に焦点を当てていたことを明らかにした。また、健康度の高いクライアントは問題に対する自身の対処能力を肯定的に評価していたが、今回の協力者は自身の意味付けよりもいかにセラピストがその問題に関わっているかを知覚することで治療関係が発展することが示唆されたことを報告した。このことから、彼らは症状が重いクライアントの方が、セラピストによる感情の探索が治療関係構築にとって重要であることを結論づけ

た。また、彼らは Bedi ら (2006) の研究と比較すると、Bedi ら (2006) はセラピストの関わり方に重点を置いているため、例えば「カウンセリングで取り上げた問題や問題に対する感情を発展させた」という項目は Bedi ら (2006) では「(セラピストの) 教育」に相当するが、自身の研究では「クライアントの行動」に相当するものであると指摘した。

Bedi らの研究では、治療関係構築における重要なセラピストの関わり方について、言語・非言語的コミュニケーションから様々な知見を得ている。セラピストの承認が複数の研究で重要であることを明らかにしたが、承認の中に、ノーマライゼーションや反射といった様々な概念が含まれている。Levitt ら (2006) の研究もセラピストの言語・非言語的コミュニケーションに関する知見を得ており、さらには心理療法の環境の重要性についても明らかにしている。しかし、例えば「セラピストの特性」のクラスターの下位カテゴリーが「様々な影響を与える特性」や「役立つ特性」などであり、具体的なセラピストの関わり方が不明瞭であり、協力者の逐語でもって重要なセラピストの関わり方について推測するしかない。Fitzpatrick の研究は、心理療法初期に焦点を当てており、セラピストの関わり方だけでなくクライアントの体験にも着目している。2つの研究で共通、すなわち協力者の症状の重さに関わらず、クライアントにとって重要なセラピストの関わり方は「クライアントに新たなやり方で思考するまたは行動するように手助けしてくれた」であったことを明らかにしている。協力者の重症度で異なるのはクライアントの意味づけといった内的体験であり、他の研究よりもクライアントの内的体験に焦点を当てていることが特徴としてあげられる。

以上の研究で知見が一致していないのはセラピストのコミュニケーションである。Bedi の研究では「承認」や「エンパワーメント」の重要性に着目しているが、Levitt ら (2006) や Fitzpatrick の研究では問題解決や探索に関わる技法に着目している。一貫した知見が得られていない要因として、「治療関係構築」、「重要」、「出来事」が持つ意味の範囲が広いのではないかと考える。教示が多義的であることで研究によって様々な知見が得られているかもしれない。本研究では心理療法初期における効果的なセラピストの関わり方をクライエ

ントの体験から明らかにすることを目的としている。そのため「関係を築く上で重要な体験は何か」と問われるよりも「なぜ心理療法を続けようと思ったのか、きっかけとなるセラピストの関わり方は何か」と問われた方が、クライアントにとっても理解しやすく、捉え方の不一致が起きにくいのではないかと考えられる。

そこで本研究は心理療法初期におけるセラピストの効果的な関わり方をクライアントの心理療法継続の決定過程から明らかにすることを目的とした。

第2項 方法

3-2-1 研究デザイン

本研究は心理療法初期におけるセラピストの効果的なコミュニケーションをクライアントの心理療法の継続決定に至る心理過程をもとに明らかにすることを目的とした。したがって、研究1同様、心理療法初期におけるセラピストの効果的なコミュニケーションに関する理論を生成する上で、グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Strauss & Corbin, 1998/2004) が適当だと判断した。

3-2-2 調査者

本研究におけるインタビュー調査は全て筆者が行った。筆者は臨床心理学専攻の大学院の学生であった。研究協力者が利用した施設およびセラピストと関係性は無い。また、筆者の知人の紹介でリクルートをした2名は調査者との直接的な関係性が無いという理由から、調査に影響を及ぼす可能性は低いと考え協力者として含めた。

3-2-3 協力者

協力者の参加基準として、心理療法を利用し終結した者とした。本研究では11名の協力者が得られた(表10)。男性2名、女性9名、平均年齢30.6歳(SD=8.12: Range=22-46)であった。未改善の自己中断を含め、心理療法を受けた施設数は平均2.09(Range=1-4, 最頻値=1)であり、複数の機関で心理療法を受けた場合は、その中で来談を継続し、症状や問題が改善し終結した各1事例を分析対象とした。主な相談機関は大学の学生相談や保健管理センターであり、利用料金が無料である施設が11事例中8事例であった。終結間近であった者が1名いたが、協力者が研究参加を面接の振り返りとして良い機会であると考え参加を申し出た。また、担当セラピストから承諾を得て実施した。また、分析の合議の際、結果として質的な差異が見当たらないことが複数の研究者より判断されたため、研究協力者に含めた。

表10 研究協力者の特性

協力者	年齢	性別	職業	事例				
				相談内容	相談機関	期間	性別	料金
A	30代前半	女	専業主婦	パニック発作、自分のトラウマについて	心療内科	約1年	男、30代	有料
B	20代後半	女	大学生	大学で不適応、過食について	学生相談	約1か月	女、40代	無料
C	20代後半	女	無職	摂食障害、親との関係について	大学保健管理センター	約1年	女、40代	無料
D	20代前半	女	大学生	大学での対人関係の問題について	大学保健管理センター	約1年	女、50代	無料
E	30代後半	男	会社員	パニック発作、うつ症状について	大学附属相談センター	約3年	男、40代	有料
F	30代後半	女	会社員	アルコール依存、夫への暴力について	心療内科	約1年	女、30~40代	有料
G	20代後半	女	大学院生	彼氏からの暴力について	学生相談	約1年	女、30~40代	無料
H	40代後半	女	専業主婦	発達障害の疑いのある子どもとの関わりかたについて	地域相談センター	約4年	女、40代~50代	無料
I	20代前半	女	大学院生	大学院の受験失敗による落ち込みについて	学生相談	約1年	男、40代	無料
J	20代前半	女	大学院生	摂食障害について	学生相談	約10か月	女、30~40代	無料
K	30代後半	男	会社員	自傷行為について	個人開業	約6か月	女、40代	有料

3-2-4 協力者と調査者との関係

上述したように、調査者である筆者と協力者との直接の関係性は無い。よって、協力者と調査者との関係がデータに影響を与えないと判断した。

3-2-5 データ収集の手続き

データ収集方法は、第2章同様、協力者を無差別に選定するオープンサンプリングではなく、本研究の目的を達成する上で意義があると思われる者を選定した。協力者のリクルート方法として、複数のメンタルヘルスのコミュニティサイトや大学院のホームページ、知人の紹介で呼びかけた。メンタルヘルスのコミュニティサイトでは、管理人に承諾を得て募集を約2か月間掲示した。結果、メンタルヘルスのコミュニティサイトで6名、大学院のホームページで1名、知人の紹介で4名協力の申し出があった。

調査は主に筆者が所属する大学の面接室で行った。1名がパニック障害の症状により、電車で来学することが困難であったため、協力者の自宅最寄り駅近くの喫茶店の個室で行った。調査者が研究の説明を書類と口頭で行い、参加協力およびインタビューの録音の同意を書類にて取得した。インタビューは第三者の出入りが無く、プライバシーが守られた空間で実施した。

まず、筆者が作成したインタビュー調査票をもとに、「年齢」、「カウンセリングの主訴」、「利用時の年齢」、「利用期間」、「利用機関の種類（病院／大学付属相談センター／学生相談／個人施設／その他）」、「利用回数」を聴取した。次に表11のインタビューガイドを用いてインタビューを実施し、協力者ごとに質問に偏りがないようにした。

インタビューは半構造化面接を用いた。心理療法継続決定に至る心理過程を明らかにするため、主な質問項目として、(1) 心理療法を受けた経緯、(2) 初回のセラピストの印象、

(3) 面接初期における内的体験、(4) 継続を決めた要因を主な面接内容とし、協力者の話りに応じて質問の追加や順序変更を行った。インタビューは1回につきおおよそ60分から90分であった。

インタビュー調査は協力者につき2回実施した。1回目は継続に至る心理過程の概要を把握した。そして2回目のインタビューでは1回目のインタビューの内容の確認とともに、特に継続の決定過程で際立った体験について詳細にインタビューした。

表 11 継続事例に関するインタビューガイド

領域	質問項目	具体的な質問
来談の経緯		まず、主訴が「・・・」ということですが、カウンセリングを受けるに至った経緯について教えてくださいませんか。
	来談のきっかけ	何をきっかけにカウンセリングを受けようと思いましたか。
	来談前の心理状態	カウンセリングを受けようと思った出来ごとや人に関して教えてください。
	カウンセリングを探した方法	どのようにカウンセリングを探しましたか。その時の・・・さんの状態などを詳しくお聞かせ下さい。
初回面接	カウンセリングへの期待	カウンセリングを受ける前に、カウンセリングへのイメージや期待など、何かございましたか。
		まず、最初に受けたカウンセリングについて、初回面接から継続に至った過程についてお聞きしたいと思います。まず、初回面接に関して、当時のことを出来る限り思いだして、初回面接での・・・さんの心理的な体験や、カウンセラーの印象など、具体的な様子を時間を追って教えてくださいませんか。
	カウンセラーの印象	カウンセラーに会ってどのような印象を持ちましたか。具体的に教えてください。
	カウンセラーとの具体的なやりとりについて	カウンセラーとのやりとりで際立った発言や態度などがありましたら具体的に教えてください。
継続決定に至る過程	内的体験	カウンセリング中に・・・さんが感じたことや考えたことなどを教えてください。
	面接を終えて	カウンセリングを終えて思ったことや感じたことがございましたら教えてください。また、生活に何か影響がありましたら、そのことも教えてください。
		・・・さんは、どのようないきさつで継続しようと思ったのか時間を追って教えてくださいませんか。
	継続決定のきっかけ	このカウンセリングを続けようと思った上で、何かきっかけとなる出来ごとなどはありますか
振り返り	継続に影響したカウンセラーの具体的な関わり方	何かカウンセラーとの関係の中で、カウンセリングを続けようと思った出来ごとはありましたら、カウンセラーの態度や発言など具体的に教えてください。
	最終的な決定因	最終的に続けようと思った決定的な理由は何でしょうか。
	内的体験	その時感じたことや思ったことに関して具体的に教えてください。
	継続決定後の生活の余波・心理的影響や変化	継続を決めた後、カウンセリングで自身の生活や心理的状态に何か影響はありましたか。
振り返り	意味づけ	カウンセリングを振り返って、自身の生活にとってどのような意味を持っていたと思いますか。
	重要な体験	カウンセリングを受けて・・・さんの中で何が一番重要な体験だったと思いますか。／役に立ったと思われませんか。

3-2-6 調査期間

本調査は2011年6月から9月にかけて実施した。

3-2-7 倫理的配慮

本調査はお茶の水女子大学グローバル COE 研究倫理委員会の承認を受けて実施した(2011年7月19日認定, 申請番号184)。調査者から本研究の目的・インタビュー内容, 生じ得る心理的負担, 調査はいかなる段階で中断しても構わないことについて, 説明書類を提示しながら説明を行った。また, インタビューはICレコーダーによる録音を行うが, 録音をして欲しくない部分, あるいは分析データに含めて欲しくない部分があれば希望に応じることが伝えた。以上の説明を行った後, 文書にて参加の同意を取得した。また質問内容の選択も慎重に行うなど, 協力者に心理的苦痛を及ぼす可能性を最小限にするよう配慮を行った。データを逐語化する際, 協力者の個人的情報は全て記号化した(例:東京都→A県)。

3-2-8 分析

録音データを逐語化したデータを分析対象とした。分析方法はグラウンデッド・セオリー・アプローチ (Strauss & Corbin, 1998/2004) を採用した。

まず, 継続事例の全体像を把握した後, リサーチクエスチョンに関わる語りを選択し, 1単語から2行程度の意味単位ごとにオープン・コーディングを行った。次に, 焦点化コーディング, すなわち初期に生成したコードを分類・整理・統合し, データの中で有意義あるいは頻度が高いコードを用いて分析を方向づける作業 (Charmaz, 2006) を行った。その後コードをまとめ下位カテゴリーを生成し, 同様の手続きでより抽象的なカテゴリーを抽出し

た。コード化，カテゴリー化は主に筆者が行った。生成したコードやカテゴリーがデータに基づいているかを保証する上で，質的研究を専門としている教員の指導を受けながら分析を行った。そして教員及び質的研究の訓練を受けている大学院生とともに数回合議を重ね，カテゴリーの修正・再統合を行った。

第3項 結果

グラウンデッド・セオリー・アプローチで得られた 594 のコードから 36 の下位カテゴリー，14 の中位カテゴリー，最終的に 5 つの上位カテゴリー，《切迫感とためらい》，《居心地が良い》，《肯定と方向付けを明示する》，《自分を受け入れてくれる・頼れる人に出会えた感覚を得る》，《問題解決への希望と自己開示の表出が促進される》を抽出した（表 12）。なお，ネガティブケースが 3 つ得られたが重要な知見であると考えデータとして取り扱った。以下，各上位カテゴリーについて説明する。

表 12 生成したカテゴリー一覧

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー
切迫感とためらい (122)		もう限界にまで達してしまった(29)
	行きつくとこまで来てしまった(64)	「自分はおかしい」感覚が強まる(16) 他者から遠ざかり一人で抱える(19)
	とにかく救い出してほしい(30)	とにかく誰かに何とかして欲しい(18) 専門家のところに行けば何とかなるかもしれない(12)
	カウンセリングを受けることへ恥ずかしさと不安(28)	自分を晒すようで恥ずかしい(11) 未知の世界に対する半信半疑(9)
居心地が良い(70)	柔らかさや落ち着きを感じる(60)	全体的に物腰が柔らかい(21) 落ち着く声のトーン(13) 柔和な表情(10) 心地良い空間(6)
	イメージとは違う(10)	イメージとは違う(10)
肯定と方向付けを 明示する(143)	そのままの自分を肯定してくれる(48)	自分を労ってくれる(22) あらゆることに肯定的な意味を見出してくれる(16) どんなことも否定しない(10)
	心から関心を持って聴いてくれる(45)	一言一句ちゃんと聴いてくれる(16) 深みのあるボディランゲージ(11) 温かく聴いてくれる(10) 多角的に聞いてくれる(8)
	専門家として方向性を示してくれる(30)	専門的な見解を教えてくれる(12) これからの解決法を提示してくれる(11) 専門的な関わりをしてくれる(7)
	はっきりと気持ちを代わりに表してくれる(20)	何を感じているのかわかりやすい(6) 自分のことのように気持ちを表してくれる(14)
	一緒にいて居心地がいい(72)	安心していられる(28) テンポが心地がいい(27) 自分と相性が良い(17)
	自分を受け入れてくれる・頼れる人に出会えたと感じる(189)	全面的に自分を受け入れていると感じる(54) 自分を受け止めてくれたと感じる(21) わかってくれる人が現れたと感じる(19) 自分を肯定的にとらえることが出来る(14)
	専門家として頼れる人だと感じる(33)	問題解決をする上で信頼出来る(17) 尊敬出来る(16)
	感激する(20)	感激する(20)
	ズレを感じる(10)	ズレを感じる(10)
問題解決への希望 と自己開示の表出 が促進される(70)	収穫を得る(32)	続けると良さそうだと感じる(22) 自分の気持ちが整理出来る(10)
	自分をもっと出したい(30)	もっと自分を出したい(22) 我慢していた感情が出る(8)
	まだ序の口(8)	まだ序の口(8)

注) : () = 該当コード数, 灰色 = ネガティブケース

3-3-1 上位カテゴリー（1） 切迫感とためらい

来談前のクライアントの心理状態に関する上位カテゴリーとして《切迫感とためらい》を生成した（表 13）。この上位カテゴリーは<行きつくところまで来てしまった>、<とにかく救い出してほしい>、<心理療法を受けることへ恥ずかしさと不安>という中位カテゴリーから生成された。

中位カテゴリーとして<行きつくところまで行ってしまった>は、「もう限界にまで達してしまっただけ」、「自分はおかしい」感覚が強まる、「他者から遠ざかり一人で抱える」という下位カテゴリーから生成され、8名の協力者から得られた。これは以前の自分と違って、あるいは他の人と比べて、どこか自分がおかしいという感覚が強くなり、心身の限界に達する状態であることを示した。例えば大学で不適応になった B さんは次のように述べられた。

過食が止まらなくなっていて、例えばお釜に2合くらい焚いて全部食べちゃったりとか。それで、朝も起きられなかったりとか。あと逆に夜眠れなかったりして、落ち込んだ状態になったりして。

このように、心身のコントロールがきかず自分の力ではどうにもならない状態であったことを述べた。そして、身近の人に相談出来ず周囲に合わせ問題がないように振舞ってしまい、自分だけで問題を抱え限界まで追い詰めてしまう場合も見られた。例えば、H さんは育児ストレスで子どもに厳しくあたってしまうことに悩んでいた。母親仲間との子育てに関する話をしている時に「私はもっとひどいんだとか、すごいんだとか思いつつ、大変よねってこう表面的な話しかできなかったですよね。」と述べた。

中位カテゴリー<とにかく救い出して欲しい>は、「とにかく誰かに何とかして欲しい」、「専門家のところに行けば何とかなるかもしれない」という下位カテゴリーから生成され、

8名の協力者から得られた。これは心身の状態が限界に達し、誰かに現状を解決して欲しいという状態が示された。例えばHさんやJさんはこの状態を「とにかく藁をつかむ思い」と表現された。

中位カテゴリー<受けることへの恥ずかしさと不安>は、「自分を晒すようで恥ずかしい」、「未知の世界に対する半信半疑」という下位カテゴリーから生成され、9人の協力者から得られた。これは心理療法を頼るまでに行き着いてしまったという“挫折感”や“恥ずかしさ”や、心理療法という未知なる体験への不安に関わるカテゴリーであった。例えばEさんは営業職で従事してきたことから、「男社会で生きてきたので、弱さをみせちゃいけないというか自分の中にそういうのがあって。恥ずかしい、っていうのがあって。」と、自分の弱さを他人に見せることへの恥ずかしさがあったことを述べた。

以上のように、自分の力ではどうにもならず専門家を頼らざるを得ないと感じつつも、心理療法を受けることへのためらいを感じることを表す上位カテゴリー<<切迫感とためらい>>を生成した。

表 13 来談前のクライアントの心理状態に関するカテゴリー

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー	コードと逐語例
		もう限界にまで達してしまっ(29)	「絶えず自分を責める」：もうどうしようお先真っ暗っていう。(海外に)行く前は、もう本当に、よし頑張ろう!って思って来たって言うてたじゃないですか。なのに、来たら来たで何でこんななっているんだらうって思って。ものすごい、激しい落ち込みでしたね。(Bさん)
		行きつくところまで来てしまった(64)	「自分はおかしい」 「自分はおかしい」 感覚が強まる(16)
		他者から遠ざかり一人で抱える(19)	「過去の自分が間違っていたと後悔する」：ここが悪いからうつになっちゃったんじゃないかなとか、あの時に頑張りすぎちゃったんじゃないかとか、色々人のせいにしてたりとか、あとはまあ自分が判断が間違ってたんだとか、自己否定が結構強かったんですけど。(Eさん)
		切迫感とためらい(122)	「自分は精神的におかしい」：だけど自分は、普通だよなって思ってたところに、そういうのを調べたら、実は自分もそう(精神的な病気)だったっていうのがあって、実は結構ショックで。自分が今まで生きてきた中で普通だと思ってたことが、普通じゃなかったから、(ああ)すごくショックで、病気なんだ、やっぱ私精神的におかしいんだ…(Aさん)
		とにかく救い出ししてほしい(30)	「他の人と違って「おかしい」」：生きてるのがつらくて、自分が生きてきてよかったのか、ずっと思っていて。それが自分でおかしい、人と自分が違う気がしたり。(Cさん)
		専門家のところに行けば何とかなるかもしれない(12)	「辛いのは自分が弱いから我慢するしかない」：我慢して、泣くのも泣いていると、(母親から)「そんなに泣いている子は嫌い」「うじうじしているから駄目なんだ」とか、とりあえず全部否定されてたので、自分は辛いんだけど自分も弱いから悪いんじゃないかと思って。(Cさん)
		自分を晒すようで恥ずかしい(11)	「自分でも何とかするしかない」：そうですね、その当時そう(疲労だと)思えなくてやっぱりこんなことで、アトピー抱えてる親なんて、親なんていっぱいいるし、どうなんだろうって、そのとき頑張らなきゃと思いましたね。(Hさん)
		カウンセリングを受けることへ恥ずかしさと不安(28)	「とにかくカウンセリングでも何でも良いから相談したい」：とにかく、そのカウンセリングでも何でも受けてみようって。期待、うーん、でもどっかで、期待はあったかな、ちょっとそこは、期待、すごい期待があったわけじゃなかったと思いますけど。(Hさん)
		未知の世界に対する半信半疑(9)	「薬をつかむ思いで助けを求める」：無気力で、もう薬をもすがらる感じで行ったっていう感じですね。助けて一っという感じ。(Jさん)
			「専門の人に悩みを解消して欲しい」：なんかそこに行けば先生に自分のつらさとかをすぐに開放してもらえるようなアドバイスとかをもらえて、楽になるんじゃないかという希望は結構ありました。(Oさん)
			「専門家が指示を出してくれるだろう」：こっちがすがるように話すと、「こういう風にしなさい」って指示を出してくれるもんだと、思っていたんですよ。(Eさん)
			「自分がカウンセラーにお世話される立場になってしまった」：なんで私は将来カウンセラーになりたくて勉強してるのに、なんでカウンセラーさんにお世話になってるんだらう(Dさん)
			「他人に弱い部分を晒したくない」：やっぱり全然初めての人のなので、自分の弱い部分を見せたくないっていうか。(Eさん)
			「大事なことを話して良いかどうか防衛を張る」：多分防衛反応みたいな感じですよ。傷つかないように、最初は、どういう人がまだ分からない時は、他の人にはあんまり話さないようなことをまあ話す訳じゃないですか。すごい大事なことを話す相手だったの、まあ最初は、やっぱりそうですね、壁はありましたね。(Jさん)
			「知らない人に対して身構える」：やっぱり最初は、その…ちょっと挑戦的になっちゃうじゃないですか。「この先生ってどうなんだろう？」って。(Fさん)

3-3-2 上位カテゴリー（2） 居心地が良い

セラピストの印象に関する上位カテゴリーとして《居心地が良い》を生成した（表 14）。この上位カテゴリーは、中位カテゴリー〈柔らかさや落ち着きを感じる〉とネガティブケース〈イメージとは違う〉から生成された。

まず、中位カテゴリー〈柔らかさや落ち着きを感じる〉は、セラピストの態度、口調などから柔らかさや落ち着きを感じることを表すカテゴリーであった。「全体的に物腰が柔らかい」、「落ち着く声のトーン」、「柔和な表情」、「心地良い空間」という下位カテゴリーから生成され、11名の協力者から得られた。例えば、Iさんは「声とか、すごく落ち着くなって思ったんですね。割と低めで、低すぎず、ゆったりこう落ち着いた感じでしゃべっていて。」とセラピストの声のトーンが落ち着くことを述べた。また、協力者の中には、セラピストの服装や声の特徴、部屋のインテリアの配置など細かく覚えている者もいた。例えば Gさんは、セラピストの服装について次のように詳細に述べた。

お洋服も結構そうだったのかなっていうのはあります。なんだろう、ゆったりめのお洋服で、ワンピースとかが結構多くて、前開きの、なんか、ピシっとした格好は一度もみたことがなかったので。

一方ネガティブケースとして、自分が想像していたセラピスト像とは異なり、驚きやショックを受ける〈イメージとは違う〉を生成した。これは4名の協力者から得られた。例えば Eさんはセラピストの印象として「もっと年配の方だと思ってたんですけど、あー思ったより若い、先生なんだなと。」と述べた。このように想像していたセラピストとは異なり驚きや多少の落胆を感じる者が少なからずいた。

以上から、人によっては自分の抱いていたセラピスト像や期待とは違う印象であったも

の、全般的に雰囲気柔らかく落ち着く印象を持つことを表す上位カテゴリー「居心地が良い」を生成した。

表 14 セラピストの印象に関する上位カテゴリー

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー	コードと逐語例
居心地が良い (70)	柔らかさや落ち着きを感じる (60)	全体的に物腰が柔らかい(21)	「物腰が柔らかくて安心出来る印象」: やっぱカウンセラーっていうのはすごくやっぱり物腰が柔らかいっていうのが、そうですね、A先生の第一印象がすごく安心出来た。(Eさん)
		落ち着く声のトーン(13)	「包容力のある雰囲気」: 相手から、得たいものっていうのは、穏やかな感じだったり、話しやすい感じだったり、…っていうのがまずベースにあって、その先生はそういう印象を受けた。(Gさん)
		落ち着いた声(10)	「気持ちを落ち着かせてくれるしゃべり方」: なんているんですかね、安心する、本当にそのままなんですけど、こっちがやっぱり色々、イライラしている時期だったので、気持ちを落ち着かせてくれるようなしゃべりというか。(Eさん)
		穏やかな表情(10)	「落ち着く声」: でも、声とか、すごく落ち着くなって思ったんですね。割と低めで、で低すぎず、ゆったりこう落ち着いた感じ、でしゃべっていて。(Iさん)
		心地良い空間(6)	「表情が柔らかい」: というか、笑顔でもないんですけど、全部「うーん」という感じで、多分口角が上がっているから笑顔に見えるのか。(Cさん)
		イメージとは違う(10)	「目尻が下がって穏やかそうな表情」: なんだろうな、ちょっと目下がっている感じの、穏やかそうな感じがして。(Dさん)
イメージとは違う(10)	イメージとは違う(10)	「心地良い空間」: 部屋のインテリアがすごい。水が本当にジャラジャラって流れてる感じで。なんだろう、見た目って大事じゃないですか？ 雰囲気とか感じるものとか。心地よかったです。(Bさん)	
			「こじんまりして落ち着く部屋」: 椅子と机と、なんか先生くらいだけで、本とかそういうのは全然なくて、空間もこじんまりと守られてて、(略)なんか、「あー落ち着いたなー…」って。(Dさん)
			「イメージとは違う」: 若干想像と違ってたんですけど、もっと年配の方だと思ってたんですけど。あー思ったより若い、先生なんだなと。(Eさん)

3-3-3 上位カテゴリー (3) 肯定と方向付けを明示する

クライアントの心理療法の継続決定において重要なセラピストのコミュニケーションける上位カテゴリーとして「肯定と方向付けを明示する」を生成した(表 15)。この上位カテゴリーは「そのままの自分を肯定してくれる」, 「心から関心を持って聴いてくれる」, 「専門家として方向性を示してくれる」, 「はっきりと気持ちを代わりに表してくれる」と

いう中位カテゴリーから生成された。

まず、クライアントの今の状態をただ否定しないだけでなく積極的に肯定してくれる関わりを表す中位カテゴリー<そのままの自分を肯定してくれる>を生成した。これは「自分を労ってくれる」、「あらゆることに肯定的な意味を見出してくれる」、「どんなことも否定しない」という下位カテゴリーから生成され、9名の協力者から得られた。例えばJさんは、大学の部活で体調が優れず「100%の力が出せなかった」ため、体調管理がしっかり出来なかった自分を責め、仲間への罪悪感があることをセラピストに伝えた場面について次のように述べた。

(セラピストから) “むしろ、どのぐらいの体調なのかコンディションなのかっていうのをいつもこう理解して100%の力を出さずにある程度抑えた力で行動するっていうのも重要なことですよ” って言われたんですよ。(略) “いつも体調を自分で把握して力の出し具合を調節出来るっていうのは、むしろそれは1つの能力で重要なことだ” っていう風に言ってくれて。それは今でもすごい印象に残ってますね。

次に中位カテゴリー<心から関心を持って聞いてくれる>を生成した。これは「一言一句ちゃんと聴いてくれる」、「深みのあるボディランゲージ」、「温かく聴いてくれる」、「多角的に聞いてくれる」という下位カテゴリーから生成され、9名の協力者から得られた。セラピストが心から関心を持って聞いてくれると思う決め手として、例えばFさんは「先生は、メモを取り、以前話していたことも、覚えて下さって。“前もこういう風におっしゃっていたけど” って、ちゃんと全部、聞いて下さってるんだなって。」と述べられた。また、「前のめりになって。そうですね。すごいちゃんと目を見て聞いてくれた。(Bさん)」や「(自分が)混乱していた時に“うん、うん、うん、うん…” って。(Iさん)」と、セラピストの非言語的コミュニケーションの重要性について述べられた者がいた。

中位カテゴリー<専門家として方向性を示す>は、「専門的な見解を教えてくれる」、「これからの解決法を提示してくれる」、「専門的な関わりをしてくれる」という下位カテゴリーから生成され、6名の協力者から得られた。この中位カテゴリーは問題について専門的な立場からの見解や解決方法を伝える関わり方が表すものであった。例えばHさんは、子どもを強く怒鳴ってしまうことをセラピストに相談した場面について、次のように述べられた。

その時に“私の世界で言葉の暴力、言葉の虐待です”ってはっきり言われたんですよね。そこで覚悟を決めたっていう感じ。(略)“私はあなたと一緒にやっていく準備がある”とか“意志があるし、できるけど、どうする?”って言われたことが一番…。

また、中位カテゴリー<はっきりと気持ちを代わりに表してくれる>は、「何を感じているのかわかりやすい」、「自分のことのように気持ちを表してくれる」という下位カテゴリーから生成され、5名の協力者から得られた。この中位カテゴリーはセラピストが何を感じているかクライアントにとってわかりやすく、クライアントの代わりに気持ちを表してくれる関わり方を表すものであった。例えばKさんは次のように述べられた。

(セラピストは)感性豊かと言うか感受性が高いと言うか、本当に人が、例えば腹が立ったような話だと“すごく腹が立つ”とか。(略)言葉もそうですけどやっぱり一番強く感じたのは、人のように感じてくれるっていうのはすごく僕はヒットしましたね。悲しい話をした時、悲しいって感じてくれてるんですけど、よく人のためにここまで出来るなっていうのが。

このようにクライアントに対して積極的に肯定し、問題に対する方向付けを示すセラピストの関わりとして、上位カテゴリー<<肯定と方向付けを明示する>>を生成した。

表 15 セラピストのコミュニケーションに関するカテゴリー

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー	コードと逐語例
そのままの自分を肯定してくれる(48)	あらゆることに肯定的な意味を見出してくれる(16)	自分を労ってくれる(22)	「それは辛かったと言ってくれる」:「つらいよね」って言ってくれるのが、「すごいつらかったね」とか「頑張ったね」とか。(Cさん)
			「頑張っていることをニュアンスとして伝えてくれる」:先生の「休めたら良いのにね」っていう言葉の裏には…なんかその言葉の裏に、頑張っている、頑張ってるんじゃない?っていう言葉が、なんかそういう労いの言葉が、意味がその後ろに、隠れて。(Dさん)
			「人生はプロセスだと言ってくれる」:「人生はプロセスだから」って。「山がこうあったとして、こうあったとして、Bがこうだったら、みんな登るプロセスがあって。(略)「プロセスだよ」って言うてくれました。(Bさん)
		「これまでの行動に意味があると言ってくれる」:そうですね、肯定、肯定という言葉がふさわしいのかどうか分からないんですけど、あの自分自身の行動は決して悪いことではないですよ。(Eさん)	
		どんなことも否定しない(10)	「どんなことも否定しない」:間違っただけをしても間違いを正してくれるようなことは言っても、否定はしない。(Aさん)
心から関心を持って聴いてくれる(45)	深みのあるボティランゲージ(11)	一言一句ちゃんと聴いてくれる(16)	「自分が話している間集中して聞いてくれる」:私がしゃべり終わるまでは途中で割り込んだりとかもしないで、で本当に自分が真剣なことを話している時には、書くのをやめて聞いてくれたりしたので…(真剣さが)すごい伝わりました。(Cさん)
			「前の話を覚えてくれている」:先生ずっと、あの、一時間なんですけど面接時間、メモとってないんですよ、全部、うんうんって聞いているだけ、なんですけど、全部、次の回に行った時に、前の内容を覚えている。(Jさん)
			「深い傾きをしてくれる」:あっちの、あっちの傾きっていうんですかね、すごく、あえてかわからないんですけど、混乱していた時に「うん・うん・うん・うん」ってまた戻してくれるというか。(Iさん)
		「目を閉じて傾きながら聞いてくれる」:ずっとこうやって、大体目を閉じて、うんうんって傾いて、聞いてくれるっていう感じでした。で時々相槌とか、質問とかはあるんですけど、私が話さなくなってもしばらくは、ずーっとそのままの状態。(Jさん)	
肯定と方向付けを明示する(143)	多角的に聞いてくれる(8)	温かく聴いてくれる(10)	「最後までじっくり聞いてくれる」:すごいなずいて「うんうん」と聞いてくれる先生で、私がしゃべり終わるまでは途中で割り込んだりとかもしないで。(Cさん)
			「とにかく全て聞いてくれる」:先生は、全て聞いてくれた、っていうのは一番大きいですかね。(Eさん)
			「自分の状況について幅広く質問してくれる」:自分の状況と家族環境ですとか。あと小学校の時の自分の性格だとか。(略)あとは、症状と何が辛いのか。何が自分を悩ませているのか。その辺を話しましたね。(Bさん)
		「具体的に質問してくれる」:色んな事を質問してくれる。私が、あの話した事について、それって具体的に言うとうどういう感じなんですか?とか。(Fさん)	
専門家として方向性を示してくれる(30)	これからの解決法を提示してくれる(11)	専門的な見解を教える(12)	「わかりやすくテストの見解を教える」:あとは、病気を、例えばただのうつとかではなくて、こういった病気なんですよとか、色んなテストの結果がすごく論理的に分かりやすく。(Eさん)
			「心理学の知識をわかりやすく話してくれる」:私が心理学を勉強しているというのも、知っていたので、まあ「心理学を、勉強しているからわかると思うけど、人間の記憶には…」っていうことを、私にもわかりやすいように話して下さい。(Fさん)
			「アルコールの減らし方のアドバイスをしてくれる」:「まあ少しずつ減らしてたりとか、趣味増やしたりとか、あの、違うことに目を向けると、自然とそれに頼らなくなる。(略)趣味を見つかるって言うのも大事だと思いますよ」。(Fさん)
		「リラククス方法を教える」:パソコンに向かって言う時間が長かったので、あの「照度を下げるといいですよ」って言うてくれたんですよ。(Jさん)	
		専門的な関わりをしてくれる(7)	「技法を使ってくれる」:なんか先生は、例えば、そのお人形を使って、自分だったらどうしてあげたいか、一回やってみて下さいとか(略)一番何かカウンセリングでは建設的だったというか。(Aさん)
			「最初に話題をのきかけを提示してくれる」:入室すると、どっから話したら良いのか迷うんですけど、いつも先生の方から、「最近、どうですか?」って、「なんか、変わったこととかありました?」(略)とか、投げかけて下さってくれたんですよ。(Fさん)
はっきりと気持ちを代わりに表してくれる(20)	何を感じているのかわかりやすい(6)	自分のことのように気持ちを表してくれる(14)	「自分のことのように辛い表情をする」:我慢していたのを、それを、辛い体験を先生に言うと、なんか先生が聞いているだけでもすごいそんなに、辛そうな顔をしてくれて。(Cさん)
			「自分のことのように怒りを示す」:感性豊かと言うか感受性が高いと言うか、本当に人が、例えば腹が立ったような話だと「凄い腹が立つ」とか。(Kさん)
			「何を感じているのかわかりやすい」:表情…私の表情によって表情変えてくれましたね。喋る内容によって、すごい表情筋が豊かというか。(Bさん)

3-3-4 上位カテゴリー（4） 自分を受け入れてくれる・頼れる

人に出会えたと感じる

来談継続の決定におけるクライアントの内的体験に関する上位カテゴリーとして《自分を受け入れてくれる・頼れる人に出会えたと感じる》を生成した（表16）。この上位カテゴリーは＜一緒にいて居心地がいい＞、＜全面的に自分を受け入れていると感じる＞、＜専門家として頼れる人だと感じる＞、＜感激する＞という中位カテゴリーと＜ズレを感じる＞というネガティブケースから生成された。

中位カテゴリー＜一緒にいて居心地が良い＞は、「安心してられる」、「テンポが心地いい」、「自分と相性が良い」という下位カテゴリーから生成され、11名の協力者から得られた。セラピストと一緒にいて「落ち着く」、「安心出来る」と表現した者が多かったが、Gさんはこの感覚について「ブランコっていう感じですね、ゆりかごの方が近いのかな。（自分が）赤ちゃんのようにこうブワッと感情が出るんですけど、“うんうん”ってこう揺らされている…」と比喻で表現した。

中位カテゴリー＜全面的に自分を受け入れてくれると感じる＞は、「自分を受け止めてくれたと感じる」、「わかってくれる人が現れたと感じる」、「自分を肯定的にとらえることが出来る」という下位カテゴリーから生成され、9名の協力者から得られた。このカテゴリーは「受け入れてくれる」、「認めてくれる」、「承認してくれる」、「尊重される」、「許してもらえる」といった言葉で表現され、いずれも“問題を抱えた自分をそのまま一人の人間として受け入れてくれる”という体験を表すカテゴリーであった。

中位カテゴリー＜専門家として頼れる人だと感じる＞は、「問題解決をする上で信頼出来る」、「尊敬出来る」という下位カテゴリーから生成され、7名の協力者から得られた。この中位カテゴリーはセラピストに対して問題解決する上で信頼出来るという体験に関わるカテゴリーであった。例えばEさんは予想以上に若いセラピストで戸惑ったものの、セラピ

ストの関わり方によって「僕の方から先生への見方が変わったかどうかですよ。あの、すごく色々な事を、経験豊富な先生なのかなっていう風にも実感して。」と述べられた。

中位カテゴリー<感激する>は、「感激する」という下位カテゴリーから生成され、7名の協力者から得られた。この中位カテゴリーは思わず感情が喚起される体験を表すカテゴリーであった。この感情の大半は「嬉しい」、「ジーンとする」といったポジティブなものであった。一方、カウンセリングで期待したものと違い、セラピストとのコミュニケーションにズレを感じた者もあり<ズレを感じる>というネガティブケースも抽出した。これは6名の協力者から得られた。例えばCさんやEさんは“指示が欲しいと思ったのに指示が無いことに対して物足りなさを感じた”ことを述べられた。

以上から、セラピストの関わりによって、自分を受け入れてくれる人や安心感や問題解決に向けて信頼出来る人に出会ったという体験を表す上位カテゴリー《自分を受け入れてくれる・頼れる人に出会えたと感じる》を生成した。

表 16 来談継続の決定におけるクライアントの内的体験に関するカテゴリー

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー	コードと逐語例
自分を受け入れてくれる・頼れる人に出会えたと感じる(189)	一緒にいて居心地がいい(72)	安心していただける(28)	「意識の深い部分での安心感を感じる」ずーっとずーっと意識の深いところであって、安心感とか。(Bさん)
		テンポが心地いい(27)	「気構えなくても良い」: そういう所では、気構えていたのが一気に、緊張の糸がほぐれたと言いますか。(Eさん)
		自分と相性が良い(17)	「自分のペースでやりやすい」: ゆったりしているから、こっちもゆったりしてられる、こっちもせかせかせせずに、自分のペースでやれるから、っていう感じ。(Gさん) 「ゆりかごにいる感じになる」: 良い感じにブランコっていう感じですね、ゆりかごの方が近いのかな。(Iさん)
	全面的に自分を受け入れていると感じる(54)	自分を受け止めてくれたと感じる(21)	「すごく相性が良いのが決め手」: カウンセリングの先生との相性がすごく良かったので、(それが)決め手っていうのが一番あって(Aさん) 「コミュニケーションスタイルが合っている」: 最初の雰囲気、受ける印象が、先生のコミュニケーションスタイルが、自分に合っているっていう印象を受けた。(Jさん)
		わかってくれる人が現れたと感じる(19)	「自分の存在を認めてくれた」: 聞いてくれた上に、自分の存在を認めてくれているなっていう部分が、大きかったですね。(Eさん) 「自分を尊重してくれた」: 尊重されたこと、こんな母親でも受け止めてくれると思うと。(Hさん)
		自分を肯定的にとらえることができる(14)	「自分のことを思ってくれる人がいる」: 自分のことを思ってくれる人がいるんだって思いました。嬉しかった。(Bさん) 「一人じゃないんだと感じる」: なんかこう、一人じゃないような、一人では全然無いんですけども、何て言うんだらう(Kさん)
		問題解決をする上で信頼出来る(17)	「自分を褒めて良いんだ」: 「そっか、自分のことをほめていいんだ」って、で、それからなるべく自分をほめるように、…で、出たことや印象に残ったことは必ずメモして、実践するようにして。(Fさん)
	専門家として頼れる人だと感じる(33)	尊敬出来る(16)	「信頼感が生まれる」: やっぱり、あ、この人は大丈夫だってやっぱり、段々こう思ってきて、話していく内に。(Jさん)
		感激する(20)	「専門家として経験豊富だと感じる」: 僕の方から先生への見方が変わったかどうかですよね。すごく色々な事を、経験豊富な先生なのかなっていう風に実感し。(Eさん)
	感激する(20)	感激する(20)	「感激する」: ちょっと感激しましたね。嬉しかったですね純粋に。(Kさん)
ズレを感じる(10)	ズレを感じる(10)	「少し物足りない」: で指示して欲しくて聞いても「自分でその答えを見つけてなさい」という感じで。何となく方向付けされて、判断は自分といった感じだったんで、そこはなんかちょっと物足りないし。(Cさん)	

3-3-5 上位カテゴリー（5） 問題解決への希望と自己開示の表

出が促進される

来談継続決定後のクライアントの心理的变化に関する上位カテゴリーとして「問題解決への希望と自己開示の表出が促進される」を生成した（表 17）。この上位カテゴリーは「収穫を得る」、*＜自分を出したい＞*という中位カテゴリーと「まだ序の口」というネガティブケースから生成された。

中位カテゴリー「収穫を得る」は、「続けると良さそうだと感じる」、「自分の気持ちが整理出来る」という下位カテゴリーから生成され、7名の協力者から得られた。この中位カテゴリーはここで心理療法を続けると良い変化がありそうだと感じる、新しい見方が得られると感じることを表すカテゴリーであった。例えばJさんは面接が終わった心境として「こう、新しい見方をこう与えられて、なんかこう、違う扉が開いたような、感覚的にはそういう感じでした。」と述べられた。

中位カテゴリー「自分をもっと出したい」は、「自分を出したい」、「我慢していた感情が出る」という下位カテゴリーから生成され、10名の協力者から得られた。この中位カテゴリーは自分の“深い内面”や感情を出したい気持ちになることや、実際に感情が表出されることを表すカテゴリーであった。例えばKさんはこのことについて次のように述べられた。

病院とか、ビッて怪我して血が噴き出してっていったら、会いたいなって思うじゃなくて行かざるを得ないですね。でもやっぱりこういうカウンセリングって、あのー自分の経験上言いますけど、蓋をしようと思ったら蓋を出来るんですけど、それをあえて、この先生だったら別に（蓋を）開けてお会いしても良いかなって思わせるのってやっぱり人間力と言うか、その人としての魅力じゃないかなって思うんですね。

一方で、<まだ序の口>というネガティブケースは4名の協力者から得られた。来談継続を決めても、まだ自分の内面を全て打ち明けたい思いまでには至らなかつたり、まだ問題解決まで道のりは遠いと感じたりする者もいた。例えばAさんは「最初から、全て本音を話すっていうのは、気持ち的には無かったです。やっぱりまだ、完全には心は開けてない状態だったと思います。」と述べられた。

以上から、ここで心理療法を受けることで収穫が得られたと感じ、自分を出すことで良い変化が見られることに期待するという心理的变化を表す《問題解決への希望と自己開示の表出が促進される》を生成した。

表 17 来談継続決定後のクライアントの心理的变化に関するカテゴリー

上位カテゴリー	中位カテゴリー	下位カテゴリー	コードと逐語例
収穫を得る(32)		続ける良さそうだと感じる(22)	「話すことで胸に詰まった物が溶けて気持ちが軽くなる」: 話すことによって、気持ちがどんどん軽くなるというか、過去のことを話すと、その胸に詰まっていた石のようなものがもうどんどん溶けますし(Eさん)
			「新しい扉が開いた感じになる」: 新しい見方をこう与えられて、なんかこう、違う扉が開いた様な、感覚的にはそういう感じでした。(Jさん)
問題解決への希望と自己開示の表出が促進される(70)	自分を出したい(30)	自分の気持ちが整理出来る(10)	「自分を再確認出来る」: 自分はこういう気持ちだったんだって自分に対してっていうのは、再確認出来たかなくて。(Aさん)
			「自分が言いたいことを考える空間をくれる」: 「私今一番何が言いたかったんだっけ?」っていうことを、考える、空間をくれたというか(Iさん)
		自分を出したい(22)	「この人ならもう少し話したい」: 「ああこの人ともう少しお話しをしたいなあ」という印象を受けた。(Gさん)
		自分をもっと出したい(30)	「この人になら自分をもっと出せる」: どんどんどんどん、こんな私がいますとか、こんなふうに感じますとか、どんどんでてくるんですね。(Hさん)
まだ序の口(8)	まだ序の口(8)	我慢していた感情が出る(8)	「喜びで頬が緩む」: でもやっぱりなんかこう、先生が喜んでくれて、「あ、そうなんです」って私も表情が、頬が緩んだ記憶がありますね、なんか。(Dさん)
			「自然と感情が出る」: 自然と涙が出てきましたね。(Fさん)
			「まだ話せる段階ではない」: でもやっぱりまだ自分が一番話せてなかったし、まだそこまでは話せる段階ではなさそうなので、まあまだ半分はもやもや。(Iさん)

3-3-6 上位・中位カテゴリーの該当人数

生成した上位・中位カテゴリーがどの程度研究協力者に当てはまったかどうかを表 18 に示す。まず、上位カテゴリー「切迫感とためらい」における中位カテゴリーでは「心理療法を受けることへの恥ずかしさと不安」が 11 名中 9 名に該当し、「とにかく救い出してほしい」および「行きつくところまで来てしまった」は 8 名に該当した。上位カテゴリー「居心地が良い」における中位カテゴリーでは「柔らかさや落ち着きを感じる」協力者全員に該当し、ネガティブケース「イメージとは違う」は 4 名に該当した。上位カテゴリー「肯定と方向付けを明示する」における中位カテゴリーでは、「そのままの自分を肯定してくれる」および「心から関心を持って聴いてくれる」は 9 名に該当した。「専門家として方向性を示してくれる」は 6 名、「はっきりと気持ちを代わりに表してくれる」は 5 名に該当した。上位カテゴリー「自分を受け入れてくれる・頼れる人に出会えたと感じる」における中位カテゴリーでは、「一緒にいて居心地が良い」が全員に該当した。「全面的に自分を受け入れていると感じる」は 9 名、「専門家として頼れる人だと感じる」および「感激する」は 7 名、ネガティブケース「ズレを感じる」は 6 名に該当した。上位カテゴリー「問題解決への希望と自己開示の表出が促進される」における中位カテゴリーでは「自分を出したい」は 10 名、「収穫を得る」は 7 名、ネガティブケース「まだ序の口と感じる」は 4 名に該当した。

表 18 上位・中位カテゴリーの該当人数

上位カテゴリー	中位カテゴリー	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	該当数
切迫感とためらい	心理療法を受けることへの恥ずかしさと不安	○	○		○	○	○		○	○	○	○	9
	とにかく救い出してほしい	○	○	○	○	○		○	○		○		8
	行きつくとこまで来てしまった	○	○	○		○		○	○	○	○		8
居心地が良い	柔らかさや落ち着きを感じる	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
	イメージとは違う					○			○	○	○		4
肯定と方向付けを明示する	そのままの自分を肯定してくれる	○	○	○	○	○	○		○		○	○	9
	心から関心を持って聴いてくれる	○	○	○		○	○	○		○	○	○	9
	専門家として方向性を示してくれる	○	○			○	○		○		○		6
	はっきりと気持ちを代わりに表してくれる		○	○	○				○			○	5
自分を受け入れてくれる・頼れる人に出会えたと感じる	一緒にいて居心地が良い	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11
	全面的に自分を受け入れていると感じる	○	○	○	○	○	○		○	○		○	9
	専門家として頼れる人だと感じる	○		○		○	○		○		○	○	7
	感激する		○		○	○	○		○		○	○	7
	ズレを感じる		○	○	○	○				○	○		6
問題解決への希望と自己開示の表出が促進される	自分を出したい		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	10
	収穫を得る	○	○			○	○			○	○	○	7
	まだ序の口と感じる	○				○				○	○		4

3-3-7 心理療法の継続に至るクライアントの心理過程のモデル

ル作成

クライアントが来談前から心理療法継続決定に至る心理過程を明らかにするため、得られたカテゴリー同士の関連づけを行い、モデルを作成した（図 3）。以下にモデルの説明をする。

まず、クライアントの内的体験として「切迫感とためらい」を起点に矢印を設けたが、これは心理療法の利用への意思を表した。これは第 2 章の中断決定における心理過程のモデルと同様である。そしてセラピストの印象や非言語的・コミュニケーションから「居心地が

良い」と感じ、利用への意思が強まることを矢印の太さで表現した。そして継続に大きく影響するセラピストの「肯定と方向づけを明示する」という関わりによって、クライアントは「自分を受け入れてくれる・頼れる人に出会えたと感じる」と感じ「ここで自分を出すことに希望を得る」という心理的变化が生まれ、利用への期待が増大する。この利用継続の意思と期待が促進されることを、矢印の大きさで表した。

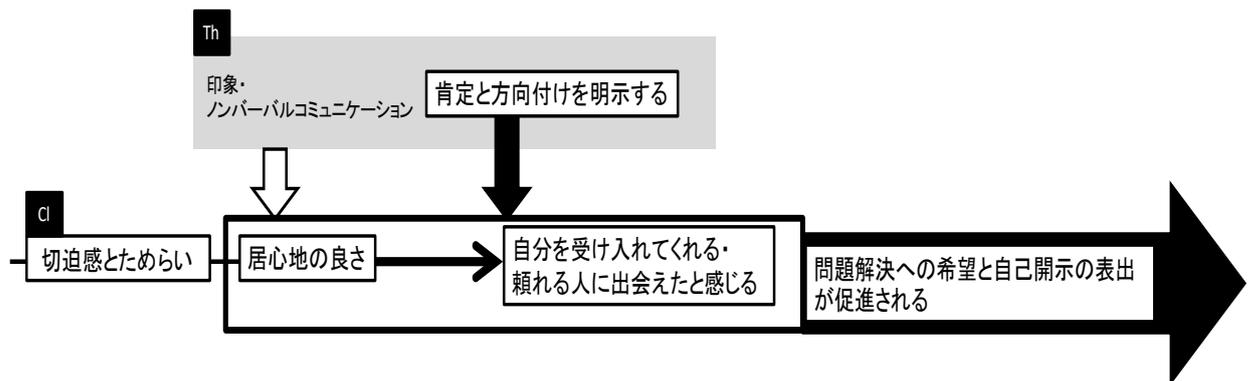


図3 心理療法の来談前から来談継続決定までのクライアントの心理過程のモデル

第4項 考察

本研究は心理療法の初期における効果的なセラピストのコミュニケーションについて、クライアントの心理療法継続決定における心理過程から明らかにすることを目的とした。その結果、セラピストのコミュニケーションとして上位カテゴリー「肯定と方向づけを明示する」、中位カテゴリー「そのままの自分を肯定してくれる」、<心から関心を持って聴いてくれる>、<専門家として方向性を示してくれる>、<はっきりと気持ちを代わりに表してくれる>を生成した。すなわちセラピストが積極的にクライアントを肯定し、目標への方向づけを示す関わり方が重要であることが明らかになった。

先行研究と比較すると、まず Bedi (2006) の研究では最もクライアントにとって治療関係構築に重要なカテゴリーは「承認」であると結論づけている。ただしこのカテゴリーでは「自

分の反応が理解出来、妥当であると言ってくれた」や「自分の体験をノーマライズしてくれた」、 「自分の感情を同定し反射してくれた」、 「自分に対してポジティブな言葉を言ってくれた」などの項目から構成されているため、厳密には「承認」以外のカテゴリーが含まれている。特に本研究では上記の内「自分に対してポジティブな言葉を言ってくれた」が最も関連する結果となった。また、Duff と Bedi (2010) の研究では TACIQ の項目の内「励ましの言葉を送る」・「クライアントに関して肯定的なコメントを送る」・「クライアントに笑顔で挨拶する」という項目が WAI-SR の大半を説明するという結果であったが、本研究でも「肯定的なコメントを送る」が上位カテゴリー《肯定と方向づけを明示する》と類似した。すなわち、Bedi らでは治療関係構築においてセラピストの「承認」が最も重要であると結論づけているが、心理療法初期では承認よりも肯定的な関わりの方が効果的であることが本研究で示唆された。また、Duff と Bedi (2010) はコミュニケーションに関する文化が異なる場合だと結果が異なる可能性を指摘していたが、本研究でもセラピストがはっきり言葉あるいはジェスチャーなどで自分の考えや感情を表すことがクライアントにとって重要であることが明らかになった。

Levitt ら (2006) の研究と比較すると、「セラピストの特性」として受容や誠意を感じさせる関わり方・問題解決へ方向づける関わり方は本研究でも関連していた。他にも心理療法の環境の重要性や、クライアントの心理療法への期待や自己開示への戸惑いを表すカテゴリーも本研究でも関連した。ただし本研究ではセラピストの具体的なコミュニケーションに焦点を当てたことで、単に温かさや受容的な特性でなく、セラピストの積極的な肯定がクライアントの来談継続に関わることを明らかにすることが出来たと考える。

Fitzpatrick らの研究を比較すると、Fitzpatrick ら (2006)、Fitzpatrick ら (2009) では、ともに「セラピストがクライアントに新たなやり方で考えるように手助けしてくれた」が最も該当人数が多い結果となった。本研究だと＜専門家として方向性を示してくれる＞が最も関連するカテゴリーである。しかし、「新たな見方が得られる」という内容は、セラピストの

関わり方ではなく《問題解決への希望と自己開示の表出が促進される》というクライアントの心理的变化に相当するものだった。本研究でもセラピストが問題の対処方法や専門的な見解を示すことがクライアントの利用継続の決定過程に関わることが示された。しかし、それ以上にセラピストのポジティブな感情の開示や肯定的なコメントをすることの重要性が示された。

以上の比較から、本研究ではセラピストがポジティブな感情を開示しながら肯定的なメッセージを伝えることが重要であることに着目したという点は、他の先行研究と異なる知見である。ただし、Bedi らの研究で一部そのことについて言及が見られている。Bedi らの研究では「治療関係を築く上で役立ったと考える“観察可能な行動や言語”」に着目している点が本研究と共通していることが理由にあげられるだろう。

セラピストの肯定が心理療法初期で効果的である理由として、研究 1 同様クライアントの心理療法来談の心理的状态があげられる。クライアントは心理療法を受けることへの期待を抱きながらも、長年誰にも言えなかった問題を他人に自己開示することへの不安や恥という感情を抱いている状態にある。そのため、単にセラピストが受容的で温かさを感じる関わり方だけでなく、セラピスト自身が積極的に自身の感情を開示することで安心感が得られやすいのではないかと考えられる。

また、《問題解決への希望と自己開示の表出が促進される》のネガティブケースとして「まだ序の口」を生成した。クライアントは継続を決定したとしても、完全にセラピストに信頼を寄せている訳ではなく模索し続けている。よって、心理療法継続決定において、セラピストが完全に信頼できる人物であると判断したからであるというよりは、《問題解決への希望と自己開示の表出が促進される》とあるように、自身の感情が変容される体験をセラピストとの関わりの中で得られたからであることが示唆される。

第 5 項 本研究の限界と今後の課題

研究 1 同様、本研究では調査協力者の特性を統一出来なかったことが課題としてあげられる。今回も相談料金が有料よりも無料の事例が多い結果となった。無料であることはクライアントの継続決定の心理過程に関わる可能性がある。本研究では有料の場合と無料の場合でデータに大きな違いは認められなかったが、料金を調査者に述べることに抵抗あるいは重要な点であると意識していなかったことが結果に影響したかもしれない。今後は調査者から料金が利用継続に重要であったかを質問することが求められる。研究 1 同様に、精神科・心療内科病院は担当医が関わるため、継続決定の心理過程に関連する可能性ある。したがって、今後は精神科・心療内科病院の場合は担当医との関係性が関与しているか聴取することが求められる。また、研究 1 ではほとんどの協力者が 1 回のみのもので来談で中断したことから、中断決定に至る心理過程における個人差は少ないと言えるが、本研究ではいつの時期に来談継続を決定したのかという時期まで特定することが出来なかった。すなわち、研究 1 よりも継続決定までの時期のばらつきが大きい可能性がうかがえる。今後、Fitzpatrick (2009) のように 3 回目のセッション後にインタビューを実施するなど、インタビュー時期や対象となるセッション数を限定することにより、ばらつきを最小限に出来るだろう。

第 6 項 追記

本研究は、2011 年度お茶の水女子大学グローバル COE 公募研究の助成を受けて実施した。なお、本研究は『心理臨床学研究』で「クライアントはいかに心理療法の来談の継続を決定するのか：クライアントからみた治療関係に着目した質的研究（横田，2016）」として刊行化されており、今回一部加筆・修正を行った。

第4章 小括

第1項 中断事例と継続事例との比較

研究1・2では、クライアントの心理療法における中断または継続の心理過程の体験から、心理療法初期におけるセラピストの効果的あるいは非効果的なコミュニケーションについて明らかにした。ここで、各研究で得られた知見を比較し、セラピストの効果的なコミュニケーションに関する仮説を生成することを目的に小括を行う。

まず、心理療法来談前のクライアントの心理状態を比較する。中断事例における上位カテゴリーは「頼れるのは専門家しかいない」であり、中位カテゴリーは「現状を打開するために専門家を頼る」、<孤立しお手上げ状態になる>であった。対して継続事例における上位カテゴリーは「切迫感とためらい」であり、中位カテゴリーは「行きつくところまで来てしまった」、<とにかく救い出してほしい>、<カウンセリングを受けることへ恥ずかしさと不安>であった。2つの上位・中位カテゴリーから共通していることは、クライアントが自分ではどうすることも出来ないという無力感と誰にも悩みを言えない孤独感、そして専門家を頼らないと現状を打開できないという切迫感に陥っている状態である。来談のクライアントの状態については、既に Frank と Frank (1991) によって理論化されている。彼らは来談のクライアントの状態を「demoralization (士気の低下)」と名付けた。士気の低下とは精気が奪われる状態や混乱に投げ出される状態のことを表している。そして、自分や他者の期待に応えられない、あるいは問題に対処できず自分では何も出来ないという無力感に陥り、自分の体験は誰も体験していないため誰も自分を理解してくれないという気持ちになる。そして深刻な士気の低下の状態に陥っている者は自分の感情を統制出来ないとさえ思うようになる。要するに士気の低下は「絶望感、無力感、孤独感 (hopelessness, helplessness,

and isolation)」の状態である。Frank らは士気の低下の理論の仮説を裏付ける検証を行っていないと述べている。しかし、本研究で得られた心理療法の来談前の状態に関するカテゴリーの一部は、上記の仮説で説明し得る。特に本研究の結果から、自分の力では解決できない「無力感」と、身近な人に相談出来ない「孤独感」が専門家に相談する動機につながり得ることを示唆している。一方、本研究では「絶望感」に該当するカテゴリーは得られなかった。将来に対して悲観的になったとしても“専門家を頼れば改善出来るかもしれない”という期待が残されていることが要因としてあげられる。また、中断事例・継続事例いずれも、クライアントの中には心理療法を受けるまでになったことへの感情として恥や不安を抱いている者がいるということが示された。ただし、継続事例では中位カテゴリーとして<カウンセリングを受けることへ恥ずかしさと不安>を生成したが、中断事例では「心理療法を受けるまでになってしまった」という下位カテゴリーの中で心理療法を受ける事態になってしまったという恥ずかしさを感じていることを示唆する程度であった。この違いは中断・継続事例の違いというよりも協力者数による可能性がある。

中断または継続決定において重要なセラピストの関わり方を比較すると、中断事例における上位カテゴリーは<<熱意が無く自分を受け入れてくれない>>であり、中位カテゴリーは<応答が乏しく熱意を感じない>、<期待と違って近寄れない雰囲気を感じる>、<受容してくれず冷たさを感じる>であった。対して継続事例における上位カテゴリーは<<肯定と方向付けを明示する>>であり、中位カテゴリーは<そのままの自分を肯定してくれる>、<心から関心を持って聴いてくれる>、<専門家として方向性を示してくれる>、<はっきりと気持ちを代わりに表してくれる>であった。このことからセラピストの積極的な応答性や自己開示の有無が大きな違いとしてあげられる。中断事例ではセラピストの応答性や自己開示が乏しい関わり方が特徴的であるが、対して継続事例ではセラピストがはっきりと肯定的なメッセージを伝え、自身の感情を表す関わり方が特徴的である。また、中断事例では<期待と違って近寄れない雰囲気を感じる>という中位カテゴリーを生成したが、継

続事例ではセラピストの印象に関するネガティブケースとして〈イメージとは違う〉を生成した。ただし、この“期待やイメージ”が中断事例と継続事例では異なる。中断事例では心理療法のセラピストや環境に対して明るさや温かさをイメージしていたが、そのイメージと異なり暗い・硬い雰囲気であったことを表した。対して継続事例では想定していたセラピストの特性（例：年配者あるいは女性）が異なっていたことを表した。セラピストの特性が治療関係構築に大きな影響を与えないことは先行研究（Levitt et al., 2006）で示唆されているが、本研究でもクライアントにとってセラピストの特性はさほど重大ではないが、想定していたセラピストの雰囲気や関わり方に対する期待が異なることが治療関係に大きく関わることを示唆された。

クライアントの内的体験を比較すると、中断事例の上位カテゴリーは「居場所として見いだせない」であり、中位カテゴリーは「専門家への不信感や拒否感を抱く」、〈得体の知れない者と話していて窮屈である〉、〈続けることに希望が見出せない〉であった。対して継続事例の上位カテゴリーは「自分を受け入れてくれる・頼れる人に出会えたと感じる」であり、中位カテゴリーは「一緒にいて居心地がいい」、〈全面的に自分を受け入れていると感じる〉、〈専門家として頼れる人だと感じる〉、〈感激する〉であった。中断事例・継続事例ではクライアントの内的体験はかなり異なるものである。セラピストへの信頼感・安心感が治療関係構築に大きく関わることであるのは先行研究で既に示されている。ただし、研究1で述べたように“窮屈さ”や“得体の知れなさ”という内的体験は心理療法初期において特徴的である。このことから、クライアントが安心して自己開示出来るかどうか心理療法初期において重要であることが示されている。

最後にクライアントの変化の比較を行う。中断事例の上位カテゴリーは「ここで前進することを拒む」であり、中位カテゴリーは「利用したことで余計なダメージを受ける」、〈ブレーキがかかる〉であった。対して、継続事例の上位カテゴリーは「問題解決への希望と自己開示の表出が促進される」であり、中位カテゴリーは「収穫を得る」、〈自分を出した

い>であった。中断事例では心理療法を受けることで余計なダメージを受けて失望するという変化であったが、継続事例では問題解決への希望を見出すという変化であり、相反する結果となった。同様に、クライアントの行動の変化でも自己開示の抵抗と促進という、相反する結果となり、Safran と Muran (1996) の結果と一致する見解が得られた。

以上の比較により、心理療法初期においてセラピストの積極的な応答や感情の表出が、クライアントの継続または中断の決定に大きく関わるということが明らかになった。次項では心理療法初期で効果的なセラピストのコミュニケーションに関する仮説について詳しく論じる。

第 2 項 心理療法初期における治療関係構築に効果的なセラピストのコミュニケーションの仮説生成

心理療法初期において、セラピストの積極的な応答や感情の表出が治療関係構築に重要であることを前項で述べた。特にセラピストの積極的な肯定が心理療法初期の治療関係構築に効果的であるという仮説を生成した。すなわち、心理療法初期において効果的なコミュニケーションとして「肯定 (affirmation)」が重要であると考えた。その理由について以下論じる。

Rogers (1957) では肯定を、「無条件の肯定的配慮」つまりセラピストに必要な“態度”としてみなした。しかし近年発展している心理療法である加速化体験力動療法 (Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy, AEDP: Fosha, 2000/2017) ではセラピストの“言語的介入技法”の一つとして着目している。AEDP では、クライアント感情的な変容の促進を重視している。多くの病理は不安や恥、孤独感という感情が起因しており、感情の変容と愛着の確立によりクライアントの心理的安全を増大させる。さらに、クライアントがセラピストの配慮や温かさや自分に対する理解を感じ取ることが、良好な治療効果に大きく寄与すること

が多くの研究で示されているが、AEDP ではこうした要因を偶然にゆだねるのではなく系統的に行う。すなわち、AEDP の介入では、不特定の治療的要因を AEDP の介入に適合したアプローチ要因として捉える (Fosha, 1995)。そして AEDP では、セラピストがしっかりと聴いていることを反射によって伝えるのみにとどまらず、積極的にクライアントを肯定し、ポジティブな感情の自己開示を行うことを重視している (Fosha, 1992)。また、動機づけ面接 (MI: Miller & Rollnick, 2012) も肯定を重要な技法の一つとしている。MI では生活習慣病など“やめたくてもやめられない”という両価的な感情に着目し、心理的变化や行動変容の動機づけを高めることを目的とする。MI の中核的な技法は、「開かれた質問 (asking Open questions)」、「是認 (Affirmation)」、「聞き返し (Reflecting)」、「要約 (Summarizing)」の 4 つであり、これらをまとめて OARS (クライアントとセラピストが共同して目標に向かってオールを漕ぐイメージから名付けられている) と呼ばれる。この内の一つとして、「是認」があげられる。これは「すごいですね」や「頑張っていますね」といった漠然とした誉め言葉は是認とみなされず、クライアントのスキルや努力などを積極的に見出し、肯定的に評価することを是認とみなされる (中島, 2017)。上述したように MI はクライアントに内在する変化への動機づけを引き出し、行動変容を促す技法である。AEDP と MI における肯定の技法は、治療関係を構築し、クライアントの感情あるいは行動の変容を促進させる上で効果的な技法として位置付けている。このように、肯定は近年の理論オリエンテーションで注目されている技法であり、今後理論的発展の余地があると考ええる。

理論的発展の余地があることを裏返せば、肯定とは何かという概念がはっきりと統一されていないという課題点がある。改めて肯定とは何かという概念を整理したい。肯定は単にクライアントを褒めることではないことが有森・堀越 (2017) の対談で明らかにされている。有森・堀越 (2017) によると、英語圏の「褒める」は “You got it!” や “You did it!” のように賛辞やお世辞の意味合いがある「compliment」よりも「認める」という意味に近い「affirmation」に近いということである。そして「affirmation」は「praise」つまり “素晴ら

しい、あなたは偉い” という意味合いよりも、“あなたがやったことはどういうこと？ なるほど、私はそれを認めますよ” という意味合いを持つということを述べている。そのことを踏まえると、肯定はクライアントのある側面（行動やスキルなど）を、セラピストが肯定的に認めそれを伝えることと定義出来る。肯定は他のコミュニケーションとどのような点で異なるか。例えば「受容」はクライアントが語ったことや価値観をそのまま受け入れることである（諸富， 2015）。一方肯定は、セラピストの見解や評価が伴う点で異なる。また、クライアントの発言を別の枠組みで捉え直す「リフレーミング」と異なり、肯定はクライアントが肯定的な側面に目を向けさせること自体を介入意図としない。また、先行研究（Bedi, 2006; Duff & Bedi, 2010）では承認（validation）の治療関係構築に重要であることを明らかにしているが、承認は弁証法的行動療法（Dialectical Behaviour Therapy; DBT, Linehan, 1993）で理論化された技法である。承認はクライアントの機能のすべての側面で、傍目にはどれほど機能不全に見えようとも、その反応が理にかなっている、すなわち妥当（valid）であるとみなすことである（Michaela, et al., 2009/2015）。DBT は主に境界性パーソナリティ障害がある者を対象とした心理療法であるが、感情調節不全に陥りやすいクライアントに対して変化を目標とした戦略を成功させるには承認は不可欠であると Linehan（1993）は述べている。肯定および承認はいずれも積極的にクライアントを支持し、感情変容に働きかける技法であることが共通している。しかし、肯定は上述したようにセラピストのポジティブな自己開示を伴う点で承認と異なると考える。前項でセラピストの情緒的な表出や自己開示という関わり方が心理療法初期における治療関係構築に重要であることを述べたが、まさに肯定がその関わり方に当てはまる。

また、研究 1 で明らかになった、セラピストの非効果的な関わり方である「応答の乏しさ」について改めて考えてみたい。先行研究（Sherwood, 2001）のように「全く反応が無かった」と述べた協力者がいた。しかし例えば死にたいと述べたクライアントと対し、「死にたいのですね」というセラピストの発言は、決して全く反応をしていない訳ではない。つま

り、発言を繰り返したりクライアントの発言を伝え返しているやり方であると言える。これは「繰り返し」や「反射」が相当すると考える。どちらもクライアントの発言を強調したり、クライアントの主観的な体験に焦点を当てる上で重要なコミュニケーションである。しかし治療関係が構築出来ていない初期で繰り返しや反射を多用するとクライアントにとって、“応答性が乏しい”と感じやすいのではないかと推測する。

以上から、「心理療法初期においてセラピストの肯定はクライアントの視点から効果的である」という研究仮説を生成した。

第5章 研究3：初回面接におけるセラピストの肯定はクライアントにどのように評価されるか

第1項 本研究の問題と目的

前章で述べたように、肯定は心理療法初期においてクライアントにとって良好な治療関係を築き、クライアントの感情を促進させる上で重要である。ただし、セラピストの肯定の効果を検証した研究は少ない。例えば、“Positive Regard and Affirmation”の効果に関する研究（Farber & Doolin, 2011; Orlinsky et al., 1994）があるが、この研究では肯定だけでなく受容が含まれている。「共感」や「受容」は肯定と類似するが、上述したように肯定はセラピストの自己開示を伴うという点で共感や受容と異なる。一方我が国で、肯定に着目し、その機能や種類について分析した研究がいくつかみられる。まず、久間ら（2016）の研究があげられる。この研究では肯定を「積極的にクライアントを支持し、クライアントに対して温かく接する関わり」と定義し、肯定的発話を用いた2名のセラピストによる心理療法のビデオ場面2事例9セッションを分析対象とした。なお、2つの事例の内、一方は1から4回目のセッション、もう一方は3から6回目および15回目を分析対象としており、心理療法の特定の時期に限定していない。5名の分析者、6名の監査者（教員や学生で構成されたグループ）でKJ法による分析を行った結果、セラピストの肯定的発話を次の4つに分類した。一つ目は「土台作り」であり、小グループ「肩入れ」、「関係性に基づく受容」、「実存の是認」、「積極的受け止め」から構成される。これはクライアントの感情や行動を尊重することを意味するカテゴリーである。二つ目は「水路づけ」であり、小グループ「一般化」、「意味づけの調整」、「プラス面の探索」、「否定の否定」で構成される。これはセラピストがクライアントの理解を示しながらもクライアントの思考や行動を方向付けることを意味するカテゴリーである。三つ目は「後押し」であり、小グループ

「持ち味の承認」、「変化の強化」で構成され、セラピストがクライアントの治療的变化を褒めたり認めたりすることを意味するカテゴリーである。最後に四つ目は「導き」であり、小グループ「前向きな提案」、「先取り認定」で構成され、セラピストが明確な治療的な方向性を持っており、その方向にクライアントを近づけていく・変化を促進させることを意図することを意味するカテゴリーである。そして得られた4つのカテゴリーから、肯定には治療関係構築とクライアントの感情の変化を促す機能があることを報告している。

また関口・岩壁（2016）は、肯定を「セラピストがクライアントのある側面をポジティブに意味づける介入」と定義した。そして、健常の大学生・大学院生に対し、エモーション・フォーカスト・セラピー（EFT）による3回の施行カウンセリングを行い、セラピストの肯定に対して相談者がどう感じたかについて、対人プロセス想起法（IPR; Kagan, 1980）を用いてインタビューを行った。そしてセラピストの発話および、IPRで得られた逐語データからグラウンデッド・セオリー・アプローチによる分析を行った。その結果、まずセラピストの肯定を5つに分類した。一つ目は「自己開示の肯定」であり、それに対するクライアントの体験として「話すことで安心感を得る」、「予想外の反応に戸惑う」を生成した。「自己開示の肯定」はクライアントが話しづらい内容を話したことに対して、勇気をもって伝えてくれたことを労うあるいは感謝の意を示すことを意味する。二つ目は「努力の肯定」であり、それに対するクライアントの体験として「自分の努力に改めて気づく」、「自らの体験を振り返る」、「素直に受け取れない」を生成した。「努力の肯定」はクライアントが過去に努力してきたことを労うことを意味する。三つ目は「体験の肯定」であり、それに対するクライアントの体験として「体験を捉えなおす」、「新しい捉え方をまだ認められない」、「セラピストに支えられている」を生成した。「体験の肯定」は、クライアントがネガティブに捉えている側面（体験や行動）を肯定的に捉え妥当なものとして意味づけることを意味する。四つ目は「クライアントの特徴の肯定」であり、それに対するクライアントの体験として「認められて嬉しい」を生成した。これはクライアントの

ポジティブな側面を素直に伝えることを意味する。最後に五つ目は「来談意志の肯定」であり、それに対するクライアントの体験として「捉え方の違いに気まずさを感じる」を生成した。これはクライアントが来談の意志を大切なものだと伝え来談したことをねぎらうことを意味する。これらの結果から、セラピストの肯定はおおむね相談者の安心感や自信の増幅につながる効果があることを報告している。上記の2つの研究は、実際の心理療法場面あるいは3セッションの短期施行カウンセリングを用いて、セラピストの肯定の類型化や機能を明らかにすることを試みている。ただし、肯定の定義、分析対象、分析方法が異なるため、本研究で肯定について研究する場合、以下の点を整理する必要がある。

まず、肯定の定義を整理する必要がある。上述したように、肯定に関する定義は一貫していない。久間ら（2016）の研究で生成されたカテゴリーでは一部別のコミュニケーション（受容、承認など）が含まれており、言語的コミュニケーションに加え非言語的な態度（温かさ）も含まれている。また、セラピストの意図が含まれているが、本来は第三者ではなくセラピスト自身しかその意図はわからない。一方、関口・岩壁（2016）の研究は肯定を言語的な介入に焦点を当てており、生成したカテゴリーも肯定の発話に限定している。ここでは後者に則り、言語的コミュニケーションに焦点を当てた。確かに研究1・2ではセラピストの非言語的なコミュニケーションが重要であることが示された。しかし、肯定という言語的コミュニケーションに焦点を当てた場合、非言語的コミュニケーションを統制する必要がある。例えばセラピストが笑顔で肯定を用いた場面と、無表情で肯定ではないコミュニケーションを用いた場面をクライアントに評価してもらったとする。肯定の方が良い評価を得たとしても、肯定に効果があると結論を下すことは出来ないだろう。よって、肯定の効果を検証する上で、セラピストの非言語的コミュニケーションを統制した上で効果を検証する必要がある。そこで、本研究では肯定を「クライアントのある側面（思考、行動、感情、資質など）を、セラピストが肯定的に認めそれを伝えること」と定義する。

次に研究デザインについて整理する必要がある。先行研究では実際の心理療法あるいは施行カウンセリングの面接場面を分析対象としている。肯定の効果を検証する上で、それ以外の変数、つまりセラピストの特性や発話といった変数は統制する必要があるが、実際の面接場面ではセラピストの年齢や経験年数といった特性や発話が統制出来ない。また、セラピスト（あるいはセラピスト役）が肯定を意図して介入をしたとしても、研究で定義された肯定を全てのセラピストが同一の水準で行っていることを実証することは困難である。

最後に評定者についても考える必要がある。先行研究では研究者あるいは健常学生が評定者であった。評定者が臨床群、つまり実際に心理療法を受けている者や精神疾患罹患患者であった方が臨床応用性を高めることが出来るが、臨床群を評定者とした場合、心理療法初期に研究を行うと次のような問題が生じ得る。まず、治療関係を構築していない段階で研究が介入することで、その後の関係性に影響を及ぼす可能性がある。あるいは心理療法を継続する意思があれば、たとえ担当セラピストに結果を伝えないとしても、セラピストに対して実際以上に肯定的な評価をしてしまう可能性が高まる。

上記の課題を克服するため、本研究は模擬ビデオの作成を試みた。これにより、セラピストとクライアントの発話やセラピストの年齢などの変数を統制することが可能である。そして評定者が臨床群であっても精神的侵襲性が低く倫理的な問題が生じにくい。ただし模擬ビデオとなると、実際に評定者が心理療法を体験しているのではないので、そのことがセラピストの評定に影響を与える可能性がある。しかし、肯定以外の変数を統制させる出来ること、臨床群を評定者に含められるというメリットを考えれば、模擬ビデオを用いた研究は本研究の仮説を検証する上で適していると考えられる。

そこで本研究は、心理療法初回におけるセラピストの肯定が治療関係構築に効果的であるか、模擬面接ビデオを用いて明らかにすることを目的とした。

第2項 方法

5-2-1 研究デザイン

本研究は、ランダムサンプリングを行わず、臨床群と健常群のマッチングを行う準実験法に基づいて実施した。臨床群、つまり精神疾患罹患者を対象とするが、比較対照として精神疾患の既往が無い健常群も設定する。ただし、本研究は大規模サンプルを収集できず、対象者を無作為に選出することに限界がみられた。そこで、臨床群の性別と年齢をマッチングさせて健常群を選出した。そして、両群に同一の介入を行い、臨床群と健常群でセラピストの評定に違いがあるか比較を行った。

5-2-2 データ収集法

国立精神・神経医療研究センター（NCNP）で治療および研究目的で来院した者に本研究の参加を募集した。大うつ病性障害と診断されている者、または抑うつ症状で精神科治療を受けている者（以下、うつ病群）、年齢と性別をマッチングさせた精神疾患の既往が無い者（以下、健常群）を対象とした。不安障害を除くほか別の精神疾患の併存、重篤な神経疾患および身体疾患、中等度以上の知的障害または認知症がある者、担当医により研究参加が不適切だと判断された者は参加基準の除外とした。また、肯定に関して知識を持っている者は協力者として含めないようにした。

5-2-3 模擬面接ビデオの作成過程

以下、面接ビデオの作成過程を述べる。まず、心理療法を初めて受ける利用するクライエ

ントの初回面接場面を想定したシナリオを作成した。うつ病群，健常群でもビデオのクライアント役が抑うつ状態であることが理解出来る設定とした。また，抑うつ症状以外の問題（例：家族の問題）以外をシナリオに含めないようにした。以下をクライアントの基本情報とした。

川本沙織，20代後半，女性。半年前に雑貨店での接客業から一般企業の事務職に転職した。最初の3か月ほど教育係のもとで業務を行った後に独り立ちしたが，その1週間後に重要な書類を紛失してしまった。書類は見つかったが，「自分にはこの仕事は向いていない」という気持ちが大きくなり，1か月前から不眠，入社前の腹痛が出現するようになった。内科を受診したところ，精神科受診を勧められ，近隣の精神科を受診した。担当医より「抑うつ状態」と言われ，薬物療法と心理カウンセリングを受けることとなった。

次に，2種類のシナリオを作成した。すなわち，クライアントの発話は同一であるが，セラピストの発話が異なるものを作成した。1つはセラピストが肯定を主に使用しているシナリオ（以下，肯定群）とした。また，肯定と類似するコミュニケーションとして承認もシナリオに含めた。前章で心理療法初期では過度な反射は治療関係構築に非効果的であるという仮説を立てたことから，比較群として主に反射を使用しているシナリオ（以下，反射群）とした。さらに，それらだけでは不自然な会話となることから，肯定と反射以外として「言い換え」，「要約」，「質問」，「相槌」をいずれのシナリオに取り入れた。各発話の定義を表19に示す。これらの発話は肯定，反射群いずれのシナリオで同一とした。また，各シナリオの字数に偏りが無いように設定した。両群ともにクライアントの発話の字数は1427字，セラピストの発話の字数は784字とした。各面接時間（男女の平均時間）は肯定群では7分15秒，反射群では7分35秒であった。セラピストの各発話数および面接時間を表20で表す。また，肯定群および反射群のセラピストの発話の違いを抜粋したものが表21であるが，全

てのシナリオの内容は「資料」で記載する。

表 19 セラピストの発話の定義

発話	定義
肯定	クライアントの体験や行動に対して肯定的に認めることを伝える
承認	クライアントの思考・感情が理解可能であることを伝える
反射	クライアントの体験の背景にあると想定される感情を伝え返す
繰り返し	クライアントの発言を繰り返す
相槌	「うんうん」などクライアントの発言の調子に合わせて、理解を示す
要約	クライアントの発言の中心的内容を抽出する
質問	クライアントの発言に対して質問する

表 20 肯定群と反射群のシナリオの比較

群	面接 時間	発話数					肯定・承認 /反射	合計
		繰り返し	相槌	要約	質問			
肯定	7分15秒	2	3	2	3	10	20	
反射	7分35秒	2	3	3	3	9	20	

表 21 肯定群・反射群の発話の比較

	肯定群	反射群
	クライアント: 取引先の電話が来ても要件がよくわからなくて。ちゃんと聞けば良いのに聞くと相手に申し訳ないと思って聞かずにあやふやな状態にしてしまって、上司が取引先にもう一度電話するということがあったり。…もう、きりがありませんよね。だからうまく話がまとまらず、すみません…。	
例1	セラピスト: そんなことはありません、話はわかりやすく十分伝わってますよ【肯定】。川本さんがきりがなくてまとまらないと思うほどに心理的に混乱していることがよく理解できます【承認】。	セラピスト: それほどに今心理的に混乱が強くて、うまく思考を働かせられない状態なのですね【反射】。大きなミスをしてしまって、自分のせいでみんなの足を引っ張っているような感じなのですね【反射】。
	クライアント: 何とかかろうじて仕事をこなしている感じですね…。集中力を維持するのがすごく大変で…。だから、何やっても何かミスをやらかしているんじゃないか気になって。さっきも言ったように胃が痛くなったり、ドキドキしたり、何度もトイレに行って落ち着いたら自分の席に戻るんですが、周りから「この人何度もトイレに行ってさぼっているんじゃないか?」と思われているんじゃないかと思って…。で、家に帰ると何も出来なくて、毎日その繰り返しです。	
例2	セラピスト: むしろすごいことだと思います、本来ならそこまで辛い状況だとくじけてしまうかもしれないところを、何とか耐えて頑張ってきたのですね【肯定】。	セラピスト: ミスしないように周囲を気にしながら、何とか精一杯仕事をこなしているけれど、強い不安と緊張を絶えず抱えている状態【反射】。
	クライアント: ええ…。何とか頑張っているのですが、限界ですね。今後どうすれば良くなるのかわからず…。こうして精神科にかかってお薬飲んでますが、薬で良くなれば良いのですが…。担当医の先生からカウンセリングも受けてみればと言われて、今日来てみたのですが…。ここで何を話せば良いのか正直ピンと来てないんですね。 セラピスト: カウンセリングを勧められてきたものの何を話せば良いか正直ピンときていない【繰り返し】。	
例3	クライアント: はい。何を話せば良いかわからなくて来る人っていませんよね。こんな状態でカウンセリングを受けて良いのか不安です。	セラピスト: カウンセリングという未知の領域の中で、どうすれば良いのかわからず戸惑いを感じる【反射】。自分の置かれている問題や、今後自分の進むべき道がわからず不安を感じているのですね【反射】。
	セラピスト: はじめてのカウンセリング、何を話せば良いかわからないと戸惑うのはもっともです【承認】。そのような中、これまでのことについて私にお話をしてくださり、本当にありがとうございます【肯定】。	

作成したシナリオ及びセラピストの発話の妥当性と信頼性を確保するために以下の手続きを行った。まず、心理療法の専門家にシナリオと発話の定義が適切であると判断するまでシナリオの修正を行い、内容的妥当性を確保した。次に、本研究の目的を知らない13名の臨床心理士（男性：5名、女性：8名、年齢平均：32.77±8.84歳、臨床経験年数：6.15±7.39年）に各セラピストの発話がどれに当てはまるかを評定してもらった。級内相関係数（ICC）を算出し評定者間一致度を検証した結果、単一測定における相関係数は0.84（95%信頼区間：[0.78,0.90]）であった。

セラピストの特性を統制するため、次の手続きを行った。まず、面接ビデオの臨場感を極力出すため、実際に臨床心理士として心理療法を行っている男女をセラピスト役に採用した。また、日ごろうつ病患者と接している者の方が演じるのに適していると判断し、クライアント役も臨床心理士を採用した。セラピストの年齢の変数を統制するため、男性と女性のセラピストは同世代（30代中盤）を採用した。セラピストの性別とシナリオの種類の変数を統制するため、「肯定群－男性（以下、AM）」、「肯定群－女性（以下、AF）」、「反射群－男性（以下、RM）」、「反射群－女性（以下、RF）」の4種類のビデオを作成した。そして、AM－RF、RM－AFを組み合わせたビデオを作成し、協力者にはAM－RFあるいはRM－AFのいずれかを割り当てた。

5-2-4 調査票

以下の尺度で構成された調査票を作成した。

(1) カウンセラー評価尺度短縮版（Counselor Rating Form Short version: CRF-S, Corrigan & Schmidt, 1983）：セラピストの印象評価に関する尺度であり、田中（2014）が日本語版を作成した。12項目から構成され7件法で評価される。そして項目から「好意感」、「専門性」、「信頼感」の3因子で構成される。

(2) セッション評価尺度（Session Evaluation Questionnaire: SEQ, Stiles et al., 2002）：心理療法を受けたクライアントの評価に関する尺度である。桂川ら（2013）が日本語版を作成した。心理療法の印象に関する項目である「セッション評価」と心理療法を受けた後の気分に関する項目である「セッション後評価尺度」に大別される。21項目から構成され7件法で評価される。そして項目からセッション評価として「深さ」、「なめらかさ」、セッション後気分として「肯定感」、「覚醒度」の因子で構成される。

(3) うつ病自己評価尺度（Center for epidemiologic studies depression Scale: CES-D, Radloff,

1977) : うつ病の発見を目的に米国国立精神保健研究所により開発された尺度であり、有用性の高さから世界中で普及している尺度の一つである。島ら (1985) が日本語版を作成した。直近 1 週間の気分について評定し、20 項目で構成され 4 件法で評定される。一般的に 16 点がカットオフ得点である。

(4) 状態—特性不安尺度 (State-Trait anxiety inventory: STAI; Spielberger, 1970) : 不安に関する尺度で最も使用されている尺度の 1 つである。肥田野ら (2000) が日本語版を作成した。「今まさにどのように感じているか」という一過性の状況反応である「状態不安」と、「ふだんどのように感じているか」をいう不安体験に対する比較的安定した反応傾向である「特性不安」に大別される。各 20 項目で構成され、4 件法で評定される。一般的に「状態不安」, 「特性不安」ともに 44 点がカットオフである。

5-2-5 調査手続き

まず、研究者が書類を用いて研究の説明を協力者に対して行い、書面にて同意を得た。調査は第三者の出入りが無い個室で約 50 分実施した。

まず、2 種類のシナリオのビデオ、すなわち AM—RF および RM—AF をそれぞれ視聴した後、セラピストの印象について CRF-S・SEQ によって評定してもらった。2 種類の面接場면을視聴した後、1 つ目の面接場面に戻り、セラピストの発話ごとに区切り「あなたがクライアントだった場合、その発言がどの程度役立つか」と質問した。「どの程度役に立つか」という表現を用いた理由として、セラピストの発話に対する協力者の主観的な有用度を把握することが可能となるということがあげられる。以降、この評価を「発話の主観的な有用度」と表記する。評定は 1 (全く役に立たない) から 7 (非常に役に立つ) の 7 件法を採用した。その後、「あなたがクライアントだった場合、どちらのセラピストに相談したいか」という教示によって肯定群または反射群のセラピストのいずれかを選択してもらった。そして、選

んだ理由と選んだセラピストの印象に残っている発話, および選ばなかった理由とセラピストの印象的な発話について自由記述式で回答を求めた。最後に CES-D と STAI で 1 週間のうつ症状と状態不安および特性不安について評定してもらった。

5-2-6 調査期間

本調査は 2018 年 5 月から 2019 年 2 月までに実施した。

5-2-7 倫理的配慮

本研究の調査は NCNP 倫理委員会の承認を受けて実施した (承認番号 : A2018-045)。研究者が説明書類を用いて研究の説明を行い, 書面にて同意を取得した。プライバシーが守られた個室で約 50 分の調査を実施した。いかなる段階で視聴を中断して良いことを説明時に伝えたが, 実際には一人も調査を中断する者はいなかった。データは匿名化され, 外部からアクセス出来ない専用のサーバー (ネットワーク HDD) 内で管理した。

5-2-8 分析

統計解析ソフトは Statistical Package for Social Science (SPSS) version 23.0 (IBM Japan, Ltd.) を使用した。全ての検定で両側検定を採用し, p 値が 0.05 未満を有意であるとみなした。肯定群, 反射群の各変数の分布が正規分布に従っているか検証した結果, Kolmogorov-Smirnov 検定により正規分布に従っていることが確認された。また, 尖度・歪度の絶対値が 1 以下であることが確認された。よって, パラメトリック検定を採用した。

また, 自由記述式データは, 質的データ分析ソフト MAXQDA2018 (VERBI GmbH, German)

を用いた。QDA（Qualitative Data Analysis）は、分析者個人の感性や直感で質的分析を行う危険性を回避する上で有用であり、自動的・機械的に質的分析がなされるものではなく分析を補助する役割を持つ（参考：佐藤，2006）。自由記述式データから「肯定群／反射群を選んだ理由」と「印象的な発話」および「反射群／肯定群を選ばなかった理由」と「印象的な発話」に関わる内容を抽出した後、類似する内容をまとめコード化した。その後、うつ病群および健常群で生成したコードの頻度を「コードマトリックス・ブラウザ」という機能を用いて分析した。コードマトリックスは、各協力者の回答において、生成したコードがどのぐらいの頻度で出現しているか集計し表として視覚化する機能である。この機能を用いて、うつ病群および健常群で生成したコードの出現数を比較した。参考までに MAXQDA を用いたコード化を図 4 に示す。

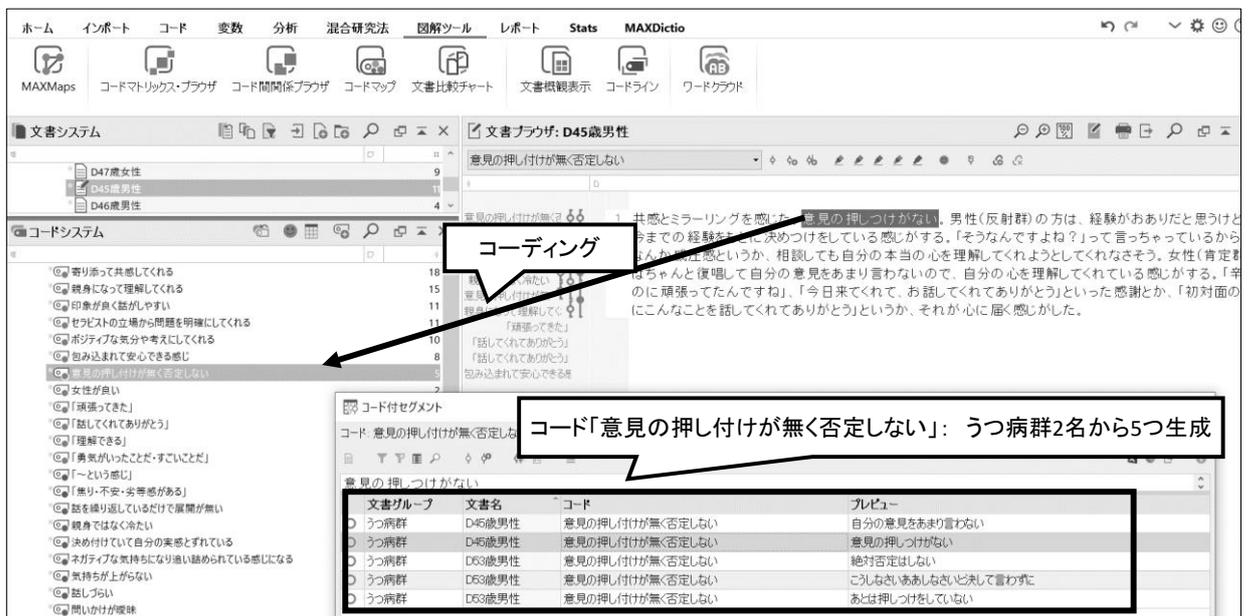


図 4 MAXQDA を用いたコード化の一例

第3項 結果

5-3-1 うつ病群，健常群における協力者の特性の比較

協力者の群（うつ病群または健常群）を独立変数，年齢・CES-D合計点・STAI合計点を従属変数とした t 検定を行った。また，性別・心理療法の経験の有無を従属変数とした χ^2 検定を行った。結果を表 22 に示す。性別・年齢・心理療法の経験の有無において有意差は認められなかった。一方，CES-D合計点 ($t(30) = -5.90, p < 0.001$)，STAI 状態不安合計点 ($t(30) = -5.00, p < 0.001$)，特性不安合計点 ($t(30) = -5.93, p < 0.001$) の得点でうつ病群の方が健常群よりも有意に得点が高かった。

表 22 うつ病群，健常群における協力者の特性の比較

	うつ病群 (N=16)	健常群 (N=16)	p 値
男性／女性 ¹	9/7	9 / 7	0.64
年齢 ²	37.0 ± 10.99 (22-53)	37.0 ± 11.72 (23-57)	1.00
心理療法経験あり / なし ¹	5 / 11	0 / 16	0.16
CES-D合計点 ²	26.88 ± 12.15 (8-49)	12.19 ± 7.58 (1-36)	<0.001 **
STAI 状態不安合計点 ²	50.75 ± 11.91 (30-71)	38.50 ± 7.55 (24-60)	<0.001 **
STAI 特性不安合計点 ²	57.94 ± 11.29 (31-70)	42.31 ± 10.12 (30-71)	<0.001 **

¹ χ^2 検定，² t 検定，* $p < 0.05$ ，** $p < 0.01$

5-3-2 肯定群, 反射群の比較

32名中24名(75%)が肯定群のセラピストを選択し、 χ^2 検定の結果、期待値よりも高い結果となった($\chi^2=13.26, p=0.004$)。以下、シナリオ(肯定, 反射), 協力者(うつ, 健常)を独立変数, 下記の尺度の項目及び因子の得点を従属変数とした2要因分散分析を行った。

(1) CRF-S

まず、田中(2014)の先行研究ではモデルの適合性を検証した結果、一部の項目で適合性が低い項目があることが報告されているため、本研究も検証を行った。確認的因子分析によって検証を行った結果、「信頼感」因子のGFIは0.93と高い値であったが、項目「正直である」のみ因子負荷量が0.3を下回った。したがって、田中(2014)同様に本研究でも「信頼感」因子において「正直である」の項目を除外した。

協力者(うつ病・健常)とシナリオ(肯定・反射)を独立変数、CRF-Sの下位項目および因子の平均値を従属変数とした2要因分散分析を行った結果、項目「親しみやすい」($p=0.001, \eta^2=0.163$), 「誠実である」($p=0.002, \eta^2=0.148$), 「感じがいい」($p=0.003, \eta^2=0.204$), 「温かさがある」($p=0.002, \eta^2=0.153$), および因子「好意感」($p=0.001, \eta^2=0.163$), 「信頼感」($p=0.02, \eta^2=0.08$)において、肯定群が反射群よりも有意に得点が高かった。一方、因子「専門性」は肯定群, 反射群で有意差は見られなかった。協力者群における主効果および交互効果は認められなかった。分散分析の結果を表23に示す。

表 23 セラピスト群および協力者群における CRF-S 得点の比較

項目	シナリオ 参加者	肯定群 (N=32)				反射群 (N=32)				主効果		交互 作用 効果
		うつ病群 (N=16)		健常群 (N=16)		うつ病群 (N=16)		健常群 (N=16)		シナリオ	参加者	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
1:親しみやすい		5.00	3.94	5.56	1.03	3.94	1.69	3.94	1.53	11.73 **	0.51	0.51
2:経験豊かである		4.31	1.92	4.69	4.69	4.13	1.45	4.44	1.59	0.29	0.73	0.01
3:誠実である		5.75	1.06	5.63	0.81	4.50	1.32	5.06	1.24	10.42 **	0.61	1.15
4:感じがいい		4.13	1.31	5.50	1.26	5.56	1.21	4.56	1.31	13.87 **	0.35	0.62
5:熟練されている		4.38	1.71	4.50	1.41	4.00	1.41	4.13	1.54	2.25	0.11	0.00
6:堅実である		5.13	1.50	5.38	1.15	4.63	1.41	4.94	1.06	2.11	0.76	0.02
7:和やかである		5.44	1.50	5.38	1.02	4.81	1.42	4.81	1.52	2.95	0.01	0.02
8:用意周到である		3.81	1.56	4.31	1.25	4.38	1.50	4.19	1.17	0.40	0.21	1.00
9:正直である		4.81	1.17	5.06	1.06	4.44	0.96	4.94	0.85	2.17	0.96	0.25
10:温かさがある		5.25	1.61	5.19	1.11	3.88	1.59	4.00	1.83	26.27 **	0.02	0.14
11:巧みである		4.06	1.95	4.31	1.20	4.00	1.75	4.00	1.32	0.22	0.10	0.10
12:頼もしい		4.31	1.89	4.63	1.41	4.00	1.67	3.69	1.58	2.31	0.00	0.58
因子												
好意感 (1+4+7+10)		21.25	5.81	21.63	3.84	16.75	5.14	17.31	5.57	11.71 **	0.13	0.01
専門性(2+5+8+11)		16.56	6.53	17.81	4.86	16.50	5.59	16.75	4.75	0.68	0.59	0.13
信頼感 (3+6+12)		15.19	3.97	15.63	2.80	13.13	3.76	13.69	3.11	5.40 *	0.56	0.01

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

(2) SEQ

協力者（うつ病・健常）とシナリオ（肯定・反射）を独立変数，SEQ の下位項目および因子の平均値を従属変数とした 2 要因分散分析を行った結果，「セッション評価」の項目として，「良い」($p=0.001, \eta^2=0.17$)，「感じの良い」($p=0.002, \eta^2=0.15$)，「なめらかな」($p=0.00003, \eta^2=0.25$)，「居心地の良い」($p=0.005, \eta^2=0.12$) が反射群よりも肯定群の得点が上回った。また，「セッション後気分」の項目として，「うれしい」($p=0.004, \eta^2=0.13$)，「親しげな」($p=0.013, \eta^2=0.10$) が反射群よりも肯定群の得点が上回った。さらに，因子「肯定感」($p=0.018, \eta^2=0.09$) が反射群よりも肯定群の得点が上回った。一方，因子「深さ」，「なめらかさ」，「覚醒度」は肯定群，反射群で有意差が見られなかった。特に覚醒度は，有意差は見られなかったが肯定群よりも反射群の方が得点が高い結果となった。

た，項目「薄い—濃い」($p=0.40, \eta^2=0.07$)，「ありふれた—特別な」($p=0.008, \eta^2=0.11$) において，シナリオに関わらず，うつ病群よりも健常群の得点が上回った。分散分析の結果

を表 24 に示す。

表 24 セラピスト群および協力者群における SEQ 得点の比較

シナリオ 参加者	肯定群 (N=32)				反射群 (N=32)				主効果		交互 作用 効果
	うつ病群 (N=16)		健常群 (N=16)		うつ病群 (N=16)		健常群 (N=16)		シナリオ	参加者	
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD			
セッション評価(Session Evaluation)											
項目											
1: 悪い—良い	4.25	1.44	5.44	0.89	3.75	1.61	4.25	1.44	11.82 **	1.45	0.06
2: 大変な—気楽な	4.25	1.81	4.44	1.09	3.63	1.36	3.88	1.15	2.96	0.40	0.01
3: 価値のない—価値のある	4.38	1.86	4.81	1.17	4.06	1.39	4.44	1.03	0.97	1.35	0.01
4: 浅い—深い	3.94	1.77	4.44	1.03	3.94	1.77	3.94	1.29	1.04	1.04	0.22
5: 緊張した—くつろいだ	4.63	1.86	4.38	1.26	4.25	1.44	4.00	1.32	1.02	0.45	0.00
6: 感じの悪い—感じの良い	5.50	1.32	5.75	0.93	4.63	1.31	4.69	1.25	10.22 **	0.27	0.10
7: 空虚な—充実した	4.56	1.71	4.81	0.75	3.75	1.44	4.06	1.44	5.13	0.66	0.01
8: 薄い—濃い	4.00	1.21	4.38	0.89	3.31	1.14	3.75	1.65	1.68	4.39 *	0.01
9: ありふれた—特別な	3.50	1.75	4.31	1.01	3.06	1.24	4.00	0.97	1.37	7.47 **	0.04
10: 抵抗感のある—なめらかな	5.25	1.00	5.19	0.75	3.69	1.25	4.25	1.39	19.77 **	1.00	1.27
11: 居心地の悪い—居心地の 良い	5.19	1.52	4.94	1.29	4.00	1.51	4.06	1.39	8.35 **	0.07	0.19
因子											
深さ (Depth; 3+4+7+8+9)	20.13	7.33	22.75	4.11	17.94	5.26	20.44	5.05	2.62	3.40	0.00
なめらかさ (Smoothness; 2+5+6+10+11)	23.13	7.61	24.06	5.45	20.63	6.13	21.50	5.79	2.58	0.33	0.00
セッション後気分(Post-session Mood)											
項目											
1: 悲しい—うれしい	4.63	2.03	4.94	0.68	3.75	1.39	4.06	1.24	6.09 *	0.78	0.00
2: 怒っている—喜んでいる	5.06	1.44	4.81	0.66	4.13	0.89	4.31	0.70	8.27 **	0.02	0.81
3: 静的な—動的な	3.06	1.65	3.19	0.91	3.44	1.59	2.88	1.15	0.01	0.41	1.02
4: 不確かな—明確な	4.81	1.17	4.38	1.15	4.00	1.26	4.56	1.31	1.04	0.04	2.66
5: 落ち着いた—興奮した	2.50	1.03	2.56	0.63	2.88	1.36	3.19	1.11	3.52	0.50	0.22
6: 不安な—自信のある	3.94	1.77	4.44	1.03	3.81	1.22	3.81	1.47	1.15	0.51	0.51
7: よそよそしい—親しげな	4.38	1.75	4.88	1.26	3.81	1.47	3.56	1.31	6.60 *	0.12	1.06
8: ゆっくりした—敏速な	2.38	0.96	2.56	0.73	2.81	1.52	3.13	0.89	3.54	0.88	0.06
9: 平静な—活発な	3.63	1.59	3.63	1.54	3.81	1.38	3.69	1.49	0.11	0.03	0.03
10: 静かな—たかぶった	2.69	1.08	2.56	0.81	2.88	1.26	2.94	0.93	1.19	0.02	0.13
因子											
肯定感 (Positively; 1+2+4+6+7)	22.81	7.09	23.44	3.27	19.50	4.98	20.31	5.08	5.94 *	0.30	0.01
覚醒度 (Arousal; 3+5+8+9+10)	14.25	4.61	14.50	3.08	15.81	5.06	15.81	2.81	2.06	0.02	0.02

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

(3) セラピストの各発話の主観的有用度の比較

協力者（うつ病・健常）とシナリオ（肯定・反射）を独立変数、各発話の主観的有用度を従属変数とした分散分析で比較した結果、反射よりも肯定や承認の方が、有意に得点が高かった ($p=0.0001, \eta^2=0.22$)。一方、「言い換え」において健常群よりもうつ病群の方が、有意

に得点が低かった ($p=0.003, \eta^2=0.14$) (表 25)。

協力者全員の各セラピストの発話の主観的な有用度の平均値を算出した結果、「肯定」の平均値は 5.80 (SD =0.23) 点、「承認」の平均値は 5.21 (SD =0.23) 点、「言い換え, 質問, 要約, 相槌の合計」の平均値は 4.21 (SD=0.93) 点, 「反射」の平均値は 3.98 (SD=0.23) 点であった。各発話を独立変数, 発話の主観的な有用度の平均値を従属変数とした一要因分散分析を行った結果, 群間に有意な差が認められた ($F(3, 124) = 16.07, p < .001$)。Tukey の HSD 法による多重比較 (5%水準) の結果, 最も差の効果量が多い結果となったのが, 「肯定」と「言い換え, 質問, 要約, 相槌の合計」との差であった (Cohen's $d = 1.75$), 次いで「肯定」と「反射」との差 (Cohen's $d = 1.33$), 「承認」と「言い換え, 質問, 要約, 相槌の合計」の差 (Cohen's $d = 0.92$), 「承認」と「反射」の差 (Cohen's $d = 0.88$) も大きい効果量が見られた。結果を図 5 に示す。

表 25 セラピストの各発話の主観的有用度の比較

シナリオ 参加者	肯定群 (N=32)				反射群 (N=32)				主効果		交互 作用 効果
	うつ病群 (N=16)		健常群 (N=16)		うつ病群 (N=16)		健常群 (N=16)		シナリオ	参加者	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD			
言い換え	3.25	1.55	4.19	1.26	2.69	1.47	3.91	1.28	1.46	9.54 **	0.16
質問	5.27	1.33	4.85	1.15	4.77	1.61	4.60	1.35	1.20	0.73	0.13
要約	4.75	1.05	4.50	1.40	3.84	1.89	4.41	1.16	2.01	0.20	1.33
相槌	3.67	1.28	4.17	1.31	3.31	1.72	3.75	1.29	1.19	1.76	0.01
肯定/ 反射	5.34	1.30	5.54	1.02	3.77	1.72	4.33	1.34	16.65 **	1.25	0.26

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

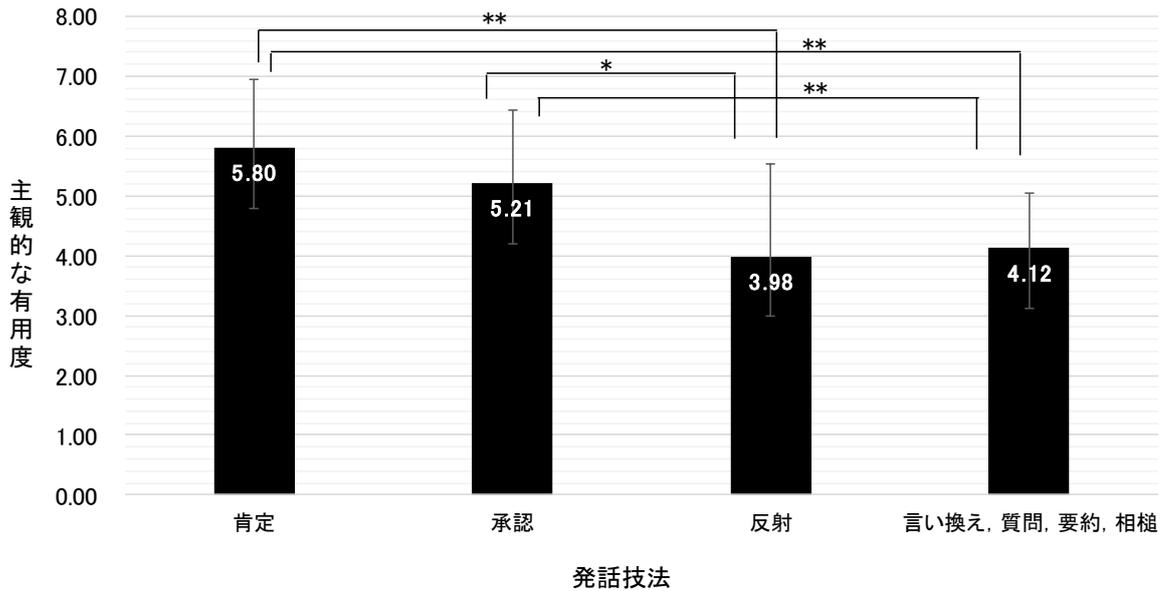


図5 各発話の主観的有用度の比較

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

5-3-3 セラピストの性別の比較

セラピストの性別 (男性, 女性) が CRF-S および SEQ の得点に差があるか検証を行った。セラピストの性別 (男性, 女性), シナリオ (肯定, 反射), 協力者 (うつ, 健常) を独立変数, CRF-S および SEQ の得点を従属変数とした 3 要因分散分析を行った。その結果 CRF-S では項目「堅実である」, 「正直である」以外で女性セラピストの方が男性よりも有意に得点が高かった。一方, 独立変数間の交互作用効果は全て見られなかった。SEQ セッション評価では「抵抗感のある—なめらかな」の項目, セッション後気分では「落ち着いた—興奮した」, 「ゆっくりした—敏速な」以外で女性セラピストの方が男性よりも有意に得点が高かった。交互作用効果は項目「ありふれた—特別な」で, 3 つの独立変数間での有意差が認められた ($F=4.42, p=0.04$)。結果を図 6 に示す。反射群では男女ともに健常群の方が高い得点であり, 男性セラピストの平均得点は 2.75, 女性セラピストの平均得点は 3.38 とやや女性セラ

ピストの得点が高い結果となった。一方肯定群では男性セラピストでは健常群の方がうつ病群より得点が高いが、女性セラピストでは逆転しうつ病群の方が健常群よりも高い得点となった。うつ病群では男性セラピストでは2.0点、女性セラピストでは5.0点と得点差がみられた。

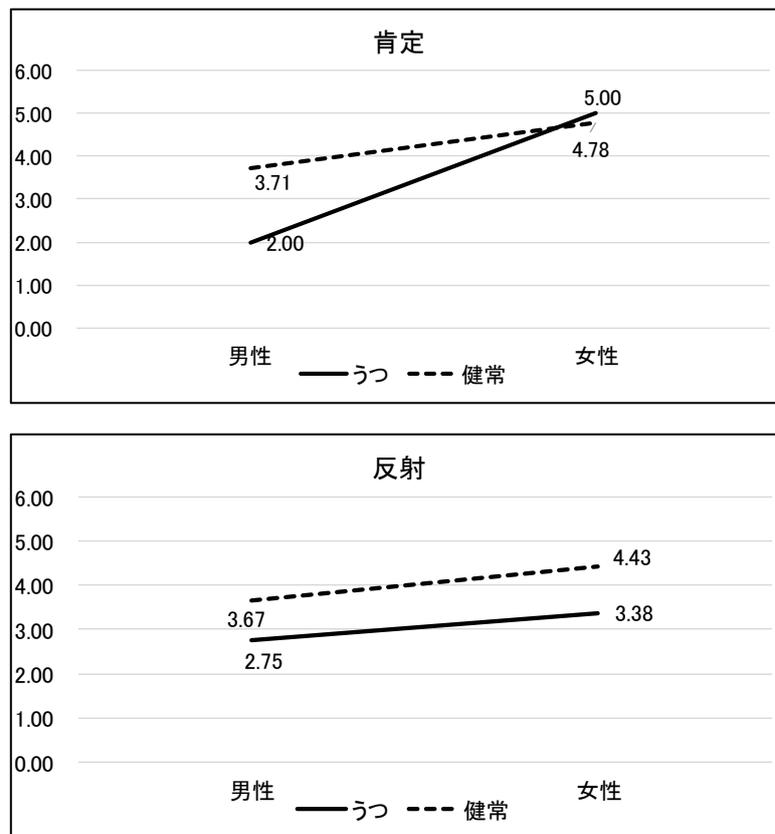


図6 男女での項目「ありふれた一特別な」における得点の違い

5-3-4 セラピストの性別を制御変数とした偏相関分析

セラピストの性別で差が見られたため、セラピストの性別を制御変数として CES-D, STAI の各合計得点と CRF-S, SEQ の各因子の得点およびセラピストの主観的有用度の得点との偏相関分析を行った。その結果、肯定群における「質問」の評価得点で CES-D の得点 ($r=0.48$,

$p=0.01$), STAI 特性不安の得点 ($r=0.43, p=0.02$) で有意に正の相関が見られた。それ以外では有意な相関は見られなかった (表 26)。

表 26 セラピストの性別を制御変数とした偏相関分析

		肯定群(N=32)						反射群 (N=32)					
		CES-D		STAI: 状態		STAI: 特性		CES-D		STAI: 状態		STAI: 特性	
		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
CRF	好意感	0.05	0.80	0.10	0.59	-0.10	0.58	0.00	0.99	-0.09	0.63	0.02	0.92
	専門性	0.05	0.80	0.02	0.91	0.01	0.94	0.08	0.66	0.03	0.88	0.04	0.82
	信頼感	0.01	0.97	-0.09	0.62	-0.04	0.84	0.18	0.32	0.21	0.25	0.12	0.53
SEQ	深さ	-0.18	0.32	-0.19	0.30	-0.18	0.34	-0.10	0.61	-0.09	0.62	-0.11	0.55
	なめらかさ	0.07	0.70	0.01	0.94	0.00	0.98	0.08	0.69	0.03	0.87	0.03	0.85
	肯定感	-0.10	0.60	-0.09	0.64	-0.18	0.34	-0.02	0.90	-0.04	0.84	-0.03	0.89
	覚醒度	-0.05	0.79	-0.08	0.66	0.07	0.71	0.07	0.72	0.20	0.28	0.06	0.76
発話の主観的な有用度	言い換え	-0.11	0.55	-0.07	0.72	-0.05	0.79	-0.20	0.29	-0.29	0.11	-0.15	0.42
	質問	0.48	0.01 **	0.30	0.10	0.43	0.02 *	0.27	0.15	0.11	0.56	0.32	0.08
	要約	0.28	0.13	0.13	0.48	0.27	0.13	-0.02	0.91	-0.19	0.31	0.02	0.93
	相槌	0.07	0.71	-0.03	0.87	-0.03	0.86	0.06	0.76	-0.16	0.40	0.06	0.74
	言い換え+質問+要約+相槌	0.24	0.20	0.11	0.55	0.21	0.27	0.03	0.86	-0.15	0.41	0.08	0.69
	肯定/反射	0.11	0.56	0.02	0.91	0.16	0.39	0.08	0.69	-0.11	0.55	0.02	0.91

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

5-3-5 肯定群を選んだ理由と印象的な発話の比較

肯定群のセラピストを選択した者は 24 名であり、うつ病群・健常群ともに 12 名であった。肯定群を選択した理由及び反射群を選択しなかった理由、それぞれのセラピストの印象的な発話の比較を行った。各群のコードの出現数および該当人数の比較に関する結果を表 27 に示す。なお、印象的な発話のコード数が比較的少ない理由として、“具体的に思い出せない” と回答した者がいたことがあげられる。

結果、肯定群を選んだ理由のコードで最も該当人数が多いものは「寄り添って共感してくれる (該当人数 11 名)」、 「親身になって聞いてくれている (該当人数 11 名)」であった。各群で偏りは見られなかったが、うつ病群のみに着目するといずれも男性の方が女性よりも

比較的多い結果となった。また「意見の押し付けが無く否定しない（該当人数2名）」・「女性が良い（該当人数2名）」は少数であるがうつ病群のみに得られた。そして肯定群のセラピストの印象的な発話で最も該当数が多いのは、「頑張ってきた（該当人数6名）」はうつ病群のみから得られた。一方「勇気がいったことだ・すごいことだ（該当人数3名）」というコードは健常群のみから得られた。印象的な発言の内、「理解できる」のみ承認の発話であり、他はすべて肯定であった。参考までにうつ病群の回答例をいくつか示す。

例1：20代男性、「寄り添って共感してくれる」、「セラピストの立場から問題について述べてくれる」、「頑張ってきた」に該当

（肯定群の方が）共感してくれる感じがありました。（反射群の方は）最初の時点は話したことを他の言葉で言い直してくれるので共感してくれると感じましたが、その繰り返しでよくよく聞いたらそこまでだった、という感じでした。（肯定群の方は）「それは大変ですね」と状況に対して言葉をかけてくれているところを覚えています。※（ ）：筆者による補足

例2：40代女性、「ポジティブな気分や考えにしてくれる」、「包み込まれて安心できる感じがする」、「頑張ってきた」に該当

（肯定群のセラピストは）ただ受け止めるだけでなく気持ちを上げてくれるような、やわらかく包み込んでくれるというか、「頑張っているんですね」とか、「来てくれてありがとう」というか。「北風と太陽」の太陽のような感じ。ただでさえうつで北風でビュービュー吹いている状態なので、そこで太陽のように温かい態度の方が良かったです。追い詰められている人に対して、「そこまで頑張っていたのですね」や、「ありがとう」という言葉はありがたいと思います。※（ ）：筆者による補足

一方、反射群を選ばなかった理由として、「話を繰り返しているだけで展開がない（該当人数12名）」というコード数が多く、うつ病群・健常群の人数の偏りはみられなかった。次いでコード数が多かったのは「親身ではなく冷たい（該当人数6名）」であった。「話しづらい（該当人数2名）」や「気持ちが上がらない（該当人数2名）」は少数であるがうつ病群のみに該当した。参考までにうつ病群の回答例をいくつか示す。

例1：50代男性：「親身ではなく冷たい」、 「気持ちが上がらない」に該当

（反射群のセラピストは）単に繰り返すのみ共感するような動きがないと思いました。

（略）押しつけはないけど親身に聞いてくれる感じはなく気分を上げさせることは無かったです。勇気を持って相談に来た人に対して冷たさを感じました。もう少し優しくても良いんじゃないか、悪く言えばお役所的な対応だと。※（ ）：筆者による補足

例2：40代女性：「話を繰り返しているだけで展開が無い」、 「決め付けていて自分の実感とずれている」、 「余計にネガティブな気持ちになる」に該当

「出遅れている」と言われて“そんなことは言っていない”と思ったり、“ああ、出遅れているんだ”と、その言葉を使われるのに、ただでさえミスばかりしてしまっているのに、より劣等感を感じてしまったり、返してくれる言葉がちょっと違いました。「大変でしたね」、と寄り添ってくれた方が良いです。

表 27 肯定群を選んだうつ病群・健常群におけるコードの出現数および該当人数の比較

コード名	該当数(左:コード数, 右:人数)						計
	うつ病群(N = 12)			健常群(N = 12)			
	男 (N = 7)	女 (N = 5)	計	男 (N = 6)	女 (N = 6)	計	
<i>肯定群を選んだ理由</i>							
寄り添って共感してくれる	6(5)	3(1)	9(6)	5(3)	3(2)	8(5)	17(11)
親身になって理解してくれる	6(5)	1(1)	7(6)	3(2)	5(3)	8(5)	15(11)
セラピストの立場から問題について述べてくれる	3(3)	1(1)	4(4)	4(3)	2(2)	6(5)	10(9)
印象が良く話がしやすい	3(3)	1(1)	4(4)	5(2)	1(1)	6(3)	10(7)
ポジティブな気分や考えにしてくれる	4(1)	3(3)	7(4)	2(1)	1(1)	3(2)	10(6)
包み込まれて安心できる感じがする	1(1)	4(2)	5(3)	2(1)	2(2)	4(3)	9(6)
意見の押し付けが無く否定しない	5(2)	0(0)	5(2)	0(0)	0(0)	0(0)	5(2)
女性が良い	1(1)	1(1)	2(2)	0(0)	0(0)	0(0)	2(2)
<i>肯定群の印象的な発言</i>							
「頑張ってきた」	3(3)	5(3)	8(6)	0(0)	0(0)	0(0)	8(6)
「話してくれてありがとう」	2(1)	3(2)	5(3)	2(2)	1(1)	3(3)	8(6)
「理解できる」	2(2)	1(1)	3(3)	3(2)	2(2)	5(3)	8(6)
「勇気がいったことだ・すごいことだ」	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	3(3)	3(3)	3(3)
<i>反射群を選ばなかった理由</i>							
話を繰り返しているだけで展開が無い	5(4)	1(1)	6(5)	4(4)	3(3)	7(7)	13(12)
親身ではなく冷たい	8(3)	1(1)	9(4)	2(1)	2(1)	4(2)	13(6)
決め付けていて自分の実感とずれている	1(1)	2(1)	3(2)	0(0)	5(2)	5(2)	8(4)
余計にネガティブな気持ちになる	0(0)	1(1)	1(1)	0(0)	5(3)	5(3)	6(4)
話しづらい	4(2)	0(0)	4(2)	0(0)	0(0)	0(0)	4(2)
気持ちが上がらない	1(1)	2(2)	3(2)	0(0)	0(0)	0(0)	3(2)
問いかけが曖昧	2(2)	0(0)	2(2)	1(1)	0(0)	1(1)	3(2)
深みがない	1(1)	0(0)	1(1)	1(1)	0(0)	1(1)	2(2)
<i>反射群の印象的な発言</i>							
「焦り/不安/劣等感がある」	0(0)	1(1)	1(1)	0(0)	3(2)	3(2)	4(3)
「～という感じ」	1(1)	0(0)	1(1)	1(1)	0(0)	1(1)	2(2)

5-3-6 反射群を選んだ理由と印象的な発言の比較

反射群のセラピストを選択した者は 8 名であり、うつ病群・健常群ともに 4 名であった。なお、全て女性セラピストが選ばれた。前項同様、反射群を選択した理由及び肯定群を選択しなかった理由及びセラピストの印象的な発言の比較を行った。各群のコードの出現数および該当人数の比較に関する結果を表 28 に示す。

まず、うつ病群では性差の偏りは見られなかったが、肯定群では全て男性であった。反射群を選んだ理由として最も該当数が多かったのは「復唱して自分の考えをまとめてくれる（該当人数：6名）」であった。次いで該当数が多かったのは「寄り添って共感してくれている（該当人数：4名）」であったが健常群のみに得られた。印象的な発言では「うーん」や「～みたいな感じ」であったが、反射に相当する発話ではなかった。肯定群を選ばなかった理由として「同じ発言を繰り返す（該当人数：6名）」が最も該当数が多い結果となった。次いで該当数が多いコードは「親身でなく気持ちをわかってくれない（該当人数：4名）」であった。これらのコードはうつ病群・健常群で偏りは見られなかった。また、「セラピストが男性」というコードが得られた。実際にうつ病群の女性協力者の中に「男性から断定されたくない」、「部屋の中で男性と二人きりになりたくない」、と回答した者がいた。印象的な発言として、反射群同様に相槌に関わる内容がコードとして含まれる結果となった。

表 28 反射群を選んだうつ病群・健常群におけるコード数および該当人数の比較

コード名	該当数						計
	うつ病群(N = 4)			健常群(N = 4)			
	男 (N = 2)	女 (N = 2)	計	男 (N = 4)	女 (N = 0)	計	
反射群を選んだ理由							
復唱して自分の考えをまとめてくれる	1(1)	2(2)	3(3)	4(3)	0(0)	4(3)	7(6)
寄り添って共感してくれている	0(0)	0(0)	0(0)	7(4)	0(0)	7(4)	7(4)
話し方が良い	1(1)	1(1)	2(2)	3(1)	0(0)	3(1)	5(3)
考えて話してくれる	1(1)	3(1)	4(2)	1(1)	0(0)	1(1)	5(3)
気持ちを汲み取ってくれる	2(2)	1(1)	3(3)	0(0)	0(0)	0(0)	3(3)
セラピストが女性	0(0)	1(1)	1(1)	3(1)	0(0)	3(1)	4(2)
問題解決への方向性を示してくれる	3(2)	0(0)	2(1)	0(0)	0(0)	0(0)	3(2)
印象的な発言							
「うーん」	2(2)	1(1)	3(3)	0(0)	0(0)	0(0)	3(3)
「～みたいな感じ」	1(1)	0(0)	1(1)	2(1)	0(0)	2(1)	3(2)
肯定群を選ばなかった理由							
同じ発言を繰り返す	3(2)	2(2)	5(4)	2(2)	0(0)	2(2)	7(6)
親身でなく気持ちをわかってくれない	1(1)	1(1)	2(2)	2(2)	0(0)	2(2)	4(4)
セラピストが男性	0(0)	5(2)	5(2)	1(1)	0(0)	1(1)	6(3)
余計な発言をする	2(2)	0(0)	2(2)	1(1)	0(0)	1(1)	3(3)
ネガティブな気持ちになる	1(1)	0(0)	1(1)	1(1)	0(0)	1(1)	2(2)
印象的な発言							
「なるほど」、「うーん」	2(2)	0(0)	2(2)	0(0)	0(0)	0(0)	2(2)
「当然だと思います」	0(0)	2(1)	2(1)	0(0)	0(0)	0(0)	2(1)
「大丈夫」	0(0)	0(0)	0(0)	2(1)	0(0)	2(1)	2(1)

第4項 考察

本研究は、心理療法初回におけるセラピストの肯定が治療関係構築に効果的であるか、模擬面接ビデオを用いて検証した。得られた結果を、肯定に関する先行研究および研究2で得られた結果と比較する。

まずセラピストおよび面接への評価を肯定群と反射群で比較を行った。その結果、うつ病群・健常群に関わらず、いずれも肯定群の方が CRF-S の下位項目「親しみやすい」、「誠実である」、「感じがいい」、「温かさがある」、因子「好意感」、「信頼感」の得点が有意に高い結果となった。また、SEQ の「セッション評価」における下位項目「良い」、「感じの良い」、「なめらかな」、「居心地の良い」の得点が有意に高い結果となった。研究2において、クライアントの内的体験に関する上位カテゴリーとして「自分を受け入れてくれる・頼れる人に出会えたと感じる」及び中位カテゴリー「一緒にいて居心地がいい」、<全面的に自分を受け入れていると感じる>を生成したが、この居心地の良さ、感じの良さは本研究でも同様の結果となった。ちなみにうつ病群の方が健常群より「薄い」、「ありふれた」と評価する結果となったが、うつ病群の協力者は日頃より精神科治療あるいは心理療法を受けていることが要因としてあげられるかもしれない。しかしながら、疾患の有無に関わらず、セラピストの肯定は誠実さ・温かさ・信頼感といった全般的な人間性に対して好意的に評価されることが示された。久間ら (2016) の研究では、セラピストの肯定に治療関係構築と治療的変化を促進させる機能に大別することを明らかにした。本研究の結果から、セラピストの肯定は基本的な関係性を構築する上で効果的であることを示した。一方、本研究では例えば CRF-S の因子「専門性」や、SEQ の因子「深さ」、「なめらかさ」に有意差が見られなかったことから、治療的変化の促進の効果については本研究で示すことが出来なかった。久間ら (2016) の分析対象であった心理療法のセッション回数は3から6回あるいは15回目が含まれている。一方、本研究はさらに初期の段階、特に今回は初回面接という設定でビデオを

作成したため、対象となる心理療法の時期の違いが得られた結果に違いが見られた理由として大きいと思われる。

また、セラピストの肯定は、相手のポジティブな感情を喚起させる効果があることが示された。例えば SEQ の「セッション後気分」における下位項目、「うれしい」、「親しげな」及び因子「肯定感」の得点が有意に高い結果となったこと、質的分析で得られたコード「ポジティブな気分や考えにしてくれる」から、そのことが言える。研究 2 の上位カテゴリー「自分を受け入れてくれる・頼れる人に出会えたと感じる」の中に「感激する」という中位カテゴリーが含まれている。また、関口・岩壁 (2016) の「認められて嬉しい」というカテゴリーと関連する結果となった。また、興味深いことに、SEQ の因子「覚醒度」は肯定群の方が反射群よりも得点が低かった。因子「覚醒度」は「静的な—動的な」、「落ち着いた—興奮した」、「ゆっくりした—敏速な」、「平静な—活発な」、「静かな—たかぶった」という項目で構成されている。研究 2 におけるクライアントの内的体験に関するカテゴリーとして「一緒にいて居心地がいい」、すなわちゆったりして安心できる状態を表すカテゴリーを生成したが、このことと関連している。すなわちポジティブな感情を喚起させる一方、安心感によりゆったり感といった覚醒度を下げる効果があることが示唆される（ただし、今回「覚醒度」には有意差は見られなかったため、今後の検討事項である）。

セラピストの各発話の有用度を比較すると最も高い得点となったのが肯定であり、次いで承認となった。すなわち承認もクライアントにとって有用度が高いことが言える。ただし、自由記述においてセラピストの印象的な発話はほとんどが肯定に該当した。さらに、反射の発話の有用度は言い換え・質問・要約・相槌の有用度よりも低い得点となった。このことから心理療法初期では反射だけでは不十分であり、肯定を加えることが重要であることが示された。これまでのクライアントの行動は妥当であり理解出来ることを伝えることを表す承認も心理療法初期における治療関係構築に効果的であるが、クライアントにとって、セラピストから妥当であり理解出来るという客観的な印象を与える関わり方よりも、頑張っ

きた・意味があることだと積極性を伴う関わりの方が感情変容につながりやすいのではないかと考える。

自由記述式回答を質的分析した結果、肯定群のセラピストの印象的な発話にうつ病群および健常群で違いが見られた。「頑張ってきた」がうつ病群のみに該当したが、一方「勇気がいったことだ・すごいことだ」はうつ病群では該当せず、健常群のみに該当する結果となった。「頑張ってきた」というコードは関口・岩壁(2016)では「努力の肯定」に相当する。また、研究2では、セラピストの関わり方に関する上位カテゴリー「肯定と方向付けを明示する」の中位カテゴリー「そのままの自分を肯定してくれる」に相当するが、この下位カテゴリーを見ると「自分を労ってくれる」、「あらゆることに肯定的な意味を見出してくれる」が含まれている。いずれもこれまでの行動や努力を労い意味があるものであったと肯定することを表している。模擬面接ビデオであるが、うつ病群の協力者の方が心理療法を受けるまでの苦労や努力を自分自身も体験しているために、セラピストのこれまでの行動や努力への肯定が印象として残ったのではないかとと思われる。また、「勇気がいったことだ・すごいことだ」は関口・岩壁(2016)では「クライアントの特徴の肯定」に相当する。自己否定感が強い者の場合、否定的に捉えている側面をまだ関係性が構築出来ていない者に肯定されたとしてもそれを受け入れることに抵抗がある可能性がある。関口・岩壁(2016)でも「新しい捉え方をまだ認められない」というカテゴリーを生成しているが、特にうつ病群の方が「勇気がいったことだ・すごいことだ」といった特徴に関する肯定は効果的ではないことが示唆された。

以上をまとめると、心理療法初回においてセラピストの肯定は、治療構築に効果的であり、特に好意感や信頼感といった人間性に関わる評価を得やすいことが示された。特に、うつ病群ではこれまでの努力や行動に対する肯定が評価に影響を与えた可能性が示唆された。ただし、セラピストの性別の変数や非言語的コミュニケーションを完全に統制することが出来なかった。

第5項 本研究の限界と今後の課題

本研究では心理療法初回面接という設定の模擬ビデオを作成したが、7分程度という極めて短いセッション時間であった。前項で専門性に関する得点は肯定群と反射群で差が認められなかったことを述べたが、このセッション時間の短さが影響している可能性がある。すなわち、本研究ではセラピストの専門性を評価することには限界があったと考えられる。あるいはセラピストの肯定は基本的な人間関係構築に効果的であるが、専門性に対する評価を向上させる効果はあまり無い可能性がある。

本研究の結果ではセラピストの言語的コミュニケーションに焦点を当て、その他の変数を統制するために模擬ビデオを作成した。しかしながら女性セラピストの方が肯定群及び反射群に関わらず良好な評価を得る結果となった。特にうつ病群でそれが顕著で、SEQ「ありふれた—特別な」の項目では交互作用、すなわちうつ病群は同じ肯定群のシナリオでも男女によって非常に評価が異なる結果となった。この要因としていくつかあげられる。一つ目として、たまたま本研究でのセラピスト役で差が見られたという偶発的な要因があげられる。二つ目に、“セラピストは女性の方が良い”，あるいは“女性の方が温かさを感じる”など、協力者の中にセラピストの性別に対するバイアスを持っていた可能性がある。少数ではあるが、40代以上の男性で“セラピストが年下の同性であることに抵抗がある”と述べた者がいた。そしてうつ病群の女性で“男性から断定されることに抵抗がある”，“男性と二人きりになりたくない”と答えた者がいた。ただし、反射群の女性セラピストを選んだ健常群は全て男性であったのに対しうつ病群では性別の偏りは無かったことから、必ずしもうつ病群の方がセラピストの性差に敏感であるという訳ではない。したがって、今回の研究でセラピストの性別やマッチングの影響を検証することには限界があるため、今後の研究で検証することが求められる。また、本研究ではどの協力者にも男性セラピストの面接を先に視聴させた。この順番の効果が評価に影響を与えた可能性が否定できない。したがって、今後

視聴の順番も今後の検討課題である。

また、本研究ではセラピストの肯定以外の変数を統制するため、模擬ビデオを作成し“心理療法を受けている者”であることを想定してもらい、セラピストの評定を行う方法を用いた。第1項で述べたことであるが、実際に心理療法を受けていない者であるため、研究1・2のような心理療法を受けざるを得ないような切迫した状態ではない。厳密に研究1・2で生成した仮説を検証する場合は、実際に切迫した状態に陥っており心理療法を受ける必要性を感じている者を対象にすべきであるが、第1項で述べたように倫理的問題が生じやすいため、今後の研究では心理的侵襲性を最小限にして実際のクライアントに研究参加してもらう方法を考えることが求められる。次に、セラピストの性別・年齢を統制することを試みたが、クライアントの性別・年齢を統制することは出来なかった。すなわち、協力者の年齢によってセラピスト役が協力者よりも年上あるいは年下になり、その違いが結果に影響した可能性がある。また、上述したように、今回の結果では女性セラピストの方が良好な評価が得られたが、その要因を特定出来なかった。そのため、今後の研究課題として年齢・性別など異なるセラピストのパターンを追加し、セラピストとクライアントの特性のマッチングが評価にどの程度影響を与えるかを検証する必要がある。

次に、今回は肯定を細かく分類することをしなかったが、今後肯定の種類とクライアントの特性の違いが評価に影響を与える可能性がある。例えばうつ症状が強い者ほどこれまでの努力に対する肯定を良好な評価をするか、また、自己否定感が強い者は自分が否定的に思っている側面への肯定に対して自己否定感が強くない者よりも良好な評価を行わない傾向にあるか、といった仮説を立てて検証をしたい。次章では総括として、心理療法初期におけるセラピストの効果的なコミュニケーションに関する理論を発展させるために今後何が課題として残されているかについて論じていく。

第6項 追記

本研究は国立精神・神経医療研究センター精神・神経疾患研究開発費研究資金により実施した。なお、本研究は『臨床心理学』で「初回面接におけるセラピストの肯定はクライアントにどのように評価されるか：模擬面接ビデオを用いて（横田ら，2020）」として刊行予定であり，今回一部加筆・修正を行った。

第6章 総括

第1項 心理療法初期におけるセラピストの肯定の効果

本研究の最終目的は心理療法の初期における治療関係構築に効果的なセラピストのコミュニケーションをクライアントの体験から明らかにすることであった。その結果、セラピストの肯定、すなわちクライアントの心理療法来談前の行動や努力を肯定的に認めることが治療関係構築に効果的であることが明らかになった。ここではなぜセラピストの肯定が心理療法初期において効果的であるのか、本研究で得られた結果及び先行研究の比較をもとに考察を行う。

まず、第4章で述べたように、心理療法初期においてクライアントにとって重要な体験は感情の変容であることがあげられる。セラピストの肯定によって、クライアントが“嬉しい”といったポジティブな感情が喚起されることが研究2・3で示された。肯定が感情の変容において重要な役割を果たしていることは既に AEDP や MI の理論で指摘していることである。特に心理療法初期で重要である理由として何度も取り上げているが、心理療法の来談前のクライアントの心理的状态があげられる。心理療法を来談するクライアントが持つ感情として、専門家に頼らざるを得ないという切迫した状態に陥っている一方で、専門家であっても見知らぬ者に自分の問題を開示することへの不安や恥ずかしさを抱いていることがあげられる。不安や恥は回避という行動を促進させる感情である (Elison et al., 2006; Rudaz et al., 2017)。心理療法を受けるという行為が恥ずかしいことであると感じている者は、心理療法を利用したいという欲求と回避したいという欲求が拮抗している状態であると言える。セラピストがクライアントの恥の感情に関連する症状や行動について自己開示することを奨励することは治療の効果に役立つ (Hook & Andrews, 2005)。セラピストがクライアントの自己開示を肯定的に認めることで、クライアントが自己開示することに対する不安や恥

の感情を低減させる効果があると考えられる。また、ポジティブな感情の交流は基本的な対人関係構築には不可欠である。Peebles (2002/2010) は乳幼児のアタッチメントと治療関係との関連から次のように指摘している。

ますます強調されるようになってきていることは、患者が持ち出す内容にセラピストが関心を示し、何らかの楽しみを示すといったようなセラピストの応答性が重要であることである。(中略) 乳幼児にとって養育者との交流における「喜び」と「関心」は、乳幼児の心理学的そしておそらく神経科学的発達にとって重要な社会的栄養素であると考えられ、そして Rogers ら (1967) の指摘した共感、無条件の関心、誠実性の三要素は、そのような社会的栄養素の成人版の要素と考えられるのである (p.17 : 一部筆者が表記を修正した)。

つまり、心理療法初期にまず基本的な関係性を構築する上で、情緒的な交流は不可欠であり、セラピストの肯定は情緒的な交流を促進する上で効果的であると言える。他の先行研究で治療関係構築に重要なコミュニケーションとして、例えば Bedi (2006) が取り上げているのは「承認」、「ノーマライゼーション」であり、Fitzpatrick ら (2006) が取り上げているのは「セラピストがクライアントに新たなやり方で考えるように手助けしてくれた (問題解決へのアドバイスなど)」であった。上記の承認やノーマライゼーション、アドバイスといった関わり方と肯定との大きな違いは、セラピストのポジティブな感情の開示が含まれているかどうかではないだろうか。また、Bedi (2006) は「承認」の下位カテゴリーとして「自分の感情を同定し反射してくれた」を含めていたが、本研究では研究1の結果から、心理療法初期で過度に繰り返しや反射を用いると治療関係構築に非効果的であるという仮説を立てた。そして研究3において、反射群のセラピストを選ばなかった理由として「気持ちが上がらない」「余計にネガティブな気持ちになる」という回答があり、反射や繰り返しによって余計にネガティブな思考や感情が増大する者がいることが示唆された。この心理療法を

受けることでかえってネガティブな感情が喚起されるという体験が心理療法の自己中断につながり得ることが本研究の結果で示された。

次に、心理療法初期における肯定が効果的である理由として、クライアントが自己開示する上での抵抗感や侵襲性を低減させることがあげられる。心理療法初期ではセラピストが何者かわからない状況で自分の抱えている問題を開示する状況にある。クライアントはセラピストがどういう人物か模索しながら自己開示をしており、少なからず自己開示する上で抵抗感を抱いている。セラピストがクライアントの体験に焦点を当て続けると、クライアントにとってセラピストは得体の知れない存在のままとなる。セラピストが得体の知れない存在であるにも関わらず、自己開示や問題の探索を促されるという状況は、クライアントにとって“窮屈”で“居心地の悪い”ものであると知覚しやすいのではないだろうか。この状況が自己中断につながり得ると考える。一方、肯定はセラピストのポジティブな感情を伴いながら自分の見解を伝える関わり方である。Peebles (2002/2010) は、「心理療法の文献でめったに取り上げられない」と前置きした上で、「誠実性の一つの側面はセラピストの“思考過程の透明性”である」ことを述べている。研究2・3でクライアントがセラピストに対して誠実さや信頼感に関して良好な評価をした理由の一つに、肯定にはこの“思考過程の透明性”があるからではないかと考える。セラピストの肯定により、クライアントはセラピストがどう感じているのか・どう思っているのかが把握出来、安心して自己開示出来たのではないだろうか。

最後に、研究3の質的分析の結果に基づくもので十分なデータを得られていないため、今後の検討事項ではあるが、肯定が効果的である理由として苦悩の独自性・努力を認められる体験であると考えられる。杉原 (2015) の以下の文章を引用する。

多くの人が“共感されたい”という気持ちと同時に、“絶対に共感されたくない”という

気持ちを抱いているように思います。苦悩を抱えた人はその苦悩が深ければ深いほど、「その気持ち、分かるよ」などと簡単に言われると、腹が立つものです。(略)あるいは、その人は、自分の苦悩の独自性を尊重されたいと願っているかもしれません。(略)どこまでいってもその苦悩はその人の独自のもので、他の誰にも絶対に分かり合えないものです。(p. 18)

研究3では反射を用いたセラピストに対して「決め付けていて自分の実感とずれている」というコードが得られた。つまり、事情を十分に知らない初対面の者に“あなたは～と感じているのですね”など自分の気持ちを反射されることに、一部の者、特に自分の問題の独自性をわかってもらいたい者にとっては違和感や抵抗を持ちやすい者がいるということが示唆される。一方、肯定はあくまでもセラピストの立場に基づくものである。“（あなたと私の見解は異なるかも知れないけれども）少なくとも私は…だと感じる”というという意味合いが含まれるため、クライアントにとって意見を押し付けられていると感じさせにくいのではないか。つまり、肯定はセラピストの積極的な自己開示を伴う技法でありながら、「私」を主語にすることでクライアントと適度な距離が保ち心理的侵襲性をあまり与えない効果があるのではないかと考える。さらに、過去の努力に対する肯定の方が、クライアントの特性に対する肯定よりも良い印象を与えやすいのも上記の理由によると推測する。久間ら(2016)が肯定の種類として「先取認定」を生成しているが、クライアントが肯定的に評価していない、自覚出来ないものをセラピストが先取りして肯定するという方法は、人によっては「決めつけ」だと受け取る可能性がある。しかし、関口・岩壁(2016)で示唆された、努力や自己開示に対する肯定は、クライアントが自覚しやすい行動であるため、クライアントにとって納得しやすく効果が発揮されるのではないか。一方、反射の効果が発揮しやすいのは、治療関係を構築しクライアントの問題を探索する段階だと言える。十分にクライアントの体験や感情を探索した上で反射を行うことで、クライアントが“共感・理解してもらっ

た”と感ずることにつながるのではないだろうか。ただし本研究ではあくまでも仮説の段階であるため、今後この仮説を検証する必要がある。

第 2 項 クライエントの体験による心理療法初期における治療関係構築のモデル

研究 2 の心理療法継続決定の心理過程のモデルを発展させ、最終的に心理療法初期における治療関係構築のモデルを生成した。生成したモデルを図 7 に示す。

変更点はまずクライエントの来談前の心理過程を細分化したことである。問題解決を試みるも自力ではどうしようも出来ない無力感や、周囲に悩みを相談出来ない孤立感に陥り（参考：Frank と Frank, 1991）、専門家に相談しようとするが、心理療法を来談することに対して切迫感や期待を抱きながらも自己開示することへの不安や恥という感情が拮抗しているということが来談前の状態として特徴として示された。

次に変更した点は、セラピストの肯定によってクライエントの感情が変容されるプロセスとした点である。まず、無力感や孤独感は“自分を認めてくれた・わかってくれた理解者との出会い”という体験に変容することを示した。次に、切迫感や期待と不安や恥という拮抗する感情は、自己開示する上での安心感や、嬉しい・感激といったポジティブな感情の喚起に変容することを示した。これらの感情の変容の体験から、自分の内面をもっと見せたいという自己開示が促進され、心理療法を続けることで良くなりそうだという希望が生まれるといふ心理的变化につながる過程を図化した。

まとめると、心理療法初期におけるクライエントの視点による治療関係構築の体験において次の 2 点が重要であると考えられる。一つ目は“セラピスト（理解者）との出会いの体験”である。セラピストがこれまでのクライエントの努力を肯定的に認め、自分の見解を示すことにより、クライエントにとって理解者に出会うことが出来たと感ずる。これは Rogers (1951)

が示した「人と人との出会いにおける“我—汝 (I-Thou)” 体験を通じた癒やし」に相当する体験である。次に、“ポジティブな感情変容体験”である。感情変容体験はクライアントにとって強烈な印象を与え、“この心理療法を受けるとさらに変化出来るかもしれない”という希望をもたらし得る。第1章で述べたが、心理療法の効果に寄与する変数の一つとして「期待またはプラセボ」があげられる (Asay & Lambert, 2006)。プラセボ (placebo) は「偽薬」という意味であり、例えば医学領域の臨床研究で“有効成分が含まれていない薬”として用いられている。つまり治療効果に直接関わらない要因である。しかし臨床心理領域ではクライアントが改善の期待を持つことは治療内効果と言うことが出来、ある意味では治療関係は効き目のある薬である (Brody, 1997)。クライアントが問題解決や改善への希望を見出す体験は治療関係構築において重要である。

以上、セラピストの肯定により“専門家としての私の存在を示すこと”、“ポジティブな感情変容を促進させること”が心理療法初期で重要であるという示唆を得られた。ただし、まだ示唆にとどまる段階であるため、研究を重ね理論を洗練させていきたい。

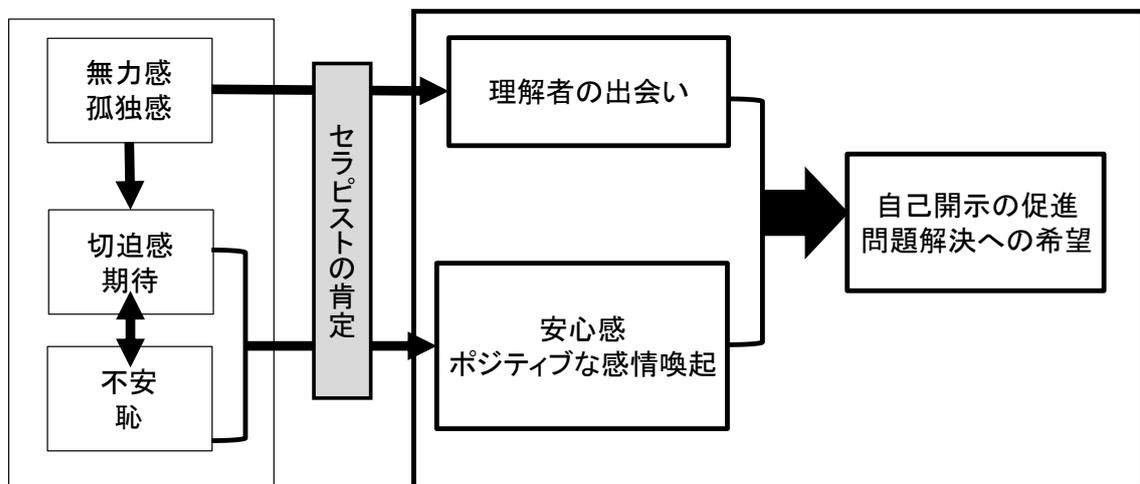


図7 クライアントの体験による心理療法初期における治療関係構築のモデル

第3項 研究の課題と今後の研究の展開

6-3-1 本研究の限界

本研究は、インタビュー調査による質的研究と、模擬面接ビデオを用いた準実験研究で構成された。以下、本研究の課題について述べる。

第一に最も大きな課題点として、クライアント及びセラピストの特性の均質性が保たれていないことがあげられる。まず、クライアントの過去の心理療法の体験の想起によるインタビューであったため、セラピストの特性に関して具体的に聴取出来なかった。例えばセラピストの心理療法のオリエンテーションが不明瞭であるという課題が残されている。セラピストの理論オリエンテーションが明らかに治療関係に影響を及ぼすとは言えないが、少なくともセッション数をあらかじめ想定している心理療法（例：認知行動療法）の場合と長期を想定した心理療法では心理療法継続・中断の過程に影響を及ぼす可能性がある。また、研究3では協力者の中にはセラピストの年齢や性別の重要性に言及した者がいた。一方研究1・2の協力者は上記について言及する者はいなかった。この違いは何であろうか。要因として、例えばインタビュー研究ではクライアントの振り返りに基づくため、本来はセラピストの特性を重視していたが調査者の質問項目になかったため特別言語化しなかった可能性が考えられる。あるいは、模擬ビデオ研究ではあくまでも自分が実際に受ける心理療法ではないため、セラピストの特性まで吟味しようとした可能性が考えられる。実際に精神科病院や学生相談等に相談しようとする時、在職者のセラピストの特性が様々揃っているとは言えず、クライアントがセラピストの性別や年齢といった特性で選択出来るような状況とは言えない。しかしながら、セラピストとクライアントのマッチングは治療関係構築に影響をもたらす要因である可能性があるため、特性のマッチングとセラピストのコミュニケーションとの関連について研究を深める必要がある。

第二に、「肯定の効果」について具体的に検証していく必要がある。本研究では心理療法初期でセラピストの肯定が効果的である、という結論に達した。では、全てのクライアントに肯定を行えば効果的であるのかと言えば、研究 3 で全ての協力者肯定群のセラピストを選ばなかったことと同様にそうとは言えない。本研究で着目したセラピストの肯定は、“最初の出会い”すなわち基本的な関係性を構築しようとする段階で効果的であることが示された。一方、今回比較対象として反射を採用した。これも先ほど同様、全てのクライアントに非効果的であるという訳ではなく、基本的な関係性が構築出来ていない段階では非効果的であるということが示された。治療関係を構築し、クライアントの体験を理解出来た段階で反射を行うと効果的であろう。今後、肯定あるいは反射など、様々なセラピストのコミュニケーションをどのようなバランスで行うと治療関係構築に効果的であるのかを検討する必要がある。また、今回は非常に初期の段階に限定した訳だが、今後どのような場面でセラピストの肯定は効果的あるいは非効果的かを明らかにすることは臨床的な意義が高いと考える。そして、研究 3 で少数であったが肯定を“断定された”と知覚した者がいたように、どのような者に肯定が効果的あるいは非効果的かを明らかにすることも臨床的な意義が高い。研究 3 で述べたように、セラピストの性別や非言語的コミュニケーションが影響している可能性もあるが、クライアントの特性、すなわち評価に対して敏感である者や不安傾向にある者には肯定は非効果的である可能性がある。研究 3 では肯定の発話の有用度の評価と不安症状は無相関であったが、今後さらに検証していく必要がある。また、本研究は「効果的なセラピストのコミュニケーション」を明らかにすることを試みた研究であるが、実際には前向き研究を行っていないため、厳密に効果を実証していないという課題が残されている。今後、実際のセラピストの肯定と治療関係構築との因果関係を実証することが求められる。実際の心理療法に研究が介入することで、クライアントに侵襲を与え倫理的な問題が生じ得ることは研究 3 で述べた。ただし、例えば質問紙調査を行い、決してセラピストに結果を公表せず第三者が分析を行うなどの工夫を行うことで、実際の心理療法を対象にした

前向き研究が可能となるだろう。

第三に、本研究はセラピストのコミュニケーションとして、言語的コミュニケーションに焦点を当てた。研究 3 では非言語的コミュニケーションを統制することの困難さがその理由としてあげられることを述べたが、結果的には非言語的コミュニケーションを完全に統制することに限界が見られた。肯定をセラピストのポジティブな感情が伴うコミュニケーションとした場合、セラピストはどのようにポジティブな感情を開示すると効果的であるのか。例えば表情、声のトーンなどがあげられる。研究 1・2 でセラピストの表情や声のトーンの重要性は示唆されているものの、具体的にどのような表情や声のトーンが効果的であるのかまでは明らかにすることが出来なかった。セラピストは心理療法初期で肯定的な発話をすれば治療関係を構築出来るという訳ではなく、クライアントにとって共感的な関わり方と知覚させる関わり方、すなわち非言語的コミュニケーションに基づいて肯定を行うことが求められる。つまり、セラピストの肯定と非言語的コミュニケーションとの関連を今後の研究で検証する必要がある。

以上の研究課題をもとに、次の項では今後の展開について述べていく。

6-3-2 今後の研究の展開

「はじめに」で述べたように、本研究の着想は若手セラピストのリアリティ・ショックを軽減するための訓練、コンピテンスの向上の重要性が基になっている。大学院を卒業したばかりの初心者セラピストは指導者からの訓練を受けず自律して実践していかなければいけないことから、どのように・どこまでクライアントに関われば良いか不安を抱いている（参考：Rønnestad & Skovholt, 2003）。若手セラピストは自分の発言でクライアントを傷つけないか等、失敗への不安を抱きやすい。本研究で基本的な関係性を構築する上で積極的に肯定するが効果的であることを述べたが、これは特に若手セラピストにとって重要な知見であ

ると言える。“専門家としての私を示す”ことは、自信の乏しい者にとっては非常に勇気が要ることかもしれない。しかし、クライアントは専門家の見解を求めている可能性が高い。研究1・2により、クライアントの中断または継続決定を決めるのは、セラピストの臨床経験年数でなくコミュニケーションである。若手セラピストが過度に恐れず・勇気を持ってクライアントと関わる上で、本研究の知見は役立つのではないかと考える。

今後の研究の展開として、セラピストの訓練プログラムの発展に貢献出来る知見を積んでいきたい。セラピストの訓練や生涯学習として、代表的なものはスーパービジョンあるいは教育分析があげられる。あるいは研修会参加も訓練や生涯学習の一つとしてあげられる。いずれも専門スキルを向上させ、臨床活動を振り返り必要に応じて改善していく上で欠かせない。しかし、その一方で基本的なコミュニケーションスキルに関して研鑽する機会は非常に少ない。“既にセラピストは基本的な対人コミュニケーションスキルは獲得している”という前提があるのかもしれない。Fairburn と Cooper (2011) はセラピストのコンピテンスを「期待される効果を達成するための基準に合ったセラピーを提供するために求められているセラピストが持つ知識とスキルの程度」と定義している。しかし、このセラピストのコンピテンスを獲得する方法及び獲得の程度を評価する訓練方法は現在見あたらない。

セラピストの訓練に関して、金沢 (1998) は様々な文献を引用しつつ、次のように指摘している。

カウンセラーの教育プログラムが最も重視すべきは、共通要素を高めること、クライアントとの間に良好な関係を築くことができるようなカウンセラー側の対人関係・維持力を高めることであると言えるのではないか。(p.20)

根本的な対人関係のスキルを他のスキルを身につける前にまず徹底的に身につけるべきであり、そのような訓練を行うプログラムを開発することが不可欠である (Binder, 1993;

Henry & Strupp, 1991)。(中略) カウンセラーの訓練は、いたずらに特定の技法やケースへの対応に走ってしまえば効果が上がらない。まず基本的かつ最も大切な対人関係の訓練から始めるべきであると思う。(p.34)

しかし、このような対人関係のスキルを体系的に学ぶ機会は少ないと言える。そして、訓練の具体的ななどのような要素がスキル向上に役立っているのかについてほとんどわかっていない (Beutler & Kendall, 1995)。さらに金沢 (1998) は、治療関係構築のためのコミュニケーションスキルの訓練において Carkhuff と Truax (1965) による「Human Resource Development (HRD)」, Kagan (1980) の「Interpersonal Process Recall (IPR)」, Ivey と Authier (1978) の「Microcounseling (MC)」が開発されていることを取り上げており、「これらのプログラムは熟練者の神秘性やアートの側面を重視するものではなく、具体的な行為に分割して体系的にスキルを獲得していくものである (p.24)。」と述べている。以上から、今後訓練で求められることは、基本的な対人関係のスキルを体系的に学ぶ機会を増やすことではないかと考える。

本研究は心理療法初期における効果的なセラピストのコミュニケーションを主題としているが、研究で得られた知見が訓練の発展にも役立つのではないか。例えば前項では、セラピストとクライアントの特性のマッチングとコミュニケーションとの関連が不明確であることを述べた。今後の研究として、セラピストとクライアント役の性別・年代を合わせる、または異なるようにペアを組ませて模擬面接を行う実験研究を行い、特性のマッチングあるいはセラピストのコミュニケーション技法の変数がどの程度治療関係に寄与するか検証を行うことがあげられる。また、本研究ではセラピストの視点では明らかに出来なかったクライアントの体験に焦点を当てることで、セラピストが共感的に関わろうと意図してもクライアントにはそのように認識していないという認識の不一致があることが示唆された。ただし、実際にセラピストがどのような意図を持ってクライアントに関わっていたかは本

研究では明らかに出来なかった。そこで今後の研究の発展としてセラピストの介入意図も含めた研究を行うと、セラピストの介入技法の質の向上や訓練プログラムの発展につながると考える。例えば、本研究で得られた知見をもとにセラピストが肯定技法を用いたとする。実際にセラピストの介入意図通りにクライアントが知覚するだろうか。また、この研究で想定されるようなクライアントの感情の変化が生じるだろうか。もしセラピストの肯定を用いたという意図とクライアントの知覚にずれがあった場合、どのような要因によるものなのか実証すると、さらにセラピストの効果的なコミュニケーション技法に関する理論を発展させることが可能になる。例えば今後の研究ではセラピストの介入意図とクライアントの知覚のずれを検証する。クライアントの知覚のずれが生じた要因を説明する変数として、セラピストの言語的コミュニケーション、非言語的コミュニケーション、および特性の変数の内、寄与率が大きい変数を明らかにする。

以上のような研究で何らかの有用な知見が得られれば、それを訓練プログラムに活用出来るのではないだろうか。特に訓練者の参加型訓練（ロールプレイなど）のプログラムに活用できる可能性がある。また、Fairburn と Cooper（2011）はオンラインによる訓練（e-ラーニング、Web ライブラリ）が注目されていることを述べている。例えば本研究で得られた効果的・非効果的なコミュニケーションに関するロールプレイあるいは模擬面接のビデオライブラリを収集し、訓練者が定期的にオンラインで閲覧出来るようにするという方法が考えられる。オンライン訓練のメリットとして、訓練者の理解が不十分であった場合に何度も再生出来るという点があげられる。一方ワークショップ型の場合、一部の訓練者の理解が不十分であってもその訓練者が理解するまで同じ内容を講師に説明してもらうことは困難である。次に、時間や場所に制約されず視聴し訓練出来るという点である。これにより訓練が受けられる地域格差が解消出来る。また比較的安価な費用で訓練を受けることが出来るもメリットの一つであろう。

治療関係構築に効果的なコミュニケーションのスキル獲得・向上はセラピストに不可欠

である。それは支援を求めている者に効果的な支援を提供するためだけに関わらず、現場において他の専門家や関係者との連携を円滑に進めるためにも必要である。今後さらに、“現場で役立つ心の専門家”の養成に貢献出来る研究知見を積み重ねていきたい。

終わりに

筆者が最初に論文を投稿したのは2009年であった。博士前期課程（修士課程）1年時に本学心理臨床相談センターの紀要に『心理療法における共感の役割と効果』という論文を投稿した（横田，2009）。上記の論文で「筆者自身が訓練過程にあり，論じるには未だ至らない立場である」と踏まえつつ次のように記述した。

*共感を臨床実践に生かすためには単にセラピストの「能力・特質」としてみなすのではなく，セラピストとクライアントとの一連のコミュニケーション・サイクルとして，より，実践可能な行動・反応レベルで見ていくことが求められると考えた。心理療法を学ぶ上で，共感*は真っ先に取り上げられる概念であるが，*共感の定義付けや効果といった詳細な研究知見はほとんど取り扱われていない。したがって，訓練課程で共感に関する研究知見を知り，尚且つそれを訓練に生かすことは，実践を行う上で大いに役立つもの*と考える。すなわち，*共感の研究は，実践と研究，そして訓練と実践の「橋渡し」となることが出来る*だろう。(p.46)

当時の自分は大学院に入りたてであり，心理療法を行ったことが無い段階である。そのような段階で“共感”について論じた。この背景に，“自分はどのようなクライアントに共感出来るのだろうか”，“そもそも共感とはどういうことなのだろうか”という疑問や不安を抱いていたからである。つまり，本研究は自身の体験も影響している。

研究2をある機会に発表した時に，発表を聞いた者から“心理療法に関する研究をするならば経験しないと説得力が無い”と言われた。これは非常に悔しかった。しかし一理あると思い，心理臨床の経験を積もうと思い研究から離れた時期があった。

そして，紆余曲折し約10年経過した。主に精神科医療に従事し，臨床経験をそれなりに積んだ。そこで現在の自分と当時の自分と比較してみよう。上述の「共感を臨床実践に

生かすためには単にセラピストの「能力・特質」としてみなすのではなく（略）実践可能な行動・反応レベルで見ていくことが求められる」という考えは、現在も変わらない。一方、「訓練課程で共感に関する研究知見を知り、尚且つそれを訓練に生かすことは、実践を行う上で大いに役立つものとする」という考えは変化した。現在筆者が本研究を通して考えていることは、「訓練で“共感”という言葉をあえて用いない」ということである。共感先述したように「セラピストとクライアントとの一連のコミュニケーション・サイクル」である。杉原（2015）は共感を「人と人とが関わり合い、互いに影響し合うプロセス」と述べている。この共感のプロセスを訓練課程で学ぶには限界がある。この共感のプロセスを十分に理解せず“共感心理療法で重要”だからと、共感したつもりで過度にクライアントの話を繰り返すだけで逆効果になる、という事態が起こり得る。そこで訓練では「共感」とせず、「治療関係構築技法」を用いると良いのではないか。治療関係構築のための言語・非言語的コミュニケーションの技法を習得するための体系的な訓練方法に関する理論を発展させていきたい。

心理療法の初期ではセラピストは多くの作業を行う必要がある。クライアントのこれまでの経緯を把握する、主訴や症状から問題や今後の治療方針を同定する、場合によっては別の治療機関のリファールを行うなど、かなりの作業をこなさなければいけない。しかもこれらと同時に治療関係を構築することが求められる。このように非常に重要な作業であるにも関わらず、訓練プログラムでは心理療法の初期段階にあまり焦点が置かれていない。今後の筆者の研究テーマは初学者への効果的な訓練プログラムの開発であると考えている。実践と研究、そして訓練と実践の「橋渡し」の一端を担いたい。

文献

Affleck, D. C., & Medwick, S. A. (1959). The use of the Rorschach test in the production of the abrupt terminator in individual psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 23,125-128. doi: 10.1037/h0042341

American Psychological Association Task Force on Psychological Intervention Guidelines. (1995). Template for developing guidelines: Interventions or mental disorders and psychological aspects of physical disorders. Washington, DC: American Psychological Association.

有森裕子・堀越勝 (2017) . 対談「ほめる」より大事なことがある. 堀越勝 (監訳). ほめる技術 (pp.10-18) , こころの科学, 196(11), 日本評論社.

Asay, T. P., & Lambert, M. J. (2006). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The Heart & soul of change: What works in therapy* (pp. 23 -55). Washington, DC: American Psychological Association.

Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82 (5), 738-783. doi: 10.1037/h0077132

Baekeland, F., Lundwall, L., & Shanahan, T. J. (1973). Correlates of patient attrition in the outpatient treatment of alcoholism. *Journal of Nervous and Mental Disease*,157 (2), 99-107. doi: 10.1097/00005053-197308000-00002

Barrett, M. S., Chua, W., Cris-Christoph, P., Gibbons, M. B., Casiano, D., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy*, 45 (2), 247-267. doi: 10.1037/0033-3204.45.2.247

Bedi, R. P. (2006). Concept mapping the client's perspective on counseling alliance formation. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 26-35. doi:10.1037/0022-0167.53.1.26

Bedi, R. P., Davis, M. D., & Williams, M. (2005). Critical incidents in the formation of the

- therapeutic alliance from the client's perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42 (3), 311-323. doi: 10.1037/0033-3204.42.3.311
- Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*. (pp. 217-270). New York: Wiley.
- Beutler, L. E. & Kendall, P. C. (1995). Introduction to the special section: The case for training in the provision of psychological therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 179-181.
- Binder, J. L. (1993). Observations on the training of therapists in time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 30, 592-598.
- Bischof, R. J., & Sprenkle, D. H. (1993). Dropping out of marriage and family therapy: A critical review vof reseach. *Family Process*, 32 (3), 353-375. doi: 10.1111/j.1545-5300.1993.00353.x
- Blanca, R., Elena, M., & Juan, L. I. (2009). Factors predicting drop-out in community mental health centres. *World Psychiatry*, 8 (3), 173–177. doi: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00246.x
- Blane, H. T., & Meyers, W. R. (1963). Behavioral dependence and length of stay in psychotherapy among alcolics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 28, 65-73.
- Boisvert, C. M., & Faust, D. (2006). Practicing psychologists' knowledge of general psychotherapy research findings: Implications for science practice relations. *Profecctional Psychology: Research and Practice*, 37, 708-716. doi: 10.1037/0735-7028.37.6.708
- Brandt, L. W. (1965). Studies of "Dropout" patients in psychotherapy: A review of findings. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 2(1), 6–12. Doi: 10.1037/h0088610L.,
- Brody, H. (1997). The doctor as therapeutic agent: A placebo effect research agenda. In A. Harrington, *The placebo effect: An interdisciplinary exploration* (pp. 77-92). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Carkhuff, R. R., & Truax, C. B. (1965). Training in counseling and psychotherapy: An evaluation of

- an intergrated didactic and experiential approach. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 333-336.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. M., Pope, K. S., Sandersn, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A., & Woody, S. R. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-13.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications.
- Constantino, M. J., Castonguay, L. G., & Schut, A. J. (2002). The working alliance: A flagship for the “scientist-practitioner” model in psychotherapy. In G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp. 81-131). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Corrigan, J. D., & Schmidt, L. D. (1983). Development and validation of revisions in the Counselor Rating Form. *Journal of Counseling Psychology*, 30(1), 64-75. doi: 10.1037/0022-0167.30.1.64
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (2nd ed). New York; SAGE Publications. 操華子・森岡崇（訳）（2013）. 研究デザイン—質的・量的・そしてミックス法. 日本看護協会出版.
- Dodd, J. A. (1971). Retrospective analysis of variables related to duration of treatment in a university psychiatric clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 151 (2), 75-85. doi: 10.1097/00005053-197008000-00001
- Duff, C.T., & Bedi, R. P. (2010). Counsellor behaviours that predict therapeutic alliance: From the client’s perspective. *Counsellor Psychology Quartely*, 23(1), 91-110. doi: 10.1080/09515071003688165
- Edlund, M. J., Wang, P. S., Berglund, P. A., Katz, S. J., Lin, E., & Kessler, R. C. (2002). Dropping out of mental health treatment: Patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 845-851. doi:

10.1176/appi.ajp.159.5.845

Elliott, R. (2008). Research on client experiences of therapy: Introduction to the special section.

Psychotherapy Research, 18 (3), 239-242. doi: 10.1080/10503300802074513

遠藤裕乃 (2016) . 初任臨床心理職者の内的作業モデルがリアリティ・ショックを体験に

及ぼす影響— 職場環境を考慮した検討. *心理臨床学研究*, 34(5), 543-549.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Counseling*

Psychology, 16, 319-324.

Fairburn, C.G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training.

Behaviour Research and Therapy, 49 (6-7), 373-378. doi: 10.1016/j.brat.2011.03.005

Farber, B. A., & Doolin, E. M. (2011). Positive regard and affirmation. In J. C. Norcross (Ed.),

Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (pp. 168-186). New York:

Oxford University Press.

Fiester, A. R., & Rudestam, K. E. (1975). A multivariate analysis of the early drop out process.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43(4), 528-535. doi: 10.1037/h0076884

Fitzpatrick, M. R., Janzen, J., Chamodraka, M., Gamberg, S., & Blake, E. (2009). Client relationship

incidents in early therapy: Doorways to collaborative engagement, *Psychotherapy Research*, 19(6),

654-665. doi: 10.1080/10503300902878235

Fitzpatrick, M. R., Janzen, J., Chamodraka, M., & Park, J. (2006). Client critical incidents in the

process of early alliance development: A positive emotion-exploration spiral. *Psychotherapy*

Research, 16(4), 486-498. doi: 10.1080/10503300500485391

Fosha, D. (1992). The interrelatedness of therapy, technique and therapeutic stance: A comparative

look at intensive short-term dynamic psychotherapy and accelerated empathic therapy.

International Journal of Short-Term Psychotherapy, 7(3), 157-176.

Fosha, D. (1995). Technique and taboo in three short-term dynamic psychotherapies. *Journal of*

Psychotherapy Practice & Research, 4(4), 297-318.

Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model for accelerated change*. New York: Basic Books. 岩壁茂・花川ゆう子・福島哲夫・沢宮容子・妙木浩之（訳）（2017）. 人を育む愛着と感情の力— AEDP による感情変容の理論と実践. 福村出版.

Fox, R. (1957). Training for uncertainty. In R. K. Merton, G. Reader & P. L. Kendall. (Eds.). *The student physician: Introductory studies in the sociology of medical education* (pp. 207-242). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed). Baltimore, Johns Hopkins University Press.

Gallagher, E. B., & Kanter, S. S. (1961). The duration of outpatient psychotherapy. *Psychiatric treatment*, 80, 657-666.

Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin, S. L. Garfield. (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 190-228). Oxford: John Wiley & Sons.

Gerard, D. L., & Saenger, G. (1959). Interval between intake and follow-up as a factor in the evaluation of patients with a drinking problem. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 20, 620-630.

Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329–343. doi: 10.1093/clipsy.9.3.329

Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1991). Vanderbilt University: The Vanderbilt Center for Psychotherapy Research. In L. E. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (pp.166–174). American Psychological Association. doi: .1037/10092-019

- 肥田野直・福原眞知子・岩脇三良・曾我祥子・Spielberger, C. D. (2000). 新版 STAI 特性不安尺度. 実務教育出版.
- Hiler, E. W. (1958). An analysis of patient-therapy compatibility. *Journal of Consulting Psychology*, 22,341-347.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Nutt-Williams, E., Hess, S., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 196-205.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Nutt-Williams, E. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25, 517-572. doi: 10.1177/0011000097254001
- Hilsenroth, M. J., & Cromer, T. D. (2007). Clinician interventions related to alliance during the initial interview and psychological assessment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(2), 205-218. doi: 10.1037/0033-3204.44.2.205
- Hook, A., & Andrews, B. (2005). The relationship of non-disclosure in therapy to shame and depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 425-438.
- Hoyer, J., Helbig, S., & Wittchen, H. (2006). Experiences with psychotherapy for depression in routine care: a naturalistic patient survey in Germany. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 414-421. doi: 10.1002/cpp.504
- Ivey, A., & Authier, J. (1978). *Microcounseling: Innovations in interviewing, counseling, psychotherapy, and psychoeducation*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- 岩壁茂 (2007) . 心理療法・失敗例の臨床研究— その予防と治療関係の立て直し方. 金剛出版.
- 岩壁茂 (2010) . カウンセリング・心理療法の過程. 金沢吉展 (編) . カウンセリング・心理療法の基礎— カウンセラー・セラピストを目指す人のために. 有斐閣アルマ.
- Joshi, P. K., Maisami, M., & Coyle, J. T. (1986). Prospective study of intake procedures in a child psychiatry clinic. *Journal of Community Psychology*, 47,111-113.

- Kagan, N. (1980). Influencing human interaction: Eighteen years with IPR. In A. K. Hess (Ed), *Psychotherapy supervision: Theory, Research, and Practice* (pp.262-283). Chichester: Wiley.
- 金沢吉展 (1998) .カウンセラー専門家としての条件. 誠信書房.
- 桂川泰典・国里愛彦・菅野純・佐々木和義 (2013) . 日本語版セッション評価尺度 (The Japanese Session Evaluation Questionnaire: J-SEQ) 作成の試み. *パーソナリティ研究*, 22(1), 73-76. doi: 10.2132/personality.22.73
- Kending, I. V. (1956). Irregular discharge and patient education. In P. J. Sparer (Ed), *Personality, stress and tuberculosis*. New York: International Universities Press.
- Klein, E. B., Stone, W. N., & Pritchard, I. L. (2003). Understanding dropouts. *Journal of Mental Health Counseling*, 25, 89-100. doi: 10.17744/mehc.25.2. xhyreggxdcd0q4ny
- Khazaie, H., Rezaie, L. & Jong, D. M. (2013). Dropping out of outpatient psychiatric treatment: A preliminary report of 2-year follow-up of 1500 outpatients in Kermanshah, Iran. *General Hospital Psychiatry*, 35, 314-319. doi: 10.1016/j.genhospsych.2012.10.008
- Kottler, J. A., & Carlson, J. (2003). *Bad therapy: Master therapists share their worst failures*. New York: Routledge. 中村伸一・モーガン亮子 (訳) (2009) . まずい面接— マスター・セラピストたちが語る最悪のケース. 金剛出版.
- 公益財団法人日本臨床心理士資格認定協会 (2017) . 臨床心理士資格認定事業. [http : //fjcbcp.or.jp/jigyounaiyou/jigyounaiyou-1/](http://fjcbcp.or.jp/jigyounaiyou/jigyounaiyou-1/) (2017 年 10 月参照) .
- 厚生労働省 (2018) . 第 1 回公認心理師試験 (平成 30 年 9 月 9 日実施分) 合格発表について. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02578.html (2019 年 2 月参照) .
- 久間 (糟谷) 寛子・藤岡勲・隅谷理子・福島哲夫・岩壁茂 (2016) . セラピストによる肯定的発話の類型化. *臨床心理学*, 16, 90-98
- Lambert, M. J. (2006). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17, 1–14. doi:

10.1080/10503300601032506

- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th. pp, 139-193). New York: Wiley.
- Levitt, H., Butler, M., & Hill, T. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 314-324. doi: 10.1037/0022-0167.53.3.314
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53-70. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lloyed, R., Katon, R. N., Dupond, R. L., & Rubinstin, R. M. (1973). Detoxification: What makes the difference? *Proceedings of the Fifth National Conference on Methadine Treatment, 1*, 275-283.
- Lorion, R. P., Felner, R. E. (1986). Research on mental health interventions with the disadvantaged. In S.L. Garfield, A.E. Bergin (Eds). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3 rd. pp. 739-776). New York: Wiley.
- Martino, F., Menchetti, M., Pozzi, E., & Berardi, D. (2012). Predictors of dropout among personality disorders in a specialist out patients psychosocial treatment: A preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66 (3), 180-186. doi: 10.1111/j.1440-1819.2012.02329.x.
- McGregor, K., Thomas, D. R., & Read, J. (2006). Therapy for child sexual abuse: Women talk about helpful and unhelpful therapy experiences. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(4), 35-59. doi: 10.1300/J070v15n04_03
- Melo, A. P. S., & Duimaraes, K. C. (2005). Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center. *Belo horizonte Review Brazilian Journal of Psychiatry*,

27(2),113 - 118. doi:10.1590/S1516-44462005000200008

Michaela, A. S. (2009). *Dialectical behaviour therapy: Distinctive features (CBT distinctive features)* (1st ed). London: Routledge. 大野裕 (監修) (2015) . 弁証法的行動療法— 認知行動療法の新しい潮流. 明石書店.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing helping: People change* (3rd ed). New York: Guilford Press.

三井さよ (2004) . ケアの社会学. 勁草書房.

諸富祥彦 (2015) . 傾聴. 岩壁茂 (編). カウンセリングテクニック入門— プロカウンセラーの技法 30 (pp. 34-38) . 金剛出版.

元永拓郎 (2010) . 新しいメンタルヘルスサービス— システムをどう作るか?. 新興医学出版社.

中島俊 (2017) . 動機づけ面接を活かした臨床の現場から. 堀越勝 (監訳) ほめる技術. (pp.80-85) , こころの科学,196 (11), 日本評論社.

Norcross, J. C. (2000). Psychologist self care: Practitioner tested, research informed strategies, professional psychology: *Research and Practice*, 31(6), 710-713. doi: 10.1037/0735-7028.31.6.710

岡本かおり (2007) . 心理臨床家が抱える困難と職業的発達を促す要因について. 心理臨床学研究, 25(5), 516-527.

Olfson, M., Mojtabai, R., Sampson, N. A., Hwang, I., & Kessler, R. C. (2009). Drop out from outpatient mental health care in United States. *Psychiatric Service*,60(7), 898-907. doi: 10.1176/appi.ps.60.7.898

Orlinsky, D. E., Grave, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th ed. pp. 270-376). New York: Wiley.

- Peebles, M. J. (2002). *Beginnings: The art & science of planning psychotherapy*. New York: Routledge.
- 神谷栄治 (訳) (2010) . 初回面接— 出会いの見立てと組み立て方. 金剛出版.
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Laippala, P., & Lönnqvist, J. (2000). Factors associated with early dropout from adolescent psychiatric outpatient treatment. *Child Adolescent Psychiatry*, 39(3), 329-335. doi: 10.1097/00004583-200003000-00015
- Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 247-258. doi:10.1037/0735-7028.25.3.247
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401. doi: 10.1177/014662167700100306
- Reneses, B., Munoz, E., & Lopez-Ibor, J. J. (2009). Factors predicting dropout in community mental health centres. *World Psychiatry*, 8, 173-177. doi: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00246.x
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Cambridge, MA: Riverside Press.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. doi: 10.1037/h0045357
- Rogers, C. R., Gendlin, G. T., Kiesler, D. V., Truax, L. B. (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5-44. doi: 10.1177/089484530303000102
- Rudaz, M., Ledermann, T., Margraf, J., Becker, E. S., & Craske, M.G. (2017). The moderating role of avoidance behavior on anxiety over time: Is there a difference between social anxiety disorder and specific phobia? *PLoS One*, 12(7), e0180298. doi: 10.1371/journal.pone.0180298

- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance, *American Psychological Association*, 64 (3), 447-458.
- 佐藤郁哉 (2006) . 定性データ分析入門— QDA ソフトウェア・マニュアル. 新曜社.
- Schwartz, B., & Flowers, J. (2006). *How to fail as a therapist : 50 ways to lose or damage your patients* (2nd ed.). California: Impact Publishers.
- 関口祥子・岩壁茂 (2016) . セラピストの肯定介入に対するクライアントの主観的体験の検討. *臨床心理学*, 16, 79-89.
- Sharf, J. (2009). Meta-analysis of Psychotherapy Dropout. https://www.researchgate.net/publication/307557461_Meta-analysis_of_Psychotherapy_Dropout (2019年2月参照) .
- Sherman, M. D. & Thelen, M. H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(1), 79-85. doi: 10.1037/0735-7028.29.1.79.
- Sherwood, T. (2001). Client experience in psychotherapy: What heals and what harms? *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 1(2), 1-16. doi: 10.1080/20797222.2001.11433867
- 島悟・鹿野達男・北村俊則 (1985) . 新しい抑うつ性自己評価尺度について. *精神医学*, 27, 717-723.
- 下山晴彦 (2010) .カウンセリング・心理療法とは. *カウンセリング・心理療法の過程*. 金沢吉展 (編) . *カウンセリング・心理療法の基礎— カウンセラー・セラピストを目指す人のために* (pp. 107-120). 有斐閣アルマ.
- Smith, M., & Glass, G. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). *STAI manual for the State-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for*

developing grounded theory (2nd ed.). London: Sage publications. 操華子・森岡崇 (訳)

(2004) . 質的研究の基礎— グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順, 第2版. 医学書院.

Stiles, W. B., Gordon, L. E., & Lani, J. A. (2002). Session evaluation and the session evaluation questionnaire. In G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp. 325–343). Boston: Allyn and Bacon.

杉原保史 (2015) . プロカウンセラーの共感の技術. 創元社.

杉浦義典 (2004) . エビデンスベースト・アプローチ. 下山晴彦 (編) . 心理学の新しいかたち 9 臨床心理学の新しいかたち (pp. 25-41) . 誠信書房.

田中健史朗 (2014) . カウンセラーに対する印象評価が否定的内容の自己開示に与える影響. 心理臨床学研究, 32(4), 524-529.

Tantam, D., & Klerman, G. (1979). Patient transfer from one clinician to another and dropping out of outpatient treatment, *Social Psychiatry*, 14,107-113.

Thormählen, B., Weinryb, R. M., Norén, K., Vinnars, B., Bågedahl-Strindlund, M., & Barber, J. P. (2003). Patient factors predicting dropout from supportive-expressive psychotherapy for patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*, 13, 493-509.

豊川智之・村上慶子・兼任千恵・小林廉毅 (2012) . 医療サービスへのアクセスと水平的公平性. 医療と社会, 22(1), 69-78.

Werner-Wilson, R. J. & Winter, A. (2010). What factors influence therapy drop out? *Contemporary Family Therapy*, 32, 375-382.

Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2),190-195.

横田悠季 (2009) . 心理療法における共感の役割と効果— 実践・研究・訓練の視点から. お茶の水女子大学心理臨床相談センター紀要, 11, 37 - 46.

- 横田悠季 (2011) . 心理臨床家の困難な体験におけるセルフケア実践に関して— 実態調査およびセルフケア尺度作成の試みから. お茶の水女子大学大学院人間文化創成科学研究科修士論文.
- 横田悠季 (2012) . 心理療法における治療的失敗と意義. お茶の水女子大学グローバル COE プログラム「格差センシティブな人間発達科学の創成」論文集, 20, 93-101.
- 横田悠季 (2015) . メンタルヘルスケアにおける利用の自己中断の要因と防止に関する考察. お茶の水女子大学大学院人間文化創成科学論叢, 18, 157-164.
- 横田悠季 (2016) . クライエントはいかに心理療法の来談の継続を決定するのか— クライエントからみた治療関係に着目した質的研究. 心理臨床学研究, 34(3), 293-303.
- 横田悠季・吉田寿美子・岩壁茂 (2020) . 初回面接におけるセラピストの肯定はクライエントにどのように評価されるか: 模擬面接ビデオを用いて. 臨床心理学 20(2), 209-219.
- Zax, M., Mersey, R., & Biggs, C.F. (1961). Demographic characteristics of alcoholic out outpatients and tendency to remain in treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 22, 98-105.

資料

資料 1 心理療法模擬ビデオのシナリオ

以下、セラピストを「Th」、クライアントを「Cl」と表記する。【 】内はセリフに該当するセラピストの発話である。なお、Cl 役を「川本沙織」、男性 Th を「増田卓也」、女性 Th を「岡野千賀子」という仮名に設定している。

(1) 肯定群のシナリオ

Th: はじめまして。カウンセラーの増田／岡野と申します。問診によりますと、仕事が辛く、自信が無いとありますが…具体的に教えていただけないでしょうか？

Cl: はい。最近転職したのですが、仕事で頻繁にミスをしてしまって。…自分には向いていないんじゃないかと思うと仕事が辛くて…。

Th: 転職先が自分に向いていなくて仕事をするのが辛い【繰り返し】。ちなみにお仕事はどのような仕事をされているのですか【質問】？

Cl: 今まで5年ほど雑貨店で接客をしてきたのですが、立ち仕事が辛くなってしまって、半年前に事務職に転職しました。海外の雑貨を仕入れる会社です。

Th: つまり、最近転職したけれど、頻繁にミスをしてしまう、ということなのですね【要約】。

Cl: はい。独り立ちしたら早々にミスをしてしまったんです。取引先の重要な書類を無くしかけたりして、職場で大騒ぎになりました。見つかったけれども、みんなの仕事を中断させてしまって。後、取引先の電話が来ても要件がよくわからなくて。ちゃんと聞けば良いのに聞くと相手に申し訳ないと思って聞かずにあやふやな状態にしてしまって、上司が取引先にもう一度電話するということがあったり。色んな人の足を引っ張ってしまっているんです。…もう、きりがありませんよね。だからうまく話がまとまらず、すみません…。

Th:そんなことはありません、話はわかりやすく十分伝わってますよ【肯定】。川本さんがきりがなくてまとまらないと思うほどに心理的に混乱していることがよく理解できます【承認】。

Cl: はい、そうなんです。私がいなくてみんなの仕事がはかどるんじゃないかと思うんです。上司は「始めのうちは仕方ないよ」と言ってくれたんですが…。でもこんなにミスばかりしているのは私だけだと思うんです。研修をしっかりと受けたのに、簡単な業務でミスばかりしているのは私以外いないんですよね。同期が数名いますが、他の人はしっかり仕事出来ているのに…。

Th: 同期は出来ているのに自分だけがミスばかりしていると思うと、仕方ないと思えない気持ちはわかります【承認】。

Cl: 実は1か月前、自分にはこの仕事向いていない、早くやめた方が職場のためになると思って、上司に退職の相談してみたんです。そしたら「決断するのは早すぎる、もう少し頑張ってみよう」って。

Th: 上司からそのように言われてどう感じましたか【質問】？

Cl: 私としては考え抜いて出した結論なのに、「決断するのは早い」って言われて。…はあ、どうしよう、って感じです。

Th: そうでしたか、退職の話を上司に伝えたのはかなり勇気が要ったかと思います【肯定】。

Cl: 向こうからしたら、早々に辞められたら困るんだと思います。だから、辞めても辞めなくても、どっちにしても迷惑をかけてしまっているんです。もうどうしようも出来なくて、毎日眠れないし、仕事中は胃がキリキリ痛くて…。

Th: うーん【相槌】、つまり現在限界まで来ている状態なのですね【要約】。そのような状態で働いているのは、本当に大変なことであるのは理解できます【承認】。

Cl: もう毎日が大変です。いつも気が張っています。家に帰るとどっと疲れて、何もやる気が起きません。家事が億劫で部屋は散乱していて、なんとかお風呂には入ろうと思って頑張

って入っています。

Th:すでに仕事で力尽きてしまって、そのような状態だと家で何も出来なくなるのは当然だと感じます【承認】。

Cl:はい。それなのになかなか眠れなくて困っています。ずっと考えごとをしてしまって。

Th:どのようなことを考えてしまうのでしょうか【質問】。

Cl:明日が来なければいいなとか、いつ辞めようとか。後は、今日は何も問題なく大丈夫だったかなとか、実はミスをしていたんじゃないかとか…。

Th:うーん【相槌】、確かに、そのような大きな不安を抱えている状態だと、誰しも眠りたくても眠れないと思います【承認】。

Cl:ですので、日中はボーっとしてしまうんです。何とかかろうじて仕事をこなしている感じですね…。集中力を維持するのがすごく大変で…。だから、何やっても何かミスをやらかしているんじゃないか気になって。さっきも言ったように胃が痛くなったり、ドキドキしたり、何度もトイレに行って落ち着いたら自分の席に戻るんですが、周りから「この人何度もトイレに行ってさぼっているんじゃないか？」と思われているんじゃないかと思って…。で、家に帰ると何も出来なくて、毎日その繰り返しです。

Th:むしろ何とか持ちこたえてこれまで頑張っているのは、すごいことだと思います、本来ならそこまで辛い状況だとくじけてしまうかもしれないところを、何とか耐えて頑張ってきたのですね【肯定】。

Cl:ええ…、何とか頑張っているのですが、限界ですね。今後どうすれば良くなるのかわからず…。こうして精神科にかかってお薬飲んでますが、薬で良くなれば良いのですが…担当医の先生からカウンセリングも受けてみればと言われて、今日来てみたのですが…ここで何を話せば良いのか正直ピンと来てないんですよ。

Th:カウンセリングを勧められてきたものの何を話せば良いか正直ピンときていない【繰り返し】。

Cl: はい。何を話せば良いかわからなくて来る人っていませんよね。こんな状態でカウンセリングを受けて良いのか不安です。

Th: はじめてのカウンセリング、何を話せば良いかわからないと戸惑うのはもったもです【承認】。そのような中、これまでのことについて私にお話をしてくださり、本当にありがとうございます【肯定】。

Cl: ええ…。不安はありますが、カウンセリングを受けて少しでも気分が楽になれば良いなと思います。

Th: なるほど【相槌】。このカウンセリングで少しでも楽になりたいという思いについて理解出来ました【承認】。では、このことについて一緒に取り組んでいきましょう。

(2) 反射群シナリオ

Th: はじめまして。カウンセラーの増田／岡野と申します。問診によりますと、仕事が辛く、自信が無いとありますが…具体的に教えていただけないでしょうか？

Cl: はい。最近転職したのですが、仕事で頻繁にミスをしてしまって。…自分には向いていないんじゃないかと思うと仕事が辛くて…。

Th: 転職先が自分に向いていなくて仕事をするのが辛い【繰り返し】。ちなみにお仕事はどのような仕事をされているのですか【質問】？

Cl: 今まで5年ほど雑貨店で接客をしてきたのですが、立ち仕事が辛くなってしまって、半年前に事務職に転職しました。海外の雑貨を仕入れる会社です。

Th: つまり、最近転職したけれど、頻繁にミスをしてしまう、ということなのですね【要約】。

Cl: はい。独り立ちしたら早々にミスをしてしまったんです。取引先の重要な書類を無くしかけたりして、職場で大騒ぎになりました。見つかったけれども、みんなの仕事を中断させてしまって。後、取引先の電話が来ても要件がよくわからなくて。ちゃんと聞けば良いのに聞くと相手に申し訳ないと思って聞かずにあやふやな状態にしてしまって、上司が取引先

にもう一度電話するということがあったり。…もう、きりがいいんですよね。だからうまく話がまとまらず、すみません…。

Th: それほどに今心理的に混乱が強くて、うまく思考を働かせられない状態なのですね【反射】。大きなミスをしてしまって、自分のせいでみんなの足を引っ張っているような感じなのですね【反射】。

Cl: はい、そうなんです。私がいなくてみんなの仕事がはかどるんじゃないかと思うんです。上司は「始めのうちは仕方ないよ」と言ってくれたんですが…。でもこんなにミスばかりしているのは私だけだと思うんです。研修をしっかりと受けたのに、簡単な業務でミスばかりしているのは私以外いないんですよね。同期が数名いますけど、他の人はしっかり仕事出来ているのに…。

Th: 一斉に皆と同じスタートを切ったのに、自分だけがつまづき、出遅れて皆に取り残されてしまったという劣等感や焦りを感じている【反射】。

Cl: 実は1か月前、自分にはこの仕事向いていない、早くやめた方が職場のためになると思って、上司に退職の相談してみたんです。そしたら「決断するのは早すぎる、もう少し頑張ってみよう」って。

Th: 上司からそのように言われてどう感じましたか【質問】？

Cl: 私としては考え抜いて出した結論なのに、「決断するのは早い」って言われて。…はあ、どうしよう、って感じです。

Th: せっかく考え抜いて覚悟を決めて言ったのに、益々途方に暮れた感じ【反射】。

Cl: 向こうからしたら、早々に辞められたら困るんだと思います。だから、辞めても辞めなくても、どっちにしても迷惑をかけてしまっているんです。もうどうしようも出来なくて、毎日眠れないし、仕事中は胃がキリキリ痛くて…。

Th: うーん【相槌】、つまり現在限界まで来ている状態なのですね【要約】。何を選んでも正解が無く、心身とも追い詰められている感じ【反射】。

Cl: もう毎日が大変です。いつも気が張っています。家に帰るとどっと疲れて、何もやる気が起きません。家事が億劫で部屋は散乱していて、なんとかお風呂には入ろうと思って頑張っ
て入っています。

Th: なんとかお風呂に入ろうと頑張っているけど、他はやる気が出なくて家で何も出来ない
【繰り返し】。

Cl: はい。それなのになかなか眠れなくて困っています。ずっと考えごとをしてしまって。

Th: どのようなことを考えてしまうのでしょうか 【質問】。

Cl: 明日が来なければいいとか、いつ辞めようとか。後は、今日は何も問題なく大丈夫だ
ったかなとか、実はミスをしていたんじゃないかとか…。

Th: うーん 【相槌】、眠りたいけどあらゆることが不安の材料になって、絶えずそれが自分
の頭の中にずっとかけめぐっている状態なのですね 【反射】。

Cl: ですので、日中はボーっとしてしまうんです。何とかかろうじて仕事をこなしている感
じですね…。集中力を維持するのがすごく大変で…。だから、何やっても何かミスをやらか
しているんじゃないか気になって。さっきも言ったように胃が痛くなったり、ドキドキした
り、何度もトイレに行って落ち着いたら自分の席に戻るんですが、周りから「この人何度も
トイレに行ってさぼっているんじゃないか？」と思われるんじゃないかと思って…。で、
家に帰ると何も出来なくて、毎日その繰り返しです。

Th: ミスしないように周囲を気にしながら、何とか精一杯仕事をこなしているけれど、強い
不安と緊張を絶えず抱えている状態 【反射】。

Cl: ええ…。何とか頑張っているのですが、限界ですね。今後どうすれば良くなるのかわか
らず…。こうして精神科にかかってお薬飲んでますが、薬で良くなれば良いのですが…担当
医の先生からカウンセリングも受けてみればと言われて、今日来てみたのですが…ここで
何を話せば良いのか正直ピンと来てないんですね。

Th: カウンセリングを勧められてきたものの何を話せば良いか正直ピンときていない 【繰り

返し】。

Cl: はい。何を話せば良いかわからなくて来る人っていませんよね。こんな状態でカウンセリングを受けて良いのか不安です。

Th: カウンセリングという未知の領域の中で、どうすれば良いのかわからず戸惑いを感じる【反射】。自分の置かれている問題や、今後自分の進むべき道がわからず不安を感じているのですね【反射】。

Cl: ええ…。不安はありますが、カウンセリングを受けて少しでも気分が楽になれば良いなと思います。

Th: なるほど【相槌】。つまり、このカウンセリングでは今後どうすれば良いかという方向性を見つけ、気分を改善させていきたいということですね【要約】。では、このことについて一緒に取り組んでいきましょう。

なお、肯定群、反射群におけるクライアントの文字数は1427字、セラピストの文字数は784字である。

資料2 心理療法模擬ビデオの映像

(1) 導入

まず、導入としてビデオの主旨、クライアントおよびセラピストの紹介について研究協力者に視聴させた(図8)。長さはスライドあたり5~15秒程度である。



図8 模擬ビデオの導入映像*

※注: 本論文ではクライアント役、セラピスト役の目にぼかしの加工を施しているが、実際は加工していない。

(2) 映像の一部

協力者がクライアント役の立場で視聴してもらうことを意図しているため、基本的に図9のような、セラピストが正面となるように設定している。



図9 基本シーン

ただし、映像にメリハリを与えるため、クライアントのみ、セラピストのみの映像も挿入し、最初と最後の挨拶の場面は横から撮影した映像を使用した（図10）。



図10 その他シーンの例