

集団認知行動療法におけるリーダーの役割と機能

さっぽろ駅前クリニック 草岡章大

要 約

集団認知行動療法は認知行動療法と集団療法の両方の要素を兼ね備えた心理療法である。本論では、集団療法の各種リーダー役割を概観し、集団認知行動療法におけるリーダー役割が果たすべき機能について検討した。集団認知行動療法のリーダー役割は、正確な情報の提供と初期凝集性を高めるレクチャー役割、自由な発言の保障と全体のプロセスを促進するファシリテーター役割、様々な境界の維持による保護的な時空間を提供するコンダクター役割、協働的実証主義に基づき“今、ここで”に注目して内的探索を行うセラピスト役割というそれぞれの役割が有機的に結びついていることが重要である。一方、過度の構造化や介入技法の乱用は時にリーダーへの依存を引き起こす可能性があることにも留意すべきである。集団認知行動療法は集団療法のリーダー役割を理解することにより、より十全たる効果を発揮しうる。

はじめに

集団認知行動療法は、認知行動療法であると同時に集団療法でもある。集団療法においてグループ・リーダーは重要な構成要素の一つであるが、現状の集団認知行動療法論においてこの点に触れている文献は非常に少ない。本論では認知行動療法及び集団認知行動療法の現状、既存の集団療法のグループ・リーダー論を展望し、実際のセッション場面も提示しながら、集団認知行動療法のリーダーが果たすべき役割と機能、望ましいリーダー像の検討を目的とした。

認知行動療法の現状

2010年より認知行動療法は医科診療報酬の対象となり、厚生労働省(2010)も認知行動療法治療者用マニュアルを作成、配布(文献 URL 参照)している。これはわが国の心理療法史上、特筆すべき出来事である。しかし、患者数が増加する一方の精神科医療では、診療報酬算定基準である“熟達した医師が30分以上かけて行った16回までの認知療法・認知行動療法”という時間と回数を医師が一定期間確保し続けることは現実的には困難であろう。認知行動療法には1回に40～50分を要す

ため、費用対効果の低さが実施の障壁(坂野, 2011)となっており、診療報酬算定基準と現状との隔りは大きい。

英国ではNICEガイドライン(2009)に基づき、認知行動療法を高強度(High-intensity)と低強度(Low-intensity)とに分け、対象者、回数や時間、主たる介入技法などの違いを明確にし、構造化された治療を広く国民に提供している。高強度認知行動療法は軽症から中等症のうつ病で初期治療への反応が思わしくない場合や、中等症から重症のうつ病に薬物療法と併用され、場合によっては週2回のセッションが設定されることもあり、集中的なプログラムが提供される。一方、低強度認知行動療法では、より多くの人に認知行動療法を通じたサービスの提供を目的とし、当事者グループや、インターネット、電話などのツールも活用した援助が行われている。対象には精神障害等を抱える臨床群だけでなく、心理的健康をある程度保持している層も含まれ、予防の役割や効果も期待される。

広く多くの人々を対象に低強度認知行動療法を実施することは、うつ病などの患者群を中心的対象とする集中的な高強度認知行動療法の実施と同

様に、今後の認知行動療法の重要な課題であり、ここに集団認知行動療法の重要性が浮上してくる。

集団認知行動療法とは

わが国では2009年に集団認知行動療法研究会（文献 URL 参照）が設立され、全国で研修会が開催されている。岡田・田島・中村（2008）は集団認知行動療法を“構造化され時間制限的な枠組みをもつ集団療法”と定義し、“集団の作用を活用しながら認知・行動に関する知識・方法を獲得しそれがまた集団に対して治療的に働くという相乗効果が期待でき”、“参加者それぞれがセルフコントロール力を高め、自身の社会生活上の問題の改善や課題解決をはかること”を目標としている。

個人の認知行動療法の短所として、余計な不安が喚起されドロップアウトを引き起こす、ホームワークが負担感を与えるという可能性が挙げられる（坂野，2011）が、これらの問題に対しては“サポート機能”、“教育・モデリング機能”、“強化機能”という集団認知行動療法特有の機能（鈴木・岡本・松永，2011）が有効に働く。但し、このような集団認知行動療法特有の機能は、複数名のクライアントや患者で集団を形成すれば自然発生的に生じる物ではなく、グループ・リーダーがその役割と機能を全うすることによって発現するものであろう。

集団療法のリーダー役割

齋藤（2003）は集団精神療法のグループ・リーダーについて、リーダー、ファシリテーター、コンダクター、グループ・サイコセラピスト（セラピスト）、ディレクターの5つをまとめている。これらの呼称や役割の違いは、そのグループが何を目的としているのか、その目的にどのような方法で到達しようとしているのか、グループサイズや理論（介入技法）、対象となる参加者の属性、さらに関わるスタッフがどのような役割を果たそうとしているのか、といった様々な差異を示すものである。まずは各集団療法におけるリーダー役割の確認から始めたい。尚、上記5つのうち、リーダーという呼称はグループ運営の中心的役割の総

称としての意味合いも強いこと、またディレクターはサイコドラマ特有の呼称で“リーダーシップの在り方がかなり違う”（齋藤，2003）ものであり、双方共に本論では論じない。

ファシリテーター Facilitator

安部（2003）はファシリテーターの役割と機能について“参加している参加者が自己の心理的成長のために、自発的に発言や行動できるようにグループ・プロセスを促進していくこと”と定義している。ファシリテーターは全体としてのグループ（group as a whole）を対象として直面化に限定した介入を行う（能，2003）。直面化とは“これまで避けていた葛藤、防衛の存在、現実意識の弱さを指摘することで、患者に自分自身を探究する素材を提供すること”（橋本，2003）や、“互いに正直な感想や意見をぶつけることによって自分の問題や現実と直面すること”（樋掛，2003）と定義される。直面化が効果的介入となるためには、その前提として“誰に何を言ってもよいという自由が不可欠”（樋掛，2003）であり、その土壌や雰囲気を作ることがファシリテーターにとって非常に重要な作業となる。

コンダクター Conductor

ある個人が語るテーマや課題から、成員全体に共通する項目を見出し、それをグループがその場で取り組むべき課題として咀嚼、提案することはコンダクター的役割の肝要であろう。そして、その役割を egalitarian（公平さ、対等な態度：相田，2003）な態度で行うことが推奨される。また、コンダクターは多様な境界（boundary）を明確に区切る作業も担っている。武井（2003）は“コンダクターはグループの第一の従者であり、グループがその目的に向かうように、破壊的にならないように、グループのバウンダリーを維持し、その場の分析的状況、グループ文化を促進する役割を担う”と定義している。この作業によって“一定の時間、一定の場所で行われる時空間の境界ははっきりとあり（中略）保証され護られた恒常的な構造”（相田，2003）が維持され、参加者は各自の、さらにはお互いの課題に共に取り組むことが可能となる。

グループ・セラピスト Group-Therapist

Yalom (1995) はグループ・セラピストの基本的課題として“集団の形成と維持 (creation and maintenance of the group)”, “文化の構築 (culture building)”, “今, ここでの活性化と啓発 (activation and illumination of the here-and-now)” を挙げ, グループが個々の参加者や参加者全体にとって効果的に作用するための構造を作り上げる役割を強調している。グループ・セラピストの役割は, その集団のもつ治療力を最大限に引き出すことにあり, 集団の成員個人は他の成員及びそれらの相互作用により治療される。一方, 能 (2003) はグループ・セラピストの仕事として“患者/クライアントの仕事ができるグループをとともに作り上げていくこと, 作り上げたグループの中での患者/クライアントの仕事を促進すること, 別れの作業の責任を担うこと”と説明している。グループが参加者個人々の課題に効果的に作用するようなグループを成員全体で作り上げていくことが, グループ・セラピストの主たる役割である。そして, “リーダーはすべての参加者の活発な参加を促し, それによってそのグループの力と効果を最大にさせる”ために“今, ここで”に焦点を合わせる事が重要となる (Vinogradov & Yalom, 1989/1991)。

集団認知行動療法におけるリーダー役割

前項では各集団療法のリーダー呼称とその役割について概観した。その一方で, 集団認知行動療法のリーダー役割の呼称は定まっておらず, 本邦での標準的なテキストとなっている文献でもリーダー, ファシリテーター, トレーナーなど呼称の不定が生じている (岡田・田島・中村, 2008; 鈴木・岡本・松永, 2011; 集団認知行動療法研究会, 2011)。この呼称不定は, リーダー役割が果たすべき機能や参加者集団とリーダーの望ましい関係性についての漠然性すらも示唆するように思われる。

下山 (2011) は認知行動療法の介入過程には情報収集のためのカウンセリング, 問題生成過程の説明と介入方針へのクライアントの合意を得るための心理教育, そして実際に各種技法を用いた介

入を行う治療の3つが基本原則に組み込まれており, セラピストに多様な役割や機能が存在することを示唆している。横山・横山 (2011) はグループ・リーダーの役割について“レクチャー Lecturer”, “ファシリテーター Facilitator”, “セラピスト Therapist”の3つの側面から, リーダー役割に期待され, 果たすべき機能を論じている。以下では, 集団認知行動療法のリーダー役割の中に見られる, 既存の集団療法のリーダー役割の諸側面について, 横山・横山 (2011) が提唱するレクチャーを加え, それらの役割が果たす機能, さらにそれらの機能が十分に発揮されるために必要な要素について検討を試みた。尚, これより先はグループ運営の中心的存在となるスタッフの総称をリーダーとし, それ以外のスタッフをコ・リーダーと称する。尚, 鈴木ら (2011) はリーダーを“メイントレーナー”と称しているが, 役割や機能は“リーダー”に準ずると考えられるため, 本論ではリーダーと同一のものとする。

レクチャー役割

レクチャーという役割は, 通常の集団療法に現れることは稀である。なぜならレクチャー (Lecture : 講義, 講演) は教育役割が主であり, 治療集団には馴染まないと考えられるからである。しかし, レクチャーは単に正確な知識を伝えるだけに留まらず, それ自体が治療の効果をもつことがある。Yalom (1995) は“多くの場合, 教育は, 他の治療的因子が作用するまで, グループにおいて最初の結束を高める力として機能する”と述べ, 治療者からの心理教育的関わりが患者にとっては正確な情報が得られるだけでなく, グループ成員間の繋がりを強める働きもあること, さらに効果的な探求を阻害するような, 自身の症状の原因や意味の不確定性に由来する恐怖や不安を低減させる効果も説明している。但し, これらの効果は正確な知識を的確な表現を用いることが前提となって達成される。そのため, レクチャーにはクライアントや患者の用いる言葉や文化的背景にも配慮した言葉の選択が重要となる。横山・横山 (2011) は“病状に対する知識や認知行動療法の仕組みを理解してもらうために, 各セッションにおいて教育的なパートを組み込む必要が

あり（中略）セッションの目的や病者である現状を受け入れて自分を知ることの大切さを確認する”ための役割としてレクチャーを論じている。障害に関する正確な知識や認知行動療法の治療機序を、ある種の翻訳者となって参加者に伝える役割を担うのがレクチャーである。

集団認知行動療法の導入段階においても個人の認知行動療法と同様に心理教育的関わりが非常に重要となる。この関わりにより障害特性や認知行動療法の治療機序が理解されるだけでなく、説明を聞いた参加者が異口同音に「なるほど」と口にした時の参加者間に生ずる安堵感や開放感等の共有体験が、参加者同士の結びつきを形成する。実際、心理教育パートの感想を求めると、多くの参加者が「こういう考えは自分だけだと思っていた」、「この傾向が病気由来のものであると知ったことでホッとした」と、自責感や不安の軽減が表現される機会は多い。さらに心理教育的関わりは導入段階に限らず、必要に応じて随時行われ、参加者には時にある種の知的な気づきが促される。

ファシリテーター役割

集団認知行動療法の各種介入技法をより効果的なものにするためには、個人のテーマに対して他の参加者から率直な意見や感想、また異なるアイデアなどが自由に話されることが肝要である。多くの場合、“スタッフの言葉よりもほかの参加者の話のほうが心に響き、共感を得やすい”（横山・横山, 2011）ことから、“情報の伝達”や“愛他主義”といった集団療法的因子（Yalom, 1995）の作用がうかがわれる。その前提として、参加者に自由な発言が保障されていることを伝達し、またそれが可能となる風土を構築することがファシリテーター役割の重要な作業である。ファシリテーターは参加者全員になるべく均等に発言してもらう、発言が特定の参加者に偏る際にも不公平感を抱かせない、緊張感やテーマに接する際の辛さを緩和させるための適度な和みを作り出す、他の参加者のテーマにも積極的に参加するように促す、といった点への注意も求められる（横山・横山, 2011）。

また、既存の集団認知行動療法のテキストではあまり強調されていないが、各回最初のフェーズ

でのウォーミングアップも重要となる。ウォーミングアップは楽しいことをして盛り上がるのが目的ではない。その日行われるセッションの内容やその目的の円滑な理解を促し、個々の参加者の緊張や不安を低減し、また自身の課題に着目する手がかりを与える方法が選択されることが望ましい。ウォーミングアップが円滑に行われることにより、参加者はグループに自由な発言が保障されていることを都度理解できるだろう。

コンダクター役割

集団認知行動療法は、非常に個人的なテーマを扱うことも多く、その中で過去の傷つき体験や恥の感情が賦活されることもある。そのような内容を開示することには不安や恐れがつきまとい、自身について語ることで二次的な傷つき体験を引き起こすこともある。参加者がグループの中で自分のテーマを語るができるような雰囲気を作るためには、不安や恐れといった感情の扱いと共に、境界の維持も重要なリーダーの課題となる。

時間や空間、グループの内と外などの境界を明確に区切り、維持をすることにより、参加者にとって治療空間が常に保護的であると体験されることは大きな安心感を生み出す。この安心感が体験されると、参加者の多くが「こんなことで悩んでいるのは自分だけだ」という落ち込みや劣等感、それらを惹き起こす認知の歪みなどを率直に開示することが可能となる。率直な開示に他参加者が共感的、肯定的に反応することで、開示の主体である参加者にはより強い安堵感、他者から支えられる嬉しさ、情緒的な繋がりによる安心感、そして受容が体験される。このような反応は、時に集団全体に対して情緒的温かさを提供し、それ自体も治療的作用をもたらす。

セラピスト役割

自分の個人的体験について他患から助言をもらう、という行為は一部の参加者にとっては容易ではない。特にうつ病者の多くは、頼めない、断れない、自分を責めるといった対人関係上の特徴により、強い困苦を体験している。他者の助力や援助を求めることが不得手な参加者にとって、プログラムの中でも他者の意見を求め、助力を得るといった行動がいかに障壁の高いものであるかは想像

に難くない。このような参加者の特徴を把握し、プログラムの中で患者が今一步を踏み出せない時の背中を押すことも、時にセラピストの仕事になる。

また、実際にしばしば起きうることだが、自身の宿題を提出することに付随する不安を、遠慮や回避として表現する参加者は多い。「皆さんのテーマの方が重要」、「宿題だからとりあえず書いたが、そんなに困ってない」などの遠慮や回避を示すことがある。しかし“今、ここで”の原則に従って、患者が遠慮や回避によって表現しているものが何であるかを見極め、それを本人や集団にフィードバックする作業は、個人や集団を勇気づけ、プロセスを促進する基本的な技能の一つとなる。そのためには、他の個人療法と同様にセラピストとしての態度が重要となる。このような態度の重要性は金（2011）の“CBTと力動的（に限らないが）精神療法とはかく対比させて考えられがちであるが、実は共通の臨床的スキルによって結びつけられて”いるとの指摘にも見られ、個人と集団という差異があっても、セラピストには不可欠な態度である。

認知行動療法は多くの介入技法が明確に構造化されていることから、その介入技法の習得と実施に主たる関心が向けられ、“機械的にマニュアルを実行すれば治療ができるかのように誤解をしている者さえ”（金，2011）いるが、協働的実証主義（collaborative empiricism）に基づく共感性や理解への態度など基礎的な臨床技法や態度が備わることによって、個人の経験がその人にもたらした意味や認知的枠組みの形成過程をクライアントと共に探索することが可能となる。

役割の実際

ここまで、従来の集団療法のリーダー論を概観し、集団認知行動療法におけるリーダー役割について検討した。以下では、二つの事例を通じて、主にファシリテーター役割とコンダクター役割を中心にその役割と機能を検討する。尚、事例は内容の理解に支障のない範囲で修正が加えられている。また、事例の掲載については事前に参加者の同意を得ていることを付記する。

役割の実際①：ファシリテーター役割が発揮された事例

あるセッションでアサーション・トレーニングを実施した。練習希望者であるA氏のテーマは「母親にお弁当を作らなくてもよいことを伝える」であった。A氏はインタビューに対して、最初はお弁当を断ることを目的として説明していたが、次第に母親の不機嫌な態度に萎縮し、コミュニケーションが取れなくなっていることを表現していった。しかし、A氏はセッションの場でも母親を思い出して不安が強まり、場面との直面を言葉数の多さで回避し、練習の焦点がぼやけた。この時点で他の参加者は、A氏が発する言葉の多さにやや辟易とした表情を浮かべていた。

リーダーは「少し整理してみましょう。今Aさんが語ってくださった場面は、不機嫌な相手に頼み事をする、という要素が中心となる場面ですね。皆さんは過去にそういった経験がありましたか？」と全体に問いかけると、多くの参加者が座り直し、自らの体験と照合し始めた。中には「私は相手が上司だったが、似たような状況で縮こまってしまって言葉に詰まった」と共感的に自身の体験を語る参加者もあり、A氏の表情や全身の姿勢からは不安や萎縮が軽減されたことがうかがわれた。リーダーの問いかけを契機に全体的にA氏の練習課題に協力的な態度が示され、他の参加者からの良い点・改善点のフィードバックも盛んになった。結果的にA氏は端的でまともな良い表現を練習することができ、いつもは他参加者からのアイディアに「でも…」と受け入れがたさをすぐに示すA氏も、練習終了時には他参加者の協力にしっかりと感謝を伝えていた。

上記場面ではA氏自身の不安と躊躇に対し、他参加者からの情緒的支援が有効であった。リーダーは、他の参加者に自身の過去の体験を探索するよう促すと同時に、A氏への情緒的支援も引き出しており、一人の課題が全体に肯定的に波及するよう考慮した問いかけを行っている。

個人のテーマに内在する普遍性の高いテーマを抽出して、それを他の参加者の多くが経験するであろう体験に翻訳し、参加者全体に伝えることに

より、参加者各人が自分のこととして考えられるようにすることは、グループの活性化、相互協力関係構築のために非常に重要な介入となる。

役割の実際②：コンダクター役割が発揮された事例

筆者が勤務するリワーク（復職支援）デイケアで実施している集団認知行動療法では遅刻禁止ルールを設けており、初回オリエンテーションで説明され参加者の同意を得ている。以下は全10セッション1クルールの最終セッションでの出来事である。

B氏は以前から寝坊でギリギリの時間に参加し、安堵感と共に、いかに自分が手早く支度が出来たかを半ば誇らしげに語り、いつもB氏の到着をやきもきしながら待っている他患から、やや冷ややかな目を向けられていた。この日、B氏は10分程遅れて部屋の扉を開けた。リーダーはB氏に遅刻禁止ルールを確認した上で、参加の是非を議論するため部屋外で待つよう伝え、参加者、コ・リーダーを含めた全員で話し合った。以下は当該場面の逐語記録からの抜粋である。

リーダー：遅刻参加はできないルールですが、今日は最終回でもあります。このような状況になり、Bさんの参加について私は悩んでいます。皆さんはどう思いますか？

C氏：このために来たのだから入れてあげてもいいんじゃないですか？

D氏：迷います。リーダーの言うことも分かるし、Bさんはいつもギリギリに飛び込んで来てたから…。

E氏：入れた方が良くないじゃないですか。

F氏：折角の最後、全員揃わずにモヤッとした気分が終わるのは嫌です。最後だから爽快感を感じたい。

G氏：認めてあげたいけど、ルールをやぶって良いかという悩む。

リーダー：皆さんの話を聞き、私としては最終回に遅れてくるのもBさんにとって何かの意味があることだと感じています。それを振り返ってもらうのも重要だと思うので。B氏の参加はお断りすることにします。

（上記内容を本人に伝達し、B氏は了承してリワーク内別室に移動）

リーダー：皆さん、今の気持ちを教えてください。

E氏：集団認知行動療法が最終回で寂しさが50%。全員が揃わない寂しさも50%。

F氏：Eさんと一緒に寂しさが50%。でもこの部屋で皆さんと顔を合わせる安堵感が70%ある。

H氏：このセッションが終わった後にAさんにどう声をかけようか悩んでいます。遅れてきたのは事実なので。

スタッフI：最後に全員が揃わなかった残念さと、皆さんの心の温かさを感じている。複雑な心境です。気持ちを表すのは難しいですね。

D氏：複雑な思い。ここ（リワーク）は、やるのが厳しいなと思った。でも私は前のクールで1回目欠席して以降出られず、今回はしっかりやろうという心がまえで参加した。今は達成感が70%ある。

スタッフJ：椅子が空いていて寂しさ30%、遅刻でグループが壊された感じがして10%の苛立ちがある。

リーダー：ルールが厳しいと思われるかもしれないが、ルールをはみ出すことにその人らしきが出る。不安もあるが、今、目の前にいる皆さんとのセッションを進めましょう。

上記事例では時間という境界を明確にし、遅刻という行為が示す自身にとっての意味を探索するようB氏に勧めると同時に、グループが保護された場であることの再確認を行っている。集団認知行動療法のプログラムだけに焦点を当てるのであれば、10分程度の遅刻は許容されうる範囲かもしれない。しかし、上記グループでの遅刻禁止ルールは、参加者が安心して自身を開示、探索する前提となる保護的時空間を確保するために存在する。グループの第一の従者であるべきリーダーが率先してルールを破棄することはグループに対して不誠実な態度であり、参加者にとってはそのようなリーダーが運営する集団の場において自身の思いを語ることは難しい。しかし、リーダーが保護的な時空間を形成していることが体験されるならば、参加者は自身の思いを率直に語ることが可

能となる。実際、上記逐語に見られるように、リーダーがB氏の参加を断った後に参加者に発言を求めると、それまでのB氏参加を許容する発言とは幾分異なる雰囲気の中で、葛藤、不満、寂しさ、安堵感などが率直に語られており、自由な発言が保障された安全な場であると理解されていたことがうかがわれる。さらに上記場面後に参加者の認知再構成法を行ったが、普段強がりな態度を示す参加者が休職前の傷つき体験や復職に対する恐怖をしっかりと語り、他参加者から強い共感と支持を得ていたことから、境界の維持がグループ運営に有効であったことをうかがわせる。また、上記場面ではコ・リーダーも積極的に自身の感覚を開示しており、コ・リーダーがグループの従者の一員でもあり、自由な発言が補償されていることを体現しているとも捉えられる。このように、集団の場において生じた出来事や感情をその場で話し合うことは、集団療法ならではの技法であろう。

ここまで、主にファシリテーター役割とコンダクター役割について事例を通じて検討した。しかし、各役割は特定の場面で単独の役割が出現するのではない。各役割は有機的な結びつきを持ち、個々の役割に分割・還元されることなく同時に存在する中で、特定の役割がその瞬間毎に優位に作動すると捉える方が適切であると考えられる。リーダーの役割について考えることは、その場でリーダーがどのように振る舞うことが望ましいかを検討する際の一助となる。

構造化されたプログラムとリーダーがもたらす否定的側面

集団認知行動療法のような構造化されたグループは初学者でも比較的安全に運営が可能（横山・横山，2011）であり、多くの人々にその効果を提供しうる方法である。しかし、“グループは諸刃の剣のようなものであり（中略）グループリーダーが、その危険性を十分知っておくことはとても大切”（野島，2003）であり、グループがもたらす利点とリスクを十分に理解した運営が求められる。集団認知行動療法という構造化されたグループのリーダーであるが故にもたらしうる否定的影

響にも着目する必要がある。

Yalom（1995）はグループに関する研究の結果から、“メンバーは、先導し、重要な構造や指導を提供してくれるリーダーを希求する。彼らは構造化された技法の多さと（リーダーの）有能さを同等なものとして捉える。（中略）多すぎる構造や活性化技法は非生産的である”と述べている。集団認知行動療法は個人の認知行動療法と同様に多くの介入技法が用いられ、認知面、行動面の変容や改善を図る。参加者の目には、それらの技法は自分を変えうる魅力的なツールに映り、そのような技法を提供してくれるリーダーを実際以上に有能であると見なす傾向が生じうる。そして、この傾向は“リーダーによる過剰な活性化により、リーダーにもっと多くを満たしてくれるよう期待し続ける依存的グループとなる”（Yalom, 1995）危険性も含んでいる。認知行動療法の目標は、セッションを通じて提供される技法をクライアント／患者自身が日々の生活の中で使い、自身の生活をより良くすることにある。しかし一度依存的なグループが形成されると、リーダーの存在がむしろ参加者自身の改善を阻害する要因にもなりうることを、リーダーは常に念頭におくべきである。この点からは、集団認知行動療法のリーダーには、認知行動療法の技法を参加者に提示し、それが集団においてどのように使えるのかを参加者と共に検討、工夫するような関わりも求められよう。また、リーダーは随時コ・リーダーからのフィードバックを受け、自身のリーダー役割や振る舞い、態度のバランスにも目を向け、参加者の依存を引き起こしうる役割や態度の固定化や、技法の不必要な乱用がされていないかを随時確認することが望ましい。

結 語

本論では集団認知行動療法のリーダー役割について、従来の集団療法のリーダー役割との比較から検討した。グループ特有の効果は、リーダーが自身に付与された役割を認識し、その機能が十分に発揮されることによってより良く生じる。集団認知行動療法のリーダーは、認知行動療法の理論や技法は当然だが、それらと同等かそれ以上に集

団療法を理解することによって、集団認知行動療法としての効果がより十全たるものとなり、真に参加者の役に立つものとなる。

本論は今後の集団認知行動療法のリーダー像を検討する一資料となるだろう。

謝 辞

本論は平成23年札幌学院大学特別事例検討会での発表に着想を得たものです。当日コメントーターとして多くのご指導、ご示唆をいただきました跡見学園女子大学野島一彦先生、本論作成にあたりご助言いただきました、さっぽろ駅前クリニック横山太範先生及びスタッフご一同様、そして何よりも、常に私により良いプログラム運営の手がかりを下さる集団認知行動療法の参加者の皆様に、心より感謝申し上げます。

〈引用・参考文献〉

安部恒久 (2003) : グループリーダーをめぐる諸問題—エンカウンター・グループのファシリテーターの立場から— 集団精神療法, 19(1), 29-33.

相田信男 (2003) : コミュニティ・ミーティングにおけるリーダーシップ—治療共同体へのアプローチをめざして— 集団精神療法, 19(1), 10-14.

相田信男 (2006) : 実践・精神分析的な精神療法 金剛出版.

秋山剛・大野裕 (監) (2008) : うつ病の集団認知行動療法 医学映像教育センター.

井上直子 (2003) : 小集団精神療法の定義 日本集団精神療法学会 (監) 集団精神療法の基礎用語 金剛出版. pp.3.

金 吉晴 (2011) : 認知行動療法における治療者の技量の重要性 精神科治療学, 26(3), 289-294.

厚生労働省 (2010) : 慶應義塾大学認知行動療法研究会編 平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業 “精神療法の実施方法と有効性に関する研究” うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/

hukushi_kaigo/shougaishahukushi/kokoro/index.html

橋本和典 (2003) : 直面化/明確化/解釈 日本集団精神療法学会 (監) 集団精神療法の基礎用語 金剛出版. pp.35.

樋掛忠彦 (2003) : コンフロンテーション (つきあげ, 直面化) 日本集団精神療法学会 (監) 集団精神療法の基礎用語 金剛出版. pp.125.

NICE ガイドライン: National Institute for Health and Clinical Excellence (<http://www.nice.org.uk>): Treatment and management of depression in adults, including adults with a chronic physical health problem, 2009.

岡田佳詠, 田島美幸, 中村聡美 (2008) : さあ! はじめよう うつ病の集団認知行動療法 秋山剛・大野裕 (監) 医学映像教育センター.

大野裕 (2011) : 認知療法・認知行動療法が保険適用になったことの意味 精神療法, 37(1), 8-13.

齋藤英二 (2003) : グループリーダーをめぐる諸問題 集団精神療法, 19(1), 8-9.

下山晴彦 (2011) : 教育すること, 治療すること, カウンセリングすること 精神科治療学, 26(3), 295-300.

鈴木伸一・岡本泰昌・松永美希編 (2011) : うつ病の集団認知行動療法実践マニュアル—再発予防や復職支援に向けて— 日本評論社.
集団認知行動療法研究会ホームページ: <http://cbgt.org/>

武井麻子 (2003) : グループ・アナリシス (集団分析) 日本集団精神療法学会 (監) 集団精神療法の基礎用語 金剛出版. pp.124.

田中怜子 (2003) : コンダクターとして—グループアナリシスの立場から— 集団精神療法, 19(1), 16-21.

野島一彦 (2003) : グループリーダーをめぐるって思うこと 集団精神療法, 19(1), 5-7.

能幸夫 (2003) : “グループの中の個人” / “全体としてのグループ” 日本集団精神療法学会 (監) 集団精神療法の基礎用語 金剛出版. pp.32-33

能幸夫 (2003) : 精神分析的な集団精神療法のグルー

プ・サイコセラピストの仕事ーリーダーシップ
機能を中心とした実践上の基本視点ー 集団精
神療法, 19(1), 22-28.

Vinogradov & Yalom (1989) : Concise Guide to
Group Psychotherapy. American Psychiatric
Press. 川室優 (訳) (1991) : グループサイ
コセラピー 金剛出版.

Yalom, I. D. (1995) : The theory and practice of
group psychotherapy (4th ed.) Newyork: Basic
Books.

横山太範・横山亜由美 (2011) : さあ！やってみ
よう 集団認知行動療法 うつ・不安への支援
のために 集団認知行動療法研究会(監) 医学
映像教育センター.

Abstract

Roles and functions of the leader in Cognitive-Behavioral Group Therapy.

Akihiro Kusaoka (Sapporo Ekimae Clinic)

Cognitive Behavioral Group Therapy (CBGT) is a psychotherapy that has both features of cognitive behavioral therapy and group therapy. In this article, the author has comparing with roles and functions of the leader in group therapy and CBGT. There are some roles of the leader in CBGT. The role of lecturer provides accurate information and enhances the cohesiveness in early phase. The role of facilitator recommends to participants to speak frankly in session, and facilitates the entire process of the group. The role of conductor serves protected time and space by maintaining various boundaries. And the role of therapist is to pay attention to the principle of “here and now” and explores the inner world of the client according to cooperative empiricism. It is important that these roles are connected with each other organically. However, the leader should be careful that excessive structured program or abuse of intervention techniques may cause dependence on the leader. By deepening the understanding of group therapy, CBGT will be more effective psychotherapy for our clients.