

集団セッションにおける不登校児への 認知行動アプローチ

小 西 宏 幸

不登校児に対する臨床心理学的援助

今日、臨床場面で出会うクライアントは多様な特徴を示すが、その1つに「悩むことを回避する（悩めない・悩まない）」ことが観察される。このような事例に対しては、カウンセリングや心理療法の文脈において「援助目的は、悩む力を回復する（あるいは、向上する）ことである」の側面が重要となる。そして、回避傾向の顕著なクライアント像として、1つの具体的な現象が不登校といえる。

悩むことを回避する不登校児の事例を想定する際、個人面接は回避しようとするが、「退屈のぎ」や「遊び友達をつくる」などのニーズを有し、集団活動場面への参加には意欲的なクライアントが存在する。公的機関におけるホットスペースや適応指導教室などは、これらのニーズを充足する機能を有する場合がある。田嶋（2001）はコミュニティ・アプローチの視点より、事例を通じて非行傾向や怠学傾向を示す不登校児の援助モデルを提示している。そして、この論文の査読を行った下山（2001）は、「（前略）相談意欲のない生徒は、日本の臨床心理学の中心モデルであった個人の内面を重視する深層心理学的な心理療法では適切に扱えないどころか、そのような対応に終始した場合、逆に事態を混乱させる危険がある（後略）」との記述をしている。また、長谷川・牛田（2010）は、全国の都道府県ごとに、不登校のタイプがやや異なると示し、遊び非行をとまなう不登校や家庭内の隠れた問題で不登校になっている事例には、受容的な対応だけでなく積極的なアプローチを併用することが有効であると記述している。

不登校臨床と集団セッション

本論は、筆者が長年にわたり関与した公的な通所機関における不登校児への集団心理療法に関する考察である。この機関では、義務教育年齢のクライアントを対象として、そのニーズに応じて集団セッションが提供される。ただし、病院臨床に一般的な1クール何回と構造化された閉鎖集団とは異なり、クライアントによって参加時期の異なる開放集団の性質を有する。そのため、時期によって参加者数は一定ではないが、多くの場合、10名前後のクライアントに4名ほ

(2)

どのスタッフが担当する小集団の構成である。開設当初、筆者を含むスタッフは、集団セッションを運営するにあたり、Slavson (1979) の集団活動療法 (AGT) を主たる枠組みとして展開していた。一般の集団心理療法場面に比して、スタッフの数が平均して4名とやや多いのは、活動療法の性質を有するからである。そして、クライアントの自主性や自発性に重点をおいた構造を設定し、基本的には彼らの自己実現を促進するアプローチを重視していた。ところが、対象者の多様性、および通所機関に受理される事例のモーダル・タイプの観点より、AGTの枠組みに認知行動的な方法を追加する必要性に直面した。実際、機関退所後の社会復帰の困難さは否定できず、進学先における早期の中途退学や就労先での早期離職などのドロップ・アウト現象も観察された。さらに、中学校を卒業した後も引き続き所属したいと希望するクライアントも存在した。

無論、近年の不登校臨床では、怠学と神経症的登校拒否の境界が曖昧であり、明確なタイプの分類が困難な事例も少なくない。ただし、どのような事例においても耐性欠如の共通項は認められる。その対応策として、小林 (2003) はコーピング・スキルの2本柱として、ソーシャル・スキルとセルフ・コントロールを挙げているが、これらの形成や促進には、社会的スキル訓練 (SST) をはじめとする認知行動的な介入が不可欠である。

つまり、単なる癒し空間としての治療構造だけでは問題があることを痛感し、その後、認知行動療法 (CBT) をモデルとする構造度の高い枠組みに変遷を重ねてきた。本稿では、その結果を元にこれまでの方法を振り返りつつ、不登校児への集団セッションに活用してきた認知行動的プログラムの紹介し、さらに、その介入を行う際の留意点を記述したい。

なお、筆者が CBT モデルを不登校児の集団心理療法場面に導入した経緯は、先に CBT のマニュアルを想定して、治療場面を構造化したというよりも、より効果的な支援 (治療) プログラムを手探り状態で試行錯誤している過程で、結果的に到達した形式が認知行動理論を背景にした治療構造に類似してきたといえる。

ところで、CBT はうつ病やパニック障害をはじめとする特定の精神障害に罹患しているクライアントに有効な方法と認識されやすい。これは集団セッション場面における CBT の記述にも同様の傾向が認められる (White, & Freeman, 2000; Bieling, et al., 2006 など)。そして、若年層のクライアントへの CBT においても、抑うつや不安を治療ターゲットとした文脈で紹介されることが一般的である (例えば、Verduyn et al., 2009; Stallard, 2009)。このような CBT の特性に対して、特に教育専門家の立場からは、精神病理学的モデルを不登校現象に応用することに疑問をもたれることもあるかもしれない。ただし、不登校児もその様態が多様であるがゆえに、社交不安障害 (SAD) をはじめとする症状を呈する者も少ないとはいえない。また、近年、不登校に限らず学校臨床における CBT の活用も注目されている (例えば、Larson, & Lochman, 2002; Mayer et al., 2009)。さらに、Yalom (1985) も提示しているように、集団心理療法は流派が異なっても効果的な側面は共通しており、認知行動的介入はその共通要因として大きな位置をしめている。

なお、本邦では行動療法と認知行動療法を区分化する傾向にあるが、不登校児への行動療法は決して目新しいものではない（例えば、上里，1985；河合・桜井，2000；河合，2004 など）。

個人面接・保護者面接と集団セッション

一般に、不登校児に対する通所機関を考えた場合、集団場面が重要な要因となる。ただし、外出可能な不登校児であっても、対人不安が極めて高い場合、集団場面に関与できない。したがって、そのような特性のアセスメントも含め、個人面接（個人心理療法、あるいは個人カウンセリング）の枠組みは不可欠であり、ある程度の期間、個人面接を継続した後に、集団活動に導入していく。一方、最初から集団場面に参加することのみを動機として通所するクライアントは、カウンセリングや心理療法を受けるとの認識がなく、学校に行かなくてもすむ場所と誤解する場合もある。したがって、目的意識の促進のためにも、個人面接はあらゆる事例に必要である。

さらに、保護者面接も極めて重要である。家庭での適切な対応が、不登校児の社会復帰には不可欠であり、保護者に、一人ひとりの子どもに応じた対応の仕方を提案し、保護者と協力して、子どもたちを支援していくことが大切である。また、保護者との面接を通して、子どもたちの家庭での具体的な生活の様子を知ることや、親子間の葛藤を理解することにより、子どもの支援の方法にも役に立つ。さらに保護者自身も心理的な問題を抱えている場合、それが子どもの不登校に影響を与えていることがあるため、その解決のためにも保護者面接は必要である。

このように、通所機関における総合的な臨床心理学的支援では、子どもや保護者の個人面接と種々の集団活動を併用し、その組み合わせによって援助計画を構築していく。

集団セッションにおける臨床心理学に基づく援助技法

不登校状態が長期間持続するクライアントには多くの弊害が生じる。おおまかな側面だけでも学力や体力の低下、そして、非常に限定された社会交流しか有する機会が存在しないため、経験値の少なさから、行動力の発達にも問題が生じる。なお、心理学における行動の定義では、日常的な意味での行動とは異なり、思考パターンや感情の統制など、さらに、過活動をいかに減少させるかという抑制自体もその範疇に入る。

そこで、通所機関における集団場面では、学力の補償としての学習活動や、体力低下の防止を意図するスポーツ活動などにも取り組むと同時に、クライアントの社会的不適応の根源ともいえる認識および行動パターンの改善のために、さまざまな臨床心理学的アプローチによるプログラムが重要となる。

ただし、学習活動は、単なる学力の補償という側面だけでなく、回避したい対象に直面化させる目的もある（つまり、欲求不満耐性を高める）。また、スポーツ活動に関しては、可能な限り、チーム・プレイが不可欠な種目を多用することが重要である。例えば、卓球やテニスなどは

(4)

ルス形式を優先して行う。これによって、協調性をはじめとする行動特性の形成・強化を意図する側面も無視できない。したがって、学習やスポーツがまったく心理学的援助と無関係ではなく、あくまで、これらの活動を媒介として適応的な心理機能への改善・変容を目指す。このように、集団場面では、学習活動やスポーツ活動も含めて、臨床心理学に基づくさまざまな援助技法を用いることになる。次に、筆者がこれまでに関与してきた公的な通所機関における臨床心理学的支援に基づく治療構造を示したい。

構造枠として、午前中は個人面接を行うが、その頻度は毎週1回、50分が基本であり、これは他領域のカウンセリングや心理療法の頻度や時間枠と大差はない。そして、それを補完するように、午後に集団セッションを実施する。なお、このプログラムの1つに学習活動がある。学習については、のちに第3セッションの内容の項でも触れるが、一斉指導ではなく、子どもたち一人ひとりが自分でしたい科目、したい内容、したいレベルを選べるようにしている。時には基礎的な復習テストによって自分のレベルを知り、小学校段階の復習を行うことも多い。

次に示す表は、集団セッションの時間枠である。ここでは、時間枠を大きく3つに区切っている。個人面接での時間帯と同様、基本的には1つのセッションを、休憩時間も含めて60分で実施する。

表 集団セッションにおける時間枠

時間帯	区切り	プログラム内容
13:00~14:00	第1セッション	スポーツ
14:00~15:00	第2セッション	構造的課題
15:00~16:00	第3セッション	選択課題

この枠組みにおいて、認知行動的プログラムを構造化して実施するのは、第2セッションである。ただし、第1セッションや第3セッションにおいて、まったく認知行動的な介入が行われないわけではない。あくまで、活動メニューはセラピー上のツールであり、それを媒介とした認知行動的な介入も展開される。そこで、まず第1セッションと第3セッションの活動内容の概略を説明したい。

第1セッションの具体例と展開

スポーツ活動をプログラムに取り入れることの意義としては多くの側面が考えられる。第1に、心身の活性化により、セッション導入へのウォーミング・アップ機能を有する。また、ひきこもりなどで体力に問題を抱える子どもたちの、復学への支障を低減する目的もある。さらに、対人交流を持たせることにより、自身の葛藤と向き合おうとともに、他者との協同や競合の環境を体験することにより、社会適応を目指す。

なお、単純にスポーツがリラクゼーション効果を狙ったプログラムであるとか、息抜きの時間

であるとはいえない。参加者には、スポーツ自体が苦手な者もいる。その場合、スポーツを行うことが苦手意識の克服や欲求不満耐性の向上につながる。なお、慢性状態の不登校児における治療初期段階では活動プログラムの見学にとどめることも多い。最初から実施可能ならば治療場面に現れないことも多いからである。また、参加者の好きなスポーツ・メニューを行うことはリラクゼーション効果を意図したものであるが（初期における短期目標）、その一方で、参加者の敬遠する種目をあえて選択することは「高校の体育授業では好きな種目だけを選べるわけではない」との心理教育のもとに実施することになり、これは長期的な目標、あるいは治療最終時期を意図した介入となる。

第3セッションの具体例と展開

第3セッションにおいては、参加者たちが各々で活動プログラムを選択できる。各自が毎月更新する自己目標を立て、自身で遂行を確認する。自主性に著しく欠けることの多い不登校児にとって、このような自発性を促す活動は必要である。これと関連するが、「させられ感」を抱かせないことが重要となる。そのためにも、個人面接での動機づけをしっかりと行う必要がある。各個人の主訴を解消するための目標を立てることが一般的である。

目標には、行動面・学習面・運動面があり、心理療法を意識できるようになったクライアントは、行動面の目標を自ら立てられるようになるが、当初は学習面を目標にしがちである。心理療法は学習活動そのものではないので、学習に偏らず、自身の行動の問題点に気づくような対応が求められる。この際、有益なのが CBT で多用される技法のソクラテス的対話法である。

第2セッションと認知行動的プログラム

第2セッションは認知行動理論を背景として構造化されたさまざまなプログラムを実施する時間枠である。

1. 社会的スキル訓練 (SST)

主張訓練 (AT) や役割取得 (role taking) の要因を含めたトレーニング法である。一般に特定の場面における問題解決のための行動様式を新たに形成し、それまで有していた行動様式の不適応な側面を修正することを目的に実施する。SST 導入の初期では、参加者の選択したアジェンダを中心に練習課題を決定していたが、あまりにも学校に関連したテーマが除外される傾向にあった。例えば、「買い物で値切る」「親に買ってほしいものをねだる」などの対人スキルである。また、「中学校にはもどらない」と宣言するクライアントが多いため、学校に関わるテーマは「高校で新しい友達をつくる方法」といった現状の中学校生活とは直接的に関わらないものが選択されることもある。要は、復学しなくても中学卒業と高校入学は保証されていると認識する者が多い。これは結果的に復学可能な事例の増加にはつながらないことになる。このような状態を鑑みて、その後、実施時期と直面すべき学校場面における日常の出来事（定期テストや面談など）をマッチングさせて練習場面を選択するようにしている（小西, 2010 b）。

(6)

一般に、SSTは病院臨床における精神障害患者を対象とした体系であると認識されやすいが、適応範囲は広く不登校臨床においてもその例外ではない(例えば、小野, 2006)。特に、不登校児には発達障害に該当する事例が少ないとはいえないので、この視点は非常に重要となる。そして、SSTは学校場面での活用も注目されているが、集団SSTが実施される場合、どちらかといえば予防介入としての心理教育的側面が特徴的である(例えば、江村, 2006; 宮前, 2007)。一方、心理療法としての集団セッションにおけるSSTでは、予防に比して既に生じた諸問題へのコーピング・スキルとしての処方箋的意味合いが強い。

2. LTD (Learning Through Discussion)

ディベートのような構造化の高い形式と、ラウンド・テーブル・ディスカッションのような構造化度の低い形式を併用している。特に、後者では治療プログラムの変更の必要性やニーズも取り扱う。

ディベートでは、「中学校では～の科目は必要か否か」「健康にいいのは、和食か洋食か」など2項対立形式に準拠している。グループを3つ以上にして実施すると、特に初期の頃は難しい。さまざまなスキルを獲得・形成するには単純なモデルから開始することが望ましい。

ラウンド・テーブル・ディスカッションは、ディベートである程度、練習を繰り返した後に実施するように計画している。ここでは、ディベートのように2つのグループに分かれて実施するわけではない。また、テーマに関しても「どのようなプログラムが通所機関に必要か?」「不登校になって得られたもの、失ったもの」など、クライアントにとって身近な内容を選択することが重要である。

なお、LTDの効用としては、SSTと同様、ATの側面だけでなく、情報収集の練習や自己と異なる意見を傾聴する場面を自然に経験することによる対人交流スキルの形成などがある。特に、ディベートではテーマによっては(例えば、「義務教育は必要か否か」など)、一方のグループに参加者の人数が偏ることがある。この場合、グループ間の人数を近似的にするために、くじ引きの原理を使ってどちらのグループとして発言するかが決定される。この時、相手方のグループの主張は自己の意見と重複することになるので、相手側の見解の予測とそれに対する反論を作成する作業が行われる。したがって、自分とは異なる立場を理解することに役立つ。つまり、これはメタ認知とも少なからず関連するが、心理療法でいう自己客観化(外在化)の機能、およびロールプレイにおける役割交換の体験がディベートを媒介として機能することになる。

3. 行動実験

行動実験は、さまざまな文脈で使用可能な介入技法である。例えば、外界に対して常に不満を述べるクライアントは「ちょっとは、こっちの気持ちも考えろ」が口癖になっていることがある。この背景には、他者に自分の気持ちをくみ取ってもらい、自分の希望通りの振る舞いを要求するといった非現実的な期待が内在していることも多い。このようなクライアントが多い集団場面では、他者の現在考えていることを、どれだけ正確に読み取ることが可能かの行動実験、いわば読心術のような場面を設定した方法を用いることがある。あるいは、「言った」「言わない」や

「きいた」「きいてない」の水掛け論がパターン化しているクライアントには、人間の記憶がいかにも曖昧で、時間の経過や文脈によって変容するかを行動実験によって認識してもらうこともある。

また、公的な通所機関における集団セッションに参加するクライアントの多くは、中学卒業時まで完全復学を意図せず「高校から頑張る」と主張する。これは、現状のままでも高校からは不登校にならずに通学できるという根拠のない自信が大きく横たわっていることが多い。このような場面では、本当に予想通りの展開が生じるかについて簡単な行動実験を行う。例えば、クライアントが自分ならこれぐらいの得点は試験でとれるだろうと予測した後、模擬的に試験場面を設定する。多くの場合、予想外の得点結果となるので、行動実験が自己の未来予測の不確実性に気づく機会を提供することになる。

4. 行動活性化法

活動スケジュールを記録してもらい、ある時間帯の活動内容の変容から、生活全体の改善を狙うものである。一般に、クライアントは「まだ気持ちの整理がつかない」と主張する間、問題解決行動を起こさない。公的機関では、この気持ちの整理がつかないうちに、利用期日が到来してしまうことも多い。そこで、認識の変容は行動の変容後に起こるというモデルを基に行うプログラムである。うつ状態を例にすれば「元気がでてくれば何かができる」ではなく「何かをしているうちに元気がでてくる」の仮説に準拠している。

行動活性化は、上述の行動実験の要素を多く包含する。しかし、行動実験が通所機関におけるセッション中に行うことが多いプログラムであるのに対して、行動活性化法はホームワークの側面が強いといえる。治療場面では、ワークシートの作成と記入後のワークシートをセラピストと共有することによって、前回からの活動（生活）パターンの振り返りを行う。

ところで、行動活性化は標準的な CBT の一要素として活用されることもあるが、第 2 世代の CBT と対照させて、第 3 世代の CBT のカテゴリーに分類されることが一般的である。第 2 世代の CBT における中核モデルは積極的な認知の再構成であるが、行動活性化法はむしろ行動変容技法を強調している。多様な CBT における認知的側面の取り扱いの差異については、小西 (2010 a) を参照されたい。古典的な認知再構成法のモデルを主とするアプローチに適合しにくいクライアントの問題については後述する。

なお、行動活性化と表現すると、いかにも行動面の脆弱性のみをイメージしやすいが、実際には過活動な行動様式の低減（例えば、強迫行為や嗜癖・依存の問題など）も意図していることを付け加えておく。不登校臨床で多い嗜癖や依存の問題は、1 日 15 時間以上 TV ゲームをする、パソコンでネット・サーフィンをするなどである。常に携帯メールの送受信をしつづけるのも一種の嗜癖状態といえよう。

したがって、より適切な内容の記述をするならば、行動活性化法には低下している行動力の向上と不適切に過剰となっている行動パターンの抑制の両面を含んでおり、そのために日常生活でパターン化している活動スケジュールをアセスメントし、それとは異なるスケジュールの作成と

(8)

実行が介入の中心といえる。

5. 心理教育

心理教育は、アセスメントや介入とともに CBT の主要側面の 1 つであるが、CBT 特有の用語ではない。むしろ、後藤（2009）が記述しているように、家族心理教育として家族療法の枠組みで紹介された。ただし、クライアント本人に対象とする場合、単に心理教育と表記されることが多い。つまり、心理教育は多様な流派において活用される。勿論、どのような文脈で心理教育を実施しても共通項は認められる。

心理教育は単なる情報提供や教示ではなく、クライアントに納得してもらう必要の多い制度や治療プログラムを実施する際、不可欠な作業となる。例えば、SST や LTD を実施する前に、それらの目的や効果の提示は重要なので心理教育を実施する。また、集団場面では多くの参加者が友達をつくろうとする。これに関しては、学校や地域に復帰した後、交友関係を広げることには何の問題もない。しかし、治療期間中に知り合いになった参加者同士が平日の就学時間帯に外出するのは補導対象といった社会的規範からの逸脱の問題だけでなく、社会的スキルが不十分な時期に治療場面以外の接触が頻繁になると、お互いの心を傷つける言動も多くなる。そこで、個人面接を継続的に利用してくれれば修復作業は可能だが、回避・逃避行動が十分に消去されていない段階では、不登校ならぬ不通所の事態が生じて、結果的に治療からドロップ・アウトすることも多い。この時、「遊ぶこと自体が悪いわけではないが、病気やケガをしている間に無理に遊ぶと回復が遅れたり、悪化したりすることがある。それと同じで機関を利用している間は禁止事項である」などのメタファーを用いながら、集団心理療法の枠組みを理解してもらう際にも心理教育を利用する。

6. 認知リハビリ

もともとは、慢性精神疾患の神経心理学的機能の改善に効果的とされた方法ではあるが、昨今の不登校児には発達障害をとまなう事例も少なくないために、数年前より用いている。認知リハビリは開発当初とは異なり、脳機能の改善のエビデンスには疑問が提出されていることも事実ではあるが、ゲーム世代の彼らにとって、「脳トレ」との類似性も高く、活動プログラムとして比較的なじみやすい。さらに、単に認知心理学的視点を機械的に利用するだけでなく、描画療法（刺激図版の作成やスキグルにおける相互性などの要素）とのコラボレーションを行うことによって、対人交流の側面も増加するようにしている。

これらの他、第 2 セッションのプログラムとして、時にはボディ・ワークをはじめとする身体に働きかける技法を用いたり、また、生活習慣が乱れているクライアントには、行動活性化で用いる活動スケジュール表を利用してアセスメントおよびセルフモニタリングを行って、自身の生活習慣の修正に気づかせたり、自己主張ができない子どもには、AT を単独で用いたりもする。

なお、CBT の過程ではワークシートを用いることが多いが、成人層と思春期層のクライエン

トの差異を配慮する必要がある。特に、学習から遠ざかってその習慣がほとんど消失している、あるいは、そもそも学習態度は未形成であるクライアントが多い場合、プリントに記入する作業は学習場面における体験と重複するためか、拒否的な態度や投げやりな態度でこなす事態も生じる。無論、学習態度の形成や再構築は彼らにとって重要な課題であるが、闇雲に行っても効果的な介入とはなりえない。極端な例では、誤って記入した箇所に消しゴムを使用するという当たり前の行動形成からはじめないといけない場面も存在する。

一方、洞察力に長けたクライアントが多い場合、ワークシートを用いる作業は比較的円滑に展開するが、CBT イコール認知再構成法と認識することには留意すべき点がある。たしかに、認知再構成法はワークシートを用いるもっとも代表的な手続きである。しかし、意図的な認知変容が長期的視点では必ずしも治療効果が認められないとの研究知見 (Wagner, & Zanakos, 1994) も存在する。むしろ、その反動による従来の否定的な認知パターンの再活性化につながってしまう危険性がある。そして、意図的な認知の修正作業が、もともとの認知療法の中核モデルであったことから、認知療法 (Beck et al., 1979)、特に第2世代のCBT モデルの問題点を詳細に検討する必要性が指摘されている (Dobson, & Khatri, 2000)。

また、うつ病の治療効果研究において、行動活性化法がより複雑なトリートメント・モデルである Beck の認知療法に対して、同等の改善率を示すとの結果から、Jacobson et al. (1996) は、介入技法のモデルを可能な限り簡素化することを推奨している。これは、クライアントであれ、セラピストであれ、効果の程度が同等なら、簡便な形式の介入技法がより負担は少なくてすむからである。無論、うつ病臨床と不登校臨床を同列に考えることはできないが、抑うつや不安はあらゆる臨床事例に関連する要因であるし、少なくとも思春期をはじめとする若年層のクライアントを対象とした臨床場面においては、複雑なトリートメント・モデルは適合しにくい事実がある。つまり、この見解は示唆に富んだものと思われる。

ただし、認知再構成法を含む認知療法・認知行動療法のフルパッケージ・モデルがあらゆる思春期層の不登校事例に無力かといえば、そこまでは断言できない。特に、自己の状態や症状を「単純なものではない」「重症である」と主張し、簡便な介入技法自体を好まないクライアントも存在する。特に、自らの問題は複雑な方法でないと通用しないと認識しているクライアントの場合、行動活性化法をはじめとする行動変容技法を重視する介入を行っても効果が認められない事態も生じうる。ただし、これは自己像を複雑な問題であると認識しているすべての事例に該当するわけではない。パラダイムの変換の観点では、心理教育さえ機能すれば、問題の重篤さと介入技法の複雑さは必ずしも一致しないことに気づくクライアントも存在するからである。

これらのことから、怠学傾向や非行傾向が顕著なクライアントが多い治療場面に限らず、認知変容技法よりも行動変容技法を優先したプログラムを展開する重要性が考えられる。実際、思春期層を対象とした認知療法を標榜する文献にも、必ず行動的技法や行動的介入の記述が認められる (Friedberg, & McClure, 2002; Friedberg, et al., 2009 など)。換言すれば、行動療法と対比するための狭義の認知療法における中核モデルだけでは実際の臨床場面では極めて限定的な効

(10)

果しかもたらさないと考えられる。

効果的な不登校臨床：その共通要因

CBTに限らず、効果の検証された技法や方法論には共通要因、つまり重複するコンポーネントが存在する。例えば、CBTを実施している枠組みの中に、ボディ・ワークおよびリラクゼーション効果をねらった動作法が用いられることもあり、実際、臨床動作法そのものが不登校臨床の効果的な体系ともいえる。不登校に対する動作療法の適用は、藤岡（2005）の文献に紹介されている。

また、一般的にはCBTと対照して効果研究が行われることが多いEMDRも脱感作という側面では共通要因といえる。不登校児に対するEMDRおよびRDIによる介入例は小林・早川（2010）が示している。

今回、個々に紹介している活動プログラムも独立的に機能しているわけではない。例えば、ボディ・ワークの実施ひとつをとりあげても、行動実験や心理教育などの側面が包含されているし、効用としては、リラクゼーション技法の習得としての要因も考えられるし、欲求不満耐性向上の要因も否定できない。

集団セッションにおける認知行動的プログラムの比率

既述のように、認知行動的な介入プログラムに基づく構造的なセッションはすべての時間帯で実施するわけではない。これに対して、エビデンスを重視する立場の専門家からは、有効な方法をすべての時間枠に使用してはどうかとの提言をいただくこともあるが、それを実施すると、回避傾向の強い不登校児は容易に集団セッションの場を放棄する。

その文脈からは、第3セッションは、子どもたちが活動内容を選択できる時間帯であるので、クライアントのプログラムに対する「させられ感」を緩和する機能が期待される。この時間帯は各自が毎月更新する自己目標（学習面もあれば体力面もある。心理療法の枠組みを意識するクライアントは行動目標を設定する）にあてることがある。

このため、どのようなプログラムを実施するかにかかわらず、心理教育を集団セッション導入初期から頻繁に行うことが重要である。そして、限られた時間帯とはいえ、構造化された認知行動的な介入プログラムをまったく実施しなかった時期には、全欠状態の不登校事例では、まったく学校に関わることなく義務教育を終える者が多かったのに対して、構造化の高い認知行動的な働きかけを行ってからは、完全に学校場面を回避したまま中学校を卒業する事例がほとんど認められなくなった。完全復学の割合に関してはまだまだ不十分な成果ではあるが、今後の介入プログラムの改良を目指したい。特に、思春期層のクライアントに対する第3世代のCBTモデル（例えば、Greco, & Hayes, 2008）をいかに集団場面の不登校臨床に応用させていくかは今後の

大きな課題である。

文献

- 上里一郎編 (1985) 登校拒否 (行動療法ケース研究 2) 岩崎学術出版社。
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. The Guilford Press.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2006) *Cognitive-behavioral therapy in groups*. The Guilford Press.
- Dobson, K. S., & Khatri, N. I. (2000) Cognitive Therapy: Looking backward, looking forward. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 907-923.
- 江村理奈 (2006) 中学校で行う集団 SST. 佐藤正二・佐藤容子編 学校における SST 実践ガイド-子どもの対人スキル指導. 金剛出版 pp 200-210.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2002) *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts*. The Guilford Press.
- Friedberg, R. D., McClure, J. M., & Garcia, J. H. (2009) *Cognitive therapy techniques for children and adolescents: Tools for enhancing practice*. The Guilford Press.
- 藤岡孝志 (2005) 不登校臨床の心理学. 誠信書房.
- 後藤雅博 (2009) SST と心理教育. 西園昌久編著 SST の技法と理論-さらなる展開を求めて. 金剛出版 pp 148-159.
- Greco, L. A., & Hayes, S. C. (2008) *Acceptance & mindfulness treatments for children & adolescents: A practitioner's guide*. Context Press. New Harbinger Publications, Inc.
- 長谷川啓三・牛田洋一 (2010) 不登校. 心理臨床の広場, 5, 36-37.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. (1996) A component analysis of cognitive behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- 河合伊六 (2004) ガイドブック子どもを学校復帰させる方法. ナカニシヤ出版.
- 河合伊六・桜井久仁子 (2000) 不登校-再登校の支援. ナカニシヤ出版.
- 小林正幸 (2003) 不登校児の理解と援助-問題解決と予防のコツ. 金剛出版.
- 小林正幸・早川恵子 (2010) EMDR および RDI の施行による不登校行動の改善効果について. EMDR 研究, 2, 39-50.
- 小西宏幸 (2010 a) 認知行動療法における認知の概念とは? 大阪大谷大学 人間社会学会誌「こみゆにか」4, 29-39.
- 小西宏幸 (2010 b) 不登校児への社会的スキル訓練-集団活動場面における課題設定について. 日本心理学会 第74回大会発表論文集, 417.
- Larson, J., & Lochman, J. E. (2002) *Helping schoolchildren cope with anger: A cognitive-behavioral intervention*. The Guilford Press.
- Mayer, M. J., Acker, R. V., Lochman, J. E., & Gresham, F. M. (2009). *Cognitive-behavioral interventions for emotional and behavioral disorders: School-based practice*. The Guilford Press.
- 宮前義和 (2007) 集団 SST による教育の実際. 小林正幸・宮前義和編 子どもの対人スキルサポートガイド-感情表現を豊かにする SST. 金剛出版 pp 115-129.
- 小野昌彦 (2006) SST による不登校への対応. 佐藤正二・佐藤容子編 学校における SST 実践ガイド-子どもの対人スキル指導. 金剛出版 pp 129-143.
- 下山晴彦 (2001) 田嶋誠一論文へのコメント. 臨床心理学, 3, 345.
- Slavson, S. R. (1979) *Dynamics of group psychotherapy*. Jason Aronson.

(12)

- Stallard, P. (2009) *Anxiety : Cognitive behaviour therapy with children and young people*. Routledge.
- 田馬誠一 (2001) 相談意欲のない不登校・ひきこもりとの「つきあい方」臨床心理学, 3, 333-344.
- Verduyn, C., Rogers, J., & Wood, A. (2009) *Depression : Cognitive behaviour therapy with children and young people*. Routledge.
- Wagner, D., & Zanakos, S. I. (1994) Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.
- White, J. R., & Freeman, A. (2000) *Cognitive-behavioral group therapy for specific problems and populations*. American Psychological Association.
- Yalom, I. D. (1985) *The theory and practice of group psychotherapy (3rd. ed.)*. Basic Books.