

下山研究室の歩み：社会から求められる心理援助とは(2)

——認知行動療法とICT技術の活用に着目して——

博士課程 3年	内村慶士	博士課程 2年	高堰仁美
博士課程 2年	谷真美華	博士課程 2年	柳百合子
修士課程 2年	森孝太子	修士課程 2年	蒲東寧
講師	野中舞子	教授	下山晴彦

1. はじめに

本稿は、下山晴彦教授のご退任を記念したインタビュー形式の特集である。下山教授が出版した書籍の足跡をたどりながら、臨床心理学が社会から求められる課題に対し、下山研究室の活動の中でどのように応えてきたのかを探索し、今後の臨床心理学の形を展望することを目的とする。特集(2)である本稿では、心理援助の内容に着目し、欧米で認知行動療法を視察された時期や、日本で認知行動療法を普及し、プログラムを開発された時期、そして、ICTを用いた心理援助を展開した時期に分けてインタビューを行った。

2. 下山教授へのインタビュー

欧米における認知行動療法の視察

司会学生：下山教授が最初に認知行動療法について出版されたものは、翻訳が中心になっているように見受けられました (Figure 1.)。欧米の認知行動療法を取り入れようとした背景や現地での体験についてお聞きしたいです。

下山教授：当初、私は自分が認知行動療法の導入を積極的にするつもりはなかったですね。そのような自分が認知行動療法に関心を持つようになった背景には、第一に学生相談所における常勤心理職としての経験が関連していました。

学生相談所で「つなぎモデル¹⁾」というようなことをやっていました。それは、まずクライアントさんと人間的なつながりを創ることから始める。ただ、面接で話し合うことだけでつながりができない場合もある。そのような場合には、一緒に行動してみることもす

る。たとえば、単位が危なければ一緒に学務科に行ってみるとか。あるいは、エンカウンターグループで、一緒に生活する中で一緒に料理作ってみたりとか、たき火をしてみたり、一緒に泳いだりとかする中で何か行動ができるようになったりする。そして、少しずつその行動を「どんな意味があったんだろうね」と話し合いながら、そこでのつながりを確認し、共有していく。このような行動を通して問題を解決していくことを方法としてとりあげている心理支援はないかと探していたということがありました。そのような「つなぎモデル」の経験が、行動を重視する認知療法に関心を持った背景にあったわけです。

もう一つのきっかけは、海外が今、どのような心理支援の実践をしているのだろうかということで調べ始めると、認知行動療法がメインになってきていたということがわかってきたということがありました。英国を訪問して、英国内をロンドン、バース、ブリストル、マンチェスター、エジンバラ、ヨーク、そして最後はオックスフォードに移動しながら各都市の大学を訪問し、教育方針やカリキュラムについて話を聞き、調査した。各都市には、臨床心理学を教えている大学とカウンセリングを教えている大学があり、できる限り両方の人たちにあって、それぞれの立場について話を聞いた。そのときは、各学派の統合ということに関心があり、そのことについても尋ねた。それは、日本が、今でもそうですけど、各学派でバラバラだから、それはどうなっているのかを調べてみたのです。カウンセリングの人たちは、様々な学派の統合にはとて



Figure 1. 左の2つの書籍が、インタビューで言及のあった認知行動療法に関する翻訳書である（順に、Curwen, Palmer, & Ruddle, 2000 下山監訳, 2004; Bruch & Bond, 1998 下山監訳, 2006）。右の2つの書籍が、子ども向けの認知行動療法の書籍を翻訳したものである（順に、Stallard, 2002 下山監訳, 2006; Stallard, 2005 下山監訳2008）。

も関心があり、その方向で教育カリキュラムを実践していた。臨床心理学の人たちは、認知行動療法（CBT）を中心とした統合のカリキュラムで教育をしていた。そういうことがわかりました。

私は、最初はCBTに関しては、割と冷たいイメージをもっていて、科学的で論理的な印象がありました。しかし、英国で話を聞いてみると全然そうではなくて、理論的なバックグラウンドはあるんだけど、やってることを見ると、非常にコミュニティーの中で一緒に生活指導したりして。それって、どんな意味があるんだろうっていうことをやってると、「つなぎモデル」と似てるんじゃないかって、それで親しみを覚えたのがあるんですね。これならば日本でも役に立つし、自分がやってきたことに近いなと思ったんです。

オックスフォードの町の中心の所に、「ブラックウェルズ」という本屋さんがあるんですね。その中に入って、臨床心理学関連の本を見てたらパーマーさんが中心になって書いた、『認知行動療法入門—短期療法の観点から—』という本があった。とても簡潔に書かれているので帰国して訳したのが、私が出版に関わった最初のCBTの本で、それが2004年です。その後、パーマーさんと呼んで、ワークショップをやりました。青山でワークショップをやって、表参道で打ち上げをしたのを今でも覚えています。大体、僕は研修会やるためには、事前にお互いに知り合ってお

いたほうが良いと考えている。それで、なるべく、事前に会うんですよ。今でもそうですけど、研修を成功させるためには人間的な信頼感があり、お互いの特徴を肌で知っておくことは大事であると思っています。だから、英国グリニッジにある彼の研究所に会いに行き、それで日本で研修会やって、翻訳もした。そこからCBTに関わることが始まったのです。

そうこうしているうちに、ケースフォーミュレーションって大事だなと思ってきたんです。常々、思っていたのは、ケースをやる上で問題の成り立ちが分からないまま、「うんうん」って話を聞いていくのは危険であるということでした。勝手にセラピストが無意識の何かがあるんだろうと思いついてクライエントさんを引っ張っていくのはおかしいなと思ってたんですよ。やはり、問題の成り立ちについて調べてしっかりと見立てをもち、そしてそれをクライアントさんと共有しながら問題を解決していくのが必要だろうと考えたわけです。それは当然だろうと思ってたんですね。それで、ケースフォーミュレーションを調べたら、『認知行動療法ケースフォーミュレーション入門』という本があることがわかった。マイケル・ブルックという人が書いてる本なんですよ。これが、日本ではケースフォーミュレーションについて最初に本格的に解説した書籍なんですね。

学生 A：確かに、認知行動療法という、冷たいイ

メージがあるとか、分析的なイメージあるってお話を聞きます。しかし、実際に現場で実施する中では、クライアントさんと協働してコミュニティーの中にどんなふうにもCBTを溶け込ませるかを考えながら実践している。そのように自然の形で実践していたのかなと思いました。

下山教授：認知行動療法の現場を最初に参加したのは、ジョン・ホールさんのCBTの実践に立ち会ったことでした。当時、オックスフォード大学の講師でした。『専門職としての臨床心理士』（Marzillier & Hall, 1999, 下山監訳 2003）の原著者のオックスフォードのコミュニティーに根ざした臨床実践をしていました。そのジョン・ホールさんに付いて、患者さんの所にも行ったりした。ジョン・ホールさんは統合失調症のサポートが専門だったんですね。統合失調症の人たちは、英国ではコミュニティーの中でホームに共同生活をしているんですよ。心理職はそこに回って行って、「日常生活どう？」みたいな。「不安なときにはちょっと呼吸法をやろうね」とか、「リラクゼーション」をやろう」といったことで訪問の心理支援をしていた。その場で認知行動療法を活用したサポートしていたんですよ。これが認知行動療法かと思いました。こういうやり方でいいんだと思った。皆さんが思っている認知行動療法は、かちつとした行動記録書かせてやるとか、面接室内の個人療法として実施するとかいうイメージだと思います。それもあると思いますけど、どちらかという、欧米ではコミュニティーの中で実践していることが多い。すごいそれは手応えがあるんですよ。

学 生 B：国民側としてもそういう意識とかが根付いていると感じなんでしょうか。

下山教授：そうですね。ジョン・ホールさんに、「なぜ英国ではこんなに臨床心理学が広がってるの」って聞いたら、「国民が薬は副作用があるから嫌だって、みんな思ってるからね」と、はっきり言っていましたよね。あと、これは、日本ではあまり知られてないことなだけけど、認知行動療法はとでもインフォームドコンセントを大事にするですね。ケースフォーミュレーションもそのためのものですね。

「こういうふうにするんだけど、いいですか？」と、心理教育もしっかりとする。患者さんの治療体験を聴く勉強会がオックスフォード大学であり、私は、それに参加した。そこに出席した患者さんは、「精神分析は一方的に、分析される感じがあった。でも、認知行動療法は、これでいいかということを事前に聞いてきた。それがよかった」と語っていましたね。

学 生 C：2006年と2008年から、「子どもと若者の認知行動療法」というふうにはテーマが少し絞られたように感じたんですけども、若者や子どもに注目したきっかけを教えてください。

下山教授：あるときから金生先生²⁾と一緒に仕事をするようになった。きっかけは、オックスフォードにいたときに、当時本学の医学部の精神神経科の主任教授であった加藤進昌先生³⁾からお手紙をいただき、やり取りをする中で帰国したら一緒にメンタルヘルスの活動をしようとなった。帰国後に加藤先生、金生先生と私で、子どもの強迫性障害の治療チームを作って活動を始めた。そのような経緯で金生先生と知り合い、子どものことをやり始めたんですね。

日本での認知行動療法の普及

司会学生：金生先生と同じ時期に、山上先生ともお知り合いになられたんですね（Figure 2）。

下山教授：英国で認知行動療法の実践に触れて、認知行動療法を勉強したいと思ったんですよ。だけど、日本で誰に付いていいかわからないというのがあって、それで行動療法もそんなに変わらないというふうなつもりで、山上先生をお呼びして勉強会やったのは覚えてるんです。「行動療法があって、認知療法に発展して、今、認知行動療法になって、幅が広がりましたよね」という話を山上先生にしたら、「私はそう思わない」と御叱りを受けたのを覚えています。山上先生のお考えは、行動の中に認知があるんだということでした。認知行動という見方ですね。自分は勉強不足だと痛感して、それからは山上先生に師事して行動療法を学生と一緒に習った。毎年、夏ごろに山上先生をお招きして合宿をした。そのご縁で、山上先生がパりに滞在しているとき



Figure 2. 左の書籍が、山上敏子先生の講義をまとめた書籍である（山上・下山, 2010）。右の書籍が、当時の下山研究室のメンバーが事例発表をし、山上敏子先生を中心にケースカンファレンスを行なった内容をまとめたものである（山上・下山, 2014）。

に、私は家族で山上先生のお泊りになっていたホテルを訪ねて一緒にパリで遊んだということもありました。よい思い出です。

日本語で自分たちのケースをカンファレンスしたいというのがあったわけですよ。日本の現実の中で。日本語でやらなきゃいけないし、日本のケースをたくさん見てる人じゃないといけないと考えた。そのとき、山上先生しかおられなかったのですね。そこで、山上先生をお招きしての研修会の記録を本にしたんですよ。これが、『山上敏子の行動療法講義with東大・下山研究室』です。そしたら、すごく売れたんですね。下山研究室のメンバーの素朴な質問が、逆にとても理解を深めるのに役立つということのようです。それで、「みんな分かってないだ」と思いました。それをうけて、数年後に山上先生との研修の成果を記録した『山上敏子の行動療法カンファレンスwith下山研究室』を出版しました。今は、本学の専任講師となっている野中先生も院生としてケースを出していますね。とても難しい強迫性障害のケースでした。山上先生から下山研究室の実践が上達したと、ずいぶんと褒めていただきました。あまり知られていないけど、すごいレベルの高い本だと思います。

野中講師：コメントいただいたことも、合宿で言われた

ことを今も覚えています。

下山教授：あの頃は、医療では手に負えない難しいケースが下山研究室のプログラムにどんどん紹介されてくるようになったので、毎日が勝負でした。いろいろと試行錯誤もしました。当時は、子どもや若者の強迫性障害の認知行動療法をしているところは他にはほとんどなかったもので、東京以外からも来談する方がいました。ほとんどすべてが医療にかかっているケースで、お医者さんがさじを投げたようなケースでした。それを、まだ若い人たちが試行錯誤してやってたんです。上記の『カンファレンス』の本を作るときには、あの本の中にも書いてあるけど、「下山研究室のみんなも力を付けたよね」と山上先生にも言っていただいた。それは、本当にそう思う。あのレベルのケースを若い人たちがやってるって、日本、どこにもなかったと思いますよ。

学生 C：日本ならではの難しさはどのようなものがあつたんでしょうか。

下山教授：ジョン・マーチ⁴⁾が作成した米国の強迫性障害のプログラムでは、親の面接は、全部で17回のセッションのうちで2回ぐらいだった。しかし、**日本では、毎回親面接を並行して実施しない限りはできないですね**。日本の場合、巻き込みがある。日本に特徴なのは、親のほうがそれをやっちゃってる側面がある

わけですよ。親や家族を含めて子どもの支援をしないと、日本では問題解決は難しいのが現実。これは、欧米との違いとしてあると思いますね。

下山研究室のプログラムでは、学生が担当するということもあって、親子並行面接が基本となっていた。もちろん、親子面接も加える。いかに保護者の協力を得て、エクスポージャーができる環境をつくるかが勝負になりますからね。保護者が安心感持ってもらってエクスポージャーをすとならないと、子どもはチャレンジしないですね。子どもがチャレンジした時には、しっかりと保護者が褒めてくれないと先に進めない。保護者が不安になったら駄目です。これは多分、欧米とは違うものだと思う。

司会学生：認知行動療法のプログラム⁵⁾を始めた背景はどのようなものだったのでしょうか。

下山教授：それは、完璧に金生先生に誘われたからですね。それまで、子どもの強迫性障害の治療をやりようと思ったことなかった。しかし、金生先生と一緒にやるとなって、下山研究室のメンバーが北里大学に研修に行ったんですよ。僕は、研究費を出してサポートした。北里大学は相模原にあって、遠くであった。それで、前日泊まって研修受けてプログラム作りをした。そうして東大でプログラム作ったんですよ。

司会学生：その後の時期ぐらいに発達障害に関する書籍を出されていて。発達障害に関するご関心がどこからきたのかお聞きしたい。

下山教授：強迫性障害の認知行動療法プログラムをやっていたらどうしても発達障害が絡んでくることが多くなります。発達障害の強迫、要するにこだわりと、不安がベースにある不安障害としての強迫性障害では、質がことなります。エクスポージャーが役立たないのです。そのことは、山上先生のご指摘で最初からわかっていました。それで、当初は発達障害系の強迫性障害のケースはお断りしていた。しかし、一番困っているのは、そのような発達障害系の強迫状態の子どもさんのご家族です。薬物療法が効かないので、皆さん困り果てているわけです。それで、ある時期に、発達障害系の強迫も対応するというので、発達障

害系のこだわりに対応するプログラムを開発して、提供を始めたわけです。そうすると、発達障害を経験することが多くなった。それと同時に発達障害のアセスメントと支援を専門とする黒田美保先生とも連携するようになったということがありましたね。

その他にも、臨床心理学という雑誌の編集委員をしているときに村瀬嘉代子先生と一緒に発達障害の特集を組むようになった。そこで、アスペ・エルデの会を主催している辻井正次先生とも連携するようになって、一緒に発達障害の理解と支援の特集を組んだり、研修会をしたりした。そのようなことで、発達障害の支援に関わるようになってきたということがありました。、自分にとって必要なものであれば、当初は異質なものであっても、異質ではなくなるということがありますね。

多様な先生方との関わり

司会学生：海外の専門家の方々についても、つながりを作る力がすごいなと思いました。どういう風にしたら関係性を深めていけるのかお聞きしたいです。

下山教授：僕自身もそのこと知りたいですよ。僕は、人見知りだし、田舎者だし、基本的に人付き合いは苦手ですね。ただ、自分でも、時々、自分は人付き合いができるのかもしれないと思うことはあります。カルラ・リッチさんという、引きこもりのテーマで研究したいということで、下山研究室に留学してきた人がいました。彼女は、修士課程をイタリアのポローニャ大学で出た後に、博士課程に入りたいということで私の研究室に進学した。それを契機として、ポローニャ大学と本学との間で大学間契約を結ぼうという話になった。そして、カルラ・リッチさんと一緒にポローニャ大学を訪問して、向こうの副学長と会って交渉をした。その会議が終わった後に、カルラさんが「下山教授は交渉上手だね」と言うんですよ。なぜかという、「状況によって表情を変えて相手に柔軟に対応していた」ということらしいのです。2人で打ち合わせするときの表情と、向こうの副学長が出てきたときには急に顔が変わるという。「にこってして、相手がすごく安心できる顔をする」と

いうわけ。自分は全然、そういうつもりないんだけど。「だから、下山教授はディプロマティックで外交官みたいところがあるの」と言われました。へえと思って、それは意外だった。イタリア人にそれ言われたら、喜ばしいことじゃないのかなと思った。そんなことあったけど、僕は基本的には人見知りです。誰とでも親密に付き合うということないですね。

今でも『臨床心理マガジン』⁶⁾ 作るときに、伊藤絵美先生⁷⁾ や信田さよ子⁸⁾ 先生にお話をお聞きして記事を作ったりしているの、人付き合いができないわけではないと思う。自分は、伊豆の山奥の出身で、家から高校に通えなかったのでも下宿していた。それで、いろいろな価値があることは、小さい頃から感じていた。それで、いろんな価値があるって身に染みて感じている。自分にとっては、あんな山奥の価値だけでやっていたのでは、誰も付き合ってくれないという思いはありますね。自分にとってこだわる価値はない。

ICTの活用に至った3つの理由

司会学生：下山研究室では、様々なアプリケーションを開発して来られたと思います。ICTを使ってみようと思われた背景についてお聞きしたいです (Figure 3)。

下山教授：別に何かにこだわるってことはなくて、役立つものはやりたいなとは思っている。きっかけとしては、2011年の東日本大震災ですね。最初子どもの心理支援をしようとした。しかし、「別にそんな子ども困ってないから」と、地元の大人の大人の人に言われた。それよりも「勉強だけ教えてくれればいから」と言われた。下山研究室では、子どものPTSDの心理支援をオセロまで行って研修を受けていた。しかし、それを実践できなかった。心理支援の代わりに学習支援をすることになった。それで、岩手県で学習支援をしていると、子どもたちは不安を抱えていた。ゲームをしたりして気を紛らわせていた。それで、子どもの心理支援は、オンラインでゲームのような形で提供できればよいのではと思うようになったわけですね。

もう一つの理由は、たまたまその頃に、情報理工学研究科の人たちと知り合った。國吉先生と知り合ったということがあった。その中で國吉先生がGCL (リーディング大学院グローバルクリエイティブリーダー育成プログラム) をやるから一緒にやらないかと誘われた。そのようにして情報理工学系研究科の皆さんとお付き合いが始まり、院生もそこに参加するようになった。それが、下山研がICTを積極的に活用するようになった経緯で



Figure 3. 下山研究室で開発したICTツールの例で、どちらもスマートフォンアプリケーションとして実装されている。左は、呼吸に意識を向けるトレーニングをサポートする『呼吸レッスン』(中野・菅沼・下山, 2018)。右は、人工知能を用いた自然な会話からセルフモニタリングができる『いっぶく堂』(Hirano, Ogura, Kitahara, Sakamoto, & Shimoyama, 2017)。

すね。

それから三つめの理由は、サービスギャップを超えるパスを作らなかったということもある。つまり、今の日本のメンタルヘルスというのは、特集(1)で話しているように、ほとんどのメンタルヘルス問題が医療を経由する仕組みになってるわけですよ。しかも、その医療の対応が偏っているんで、サービスギャップが起きています。海外のメンタルヘルス活動と比較すると、本当に日本は医療が異常にドミナントだと思いますね。全ての問題が医療に入って、医師がコントロールする仕組みになっている。だから、薬物の多剤大量投与の問題が起きています。日本は、そういう異常な仕組みなんですよ。それは、なかなか崩れないだろうと思う。それは、医療の利権だから。そういう仕組みが出来上がってしまっている。

そのようなおかしな状態に対して心理職は何をしたらよいかという課題があるわけです。しかし、それを見ないことにして、「心理職は心の内的世界の変容を目指す心の専門家」といっても、自己愛的で虚しいだけだと思いますね。医療と違うことをどのように社会にアピールするのかわ、心理職はほとんど考えてないわけ。

では、どうしたらいいかと考える。それで考えたのが心理支援のユーザーのマーケットとつながればいいのではと考えたわけ。利用者とつながることが大事となったわけです。利用者第一という原点に戻ったわけですね。メンタルケアサービスは、利用者が選ぶことが大切になっていくと思います。公認心理師法では医師の指示の下で活動することが義務付けられている。これは、世界的にみたら、発展途上国の発想ですね。医師は医師が一番偉いと思っているかもしれないけれども、それで誰が利益を受けるのか、本当に利用者はそれで利益をうけるのかと考えてみると面白いですね。だからこそ、その盲点について心理職は、利用者、つまりユーザーとICTでつながればよいと考えたわけです。

ご退任後について

下山教授：臨床心理学は、実はエリートな人がやる学問です。臨床の研究もできる優秀な人が身につけて、メンタルヘルス活動においてリーダーの役割ととれる人が必要ですね。研究ができないと、何が大事か分からないということがあがる。最新のものも知らなきゃいけない。それから、他の専門職のことも分かなければいけない。社会の動きも分かなきゃいけない。組織のなかで判断もしなければいけない。多職種のチームをまとめるリーダーシップも取らなければいけない。そういう人たちは、絶対必要なのです。

しかし、誰でもリーダーになる必要はないし、なれない。しかも、実際には、リーダーだけでなく、チームのメンバーとして決まったことをこなして実務者としてのカウンセラーも必要。だから、心理職は、臨床心理学を学ぶエリートであるクリニカルサイコロジストと、カウンセリングを学ぶカウンセラーと、それから各学派の心理療法の実践をもつぱらとするサイコセラピストが役割分担をして活動を広げていけばよい。それなのに、日本では、それぞれの立場の人が自己の権利ばかりを主張して喧嘩をしている。

現実に利用者さんに沿って話を丁寧に聞いて、必要な情報を伝えるのはカウンセラー。しかし、全体の動きを読んで組織やチームが向かう方向や方針を判断するのは、カウンセラーの人は苦手。そこで、クリニカルサイコロジストとカウンセラーが役割分担をしながら、心理職のシステムをつくってあげようと思う。本学では、研究も臨床もできてリーダーになる臨床心理職を育てるのが自分の役割だと考えて指導をしていました。しかし、本学を退職したら、次には臨床力のあるカウンセラーを育ててみたいと思っています。

3. おわりに

以上、下山教授へのインタビューを通じ、臨床心理学が社会から求められる課題に対し、下山研究室がどのように応えてきたのかを探索してきた。その中で、一つの価値観に縛られず、多様な専門家との関わりを通じて、心理援助の利用者の希望に寄り添い続けた下山教授の姿

が垣間見られた。その姿は、臨床心理学の発展を志す科学者—実践者にとって、一つの大きな指針となるだろう⁹⁾。

参考文献

- Bruch, M. & Bond, F. W. (1998). Beyond diagnosis: case formulation approaches in CBT Wiley.
(ブルック, M., & ボンド, F. W. 下山晴彦 (監訳) (2006). 認知行動療法ケースフォーミュレーション入門 金剛出版)
- Curwen, B., Palmer, S., & Ruddle., P (2000). Brief behavioral cognitive therapy. SAGE publication.
(カーウェン, B., パーマー, S., & ルデル, P. 下山晴彦 (監訳) (2004). 認知行動療法入門—短期療法の観点から— 金剛出版)
- Hirano, M., Ogura, K., Kitahara, M., Sakamoto, D., & Shimoyama, H. (2017). Designing behavioral self-regulation application for preventive personal mental healthcare. *Health Psychology Open*. <https://doi.org/10.1177/2055102917707185>
- 藤尾末由希・小倉加奈子・砂川芽吹・下山晴彦 (2015). 強迫症状をもつ発達障害児への認知行動療法プログラム開発の試み 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース紀要, 38, 27-35.
- Marzillier, J. S., & Hall, J (1999). What is clinical psychology? Oxford University Press.
(マリツィア, J. S., & ホール, J 下山晴彦 (監訳) (2003). 専門職としての臨床心理士 東京大学出版会)
- 中野美奈・菅沼慎一郎・下山晴彦 (2018). スマートフォンアプリを用いた呼吸法の精神的健康への効果 臨床心理学研究, 36, 431-440.
- 下山晴彦 (編) (2005). 心理学の新しいかたち 誠信書房
- 下山晴彦 (編) (2014). 誠信心理学辞典 [新版] 誠信書房
- 下山晴彦 (2014). 臨床心理学をまなぶ2 実践の基本 東京大学出版会
- 下山晴彦・村瀬嘉代子 (編) (2013). 発達障害支援必携ガイドブック 金剛出版
- 下山晴彦・西村詩織・平林恵美・慶野遙香・石津和子・吉田沙蘭 (2009). 「子どもの強迫性障害に対する認知行動療法プログラムの開発研究」 東京大学大学院教育学研究科附属心理教育相談室紀要, 32, 125-135.
- Stallard, P. (2002). Think Good-Feel Good: A Cognitive Behaviour Workbook for Children and

- Young People. John Wiley & Sons.
(スタラード, P 下山晴彦 (監訳) (2006). 子どもと若者のための認知行動療法ワークブック 金剛出版)
- Stallard, P. (2005). Clinician's Guide to Think Good-Feel Good Using CBT with children and young people. Wiley.
(スタラード, P 下山 晴彦 (監訳) (2008). 子どもと若者のための認知行動療法ガイドブック 金剛出版)
- 堤亜美・羽澄恵・菅沼慎一郎・佐藤有里耶・高柳めぐみ・向江亮・鴛渕るわ・下山晴彦 (2011). 児童青年期の抑うつ認知行動療法プログラムの研究2—認知行動療法プログラムの開発に向けて— (特集: 児童青年期の抑うつ認知行動療法プログラムの研究) 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース紀要, 34, 75-82.
- 山上敏子・下山晴彦 (2010). 山上敏子の行動療法講義 with東大・下山研究室 金剛出版
- 山上敏子・下山晴彦 (2014). 山上敏子の行動療法カンファレンスwith下山研究室 金剛出版
- 吉田沙蘭・野中舞子・松田なつみ・野田香織・平林恵美・西村詩織・下山晴彦 (2014). 児童思春期の強迫性障害に対する認知行動療法プログラムの開発 精神科治療学, 29, 805-810.

脚注

- 1) つなぎモデル: 人と人をつなぐこと、そして人と社会的資源をつなぐことを目指す下山研究室の根幹的なコンセプト。具体的には、個人と社会を「つなぐ」、研究と実践を「つなぐ」、教育訓練と臨床現場を「つなぐ」という3つを表している(下山, 2014)。
- 2) 精神科医、金生由紀子先生。トゥレット症候群、OCDの病態研究を専門としている。
- 3) 精神科医、加藤進昌先生。発達障害の科学的理解と治療研究に取り組んでいる。
- 4) ここで指しているプログラムは、『認知行動療法による子どもの強迫性障害治療プログラム—OCDをやっつけろ—』(March & Mulle, 1998 原井・岡嶋訳, 2008)に掲載されたものを主に表している。
- 5) 下山研究室では、3つのプログラムを開発し、東京大学教育学研究科附属心理教育相談室で実践活動を行っていた。どれも認知行動療法の理論を元にしたものであり、「子どもと若者のための強迫性障害プログラム」(下山他, 2009; 吉田他, 2014), 「子どもと若者の

ためのうつプログラム」(堤他, 2011), 「子どもと若者のための発達障害系こだわりプログラム」(藤尾・小倉・砂川・下山, 2015) と順に開発が行われた。

- 6) 下山晴彦教授が編集長を務めるwebマガジン『臨床心理マガジンiNEXT』のことを指している。
- 7) 公認心理師および臨床心理士, 伊藤絵美先生。認知行動療法, 特にスキーマ療法を専門とした実践活動を行なっている。
- 8) 公認心理師および臨床心理士, 信田さよ子先生。依存症・嗜癖に関する臨床を行い, 本邦において「アダルトチルドレン」の概念を広めたことでも有名である。
- 9) 本特集では, 触れることができなかったが, 臨床心理学からアカデミックな心理学への貢献も, 日本では今まで見られなかった下山教授の大きな業績である。編著として『心理学論の新しいかたち』(下山編, 2005) を執筆し, 臨床心理学と学術心理学を融合した心理学全体の学問アイデンティティおよび将来像が拓く端緒となった。その試みは「講座:心理学の新しいかたち」全11巻シリーズとして展開された。そして, 心理学の新たな全体像は, ユニークな読む心理学辞典として, 公認心理師試験でも大いに役立つとして評判の『誠信 心理学辞典[新版]』(下山編, 2014) として結実している。

(指導教員 下山晴彦教授)

付記:本研究論文作成にあたっては, 科研費の基盤 (A) 課題番号16H02056 (代表下山晴彦) の支援を受けた。