

世界認知行動療法連合(WCCBT)

認知行動療法トレーニングガイドライン

The World Confederation of Cognitive and Behavioural Therapies (WCCBT)
Training Guidelines for Cognitive and Behavioural Therapies

2023年5月12日 WCCBT理事会提出

2023年6月2日 第10回世界認知行動療法会議にて採択

執筆:WCCBTトレーニング・資格認定委員会

(Andrea R. Ashbaugh, Julie Obst Camerini, Jacqueline N. Cohen, Helen MacDonald, Firdaus Mukhtar, Luis Oswald Prez Flores, Mehmet Sungur)

日本語訳作成 (2024年5月)

日本認知・行動療法学会

Japanese Association of Behavioral and Cognitive Therapies (JABCT)

日本認知療法・認知行動療法学会

Japanese Association for Cognitive Therapy (JACT)

世界認知行動療法連合(WCCBT) 認知行動療法トレーニングガイドライン

1. 前文

世界認知行動療法連合(WCCBT)は、エビデンスに基づいた認知行動療法(CBT)の開発と実施を通して、世界の人々の健康とウェルビーイングを促進することを目的としている(WCCBTのミッションについては <https://wccbt.org/aims-and-mission> を参照)。WCCBTは各地域の学会で構成されており、各学会はCBTの科学的知識と研究を推進し、その国や地域における健康やメンタルヘルス上の困難に対するエビデンスに基づいたアセスメントと介入へのアクセスを促進することを普遍的な目標としている。

WCCBTの包括的な目標は、以下の通りである：(a)CBTの世界的な発展と普及を支援すること、(b)CBTに関連するニュース、情報、問題を共有するための世界的なネットワークを発展させること、(c)世界全体のウェルビーイングを向上させるために、メンタルヘルス、CBT、さらには心理的問題(psychological disorders)に対するエビデンスに基づいた治療を広め、推進(advocate)すること、(d)CBTの研究を促進し、支援すること、そして、本ガイドラインに最も関連することとして、(e)教育とトレーニングを通してCBTの効果的な実装を展開し、支援すること。

(e)の目的を推進するため、さまざまな問題に対して、アセスメントと事例概念化(case conceptualization)を用いて認知的・行動的介入を提供することのできるCBT実践者に必要な知識とコンピテンシーに関するガイダンスを作成することを目標に、2020年にトレーニング・資格認定委員会(Training and Accreditation Committee:TAC)が設置された。委員会は以下のメンバーで構成されている(アルファベット順)¹

- Andrea Ashbaugh, PhD, CPsych:カナダ認知行動療法学会(CACBT)前会長、北米代表
- Julio Obst Camerini, PhD:ラテンアメリカ分析・行動変容・認知行動療法学会(ALAMOC)会長、ラテンアメリカ代表
- Jacqueline Cohen, PhD, RPsych:CACBT会長、北米代表
- Helen MacDonald, PhD, Chartered Psychologist:英国行動認知療法学会(BABCP)上級臨床顧問、欧州行動・認知療法学会(EABCT)トレーニングコーディネーター、欧州代表
- Firdaus Mukhtar, PhD, Consultant Clinical Psychologist:アジア認知行動療法学会(ACBTA)会長、アジア代表
- Luis Oswald Perez Flores, Ps Cl. Mg: WCCBT執行理事、TAC議長、ALAMOCメンバー、ラテンアメリカ代表
- Mehmet Sungur, MD:トルコ認知行動心理療法学会(TACBP)会長、国際認知療法協会(IACP)代表

¹ TACはGabriel Perez (ペルー) と Joseph Inhaber (カナダ)にも謝意を表する。

1.1 トレーニングガイドラインの作成

トレーニングガイドラインを作成する構想は、いくつかの理由から生まれた。第一に、世界保健機関が明示しているように、「メンタルヘルスに関する行動の必要性は議論の余地がなく急務」(2022年6月)である²。心理健康を促進し、メンタルヘルスの問題を抱える人々のニーズに対処する効果的な介入が存在する。これらの介入の多くは、認知的介入および／または行動的介入であり、認知理論または行動理論にルーツを持っている。これらのエビデンスに基づいた介入の世界的な普及が求められており、そのためには、CBTとCBT実践者が行う行為を明確にする必要がある。

第二に、WCCBTの構成団体の多くや、CBTの発展に尽力しているその他の団体は、CBTのトレーニングに関する独自のガイドラインを作成済み、または、作成中である。そのため、本ガイドラインの目的は、CBTを提供するためのトレーニングに含むべき内容とコンピテンシーに関する必要最低限の指針を推奨することである。

本ガイドラインが、CBT関係団体によって広く採用されうる定義と基準を示し、世界中で共通するCBT実践者を特徴づける知識とコンピテンシーの共通理解を生み出すことを期待している。最終的な目標は、CBTのトレーニングの基準を定めることによってCBTを世界的に普及させ、CBTやその他のエビデンスに基づいた心理学的介入へのアクセスを改善することである。

トレーニング・資格認定委員会は2022年6月から2023年5月にかけて定期的に会合を開いた。同委員会はまず、英国行動認知療法学会(BABCP)、英国の心理療法へのアクセス改善プログラム(Improving Access to Psychological Therapies:IAPT)、マレーシア保健省の国家精神療法タスクフォース、欧州行動・認知療法学会(EABCT)のトレーニング・資格認定規定、カナダ認知行動療法学会(CACBT)が作成したナショナルガイドラインなど、すでに存在するガイドラインを検討した。また、国際認知行動療法協会(Academy of Cognitive and Behavioral Therapies:A-CBT)、豪州認知行動療法学会(Australian Association for Cognitive and Behaviour Therapy)、BABCP、ベック研究所(Beck Institute)、CACBTが作成した資格認定にかかる推奨も考慮した。

2022年夏にCBTの定義を明確化した後、知識とコンピテンシーの両面から、CBTのトレーニングに共通する要素を特定し、カテゴリー化を行った。その結果得られたカテゴリーが、本ガイドラインの主な内容となっている。その後、小委員会に分かれて、本ガイドラインの第一稿を作成した。WCCBT理事会がこの第一稿をレビューし、そのフィードバックが現行版のガイドラインに反映された。この最新版は、韓国のソウルで開催された2023年世界認知行動療法会議のシンポジウムで発表された。また、CBT関係団体にも回覧を依頼し、フィードバックを求めた。最終文書は2023年6月にWCCBT理事会と会員によって承認された。

² <https://tinyurl.com/WHOMentalHealthAction>

1.2 前提条件

CBTの実践、そして、より一般的な心理学的介入の適用が、地域や国の法律によって規定されていることを踏まえて、本ガイドラインは、CBTの実践者がそれぞれの地域や国でCBTを実践するための適切なライセンス/登録を有していることを主たる前提の一つとした。これは、精神療法・心理療法の実践に関するライセンスの所持(例えば、医師、心理士、ソーシャルワーカー)を意味するかもしれないし、特定の証明書の所持を意味するかもしれない(例えば、CBTセラピストの証明書)。

地域/国によっては、正式な法律や証明書が存在せず、認定されていない者が、トレーニングを受けた後、独立して、あるいはスーパービジョンのもとで、CBT的な介入を提供することがあるかもしれない。そのような場合も、本ガイドラインは、その地域/国で心理的介入を実践するための適切な資格と共に、CBT実践者が基本的なトレーニングを受けて、必要な技能を持っていることを前提としている。また、CBTは対象となる問題によって適用の形式や強度も異なるため、トレーニングも、それぞれの適用の水準に応じて、適切なレベルの複雑性に調整されることが必要である。本ガイドラインは、特定の問題や適用方法に対する実践者のトレーニングを排除することを意図したものではない。

CBTの実践に必要なスキルには、一般的な治療スキルとCBTに特有のスキルの両方が存在し、必要なスキルは対象となるメンタルヘルスの状態や集団によって異なる。それを踏まえて、本ガイドラインでは以下の事項を前提とする。

(a) CBTの実践者が、一般的な治療スキル(例:治療関係の構築と維持、リスクのアセスメントと管理)を獲得済みであること。

(b) CBTの実践者が、倫理、および、専門職としての実践ガイドラインを遵守すること。

(c) CBTの実践者が、自分が関わる特定の問題や集団にCBTやその他の介入を適用するために必要な知識とスキルを常に探求すること。

もう一つの前提は、認知理論と行動理論、認知・行動モデル、介入は進化し続けるということである。CBTの実践者は、この分野における科学その他の発展に関して、常に最新の情報を入手し、利用可能な最善のエビデンスを反映して介入を修正する義務がある。

また、認知・行動モデルと介入は、そのほとんどが、相対的に恵まれた社会文化的な文脈と集団(例えば人種、民族、伝統、社会経済的地位、教育、性別、セクシャルアイデンティティ、能力などの面で)の中で開発・研究されたものである。人種的に多様な、マイノリティの、その他主流派でない集団(例:先住民、黒人、ヒスパニック、その他有色人種、性的マイノリティ、ジェンダーマイノリティ、知的障害のある人、高齢者など)への認知・行動学的アプローチの適応に関する実証研究が増えつつ

あるものの、集団や文脈を超えてこれらのモデルや介入を適応させ、研究するためには、さらに多くの行うべきことがある。CBTの実践者は、多様な、マイノリティの、その他主流派でない人々にサービスを提供する際に、当該の集団や彼らが直面する問題にエビデンスを適用するには限界があることを意識し、文化差や個人差について学び、それに配慮し、文化的謙虚さを発揮し、文化に即した臨床ケアを実践することが前提となる。

最後の前提は、CBT実践者は自分自身に対してCBTのスキルを使う能力を持っており、それを通じて、CBTの効果的な適用と実践を妨げる自身の態度を特定し、検討し、問い直すことができるということである。クライアントに接する際に、自分自身の感情を調整できることも求められている。

1.3 定義

以下の用語の定義は文献によってかなりのばらつきがある。この点を明確にするために、本ガイドラインで用いる重要用語を以下のように定義する。

1.3.1 認知行動療法 (Cognitive and Behavioural Therapies: CBT)

WCCBTは、CBTを、人間の経験に基づく、認知的、行動的、文脈的な理論やモデルを用いた、実証的な治療アプローチの集合体と定義する。わかりやすくするために、CBTという略語が使われているかもしれないが、CBTという大きな分野の中には、複数のモデルや方法が含まれているという認識である。CBTでは、人間の行動に関する科学は日進月歩の進化を遂げるという点を重視し、協同的実証主義が基本となる。CBTでは、認知、行動、感覚、感情、ライフイベント、および、それらの相互関係と、それに対する反応が、心理的ウェルビーイングの発達と維持において重要な役割を果たすと強調している。CBTの目標は、思考の柔軟性を高め、感情を経験したり、表現したり、調節したりする能力を向上させ、機能的な行動を増やすことによって、苦痛を軽減し、生活の質を改善し、人間の苦悩を軽減することである。この定義は、新たな実証的知見の蓄積とともに進化していくものである。

1.3.2 CBT実践者(CBT practitioner)

CBTを提供する者は、地域や国によってさまざまな肩書きで呼ばれるため(例:臨床家、カウンセラー、メンタルヘルスケア提供者、心理療法士、セラピスト)、本ガイドラインでは、「CBT実践者」という用語を、CBTを治療実践に応用している人を最も正確でシンプルに示す表現であると考え、そのように定義する。

1.3.3 ガイドライン(guidelines)

本ガイドラインは、CBT実践者が受けるべきトレーニングの内容、最低限の中核的な知識、CBT実践者が有すべき臨床コンピテンシーの指針を提供するものである。本ガイドラインは、CBTトレーニングの規制的基準として設計したものではなく、各組織における基準の策定、トレーニングプログラムの開発と評価、CBT実践者自身のトレーニングの決定と自己評価のために、活用されることを期待している。

1.3.4 トレーニング(training)

トレーニングは、専門的なメンタルヘルス・プログラム、専門的な継続研修としてのワークショップ、科目、修了認定プログラム、スーパービジョンとコンサルテーション、その他の提供方法で行われる活動を広く含む。トレーニングは、総合的な学習プログラム、単独のコース、または、さまざまな組み合わせで行われる。

1.3.5 トレーナー(trainer)

CBTの知識とコンピテンシーを教授する人を表す用語は、地域によってさまざまである(例:臨床スーパーバイザー、講師、臨床コンサルタント)。本ガイドラインでは、トレーナーとは、CBT実践者としての知識とコンピテンシーを有しており、研修生、学生、研修医等に対して、CBTの適用に関する知識とコンピテンシーを獲得するためのスキルを教える人を指す。

1.3.6 研修生 (trainee)

本ガイドラインにおける研修生は、CBTの適用に関する知識とコンピテンシーを伸ばすためのトレーニングを受けようとしている、または、受けている者全てが含まれる。正式なヘルスケアの専門家の研修プログラム生だけでなく、CBTの実践方法を学んだり、CBTのトレーニングを深めようとしたりする実践者も含まれる。

1.3.7 知識 (knowledge)

知識とは、人間の経験や変化のプロセスに関する理論と科学的エビデンスに基づいた理解を指す。知識は、この分野が発展・進化するにつれて、さらに蓄積されていく。

1.3.8 コンピテンシー (competencies)

コンピテンシーとは、トレーニング終了時までには研修生が発揮すべき中核的な能力、行動、スキルの集合体である。コンピテンシーは、中核的な知識と、その知識をいつ、どのように適用するかを知るための経験を含む。コンピテンシーは固定的なものではなく、時間の経過や分野の発展とともに進化していくものである。

1.3.9 アドヒアランス (adherence)

アドヒアランスとは、臨床家が特定の介入を実施する際の正確性(特定の原則やプロトコルにどれだけ忠実に従うか)を指す。アドヒアランスはエビデンスに基づいた治療を提供する上で重要な要素である。

1.3.10 コンピテンス (competence)

コンピテンスとは、アドヒアランスとは対比的に、特定の原則やプロトコルをいかに効果的に実装するかを指す。

1.3.11 多様性 (diversity)

多様性とは、特性や社会的集団の違いを指す。人種、民族、伝統、言語、文化、宗教、社会経済的地位、カースト、教育、ジェンダー、性的指向、婚姻・交際状況、年齢、精神的・身体的能力、体重、外見などが例として挙げられるが、これらに限定されるものではない。

2. 基礎とコンピテンシー (Fundamentals and Competencies)

このセクションは、本ガイドラインの中心的な内容であり、CBT実践者が知っておくべき知識と、CBTトレーニングの終了までに示すべきコンピテンシーを概説する³。

第1部では、CBTの基礎と、中核的な CBTの知識をリストアップしている(2.1)。リストは、すべての実践者が知っておくべき中核的なCBTの知識と、アセスメント、コミットメントの形成、介入方略から構成されている。

第2部(2.2)では、CBT特有のコンピテンシー、つまり、CBT実践者がトレーニング終了時まで示すべき能力に焦点を当てている。これには、クライアントのエンゲージメント、アセスメントと事例概念化、普遍的介入、具体的介入のスキルが含まれる。ここでは、具体的介入を、主として行動的な方略、主として認知的な方略、主として文脈的な方略という3つに分けて整理している。これらのカテゴリーには重複があり、その他の分類方法もあり得る。

2.1 CBTの基礎と中核的な知識

研修生は、以下に挙げるCBTの基礎と、中核的なCBTの知識について知っておく必要がある。

2.1.1 CBTの知識

- a. CBTの発展と歴史
- b. 科学的文献の読み方や実践への活かし方、CBTの理論と実践の進歩に関する最新情報の入手方法
- c. エビデンスに基づく支援の原則と実践
- d. 臨床的問題や精神病理の発生と維持を説明するCBTモデル:
 - i. 感情の進化モデル
 - ii. 学習理論・行動理論(古典的条件づけ、オペラント条件づけ、観察学習、経験学習、馴化学習、制止学習などの概念を含む)
 - iii. メンタルヘルスの問題の発生と維持に関する行動理論
 - iv. 思い込み、信念、評価、解釈、価値の発達に関する認知理論
 - v. 情報処理モデル
 - vi. 文脈理論(contextual theories)
 - vii. 認知と行動の相互作用を主眼とする統合モデル
 - viii. 目標の達成と機能の改善

³ ただし、これは必ずしも完全なリストではない。

2.1.2 CBTアセスメント

- a. CBTの適応と禁忌
- b. アセスメントツールと面接スキル(客観的測定、ソクラテス式対話など)
- c. CBTの事例概念化の原則と治療への適用
- d. 事例のモニタリングとアウトカムの評価(測定に基づくケア(measurement-based care)など)
- e. 個人的・文化的要因(例:ジェンダー、文化、信仰、民族、年齢、セクシュアリティ、社会経済的地位、教育、職業、ニューロダイバーシティ)、およびそれらの相互作用に対する、(事例)概念化、認知・行動モデル、介入の調整
- f. 文化、心理的プロセス、メンタルヘルス問題の相互作用の考慮
- g. 併発する問題や複雑な症状への適応

2.1.3 CBTへのコミットメントの形成

- a. CBTにおける治療関係の役割(協同的実証主義を含む)
- b. CBTでよく起こる問題に対する認識
- c. CBTにおける構造化の役割(セッションの構成や形式など)
- d. クライエントのエンゲージメントと変化への準備性のアセスメント
- e. 治療プロセスに対するモチベーションとコミットメントの構築
- f. 治療目標の協働的な決定
- g. 治療の枠組みの設定

2.1.4 認知行動的介入

- a. 認知的、行動的、覚醒低下(arousal reduction)、アクセプタンス、実験的方略
- b. 原理やスキルを日常生活に般化させることの重要性
- c. 向上と維持のための、省察的で計画された練習の役割
- d. セッション間の課題やその他のホームワークの効果的な活用
- e. 効果を維持し、再発を予防するためのCBTモデル
- f. 専門家へのコンサルテーションおよび／または紹介の基準
- g. エビデンスに基づく治療の終結

2.2 CBT特有のコンピテンシー

トレーニングの終了時までには、研修生は以下のCBT特有のコンピテンシーを習得していなければならない。

2.2.1 クライアントのエンゲージメントと協働

- a. クライアントのニーズと治療を一致させる
- b. クライアントの治療に対するモチベーションを評価し、高める
- c. 治療同盟に重要な要素(目標や治療課題の合意など)を確立し、維持する
- d. 協同的実証主義の枠組みを確立し、維持する

2.2.2 アセスメントと事例概念化

- a. 妥当性が確認されたアセスメントツール(自己記入式評価尺度、面接、観察、病歴や付随的情報、特定の行動の機能的アセスメントなどが含まれる)を使用して、以下を評価する:問題の頻度・持続時間・強度、誘発・維持要因、対処方略、併存疾患
- b. アセスメントに基づき、CBTの事例概念化を行う
- c. 具体的(specific)、測定可能(measurable)、達成可能(achievable)、問題に関連した(relevant)、期限の定められた(time-bound)治療目標(SMART)を協働的に設定する
- d. 治療の進行とともに、事例の概念化を評価し、修正する
- e. 進捗とアウトカムのモニタリングを行う
- f. セルフモニタリングとセルフマネジメントのスキルを評価・査定する

2.2.3 普遍的介入

- a. CBTのモデルと事例概念化に基づいた心理教育を提供する
- b. 生理学と神経可塑性に関する心理教育を行う
- c. CBTの理論的根拠を説明する
- d. セッションの構造を協働的に設定する(アジェンダを設定し、それに従うことを含む)
- e. セッションの方向性を適切に示し、ペースを調整する
- f. 治療経過を測定し、必要に応じて介入を修正する
- g. 特定の問題についての機能的アセスメントを行う
- h. モチベーションとコミットメントを高める
- i. 問題解決のスキルと概念を教える
- j. 硬直した、柔軟性のない、助けにならない思考、態度、信念、思い込みを特定し、探求し、対処する
- k. 助けにならない行動を特定し、修正する
- l. 感情に注意を向け、承認し、適切に扱う(クライアントが感情を特定し、理解し、適切に表現し、扱い、対応できるよう支援することを含む)

- m. セッション中およびセッション間の行動実験、エクスポージャー、その他の課題を設定する
- n. セッション間の課題を協働的に確認したり、見直したりする
- o. セッション間の課題の障壁を特定し、問題解決する
- p. クライエントに治療終結の準備をさせ、再発防止計画を立てる
- q. CBTを個人的・文化的要因に合わせて調整する
- r. 併存疾患や複雑な症例に対応するために、CBTを調整する
- s. 治療中に生じた問題を解決する

研修生は、以下の具体的な方略の一部または全部を用いることができる必要がある。

2.2.4 具体的介入：行動的方略

- a. 随伴性マネジメント(刺激制御、自然強化因子の同定と組み込み、複雑な行動の連鎖のシェイピングなどを含む)
- b. コミュニケーションスキルトレーニング(ソーシャルスキルトレーニング、効果的な対人関係スキル(interpersonal effectiveness skills)、アサーショントレーニングなどを含む)
- c. エクスポージャーに基づく方略(階層表の作成、ペース配分、段階的エクスポージャー、現実エクスポージャー、内部感覚に対するエクスポージャー、イメージエクスポージャー、反応妨害、安全確保行動・逃避・回避の同定などを含む)
- d. 行動活性化(達成、快活動、ペース配分などを含む)
- e. 習慣逆転法(habit reversal)
- f. 覚醒を下げる方略(呼吸法、漸進的筋弛緩法、心理的および行動的ディストラクション、グラウンディングおよび苦痛耐性スキル、感情調節スキルなどを含む)
- g. 問題解決(問題の特定と定義、解決策の案出、解決策のバランス評価、行動ステップの実行、決定した解決策の評価などを含む)
- h. 行動のモニタリングと修正(睡眠、食事、運動など)

2.2.5 具体的介入：認知的方略

- a. 認知の内容とプロセスの同定(ソクラテス式対話、誘導による発見、思考モニタリングなどを含む)
- b. 認知の内容のラベリングと分類(助けになる・効果的な思考パターンと助けにならない・効果的ではない思考パターンの識別;思考の確信度の同定と評価;感情、身体感覚、行動に対する思考の影響の検討;などを含む)

- c. 感情の同定、記述、ラベリング、感情の構成要素の理解、感情の強さの評価
- d. 活動スケジュール、行動実験や調査、心理的柔軟性の増進、代替思考の特定、注意の再訓練と認知バイアスの修正、イメージの書き換え、新しい信念の生成と評定などを通じた、認知の内容やプロセスの修正
- e. メタ認知方略

2.2.6 具体的介入：文脈的方略

- a. マインドフルネスに基づく方略
- b. アクセプタンスに基づく方略
- c. コンパッションに基づく方略
- d. 認知的フュージョンとディスタンシング(内的事象に対して「距離」をとる)
- e. 価値の同定
- f. 価値の言語化に基づく行為の生起促進(comitted action)
- g. 文脈としての自己
- h. レジリエンスと個人的強みの開発

3. トレーニングと評価 (Training and Evaluation)

トレーナーは、研修生の経歴を把握し、当該の地域や国でメンタルヘルスサービスを提供する資格のある研修生のみトレーニングを実施する。

研修生は、トレーニング終了時には、学んだスキルとコンピテンシーを効果的に適用できるようになっていなければならない。CBTのトレーニングは、研修生がアドヒアランスとコンピテンスの両方を示すことができるまで続けるべきである。

本章では、はじめにアドヒアランスとコンピテンスの習得に推奨されるトレーニング方法について説明し、次にアドヒアランスとコンピテンスを評価する上で推奨される方法を示す。

3.1 トレーニング方法

トレーニングは、CBTの技法を学ぶだけでなく、それをどのように倫理的かつ効果的に適用するかについて確実に習得できるよう、個々の研修生に合わせて調整するべきである。CBTのアドヒアランスやコンピテンスを達成するために最低限何時間のトレーニングが必要であるかは、まだ十分に明らかにされていないが、CBTのアドヒアランスを高める上でスーパービジョンが重要であることを示す研究はある。CBTのトレーニング／スーパービジョンの時間と、コンピテンスとの間には相関関係があることが示唆されている。すなわち、より多くのトレーニングを受け、内省し、目的をもって実践に取り組んだ研修生は、より高いコンピテンスを習得する確率が高い。

CBTの知識の習得(CBTの歴史、エビデンスに基づくという考え方、CBTの原理など)には、教示的方法が重要だが、CBTのスキルの習得には、応用的な演習方式のトレーニング(スーパービジョン、計画された練習など)が不可欠である。スーパービジョンは、CBTのトレーニングに特に必要な要素と考えられている。そのため、研修生が、様々な背景の多数の事例について、継続的にスーパービジョン／コンサルテーションを受けることを強く推奨する。もし研修生が特定の集団や文脈を対象に活動するのであれば、その集団や文脈に対するスーパービジョンを受けることが不可欠である。

WCCBTは、CBTのトレーニングに以下のすべてを含めることを推奨する：

- 教示的方法(講義、ウェビナー、読書など)
- 経験的方法(事例概念化やロールプレイなど)
- 十分な回数 (少なくとも6セッション)治療を実施した、複数のCBTの事例(少なくとも3例以上)のスーパービジョン

スーパービジョンは、少なくとも2人の異なるCBTトレーナー／スーパーバイザーから受けるべきである。さらに、研修生は、さまざまな問題を呈するクライアント(不安、うつ、トラウマ関連ストレスなど)を担当することが理想的である。スーパービジョンは、様々な形式(例：グループ、個人)で実施で

きるが、スーパーバイザーのセッションの直接観察、スーパーバイザーの臨床判断に関する検討、および、トレーニング中のCBTのスキルの臨床適応に関する検討を含むべきである。研修生は、自分の長所とさらに伸ばすべき領域について、定期的にフィードバックを受けるべきである。

3.2 評価の方法

評価には、CBTの知識の評価だけでなく、CBTを臨床実践で適用するためのコンピテンスも含むべきである。アドヒアランスとコンピテンスの両方を、複数(少なくとも2人)のトレーナーが評価すべきである。

WCCBTは、以下の評価方法を推奨する。

- CBTの知識は、多肢選択式テスト、短答・長答式の論述問題、ふりかえりレポート、プレゼンテーション、特定のトピックに関する文献の要約などによってアセスメントしうる。
- CBTの方略を臨床で適用する能力の評価には、事例報告、事例概念化の記述、セッションの記録の振り返り、ピアスーパービジョン／コンサルテーションが役立つ。
- しかし、研修生のコンピテンスの評価には、研修生のCBTの実践を観察することを含む必要がある(直接観察、録音・録画、ロールプレイ)。評価すべき要素には、治療関係構築のスキル、CBTの事例概念化、セッションの構造化、さまざまなCBT方略の適用、CBTのプロトコルを遵守しつつも、個々の事例に応じて柔軟に適用すること、文化的背景を考慮して事例に介入を適用すること、などが含まれる。
- さらに、標準化された評価尺度を用いて研修生を評価することが強く推奨される。これには、Cognitive Therapy Rating Scale - Revised (Miller, 2022)やCognitive Therapy Scale - Revised (James, Blackburn, & Reichelt, 2001)などの、CBTへのアドヒアランスに関する妥当性が確認された尺度が含まれる。しかし、評価尺度は、適用するCBTのモデルや対象となる集団に適したものである必要がある。

訳語一覧

この日本語訳ガイドラインでは、原文のガイドラインの用語について以下の訳語を用いた。これらの訳語は、本ガイドラインの翻訳にあたって便宜的に用いたものであり、文脈によっては他の日本語に置き換えられる場合もある。

ability:能力

assessment:アセスメント

between-session assignment:セッション間の課題

case conceptualization:事例概念化

clinician:臨床家

collaboration:協働

competency:コンピテンシー

core:中核的な

empirical:実証的

engagement:エンゲージメント

evaluation:評価

implementation:実装

intervention:介入

mental health:メンタルヘルス

population:集団

practitioner:実践者

psychotherapy:心理療法

rating:評価

skills:スキル

socioeconomic status:社会経済的地位

training:トレーニング

treatments:治療(訳注:心理的介入の意味であり、医療行為としての治療に限定されない)

well-being:ウェルビーイング