薬物乱用者の動機づけ促進療法

William R. Miller, Ph.D.

この治療者マニュアルは薬物乱用国立機構の基金による治療開発プロジェクトの一つとして公有のものとして作成された(R01-DA08896)。著者は個々に記載した治療の有効性に関しては責を負うものではない。このマニュアルは研究プログラムにおける治療の標準化のために作成された。有効性研究が現在行われている。

（訳　福島県精神保健福祉センター　畑哲信）

前書き

　これは薬物乱用者への動機づけ促進療法（ＭＥＴ）適用における治療者のための臨床研究用ガイドである。ＭＥＴは動機づけ面接（Miller,1983;Miller & Rollnick,1991）として知られる臨床アプローチに基づき、アセスメント・フィードバックの「チェックアップ」様式が含まれる（MIloler $ Sovereign, 1989; Miller, Souvereign & Krege, 1988）。この統合的ＭＥＴアプローチは、アルコール乱用・アルコール依存国立機構による共同合意基金に基くアルコール依存治療の多施設研究であるＭＡＴＣＨプロジェクトのために開発された詳細な治療者マニュアルに記載されている（ＮＩＡＡＡ；ＭＡＴＣＨプロジェクト研究グループ, 1993）

　この文書はＭＡＴＣＨ　ＭＥＴプロジェクトの治療者マニュアルを適用し拡張したものである。オリジナルのＭＥＴマニュアルの作成に当たってはAllen Zweben, Carlo DiClemente, Robert Rychtarik先生の協力に感謝する。そのマニュアルに記載された背景、臨床アプローチと手続きは、使用物質の選択がアルコール以外の薬物の場合のクライアントの治療にも直接適用できる。基本的な記載の大部分はこの公有のマニュアルから直接採用・引用されている。薬物乱用者への適用を示すために新たな例を加えており、アセスメントフィードバックの部分全体は薬物に焦点を当てた方法に書き換えた。

　このマニュアルは薬物乱用国立機構の基金による治療開発プロジェクトの一つとして作成された（NIDA; R01-DA08896）。最初の原稿から、２年間の臨床経験に基づいて、マニュアルの内容を修正し補った。このマニュアルの開発に共同で取り組んだ治療者は、Robert J. Meyers, Nancy Handmaker, Joseph Miller, Edward Nash, Tracy Simpson, Carlina Yahneである。

　このマニュアルはNIDA治療開発研究のフェーズ２において、薬物乱用者の治療のガイドとして開発された。フェーズ１では治療を求める大切な人の薬物使用で悩む重要他者（家族など）に治療を提供した。フェーズ１では薬物乱用者を治療に向かわせるための介入であった。フェーズ１の介入が成功すると、薬物乱用者に研究への参加を提示し、注意深いアセスメントののち、このMETアプローチで通院治療を行う。重要他者（SO）はすでにフェーズ１で研究に参加しているので、METフェーズでも重要他者の参加が強調される。

　このマニュアルに記載された治療手続きの有効性については責を負わない。METの原理は臨床や実験室的な研究で十分に裏付けられているが、このマニュアルに記載されているようなMETの有効性については検証段階である。臨床研究がおこなわれている。こうした類のマニュアルはすべて、「開発中」とみなされるものであり、その後の研究や経験によって改善が続けられるべきものである。

薬物乱用者の動機づけ促進療法

目次

[導入 5](#_Toc17207352)

[概要 5](#_Toc17207353)

[変化のステージ 6](#_Toc17207354)

[臨床的検討 8](#_Toc17207355)

[理論的根拠と基本的原理 8](#_Toc17207356)

[１．共感を示す 8](#_Toc17207357)

[２．矛盾を発展させる 8](#_Toc17207358)

[３．論争を避ける 9](#_Toc17207359)

[４．抵抗を手玉に取る 9](#_Toc17207360)

[５．自己効力感を支える 9](#_Toc17207361)

[他の治療アプローチとの相違 9](#_Toc17207362)

[臨床戦略 11](#_Toc17207363)

[フェーズ１：変化の動機づけを築く 11](#_Toc17207364)

[１．自己動機づけの発言を引き出す 11](#_Toc17207365)

[２．共感をもって聞く 14](#_Toc17207366)

[３．質問 17](#_Toc17207367)

[４．個人フィードバックを提示する 17](#_Toc17207368)

[５．クライアントを是認する 18](#_Toc17207369)

[６．抵抗を手玉に取る 19](#_Toc17207370)

[７．リフレーミング 21](#_Toc17207371)

[８．要約 22](#_Toc17207372)

[フェーズ２：変化へのコミットメントを強化する 23](#_Toc17207373)

[変化準備性を確かめる 23](#_Toc17207374)

[鍵となる質問をする 24](#_Toc17207375)

[計画について話し合う 24](#_Toc17207376)

[選択の自由を伝える 25](#_Toc17207377)

[行動することと行動しないことの結果 25](#_Toc17207378)

[情報と助言 25](#_Toc17207379)

[断薬とハームリダクション 27](#_Toc17207380)

[抵抗への対応 28](#_Toc17207381)

[チェンジプラン・ワークシート 28](#_Toc17207382)

[要点の繰り返し 31](#_Toc17207383)

[コミットメントを求める 31](#_Toc17207384)

[METに重要他者を含める 33](#_Toc17207385)

[配偶者／SO参加の目標 33](#_Toc17207386)

[重要他者の役割を説明する 34](#_Toc17207387)

[フェーズ１における重要他者 34](#_Toc17207388)

[フェーズ２における重要他者 36](#_Toc17207389)

[CSOの破壊的言動を扱う 37](#_Toc17207390)

[フェーズ３：フォロースルー（計画遂行）の方法 38](#_Toc17207391)

[MET面接の構造 40](#_Toc17207392)

[最初の面接 40](#_Toc17207393)

[最初の面接の準備 40](#_Toc17207394)

[治療の原則と展開を提示する 40](#_Toc17207395)

[最初の面接を終える 42](#_Toc17207396)

[フォローアップの覚書 42](#_Toc17207397)

[予約に来ない場合 43](#_Toc17207398)

[フォロースルーMET面接 44](#_Toc17207399)

[移行または紹介 45](#_Toc17207400)

[終結 45](#_Toc17207401)

[時間と面接の限界 46](#_Toc17207402)

[電話相談 46](#_Toc17207403)

[危機介入 46](#_Toc17207404)

[参考文献 47](#_Toc17207405)

[付録 47](#_Toc17207406)

# 導入

## 概要

　動機づけ促進療法（MET）は変化を引き出すための系統的な介入アプローチである。これは動機づけ心理学の原理に基づき、素早い、内在的動機付けによる変化をもたらすように考えられている。この治療法はクライアントを導いたりトレーニングしようとしたり、一歩一歩リカバリーを目指すものではなく、クライアント自身が持つ変化の力を動かすための動機づけ法を用いるものである。この方法は介入そのものとして使うこともできるし、さらなる治療への一歩として使うこともできる、このマニュアルは通院の設定での使用のために作成されたが、入所条項でも適用できる。METは、クライアントとの接触が１，２回の面接に限られるような状況で特に有用であろう。治療効果の研究では、MET法が問題飲酒者の変化をもたらす効果があることが強く示されている。METは他の薬物問題に対しても用いられているが（Baker & Dixon, 1991; Saunders, Wilkinson & Allsop, 1991; van Bilsen, 1991）、薬物乱用者への効果の評価には効果研究が必要である。

METの研究基盤

　２０年以上の間の研究で、より長期間で強度の高い治療プログラムと短期間で強度の低い方法や、簡易な代替アプローチとを比較しても、アルコール問題の治療や（Annis, 1985; Miller & Hester, 1986b; Miller & Rollnick, 1991; U.S.Congress, Office of Technology Assessment, 1983）、薬物問題（MacKay, McLellan & Alterman, 1992）、より一般的な精神保健問題（Kiesler, 1982）、の治療結果には、驚くべきことに、ほとんど違いがないことが示されてきた。そうした結果の一つの解釈として、すべての治療が同等に無効である、という解釈もある。しかし、より多くの文献を総説すると、そうした悲観論は支持できない。たとえば、アルコール治療法のほぼ半数の研究では有意な効果が見出されており、比較的簡略な治療についても多くの研究で非介入群よりも効果があることが示されている（Holder, Longabaugh, Miller & Rubonis, 1991; Millerら, 1995）。

　この結果のもう一つの解釈は、多くの治療法が、変化を引き出す内容を中心的な内容として共通して含んでおり、より広範なアプローチのいくつかは多くのケースには必須ではない、ということが考えられる。このことから、アディクションの分野においても他の分野と同様、変化をもたらすのに必要十分な決定的な条件を探求すべきと考えられる（例、Oxford, 1986）。MillerとSanchez(1994)は、問題飲酒者に変化をもたらす研究で示された、比較的簡易な介入法の有効な内容として考えられる６つの要素を、頭文字を取ってFRAMESとして、記載している。

　個人のリスクや重要性のフィードバック（FEEDBACK）

　変化についての個人の責任の強調（RESPONSIBILITY）

　変化に対する明確な助言（ADVICE）

　変化の選択肢のメニュー（MENU）

　治療者の共感（EMPATHY）

　クライアントの自己効力感や楽天性の促し（SELF-EFFICACY）

これらの治療要素は、動機づけ変化とはどういうものかについての研究の大規模な総説結果と合致する（Milloer, 1985; MIlloer &Rollnick, 1991）。

　これらの動機づけ要素のいくつかもしくはすべてを含む治療介入は、２ダース以上の研究で治療開始、長期的なアルコール使用やアルコール関連問題の減少、飲酒に起因する健康問題に有効なことが示されている（Bien, Miller & Tonigan, 1993）。これらの研究の多くで、動機づけ面接が、他のより長期のより強度の高い方法と比べてもそれに匹敵する結果が得られていることは注目すべきである。現在のところ、問題飲酒者に対する有効性が示されているこの方法が、薬物乱用者においても有効であることを示すランダム化試験は一つだけである：Stephens and Roffmann(1993)は動機づけ面接がマリファナ依存の成人に有効であることを報告している。

　METの中心部分を形作る治療スタイルが有効であることを示すさらなる結果が示されている。Carl Rogersやその門下が定義した（例、Rogers, 1957,1959; Trunax & Carkhuff, 1967）正確な共感という治療者特性が、治療の成功を強力に予測することが示されており、それは治療が他の（たとえば国道療法的な）原理に基づく場合も当てはまる（MIloler, Taylor & West, 1980; Valle, 1981）。Miller, Benefield, and Tonigan(1993)は、治療者が直面化（共感的スタイルとは対極の疑念）を用いる程度が大きいことが、治療１年後の問題飲酒者の飲酒継続を予測することを示した。

## 変化のステージ

　METアプローチはさらに、自然回復プロセスについての研究に基いている、Prochaska and DiClementeは（1982, 1984, 1985, 1986）、公式の治療がある場合と無い場合で、依存行動がどのように変化するかについてのトランスセオレティカルモデルを記載している。トランスセオレティカルな視点によると、問題行動を修正していくにあたって、人は一連の変化のステージをたどる。このステージの考えは、変化を理解する上で重要である。各ステージでは、変化を達成するために、特定の課題を達成し、得敵のプロセスを経ることが必要である。このモデルでは６つのステージを確認している（Prochaska & DiClemente, 1984 1986）。

　問題行動を変化させることを考えていない人は、**前熟慮**にあるとされる。**熟慮**のステージでは人は、問題の存在と、問題行動を変えることの実現性とコストの両方について考え始める。このように歩んできて、行動や変化を起こす決心をする**決意**ステージに移る。いったん問題行動を修正し始めると、**行動**ステージに入り、これは通常３-６か月続く。行動ステージでうまくいくと、**維持**、もしくは持続的な変化に移る。これらの努力が失敗すると、**再発**が起こり、次のサイクルが始まる。

　理想的な道は、一つのステージから次のステージへと直接進み、維持が達成される。しかし、薬物使用に関連する深刻な問題を抱えるほとんどの人は、行動や維持に失敗し、何度かのスリップや再発を経験する。良いニュースは、再発したほとんどの人は再びサイクルにはいり、熟慮に戻って変化のプロセスを再開するということである。通常、この変化のサイクルを何度か繰り返して、変化の維持の成功が得られる。

　変化のステージの視点から見ると、METアプローチは、クライアントが現在、変化のサイクルのどこに位置するかに関心を払い、各ステージから変化の維持にうまく移行するのを助ける。ME治療者にとって、熟慮と決意のステージが最も重要である。目的は、クライアントが２つの基本的な問題を真剣に考えるのを助けることにある。一つは、薬物使用がどのくらいの問題をもたらしたか、そして自身にどのように影響しているか（ポジティブな面とネガティブな面）である。薬物使用のこうした良い面と悪い面のバランスを変化の方向に傾けることが、熟慮から決意に移るのに不可欠である、二番目は、熟慮にあるクライアントが、薬物使用を変化させることの可能性とコスト／ベネフィットを評価することである。クライアントは、自分が変化することができるのか、変化することが自分の生活にどのように影響するかを考える。

　決意のステージでは、クライアントは行動しようという強い決意を抱く。決意は、変化を試みた過去の経験によって影響される。過去に薬物使用を変化させることに失敗した経験を持つ場合は、再びサイクルに向かう決意を励ましてあげる必要がある。

　変化のサイクルを理解することは、クライアントに向かうME治療者に役だち、介入方法が向かう方向を教えてくれる。個々の人は変化のサイクルをそれぞれの方法で動くが、サイクルは同じである。しかし、サイクルを移動するスピードや有効性は変わってくる。課題は、個々の人が一つのステージから次のステージに、可能な限り素早く効果的に移るのを助けることである。

　METは特に動機づけの低いクライアントに対して有効であると信じるに足る理由がある。Rollnickらは（Heather, Rollnick, Bell & Richmond, 1996）問題飲酒者を対象としたランダム化試験で、変化の前熟慮や熟慮のステージにあるくらい会因とに対して、METが行動変容スキルトレーニングよりも有意に効果的であることを示した。より動機づけのあるクライアント（治療に導入する際にすでに行動ステージに向かっている）に対しては、２つのアプローチの効果は同等であった。

　まとめると、METは変化に対する動機づけにおいて、理論的にも研究的にも十分な基盤がある手法である。これは、嗜癖行動の変化の背景となるステージや家庭の理解と合致するものである。これは、実験的および臨床的な研究から導き出された動機づけ原則に依拠する：その全般的な効果は他の治療結果に十分比肩し得るものであり、費用対効果を考慮すると、METは他のアプローチと比べて十分に割安である。

# 臨床的検討

## 理論的根拠と基本的原理

　METのアプローチは変化に対する責任と能力はクライアントにあるという仮定から始まる、治療者の役割は、変化にコミットするクライアント自身の動機づけを促進するような状況を創り出すことにある。変化の一時的な場を治療面接に置くのではなく、治療者は、クライアントの内部の力や、クライアントの自然な支援関係に含まれる力、を動かすことを求める。METは変化に対する内在する動機づけを支え、それによってクライアントは行動変化の努力を開始し、持続させ、維持する。Miller and Rollnick(1991)はそうしたアプローチの下地となる５つの基本的な動機づけの原理を記述している。

１．共感を表す

２．矛盾を発展させる

３．論争を避ける

４．抵抗を手玉に取る

５．自己効力感を支える

### １．共感を示す

　ME治療者はクライアントに対する大きな経緯を伝えるように求める、治療者とクライアントの間の上下関係を表すような会話は避ける。治療者の役割は、支持的な同伴者と知識のあるコンサルタントを混合したものである。クライアントの選択の自由と自己決定を尊重する。この意味では、まさにクライアントだけが変化を決定しその選択を実行することができる。治療者は中傷ではなく賛辞を求め、破壊ではなく建設を求める。METの多くは話すことよりも聴くことである。説得は優しくわずかで、常に変化はクライアントにかかっているという仮定で臨む。そうした優しい、非攻撃的な説得の力は、臨床的な著述でひろく気づかれている点であり、そこにはBill Wilson自身の「他者と取り組む」における助言も含まれる（Alcoholics Anonumous, 1976）。聞き返し（正確な共感）は動機づけ面接のカギとなる技術である。それはクライアントをそのままに受容することを伝えるものであると同時に、変化のプロセスを支えるものである。

### ２．矛盾を発展させる

　変化への動機づけは、自分がいる場所と自分が望む場所の矛盾に気づいた時に生じる。METのアプローチは薬物使用に関するそうした矛盾に対するクライアントの注意を促しそこに焦点を当てようとする。ある場合には（例、Prochaska and DiClementeのモデルの「前熟慮」）、薬物使用の結果クライアントにもたらされた悪影響についてクライアントに気づいてもらうことで、まずそうした矛盾を築くことが必要かもしれない。そうした情報は、適切に提示すれば、変化に対する動機づけの危機意識（限界量）を高めるだろう。その結果、認知された矛盾を軽減させ、心の平衡を取り戻すために、変化の選択肢について率直に議論することに、より積極的になるだろう。他のケースでは、クライアントは後の「熟慮」ステージの治療に入り、より少ない時間と努力でクライアントを変化の決意の時点に動かすことができるだろう、

### ３．論争を避ける

　やり方がうまくないと、両価性や矛盾の結果、防衛的なコーピングに至り、クライアントの深いは解消する者の、薬物使用や関連するリスクは変わらないということになってしまう。薬物使用に対する非現実的な（クライアントの視点からであるが）兆戦によって、防衛や反対の態度が引き起こされるもので、そのことで治療者の理解のなさが示されてしまう。

　METのやり方では直接的な論争ははっきりと避ける。論争は抵抗をもたらすからである。クライアントに診断を受け入れさせたり「受容」させたりするようなことは試みない。治療者は議論の力で証明したり確信させようとはしない。その代わりに、治療者は他の方法を使って、クライアントが薬物使用の結果を正確に判断し、薬物によいところがあるとするイメージを減らしていくのを助ける。METを適切に行えば、変化を申し出るのは治療者ではなくクライアントの方である（Miller & Rollnick, 1991）。

### ４．抵抗を手玉に取る

　治療者がクライアントの「抵抗」をどのように扱うかは、METアプローチの重要で決定的な特徴である。METの手法は、正面から抵抗に向かうのではなく、その勢いを「手玉に取り」、その過程の中でクライアントの認知を変えることを目標とする。問題についての新しい考え方が導かれるが、押し付けはしない。両価性は病的なものではなく、普通のことと見なされ、オープンに話し合う。解決策は、通常、治療者によって提供されるのではなく、クライアントによって引き出される。こうした抵抗を扱うアプローチについては後で詳述する。

### ５．自己効力感を支える

　自分に深刻な問題があると説得されたとしても、成功するという希望がなければ変化しようとしないものである。Bandura(1982)は自己効力感を、行動変容の重要な決定要因として記述している。自己効力感は、要するに、自分はある行動をすることができる、あるいはある課題を達成できるとの信念である。この場合、クライアントは、自分の薬物使用を変えることができ、それによって関連する問題を解消できると確信を持つ必要がある。日常の言葉では、これは希望とか楽観と呼ばれるが、ここで大事なのは全般的な楽観主義ではない。むしろ、自分は薬物問題を変えることができるという特定の信念である。これが存在しない限り、矛盾の危機は、不快を減らす防衛的コーピングに陥りがちで（例、合理化、否認）、行動変容は起きない。これは自然で理解できる防衛機制である。もし物事が変わるということにほとんど希望を持てないなら、問題に直面するべき理由もほとんどない。

## 他の治療アプローチとの相違

　METアプローチは、Synanonが言うような、治療者は「クライアントの否認を打ち破る」一次的な責任を負う、という直面化の治療戦略との劇的に異なる。Miller(1989)は両者のアプローチのいくつかの対称となる点を記載している。METは診断のラベル付け（「アルコール依存」「嗜癖」）の受容はほとんど強調しない一方、直面化アプローチでは、しばしばそうした受容を変化の重要条件と見なす。METは将来の薬物使用に関するクライアントの選択を強調する一方、直面化法では個人の選択の役割は最低限であり、薬物乱用は個人のコントロールの及ばない病気と見なす。抵抗行動は、直面化療法では特徴的な「否認」と見なされるが、METアプローチでは両価性は変化の正常なステージと見なす。その結果、ME治療者は抵抗に対して、論争ではなく聞き返しで応じる。このMETのスタイルがAlcohol Anonymousの本来の視点と全く合致しているのは注目すべきである（1976; Miloler & Kurz, 1994 参照）

　ME治療者の目標は、クライアントの発言から、問題認識や変化の必要性を引き出すことにある（「事故動機づけの発言を引き出す」参照）。これは、概念的には、治療者がこれらの視点を口にし、クライアントに真実を説得する責任を負うというアプローチ（「あなたは依存症で、使用を止めなければなりません」）の対極に位置するものである。ME治療者は、クライアントの薬物に対するクライアントの絶望感や無力感ではなく、クライアントの変化する力を強調する（自己効力感）。先に議論したように、クライアントとの論争は注意深く避け、抵抗を扱うやり方は、勧告ではなく聞き返しである。したがって、ME治療者は次のようなことはしない：

　クライアントと論争する

　クライアントに診断ラベルを押し付ける

　クライアントに何かをすべきであるという

　直接の直面化によって否認を「打ち破ろう」とする

　クライアントを「無力だ」と示唆する

　METアプローチはまた、認知行動療法とも異なる。認知行動療法は、クライアントに特定の対処技能を処方し、教えようとするものである。METアプローチでは直接的な技能訓練はなにも行わない。クライアントには「～のやり方」は教えない。METが依拠するのは、クライアント自身の自然な変化の過程と資源である。クライアントにどのように変化するかを教える代わりに、ME治療者は動機づけを高めクライアントからどのように変化が起こるかについての考えを引き出す。技能訓練法が変化に対する準備性を暗黙の前提としているのに対し、METは動機づけを、継続する変化をもたらすカギとなる要因として、そこに明確な焦点を当てる。動機づけやコミットメントがないところでは、技能訓練は熟さない。しかし、一旦動機づけの変化が起こったら、クライアントの日常的な資源や自然な関係だけで十分である。実際、Syme(1988)は、多くの人にとって、技能訓練のアプローチはあまり役立たないことがあり、それはまさに変容のカギとなる要素が省かれているからとしている：すなわち変化に対する明確で堅い決意である（Mioller & Brown, 1991参照）。しかし、注意してほしいが、METは技能訓練の治療アプローチと相いれないわけではなく、その準備として用いることは可能である。

　最後に、METは非指示的アプローチを混同されることがあるので、それとの違いを示しておくのがよいだろう。厳密なRoger法のアプローチでは、治療者は治療を指示せず、クライアントの赴くままにそれに従う。対照的に、METでは特定の目標に向かう系統的な戦略を用いる。治療者は積極的に矛盾を創り出すことを求め、それを変化の方向に向きかえる(Miller, 1983)。METカウンセラーは適切なところでフィードバックと助言を提供し、共感的聞き返しを使って、変化に対する動機づけを選択的に強化する。葛藤（矛盾）の増加もMETの戦略的な要素である。したがって、METは教示的で説得的な方法であり、非支持的で受動的なアプローチではない。

# 臨床戦略

## フェーズ１：変化の動機づけを築く

　動機づけ面接は大きく２つのフェーズに分けられる：（１）変化の動機づけを築く、と、（２）変化へのコミットメントを強化する、である（Miller & Rollnick, 1991）。最初のころは、METでは、薬物使用を変化させようとするクライアントの動機づけを築くことに焦点を当てる。変化に対する準備性は、クライアントによって大きく異なる。ある人は、変化をほぼ決めて決心した状態で治療にくるが、それでも、そうした明らかな動機づけの負荷さを調べ、コミットメントを固め始めるために、続く過程が必要である。ある人は、最初、躊躇し、敵意さえ持っていることがある。極端な場合、まったく前熟慮の段階で、家族、雇用主、法的権威によって強制的に治療に連れてこられた場合もある。しかし、ほとんどのクライアントは、熟慮ステージのどこかで治療に入ってくる。クライアントはすでに行動を起こしかけているが、さらに変化の動機づけを固める必要がある。

　これは動機づけのバランスを傾けることと考えられる（Janis & Mann, 1977; Miller, 1989; Miller, Sovereign & Krege, 1988）。シーソーの一方の側は現状維持（例、前と同様に薬物使用を続ける）、他方は変化を望む。前者の側は、薬物使用によってポジティブな利益があるとの認識や、変化による結果についての不安によって重みづけされる。他方の側は、薬物使用を変えることで利益があるとの認識や、変化しないでい続けることについての不安によって重みづけされる、あなたの役割は、その重みづけのバランスを変化に向かうように移すことである。この目的の他の８つの戦略について（Miller & Rollnick, 1991）次の章で概説する。

### １．自己動機づけの発言を引き出す

　変化に「自らを向かわせる」という言い方は真実である。動機づけ心理学では、人々が、何か新しい方法で、わずかでも話したり行動したりしたときには、その人の信念や価値観はそちらの方向に移動する、ということが十分に証明されている。この現象はしばしば認知的不協和として記述されている（Festinger, 1957）。自己認知理論（Bem, 1965, 1967l 1972）、それはこの現象の別な説明であるが、では次のようにまとめられている：「自分自身が話すのを聞くと、自分の信じていることが分かる」。すなわち、自分の口から出た言葉は、その人をとても説得する力を持ち、おそらくそれは他人が話す言葉よりもその傾向が強い。もし自分が何かを言って、他の誰かがそういわせたのでないなら、私はそれを信じるに違いない！

　もしそういうことであるなら、最悪の説得手段は、その人から防衛的な論争を引き出すようなやり方である。真正面からの直面化は決して効果的なセールスの技術ではない（「あなたの子どもは教育の機会が損なわれており、もしこの百科事典を買わなければあなたは責任のない親ということになります」。これはひどいやりかたで、敵意を引き起こすだけでなく、クライアントにまさに誤った発言を口にさせてしまう。「あなたは依存症で、薬はすべてやめなければならない」という攻撃的な発言からは、ふつう、次のような反応が予想される：「いいえ、違います、そんなことはしません」。不幸なことに、カウンセラーはときにこうした反応をクライアントの「否認」と理解するようトレーニングされており、それが全てのことを困難にしてしまっている。そこから予想される結果は、高度なクライアントの抵抗である－このことはあとで検証する。

　ここでのコインのポジティブな側面は、ME治療者が、このような意味での、ある種の自己動機づけと見なされる発言を引き出そうとする点である(Mioller, 1983)。次のような発言である：

１．薬物使用やその影響についてオープンに話す

２．薬物使用に関連して起きる、またはその可能性がある問題を認める

３．変化に対する必要性、願望、意欲を表明する

４．変化できるという楽観性を表明する

　クライアントからそうした発言を引き出すいくつかの方法がある。一つは、開かれた質問で、直接質問する方法である。例：

　あなたがここに居るという事実からすると、あなたはご自身の薬物使用についてなにか心配や悩みをお持ちのようですね。そのことについて話してください。

あなたの薬物使用について少し教えてください。薬物を使うことのどういうところが一番いいと思っていますか？その薬物があなたにってプラスになるのはどういう点でですか？　反対の面は何ですか？　薬物使用で心配な点は何ですか？

あなたの薬物使用について気づいたことを教えてください。これまで薬物使用にどのような変化がありましたか？　心配なこと、問題になりそうなこと、問題になるかもしれないこととしてはなにがありますか？

あなたの薬物使用について他の人はどのように話していますか？　他の人はそのことでどんなことを心配しているのでしょう？（もし配偶者や重要他者が同席しているときは、直接尋ねてもよい）

あなたが薬物使用を変える必要があると考えるようになるとすると、それはなにによってですか？

　いったん、このプロセスが回り始めると、聞き返しを用いてそれを続けるだけで良い（後述）。たとえば、「ほかには？」と質問するなどである。もし行き詰まったら、「薬物使用の自己評価」に含まれるような全般的なことを質問してもよい。この質問紙は、薬物使用のプラスとマイナス面を評価する国造化された質問として使われる（付録、参照）。次のような内容である。

量と耐性（Amount）－クライアントの薬物使用は増加しているか？クライアントは、以前と同じ効果を得るためにより多くの量が必要となっている、もしくは前より多く使用しているのに効果はあまりないか？

行動（Behavior）－薬物使用で法的問題、責任放棄、転居しなければならないなどの不利益、経済手k問題、問題行動などが起きているか？

コーピング(Coping)－クライアントは問題や日々の困難への対処として薬物を使っているか？　それが問題の解消（問題から逃げるのではなく）にどのくらい役立っているか？

依存(Depencence)－クライアントはどの程度、依存、嗜癖しているか？薬なしでやっていくのがどのくらい難しいか？

感情的健康（Emotional）－クライアントは、薬物使用によって、より不安、罪責感ｍ、混乱、抑うつを感じているか？　薬物がクライアントの感情にどのように影響しているか？

家族（Family）－薬物使用がクライアントの家族にどのような影響を与えているか？

自分をよしとする（自己効力感）(Good)－薬物使用はクライアントの自己概念にどのように影響しているか？　羞恥心、罪責感、コントロールのなさを感じているか？

身体的健康(Health)－薬物使用が病気、怪我、疲労、悪い食習慣などをもたらしているか？

重要な人間関係（Important）－薬物使用が愛する人や友人との人間関係にどのように影響しているか？

仕事(Job)：仕事と学校－薬物使用が学校や仕事にどのように影響しているか？

キーパーソン(Key)－クライアントのキーパーソンとなる人がクライアントの薬物使用についてどのように考えているか？

愛する人との関係、性的関係（Loving）―薬物使用がクライアントの身体的な魅力、性欲、性的関係、安全な性習慣などにどのように影響しているか？

精神活動－薬物使用が、記憶、集中力、学習などに影響しているか？

治療前評価における情報（後にフィードバックで使用）をから、この自由な動機づけ面接のフェーズでさらにいくつかの領域について検討することが求められる。

　もしクライアントの関心を引き出すのが難しい場合には、ちょっとしたパラドックスを用いて自己動機づけの発言を引き出すことができる。このテーブルをひっくり返すようなアプローチでは、あなたはクライアントの「抵抗」の声の側にそっと立ち、クライアントから反対側の声を引き出す。例：

あなたは深刻に悩んでいるというのは本当でしょうか。あなたはここへきて何時間か評価を受けた。それが心配ごとの全てですか？

一つ懸念していることをお話しします。このプログラムは、相当にしっかりとした動機を持っていることが必要で、率直に言って、これまであなたが話されたことからすると、あなたは十分には動機づけされていないように思います。さらに進むべきですか？

あなたがどのくらい変化を望んでいるか、あるいはご自身の薬物使用を注意深く見ることさえ望んでいるか、はっきりしません。前と同じように続けるのがいいと思っておられるように見えます。

重要他者が同席している場面では特に、こうした発言によってあらたな自己動機づけの発言が引き出されるだろう。同様に、質問形式でもっと極端な言い方をしても、クライアントはその位置から戻ってくるだろう。例：

だから薬物はあなたにとって本当に大事なんですね。そのことを教えてください。

薬物のどういうところが、そんなに使い続ける必要があると感じ、離れがたく感じものなのでしょう？

しかし、一般的に、自己動機づけの発言を引き出す開かれた質問は次のようなものである：

薬を使うことで心配な点を教えてください、

薬を使うことでの負担を教えてください。

変えた方がいいかもと考える理由を教えてください。

### ２．共感をもって聞く

　ここで述べた引き出す方法で何らかの最初の発言が引き出されるだろうが、クライアントの発言にどのように答えるかが重要である。正確な共感の技術を治療者が持っていることが（積極的な傾聴、聞き返し、理解、とも呼ばれる）、METでは最適な応答である。

　一般的な概念として、共感は、ある人と「気持ちを共にする」、ある人の状況についてそれを自分自便が経験する（もしくは何か類似した経験をする）ことによって直接理解する、ということを指す。Carl Rogersは、しかし、「共感」について、聞き返しの特定の技術やスタイルを示す言葉として、新たな専門用語として導入した（Rogers, 1957, 1959）。このスタイルでは、治療者はクライアントの話を注意深く聞き、ごくわずかに修正したり言い換えたりする形で、クライアントに聞き返す。クライアントが表に表明する、もしくは潜在する感情を認めることも含まれる。このような応答方法には多くの利点がある：（１）クライアントの抵抗を引き出しにくい、（２）クライアントが話し、課題について考え続けるのを促す、（３）リスペクトと関心を伝え、治療同盟を築く、（４）クライアントの正確な意図を治療者に明らかにする、（５）クライアントが発言した考えを強化するのに用いられる。

　この後者の特徴は重要である。選択的に聞き返しをすることで、クライアントの発言の特定の要素を強化し、他をやりすごすことができる。この方法で、クライアントは、自分の声として自己動機づけの発言を聞くだけでなく、自分が言った言葉として、あなたからも聞くことになる、さらにこの応答方法は、聞き返しの発言を詳しく話すように促す効果もある。以下はこの会話の例である。

治療者：薬物使用について他にどのようなことが心配ですか？

クライアント：ええと、心配しているかどうかはわかりませんが、ちょっと使いすぎかと思うことがあります。

T：ちょっと使いすぎ・・

C：たぶん、わたしの健康のためには、ということです。つまり、まったく深刻なことではないと思いますが、ときどき朝起きてあまりすぐれないように感じます。ほとんど午前中、きちんと考えられないです。

T：考えや集中力が妨げられる・・。

C：ええ。ときどきとんでもないことをやってしまいます、

T：それで、薬を使いすぎるのが原因かも、と考えている・・

C：ええ、ときどきだけですけれど。

T：全く大丈夫だと思っている。でも多すぎるかもしれない・・。

C：えーと、薬を使っていないときも、あれこれごちゃごちゃになって、きちんと考えられないことがあって、もしかすると、と思います。

T：もしかすると・・

C：薬で脳が焼けてしまっているのではないかと。

T：そうしったことが起こるもので、それがあなたに起こっているのではないかと・・

C：そうしたことはあるのでしょうか？薬は脳をダメにすると効いたことがあります。

T：ああ、そうなんですね。悩みの原因はそこにありそうですね。

C：でも私は嗜癖とか言ったものではないと思います。

T：あなたはそれほどひどくはないと思う、けれども薬を使いすぎていてそれで害が出ているのではないかと考えている・・。

C：ええ・・。

T：ちょっと心配ですね、他に心配なことは？

治療者は基本的に聞き返しで応答している。聞き返しはMETで使われる唯一の技法というわけでは全くないが、重要な技法である。しかも、これは簡単な技術ではない。下手に真似るのはすぐにできるだろうが、正しく聞き返しをするには、クライアントの言語的および非言語的な応答とその意味するところに絶えず注意を払い続け、適切な複雑さの聞き返しを考え、継続して仮説を修正し続ける必要がある。最適な聞き返しでは、助言、同意、不同意、示唆、教示、警告、質問は保留し、クライアント自身が考え続けるのを助ける。（詳細はEgan, 1982; Miller & Jacjson, 1995）。

　いくつかのクライアントの発言に対する気行き返しと、他に考えられる治療者の応答を比較することが役立つだろう：

クライアント：多分薬を使いすぎることがあるのかと思いますが、薬のことで問題はないと思います。

直面化：問題はあります！そこに座って、よく問題がないなんて言えますね、なぜなら・・

質問：問題がないと考えるのはなぜですか？

聞き返し：つまり一方で心配する若干の理由はあって、なおかつ、「問題がある」というふうには全く見られたくない。

クライアント：妻はいつも私のことをジャンキーと呼ぶのです。

批判：それで間違いがありますか？奥さんがそう考えるには十分な理由があるのだと思います、。

質問：奥さんはなぜそう考えるのでしょう？

聞き返し：それでそのことで困っている・・。

クライアント：もし薬を使うのを止めたら、友達に何をしてあげればいいのでしょう？

助言：たぶん、新しい友達を見つけるべきでしょう。

示唆：そうですね、友達には、自分はもう薬を使わないけれども、みんなには会いたい、と言いさえすればいいのです。

聞き返し：あなたにとっては、薬なしでの生活は想像できない・・。

　こうした聞き返しのスタイルはMETを通して使われる。それによって他の種類の応答を排除するわけではないが、クライアントの発言に対する応答の中心的なスタイルとするべきである。しかし、続く段落で示すように、ME治療者は、種々の他の方法も使用する。

　最後に、選択的聞き返しは逆噴射することがある点に注意が必要である。両価的なクライアントにとって、ジレンマの一方の側の聞き返しは（「つまり薬が問題をもたらしていると考えられる」）、クライアントから他の面を引き出してしまうことがある（「あの、私は実際に自分に問題があるとは思っていません」）。もしそうなってしまったときは、治療者は両価性を聞き返すべきである。これは双方向の聞き返しで、クライアントの矛盾の両面を捉えるものである。これは間に「しかし」または「かつ」といった接続詞を入れるもので、ただ、その際、後者の方に力を入れて了解性に焦点を当てる。

**双方向の聞き返し**

あなたは、今は薬が深刻な影響は与えていないと考え、かつ、同時に、いずれ手に負えなくなるのではと心配している。

あなたは薬をとても楽しんでいて止めるのは嫌だと思っていて、なおかつ、薬が家族や仕事に深刻な問題をもたらしているように思っている。

### ３．質問

　METのスタイルには、治療者の重要な応答として、何らかの目的を持った質問も含まれる。クライアントがどのように感じているか、あるいは何をすべきかを告げる代わりに、治療者はクライアントに気持ち、考え、心配、計画を尋ねる。それで引き出された情報については、共感的聞き返し、是認、リフレーミングで応答する（下記）。

### ４．個人フィードバックを提示する

　最初のMET面接では、クライアントに治療前アセスメントのフィードバックを含める。これは構造化された方法で行い、クライアントにアセスメント結果のレポートを提供し（「個人フィードバックレポート」）、正常範囲と比較する。

　このフェーズを始めるにあたって、クライアントに（および受診していれば重要他者に）個人フィードバックレポート（PFR）をわたし、自分の参照用とカルテ用にコピーを取っておく、PFRを一つずつ見ていき、各項目を説明し、クライアントの得点を示し、提供されている正常データと比較する。このフィードバックの手順は付録で示す。

　この手順で重要なことは、フィードバックの間、あなたがクライアントを観察して応答するということである。クライアント（と重要他者）が言葉で答える時間を設ける。聞き返しを用いて、その感に出てきた自己動機づけの発言を強化する。抵抗の発言に対しても、おそらくリフレーミングや双方向の聞き返しに埋め込む形で、聞き返しによって答える。

以下にいくつか異なる例を示す：

クライアント：ええ！これだと私はほとんどの人よりも多く薬を使っているということになります。

治療者：あなたには正しいことだと思えない・・。

C：私の薬の使い方でなぜこんなに影響が出るのかわからない。

T：これはあなたが予想したのとは違う・・。

C：そうです。私はほかの人とほとんど使い方は違いません。

T：それで戸惑っている、あなたは友達と同じくらいしか使っていないと思うけれども、結果はこの通り。検査に何か間違いがあるのでは、あるいは私がごまかしているというふうに考えておられるのかも・・。

C：それはひどいことですね！

T：全く聞くに堪えないことなんですね。

C：いろいろと考えさせられます。

T：変わるべき理由がいろいろとある・・。

同じスタイルの応答を、クライアントの重要他者（SO）にも用いることができる。この場合、SOの発言の背後にある心配事項をリフレームしたり強調したりするのがよいことが多い。

妻：夫が沢山使っているのを知っていました。

治療者：ずいぶんとご主人のことを心配してきた・・。

夫：（泣きながら）薬は止めろといったのに！

治療者：奥さんのことをとても心配されているのですね。ここで聞いているのもつらい・・。

SOの発言を聞き返した後、倉会因との意見を聞くのがよい。そして自己動機づけの要素を聞き返す。

友人：彼がそんなに使っているとは思ってもみなかった！

治療者：このことで驚いていらっしゃる・・。

　（続いてクライアントに）いかがですか？あなたも驚きましたか？

妻：ずっとあなたに薬は全くよくないと言おうとしてきた。これで私のことを信じてくれるかしら。

治療者：このことで長いこと心配してきた。そして、今、あなたがなぜそんなに心配していたかをご主人が理解してくれるかと期待している。

（クライアントに）こうしたことをどうお考えですか？いろんなことを知りましたね。

　クライアントはしばしば非言語的に応答するが、この反応にも聞き替えしは可能である。ため息、眉をひそめる、ゆっくり悲しげに首を振る、口笛を吹く、鼻を鳴らす、涙を流す、などはフィードバックに対する反応を伝えている。こうしたことで表明された感情に聞き返しをすることもできる。

　クライアントが自分からは反応しない場合、フィードバックの途中、ときどき休めて質問するとよい：

このことをどんなふうに理解していますか？

このことが理解できますか？

驚かれましたか？

このことについてどうお考えですか？

理解できましたか？はっきり伝わっていますか？

　クライアントはフィードバックや結果の根拠となる検査について質問があるかもしれない。そのため、評価バッテリーやその解釈について十分によく知っている必要がある。クライアントが持ち帰るPFRに、さらにいくつかの情報が記載されている。

### ５．クライアントを是認する

　心からクライアントを是認し、誉め、強化する機会を探す必要がある。こうした是認は様々な点で有益である。たとえば、（１）治療関係を強化する、（２）自己責任の態度を高めエンパワーする、（３）努力や自己動機づけの発言を強化する、（４）クライアントの自己効力感を高める。例：

このフィードバックの間、よく我慢していましたね、かなりつらいことだったでしょうに。

ここでリスクについて気づいたということは、あなたがとても強い人だということだと思います。さらに、それが悪化する前に何とかしたいと思われたのですから。

一緒にたくさんのことを学びましたね。これを全部一緒に見ていこうと話された熱意と意欲に感心します。

どう変わればいいかについてとてもいいアイディアをお持ちですね。

今日はこんなに注意して聞いていただいてありがとうございます。

今日は大きな一歩を踏み出しましたね。とても尊敬します。

### ６．抵抗を手玉に取る

　クライアントが抵抗するのは当然のことである。治療者の指示に従うことができず、治療セッションでの抵抗行動（例、議論、中断、問題の否認）は、治療予後不良を予測させる応答である。

　抵抗とは何か？以下は、治療予後の悪さを予測するクライアントの行動である。

中断－治療者の話しを中断する、奪い取る

議論－治療者にチャレンジする、治療者の見方を見下す、不同意、敵意

横道にそれる－話題を変える、答えない、注意を払わない

防衛的－問題を矮小化するもしくは否認する、自分の行動の言い訳をする、他人を責める、治療者の意見を拒絶する、変化に消極的、無罪の主張、悲観

しかし、そうした治療中に起きるクライアントの「抵抗」の程度は、治療者自身のスタイルによって強く影響されていることに気づく治療者は非常に少ない。Miller, Beneefield and Tonigan(1993)は、問題飲酒者をランダムに２つの異なった治療スタイル（同一の治療者による）に振り分け、一方には直面化－指示、一方には動機づけ－聞き返しで対応したところ、前者の群ではでは非常に高いレベルの抵抗を示し、問題や変化の必要性を認識することが非常に少なかった、そして、クライアントの抵抗のパターンは、長期的な変化の少なさを予測した。同様に、Patterson and Forgatch(1985)は、家族療法士に、同一セッション内で２つのスタイルを行き来してもらったところ、治療者の行動によって、クライアントの抵抗や不同意が上下することが示された。これで示されるのは、一つ、治療者がクライアントの防御性に劇的に影響を与え、それがクライアントが変化する程度を予測するということである。

　そして、METの重要な目標は、クライアントの抵抗（動機づけに反する発言）を引き起こすのを避けるということである。抵抗行動にどのように応答するかは、METの決定的な特徴の一つである。

　第一の経験則は抵抗に正面からぶつからないことである。ある種の藩王は抵抗を悪化させ、クライアントを隅の追いやり、クライアントから動機づけに反する発言を引き出しやすい（Gordon, 1970; Miller & Jackson, 1995）。こうした治療者の応答の例：

　議論する、不同意、抗議する

　判断、批判、咎める

　否定的結果について警告する

　理論や証拠で説得しようとする

　抵抗の「理由」を解釈したり分析したりする

　権威で向かう

　皮肉や疑り深さ

クライアントがなぜ「抵抗する」か、といった直接的な質問でさえ、クライアントからさらに反動機づけ的な位置からの防衛を引き出すだけで、必然的にあなたは議論の相手の位置に立たされる。もしあなたが問題の認識に関してクライアントと争う位置に立っていたら、やり方を変える必要がある。

　あなたは、クライアントに自己動機づけの発言をしてもらおうとしている（基本的に「私は問題を抱えている」「そのことで何かする必要がある」）ことを忘れず、あなた自身がこうした立場を守ると、それはクライアントに反対の立場に立たせることになる。抵抗を和らげるいくつかの方法を示す（Mioller & Rollnick, 1991）。

**単純な聞き返し**。一つの方法は、クライアントの言ったことを単純に聞き返す方法である。これによって反対側を引き起こす効果があり、状況のバランスが取れる。

**増幅した聞き返し**。修正した聞き返しで、クライアントが言ったことについて、クライアントが否認するくらいまで誇張して増幅させる。ここでのバランスは微妙で、誇張が行き過ぎると敵意が引き起こされることがある。

クライアント：でも私は依存症でも、それに類したものでもありません。

治療者：そういうふうに当てはめられたくないのですね。

クライアント：そうです。薬物の問題があるとは思いません。

治療者：つまりあなたの考える限り、薬物使用でなんら問題や害はない。

クライアント：えーと、厳密にはそこまでは言えません。

治療者：ああ、薬物の使用でときに問題はあると思うが、依存症と呼ばれたくはない。

**両方向の聞き返し**。この例での治療者の最後の発言は両方向の聞き返しで、これは帝国を扱うもう一つの方法である。クライアントが抵抗の発言をするときは、その発言とその反対側の内容（面接での以前の発言をもとにして）とを一緒に聞き返す。

クライアント：でも、ただ薬を止められないんです。つまり、友達はみんな使っています！

治療者：友達といて薬を使わないということは想像できないし、同時に薬の影響も心配だ。

**焦点を移す**。もう一つの方法は、問題となっていることから注意をそらすことで抵抗を拡散させる方法である。

クライアント：でも、ただ薬を止められないんです。つまり、友達はみんな使っています！

治療者：ちょっと先急ぎのようですね。ここで薬を止めることについて話しているのではなく、今すぐにその問題に首を突っ込む必要はないと思います。まずは、今、取り組んでいることに留まりましょう－フィードバックをやり終えるということです－そしてその後で、そのことについて何かすべきことがあるなら、それについて話しましょう。

**手玉に取る**。抵抗は、それに対抗するのではなく手玉に取ることによって対応することができる。ここには逆説的な要素が含まれており、これによって、クライアントはバランスのとれた、もしくは反対のp視点に戻るだろう。このやり方は、クライアントが高度に反対方向の態度を示していて、どのような考えや助言も拒否するようなときに特に有用である。

クライアント：でも、ただ薬を止められないんです。つまり、友達はみんな使っています！

治療者：そうですね、フィードバックを終えたら、まったくそれでよいでしょう。今まで通りに使い続ける価値があると判断されると思います。変化するというのはとても難しいですものね。あなたが決めればよいのです。

### ７．リフレーミング

　リフレーミングは、クライアントが自分の考えを、新しい光の下で、もしくは再構成された形で見ることができるように治療者が導く方法である。話されたことに新しい意味が与えられる。クライアントが薬物の問題を確定するようなフィードバックを受けたとき、「そのことを言おうと思っていたのよ」と妻が言ったら、「私は正しいから、そういうふうにあなたに言った」から「あなたは彼のことをとても心配で、とても気にしていた」と言い換える。

　リフレーミングはクライアントと重要他者が薬物使用を扱うよう動機づけされるのを助けために用いる。現在の問題を、よりポジティブで楽天的な枠組みにおいて話すことで、カウンセラーは問題が解決可能で変更可能であることを伝えることを期待する（Bergmann, 1985; Fishら, 1982）。リフレーミングにあたっては、薬物使用についての、クライアント自身の視点、言葉、見通しを使うことが重要である。薬物乱用に対して用いられる解釈的リフレーミングの例：

**報酬としての薬物**。「１週間、ストレスのかかる難しい仕事をうまくやり終えたことで自分自身へのご褒美が必要だったのでしょう。」（ここでは、薬物使用以外の自分自身へのご褒美が代わりの方法としてある、と言う意味が含まれている。）

**保護的な機能としての薬物使用**。「あなたは、自分生活での心配や困難（例を挙げる）を家族に話してストレスをかけたくないと思っているのですね。それで、心配ごとは全部自分で引き受けて、薬を使って緊張やストレスを収めている、つまり家族に負担をかけまいとする方法なのですね。」（ここでは、薬を使っている人は内的な強さや余力を持ち、家族のことを気にかけており、薬物使用以外の方法でこうした問題に対処する方法を見つけることができる、と言う意味が含まれている。）

**適応機能としての薬物使用**。「あなたが薬物を使うのは、人間関係の葛藤や緊張を避ける手段だと考えられますね。薬物使用で現状維持、今のままでいること、が図られます。あなたは、人間関係を損ねないように薬物を使ってきたように思います。でも、この手続きは双方にとって厄介なもののようです。」（ここには、クライアントは人間関係について心配していてそれを保とうとしてきたが、そのためにより効果的な方法を見つける必要がある、と言う意味が含まれている。）

リフレーミングの全般的な考えは、問題行動をよりポジティブな光の下に置き、逆説的な効果（症状に対する処方）があるとしつつ、そうすることで対象者に問題を帰る行動を促すものである。

### ８．要約

　面接中、時折、特に面接の最後のころに要約することが有用である。これは、クライアントが言ったことについての長い要約の聞き返しである。ここでは、クライアントの自己動機づけの発言を繰り返し、要約することが有用である。躊躇や抵抗の要素も要約に含ませ、クライアントからの否定的な反応を防ぐ。このような要約によって、クライアントは、クライアント自身の自己動機づけの発言を、最初は自分が発言し次にあなたが聞き返し、その次にもう一度、三度、聞くことになる。最初の面接の終了時にクライアントにむけた要約の例を示す：

今日お話しに出たことをまとめてみましょう。もし大事な点を言い落していたら教えてください。最初にあなたの薬物使用についてお話ししてもらい、いくつか話していただきました。コカインの使用が急速に増えたこと、そして強く耐性ができたと気付いたこと－必要な昂揚感を得るのにより多く必要になったことです。コカインにお金を多く費やすようになり、仕事や家を失ってしまうのではと心配になりました。あなたの薬物使用をめぐって家庭内で現実的な問題や諍いが見られるようになり、こうしたこと全てが息子に影響するのではと心配されました。フィードバックでは、あなたの薬物使用がアメリカ人聖人と比べて非常に高いことに驚きました－あなたほど使っている人がきわめてわずかだと言うことです。薬物使用があなたの健康に悪影響を及ぼしている兆候が分かりました。そして、ご自身は自分が依存症とは思いたくないけれども、コカインに急速に依存的になっており、やめるのがとても難しいのではないかと心配に感じています。あなたがこのフィードバックのすべてを聞かれたと理解していますし、あなたが薬物使用について本当に心配していることが分かります。この要約で十分でしょうか？なにか足りないところがありますか？

面接の途中では、もう少し短い「進捗状況」の要約をする：

これまでのところ、あなたは薬物使用で子供に悪い見本を見せているのではないか、そして、薬物使用のために子どもにとって、あなたが期待するようなよい親に慣れないのではないかと心配されています。ほかに心配なことはありますか？

## フェーズ２：変化へのコミットメントを強化する

### 変化準備性を確かめる

　これまでに記述した戦略は動機づけを築くためのものであり、クライアントの意思決定バランスを変化の方向に傾けるのを助けるものである。METの第２の主プロセスは、十分な動機づけが得られた後、変化へのクライアントのコミットメントを固めるものである（Miller & Rollnick, 1991）。

　タイミングが鍵となる－行動へのコミットメントに向かって、いつ動き始めるかを知るということである。ここではセールスのたとえが有用である－顧客が心を決め、「取引きの締結」に向けて動くべきときを見計らう。Prochaska/DiClementeのモデルでは、これは決定のステージで、熟慮のバランスが変化の方向に傾き、クライアントが行動の準備が整うときである（維持までの必要性はない）。こうした変化は非可逆性というわけではない。行動への移行が遅れすぎると、決意は失われる恐れがある、バランスが傾いたら、それはクライアントの決定を固め始めるときなのである。

　決定のステージに移ることを示す普遍的なサインはない。いくつかの変化を観察できるかもしれない（Miller & Rollnick, 1991）：

　クラインとが抵抗したり異議を唱えることを止める

　クライアントの質問が少なくなる

　クライアントの表情が落ち着く、決心したよう、荷を下ろしたよう、平和になる

　クライアントが変化への決定（または変化に心を開くこと）を示す自己動機づけ発言をする

［「たぶん薬物使用について何かする必要があると思う。」「もし何とかしたいと言うときは何ができるのでしょう？」］

　クライアントが変化した後の人生を想像し始める

　クライアントが、変化プログラムを受容、継続、遵守するための準備ができているかどうかを判定するのに役立つチェックリストを示す。これらの質問は、クライアントが治療から早期に脱落するリスクに気づくのにも有用であろう。

１．クライントは日程調整なしに前回の予約をすっぽかしたり前回の面接をキャンセルしたか？

２．クライアントが強制的に治療に導入された場合（例、飲酒運転での逮捕）、クライアントはその不本意さについての気持ち－怒り、安堵、混乱、受容、など－をあなたと話したか？

３．クライアントは今後の面接設定について決断を渋ったりためらったりすることがいくらか見られるか

４．治療はクライアントが過去に経験した、もしくは期待したもとと全く違ったものであるか？

５．面接中、クライアントは非常に防衛的であるか、あるいはそうでなくても、提案するとためらいや抵抗を見せるか？

６．クライアントは治療への参加を「人生の新たな賃借契約」ではなく恥ずべき経験としてとらえているか？

もしこれらの質問への回答で園かに対する準備性の不足が示唆されるならば、薬物の使用と変化についてのクライアントの不確実なおよび両価的な気持ちについてさらに話し合うのがよいかもしれない。行動の計画へのコミットメントを固めるための誌決定や試みは延ばしにするのが賢明である。

　多くのクライアントにとって、決意や意思決定を明確に示す点はないかもしれない。変化の方法を考え試し始める一方で、熟慮ステージの後半にとどまっているということもしばしばある。ある人にとっては、変化を決めようとする気持ちは、種々の方法を試すうちの一つであり、そうやって満足のいく効果的な方法を見つけるものである。その後、変化にコミットするのである。したがって熟慮から行動への移行は徐々に行われ、決然と意思決定するというよりは手探りの移行である。

　クライアントが心を決め変化への道を歩み始めたように見えたとしても、以前として両価性が残っているものだということは覚えおくべきである。一旦、クライアントが変化を決断したとしても、それでフェーズIの方法の必要性がないと考えることは避ける。同様に、変化のコミットメントが早すぎる、あるいは強調しすぎるクライアントに対しても注意深く進めるべきである。クライアントが、すでに変化についてコミットして治療に入るように見える場合であっても、コミットメントの固定に移る前に、上述の動機づけ形成やフィードバックの方法を取りいれるのは有用である、

　どのような場合であれ、コミットメントを固めるための方法に向かうべき時はやってくる、第一のフェーズを通過し、クライアントが変化に向かって進み始めたら、以下の方法が有用である。

### 鍵となる質問をする

　フェーズ１からフェーズ２へ移るのに有用な方法は、前述したような要約を提供することである。両価性として残存する点を認めつつ、クライアントが話した変化に対する理由をすべて要約する。要約の最後に、次のようなカギとなる質問をする：

　これらのことについてどうお考えですか？

　このことであなたの薬物使用をどうしていきますか？

　あなたの計画は？何ができると考えますか？

　現時点で、あなたの薬物使用についてどのように考えているのでしょうか？

　これまでのことを踏まえて、こうした悩みにどのように対処していくのでしょうか？

### 計画について話し合う

　治療者にとって重要な移行は、変化の理由に焦点を当てること（フェーズ１；動機づけを形成する）から変化の計画へのコミットメントを強め、交渉すること(フェーズ２)へのものである。クライアントは変化への必要性や願望を述べること、あるいは自分になにができるかを尋ねることで、この移行を始めるだろう。もしくは、あなたが鍵となる質問をしてこの移行の引き金とする。

　フェーズ２でのあなたの目標は、クライアント（および重要他者）から、クライアントの薬物使用に対する何らかのアイディアを引き出し、最終的には何をすべきかの計画づくりを引き出すことにある。この時点では、クライアントがどのように変化すべきかについての計画を処方することや、そのための技術を教えることはあなたの役割ではない。全般的なメッセージは「あなたの薬物使用を変えることができるのはあなただけであり、あなたにかかっている。」というものである。さらにいくつかの質問が役立つ。「どんなふうにそれができそうか？どのようなことが役立ちそうか？」および重要他者に対しては「どんなふうに彼／彼女を手伝えそうか？」。さらに自己動機づけの発言やアイディを話してもらえるようなよい治療反応が得られるよう、聞き返しと要約を続ける。

### 選択の自由を伝える

　METを通じて一貫して重要なメッセージは、クライアントの責任と選択の自由である。この過程で念を押すべきこととしては、コミットメント強化の過程で、以下のことを含める：

　このことについて何をするかはあなたにかかっている。

　あなたの代わりに誰かが決めてあげることはできない。

　だれもあなたの薬物地用を変えることはできない、あなただけができる。

　今までと同じように使い続けると決めてもよいし、変化させると決めてもよい。

### 行動することと行動しないことの結果

　クライアント（および重要他者）に、もしクライアントが今までと同じように使い続けた場合にどのようなことが起こると考えられるかを話してもらうことは、役立つ方法である。どのような結果が起こるだろうか？変化しない場合のマイナスの結果として考えられることを列挙してもらうのもよいだろう。同様に、変化した場合の利点として考えられることをクライアント（および重要他者）からだしてもらう。

　さらに完全にやるには、クライアントが変化することについて何を恐れているかについても尋ねる。たとえば、薬を止めることでのマイナスの結果は何か？今までと同じように使い続けることの利点は何か？聞き返し、要約が治療者として適切な応答である。

　「意志決定バランス」シートの形式をとる方法も考えられる。クライアントに変化の選択のプラスとマイナス点を挙げてもらう（そして列挙してもらう）。今までと同じように薬を使い続けることのプラスとマイナスの面は何か？変化することで考えられる利点とコストは何か？

### 情報と助言

　クライアント（および重要他者）が鍵となる情報を質問することがしばしばある。意思決定過程に重要だからである。以下のような質問が挙げられる：

　きっぱり薬を止めたら私はどうなるか？

　薬物の問題は家族にも起きるか？

　私はどのくらいの依存症か？

　マリファナは脳にダメージを与えるか？

　安全な使用レベルは？

　使用を止めたら問題は改善するか？

　私の睡眠の問題は薬を使っているからということがあり得るか？

考えられる質問は非常に数が多いので、ここで回答を示すのは難しい。しかし、一般的に、クライアントや重要他者からの求目に対して、それぞれ正確な情報を提供するように心がけるべきである。情報を提供したら、それに対するクライアントの藩王を尋ねることがしばしば役立つ。これはあなたにとって意味のある情報か？そのことは驚きか？そのことについてどう考えるか？

　クライアントと重要他者はあなたに助言を求めるかもしれない。「あなたは私が何をすべきと考えますか？」。この状況では、あなた自身の考えを提供することは全く適切なことであるが、若干の注意がある。限定と不同意の許可を提供することが有用なことが多い。例：

　もし私の意見をお聞きになりたいのなら、お話しできますが、最終的に決めるのはあなたです。

　あなたの状況でやってほしいと思うことをお話しできますし、喜んでしますが、これはあなた自身が選択すべきことと言うことを忘れないでください。私の意見を聞きたいですか？

この状況で少々の抵抗感や「得難さ」を示すことも有用である：

　あなたにお話しすべきかどうか確信できません。私なりの意見はありますが、あなたの人生をどう生きるかはあなたが決めなければなりません。もし私が助言して、それで私があなたの代わりに決めたように映るのではないかと心配します。やはり私の意見を聞きたいですか？

こうした一般的な状況では、起こすべき変化について最善の助言をクライアントに提供するよう心がける。特に次の点を考慮する：

　クライアントの薬物使用において、どのような変化を起こすべきか。

　クライアントと重要他者が共同して取り組む必要性。

　薬物使用の変化を支えるために、一般的にクライアントが取り組むことが必要な変化（例、薬物なしで時間を過ごす新たな方法を見つける）

「ハウツー」にいたったら、通院での特定のスキルトレーニングの方法や試みについては処方しないのがよいだろう。代わりに、クライアント（および重要他者）に質問を返してみるとよい。

　このことについてどのようなことができると考えるか？

　どのような障壁があるか？

　そうした方法を探すには、かなり創造的［強い、賢い、手段が豊富］である必要がある。あなたはどのようにそれをこなすか？

　再び、あなたはこの過程の一つとして情報提供を求められるかもしれない（例、「１日１回の服用で薬物使用を避けられる薬があると聞きました。どんなふうに効きますか？」）。そうした場合、正確で具体的な情報を提供する。

　クライアントが、あなたが持っていない情報を質問することもある。すべての答えを知っているべきと責任を感じる必要はない。あなたは知らないが、調べて探してみると話せばよい。質問について調べ、次の面接で、もしくは電話でクライアントに答えることを提案してもよい。

### 断薬とハームリダクション

　すべてのクライアントが、目標としてすべての精神作用物質を完全に断薬することを選ぶとは限らない。実際、変化の目標は、選択することで、それはクライアントが決めるべきことで実際にそのように行動する。METのスタイルでは、クライアントの選択について、「許可する」「よしとする」役割はあなたにはない。選択はクライアントが行うべきことで、あなたが代わりに行ってはならない。

　もちろん断薬を考慮すべき説得力のある理由はある：

１．断薬に成功するというのは安全な選択である。もし薬物を使わなければ、薬物使用を原因とするに問題は確実に生じないだろう（例、法律違反、AIDSのリスク、健康被害）。

２．少なくとも一定期間、断薬を試みるのがよいとする理由がある（例、薬物なしでの生活がどのようなものでどのように感じるかがわかる；あなたが薬物依存に至った道筋がわかる；古い習慣を打ち破る；変化をもたらし何らかの自信が得られる；配偶者を喜ばせる、など）（

３．害を及ぼさない程度の薬物使用（アルコールも含む）のレベルについて、誰も「安全」と保障できるレベルは言えない。

　同時に、少なくとも最初は多くのクライアントが、完全な断薬は受け入れがたい、もしくは達成困難と考える。そうした場合に治療者が強要することは、単に抵抗とドロップアウトのリスクを高めるだけである。ここでは、薬物乱用治療において言われつつある「ハームリダクション」の考えを心においておくことが役立つ：基本的に、正しい方向への一歩は、いかなるものでも正しい方向への一歩なのである。注射針の共用から清潔な注射針の使用に変化することは、重要なリスク軽減である。静脈注射から経口または経鼻投与への変化はさらにリスクを減らす。より危険な薬物から危険性の低い薬物への変更は改善である。使用頻度や使用量の軽減は進歩である。

　では、即時に、永久的に断薬するのができず、ハームリダクションとする場合、どのような目標を考えるとよいか？ここで挙げられる特異的な質問：どの薬物についてどのような変化をクライアントが求めているか？「薬物軽減」のオプションとして挙げられるもの：（１）一定期間の断薬の試み、（２）断薬に向けての全般的な薬物の減少、（３）一定期間の減薬の試み（MIoller & Page, 1991）。危険性の高い薬から低い薬への変更や、使用パターンの変更も達成可能な目標である。

　ここで、違法な薬物を使い続けることをあなたが擁護しているのではないということを明確にしておくのは重要である。カウンセリングにおける全体的な目標は、使用者が危険な薬物使用から離れるのを助けることにあり、そこには違法な薬物使用も含まれる。

　ある場合には、断薬を促す責任を感じることもあるだろう。クライアントが異なった方向に学習してしまうような場合である。この場合も、METの全体的な色調に合致するように、強制的ではなく説得するやり方で行う必要がある。（「もちろん、あなたが選択すべきことです、でも、お話ししておくと、あなたが考えておられる選択について気がかりに感じるので、もしお聞きになりたいなら、どんな点が心配顔話ししようと思います・・・」）。断薬でない目標に反対する理由としては次のようなものが挙げられる：

＊違法薬物を使うことに伴う法的なリスク

＊使用が禁忌となる医学的な状況

＊使用によって悪化しやすい心理学的な問題

＊クライアントに断薬の必要性を迫る強い外的な要因

＊妊娠

＊併用すると害となる処方／乱用

＊重度の問題や依存症の既往

即座に長期の断薬を目標にすることに乗り気でないクライアントは、短期の（例、３か月）断薬期間を試みるといった、中間的な選択肢にはより応答するものである。

### 抵抗への対応

　METの第１フェーズで抵抗を拡散させるために使われるのと同じ原則が、ここでも適用される。躊躇や両価性は直接的には真っ向から向かうことはせず、聞き返しやリフレーミングを使って対応することができる。優しく逆説的な発言がMETのコミットメントのフェーズにおいても有用である。そうした発言の一つが、変わらないままでもよいというものである：

　おそらく、今まで通りに使い続けることには、コストは伴うものの、価値があると考えられるのでしょう。

もう一つの方法は、２つの重要で矛盾する価値観を並べることで、クライアントにある種の危機を示す方法である。

　薬を使い続け、なおかつ結婚生活も続けるというのが本当に可能なのかわかりません。

### チェンジプラン・ワークシート

　フェーズ２では、チェンジプラン・ワークシート（CPW）を使って、クライアントの行動計画を決めるのに役立てる。クライアントの計画が表明されたときにノートを取るための書式として使うとよい。CPWを埋めることでフェーズ２を始めるということはしてはならない。むしろ、CPWに必要な情報は、前述の動機餌付けの対話を通して浮かび上がらせるべきである。ここでの情報は、後に要点の繰り返し（下記）の基盤として用いる。CPWをガイドとして用い、あなたがクライアントのプランのこれらの側面をカバーしていることを確かめるために用いる。

私が変化させたいと思っていることは・・・クライアントはどのような方法で、どのような面で変化したいと思っているか？特定する。ポジティブな目標を含め（始める、増加させる、改善する、何かを余計に取り組むなどの願望）、全般的な抑制によって達成できる目標にとどまらない（辞める、避ける、行動を減らす）。

私がこうした変化をしたいと思う最も重要な理由は・・・行動をすることや止めることでどのような結果が得られそうか？変化に対するどの動機づけがクライアントにとってもっとも力がありそうか？

変化において考えているステップは・・・クライアントは目標達成についてどのようなプランを考えているか？望む変化をどのように達成できそうか？陳述された全般的なプランや方法の中で、クライアントができそうな特定の具体的な最初のステップは何か？いつ、どこで、そしてどのようにそのステップをとるか？

他の人が私を助けることができる方法は・・・他人（もしいるなら重要他者を含め）は、クライアントが変化へのステップを踏むときに、どのように助けることができるか？クライアントはどのようにそうしたサポートを整えるか？

私のプランを実行できるための条件は・・・この変化プランの結果として、クライアントのどのようなことが起こると期待しているか？この変化によってどのような利益が予測されるか？

私のプランの妨げになりそうなことは・・・プランの基盤を崩してしまいそうな状況や変化を予測するのを手伝う。どんなふうに悪くなるか？クライアントはこうした問題や逆行にもかかわらず、いかにしてプランを守ることができるか？

　MET治療者による使用のために印刷されたチェンジプラン・ワークシートを入手できる。これはカーボン複写式で、書いたりプリントしたりして、原本と自動的にコピーされるコピーをクライアントのファイルに保存できる。原本をクライアントに渡し、コピーをファイルに保存する。

私が変化させたいと思っていることは：

私がこうした変化をしたいと思う最も重要な理由は：

変化において考えているステップは：

他の人が私を助けることができる方法は：

　人物　　　　　可能な支援の方法

私のプランを実行できるための条件は：

私のプランの妨げになりそうなことは：

### 要点の繰り返し

　コミットメントのプロセスの最後に向けて、クライアントの変化に対する決心が硬くなってきたのを感じたら、得られた情報を広く要約して提供することが有用である（Miller & Rollnick, 1991）。ここには、フェーズ１で明らかとなった問題意識の理由を繰り返すことを含むとともに（「要約」参照）、フェーズ２で得られた新しい情報も含める。クライアントの自己動機づけの発言、重要他者の役割、変化についてのクライアントのプラン、変化する場合としない場合とで考えられる結果、を強調する。チェンジプラン・ワークシートのメモを用いる。要点の繰り返しの発言例を示す：

今、あなたがどこにたどり着いたか、私の理解を見てみましょう。前回、あなたとあなたの夫が、あなたのコカイン使用について心配していることの理由を振り返りました。その理由はたくさんありました。あなたの心配は、あなたが薬物を使うことで家族、つまりあなた方や子供との間に問題を起こしていることを心配していました。また、費やすお金について、そしてだんだんコントロールが利かなくなってきていることも心配でした。事故にあったことで薬物使用について何とかしなければならない時期だと気付きましたが、フィードバックの際には、あなたは自分がどのくらい危険な状態なのかということに驚いておられたようでした。このことについて話し合ったところ、最初はあなたとあなたの夫の意見は違っていました。夫はC.A.（Cocaine Anonymous）に行くべきだと考え、あなたは自分で使用量を減らせばよいと考えていました。種々のやり方でどのような結果が得られるか、一緒に話し合いました。あなたの夫が心配していたのは、あなたが薬物の習慣をきっぱりと打ち崩すことができず、おそらくすぐに通常使用に戻ってしまい、ここで話し合ったことも忘れてしまうのではないかということでした。あなたは、それはリスクかもしれないし、ハイになって話し合ったことも吹き飛んでしまうことも想像できると同意しました。あなたはC.A.については好ましく思っておらず、それは、そこでは無名性の原則が強く守られていると私たちの間で議論しましたが、それでも他人にそこに通っていると知られることが心配だったからです。今あなたが考えているのは、一定期間、最低３か月、まったく使わないでみて、どうなるか、そんなふうに感じるか試したいということです。最初、それが非常に困難に思える場合には、最初の何週間か、治療薬を使ってもいいということでした。あなたの夫もこの考えがいいと考え、あなたと一緒に過ごす時間を増やすというので、夕方や週末に一緒に出掛けたり何かをしたりできます。また、あなたは、日中楽しんでいたコミュニティ活動のいくつかにまた参加するか、もしくは仕事を見つけて忙しくすることも考えています。これで良いでしょうか？なにか言い落していることはありますか？

もしクライアントが追加や変更を申し出たときには、これらについて聞き返し、要点の繰り返しに組み込む。チェンジプラン・ワークシートにも書き込む、

### コミットメントを求める

　上記のようにクライアントの状況について要点の繰り返しを行い、クライアント（および重要他者）から出された追加の点や問題に答えたあと、変化への形式的なコミットメントを得る作業に移る。要するに、必要な変化を実現するために計画された具体的なステップを踏むことを、クライアントが言葉でコミットする。終結の質問（この言葉通りでなくてもよい）：

　では、ではこの実行にコミットする準備完了ですか？

このコミットメントについて議論するにあたって、以下の点をカバーする：

１．クライアントがプランした行動を正確に明確化する。クライアントに完成したチェンジプラン・ワークシートを渡し、それについて話し合う。

２．変化することで得られると思われる利益について、もし行動しなかったときの結果と併せて、クライアントの考えを強化する。

３．プランの実行で妨げとなると思われる、クライアント（および重要他者）の心配、おそれ、疑いについて尋ねる。

４．クライアントがプランから離れてしまう恐れのあるような、その他の障害として考えられるものを尋ねる。クライアント（および重要他者）に、それにどのように対処しようと思うか尋ねる。

５．クライアントが望む変化を起こすにあたっての、重要他者の役割を明確にする。

６．あなたは他の治療期間からさらにどのような支援を望むか考えてもらう。もしあなた治療を終了するのであれば、クライアント（および重要他者）に、その後の様子を確認するフォローアップの面接があることについて念を押す。

　クライアントがコミットメントするという場合、チェンジプラン・ワークシートにサインしてもらい、サインした原本をクライアントに渡し、コピーをファイルに保存する。

　クライアントが時に変化の目標やプログラムにコミットすることをためらう場合がある。このように、薬物問題への対処について書面や口頭でのコミットメントに対して両価的で躊躇が残る場合には、後日まで決断を延期してもらってもよい。再評価し決断を下すまでの期間について合意する。このように意思決定を先延ばしする機会をクライアントに与えることで期待するのは、時間とともに動機づけのプロセスがいい方向に進むということである（Goldsteinら,1966）。こうした柔軟なやり方によって、クライアントは変化による結果についてより十分に検討することができ、結果について準備することができる。そうでなければ、クライアントは、行動しようとする準備ができないままにコミットメントを強制されるように感じるかもしれない。この場合、クライアントは治療の途中で脱落してしまった結果、コミットメントに従えなくて面目をつぶしてしまったように感じないかもしれない。だから次のように言うとよい：

あなたはまだこの決断をする準備が十分でないようですね。そのことは全く理解できることです。あなたにとっては難しい選択です。ここでことを急がず、すぐに決断しない方がいいでしょう。今から次の面接までの間に、変化することの利点と今のままでいることの利点について考えてみてもよいでしょう。このことは次回にお話しすることとして、遅かれ早かれあなたの希望が明確になると思います。よいですか？

このようにクライアントの両価性について明確な理解と受容を示すとともに、ジレンマを解決するクライアントの力に対する信頼を示すことが役立つ。

## METに重要他者を含める

　治療者が十分な技術を持って扱った場合、重要関係者（CSO）を含めることで、変化についての動機づけの乖離とコミットメントを促進させることができる。CSOを励まして参加してもらい、可能な限り治療に積極的に携わってもらう。クライアントとCSOが薬物問題の解決に共同して取り組む必要性を強調する。

　METアプローチは配偶者、家族員、親密な友人や、その他、クライアントが薬物使用の変化を決めるのに影響する人物が重要であることが認識される。このことは、種々の治療研究で得られた最近の知見に基づいて強調されている。たとえば、外来治療におけるアルコール依存症患者は、個別アプローチよりも配偶者を含む治療の方が継続しやすい（Zwebenら,1983）。同様に、クライアントは家族とポジティブな結びつきを維持しているクライアントは、クライアントの心理的機能に主に焦点を当てた介入よりも、関係性促進療法のほうが有効である（Longabaughら、印刷中）。Szapocznikら（1983, 1986）は、薬物乱用治療における治療導入法として、家族療法の有効性を支援した。

　CSOを治療プロセスに含めることにはいくつかの利点がある。CSOが問題についての最初の理解を得る機会となる、治療目標の作成と実行においてCSOから情報を得、フィードバックすることができる。治療目標の達成に妨げとなるような課題や問題に対して、クライアントとCSOが共同して取り組むこともできる。

### 配偶者／SO参加の目標

　以下はMETにCSOが参加することの一般的な目標である：

１．クライアントもしくは患者（IP）、CSO、カウンセラーの間のラポールを形成する。

２．IPとCSOに、CSOが薬物問題の範囲や重症度について心配している内容を認識してもらう

３．クライアントが薬物問題を克服することについて、CSOの支援への関わりを強化する

４．クライアントの薬物使用パターンを変えるにあたってCSOの役割が重要であるというCSOの認識を強化する

５．CSOから、薬物使用者が変化を求める動機づけとなるようなフィードバックを引き出す。たとえば、配偶者に、クライアントの、過去、現在、未来の薬物使用についての心配を話してもらう。配偶者に『メッセージを伝えてもらう』ことは、適切な治療目標を交渉する上で重要である。

６．IPとCSOの関係に、より高いレベルの結びつきと満足を促す。

　METには集中的な夫婦／家族療法は含まない。ここでも主な原理は、クライアントとCSOから、両者の最もポジティブな関係を引き出し、薬物問題の克服にいかに共同して取り組むことができるか考えてもらうことにある。クライアントとCSOの両者に、互いのストレングスと長所について述べてもらうのもよい。SOを含む面接で持ち上がった問題は、特定の変化目標に取り入れてもよい。クライアントとCSOが面接のかなりの部分を、不満、中小、批判に費やすようにはしてはいけない。そうしたコミュニケーションは破壊的で、変化の動機づけとなるような雰囲気とはならない。

### 重要他者の役割を説明する

　理想的には、クライアントとCSOが一緒にクライアントの最初の面接に来ることが望ましい。面接のはじめに当たって、両方が面接に来ようと思ったこと、その心遣いについて好意的にコメントする。続いて、治療面接におけるCSOの役割について説明する。主要な点は以下の通り：

１．CSOはクライアントのことを心配しており、変化は直接両方の生活に影響する。

２．CSOからの情報は、治療目標を設定し戦略を立てる上で重要である

３．CSOがどのようなものであれ薬物問題の解決にともに取り組むことが直接役に立つ

### フェーズ１における重要他者

　最初の同席面接において、重要な目標はラポールを作ることで、クライアントとCSOの両方が気持ちよく心配なことを話し合い、変化を促すのに役立つ情報を明らかできるような雰囲気を作ることである。フェーズ１の過程では、CSOにクライアントの薬物使用とその問題についての経験（過去および現在）を話してもらう。

　あなたにとってどうだったか？

　薬物使用についてどのようなことに気づいたか？

　あなたが一番心配するのはどういうことか？

　過去に何とかしようとして一番がっかりしたことはなにか？

　一番勇気づけられる点は何か？

問題に対処しようとするポジティブな姿勢を強調すべきである。同時に、否定的な経験－ストレス、家族の崩壊、雇用の困難など－について議論し、正常なこととしてリフレームする（それが適切な場合）；すなわち、薬物問題を抱える家族に一般的に起こる出来事として。そうした視点は面接で伝えるべきである。カウンセラーは、CSOの経験を、心不全、糖尿病、うつ病などの他の慢性精神障害や慢性身体疾患に直面する家族が経験するストレスになぞらえてもよい（あまりそれらの病気には深入りしないで）。

　CSOは、フェーズ１における、薬物使用と変化についての不確実性と両価性をクライアントが解決するのを助ける上で、重要な役割を果たすことが多い。CSOに、薬物使用を続けることのリスクとコストについて考えてもらうのもよい。たとえば、あるCSOは、カウンセリング中に、薬物使用が子どもに与えるネガティブな影響のために、パートナーからますます離れていったと話した。こうした質問をクライアントの面前でCSOにすることで、次のような問題を提起することができる：

　１．薬物使用があなたにどのように影響するか？

　２．今、どういう違いで、薬物使用についてより関心を持つようになっているか？

　３．もし薬物使用をこれまでのまま続けた場合に何が起こるか？

　CSOによるフィードバックは、しばしばカウンセラーが提供する情報よりもクライアントにとって意義深いものである、それはクライアントを変化へのコミットメントに促す（Pearlmanら,1989）。薬物問題の結果として起こりうることについての情報を家族と共有することで、CSOはクライアントに、薬物使用についての情緒的な葛藤（乖離）を経験させる。そして、クライアントは、薬物使用を続けつつ幸せな家庭を持つことができないというジレンマに直面することになる。あるクライアントは、薬物使用が子どもに与えたネガティブな影響を話した後、薬物使用について非常に葛藤を感じた。彼は、それで自分を有害な親として認識するのではなく、薬物使用を止める決断に至った。

　同時に、CSOのフィードバックが、初めてのことで、非常にネガティブで、敵意あるふうに表明された場合にはクライアントを圧倒してしまう恐れがある、CSOとカウンセラーとの両方からネガティブな情報を受け、クライアントは面接で『袋叩きに合った』ように感じ、その結果治療から脱落してしまうかもしれない。METアプローチは、基本的にクライアントから滴りおちる、変化に対する内在的動機付けに基づくものであり、CSOからのプレッシャーのような外在的な動機づけは用いない。

　したがって、CSOを面接に含める場合には、「スピードを落として」クライアントに情報を提示するのがよい。あなたは、クライアントの気分や状態を、特定の事項に対して反応してもらうことで評価し、その上でCSOからさらなる方法を求める。薬物使用によってもたらされた結果（すなわち、個人的および家族の問題）について検討する準備ができているかどうか、クライアントに確認してもよい。もし提供したフィードバックがクライアントにとって特に嫌悪すべきものである場合は、クライアントに対する是認をちりばめることが大事である。CSOに支持的で是認するコメントを求めてもよい。

１．薬物を使っていないとき、一番良いと感じるのはどういう点ですか？

２．本当に変化したいと思っている様子がうかがわれるようなポジティブな変化のサインとしてはどのようなものに気づいていますか？

３．事態がいい方向に変化しそうだと希望させるような出来事としてはどのようなことがありますか？

カウンセラーやCSOからの支持的で是認する発言は、さらに変化へのコミットメントを促してくれるだろう。

　METのクライアント中心主義的な性質は、CSOの発言に対するクライアントの応答に焦点を当てることで、さらに強調される。たとえば、次のように質問する：

　あなたの夫が話したことで、どれに最も関心を持ちましたか？

　あなたの兄弟が提起した問題に取り組むことは、あなたにとってどのくらい重要だと思えますか？

治療前評価のフィードバックで提示された結果に対して、CSO自身のコメントや反応を求めてもよい：

　これについてどう考えますか？あなたが薬物使用について考えていたことと合致しますか？なにか意外だった結果はありますか？

このような質問は、薬物問題の重症度についてのCSO自身がしっかりと認識するのを助けるとともに、治療面接で取り扱う問題についての誤解を明確にすることにもなる。クライアントの自己動機づけ発言を引き出すのと同じ方法を、CSOにも適用できる。問題の深刻度についていったん合意に達したら、カウンセラーは、問題への対応においてSOがいかに支援できるかについて話し合う。METはスキルトレーニングのアプローチではないことに注意する；ここでの基本的なメカニズムは、CSOやクライアントから自分が何ができるかについての考えを引き出すことである。クライアントの薬物使用、および関連する問題についてのCSOの認識を高め、問題への対処でCSOが積極的な役割を果たすよう動機づけできるようにする。

### フェーズ２における重要他者

　面接に参加する配偶者や他の重要他者に、フェーズ２のコミットメントのプロセスでの支援にたずさわってもらう。CSOは、変化をもたらし維持する上で、ポジティブな役割を担う。特に対人的な関わりが強い場合はそうである。CSOは様々な方法で関わることができる：

　**CSOからのフィードバックを引き出す。**CSOはIPの薬物使用が家族に与えるネガティブな影響の例をさらに提供するかもしれない。食事に加わらない、誕生日パーティなどの祝い事に参加しない、弱り切った様子で家族を当惑させる、子どもや親族を避けるなど。これらはフェーズ１でのCSOの役割の延長である。

　**支持を引き出す。**クライアントが薬物使用を変化させようと取り組むポジティブなステップについて、CSOに好ましいコメントをしてもらう。CSOはクライアントの変化の努力に参加することに同意してくれるかもしれない（例、使用していない時間を一緒に過ごす）。最終的に変化の責任はクライアントにあるが、CSOも十分に役立ち得ることを強調する。ここでは、CSOおよびクライアントに、CSOが薬物使用の変化をどのように支え得るかについて尋ねてみるとよい。次のような質問である：

　SOに対して：どういうふうに　　　の役に立てそうですか？

　SOに対して：過去に　　　に役だったのはどういうことがありますか？

　クライアントに対して：今、　　　はあなたにとって、薬物使用について見つめる上でどのように支えになっていますか？

　この時点では、「フライング」しないように気を付ける。こうした質問をすることは、クライアントが十分に変化について考える準備ができていないと、防衛心や抵抗を引き出してしまいかねない。

　CSOから自己動機づけの発言を引き出す。この方法は、2回目のCSO同席面接で用いる。クライアントとSOが先に提示された情報について振り返る機会を持った後である。クライアントが薬物使用と関連問題について考える時間を持ったあとには、クライアントの抵抗感は低くなっている可能性がある（コミットメントを求める　のセクション参照）。2回目の面接で、クライアントが薬物使用や関連する問題について扱うことにためらいが依然として見られるときには、CSOが経験した葛藤や希望のなさの感覚を認めるように試み、同時に、こうした葛藤に対応する別の方法を考える機会を与える。

あなた方二人とも、家族のためにベストを尽くしたいと思っていますね。しかし、お二人の希望に食い違いがみられるときもあるようです。何をすべきかについて合意が難しいように思われるときには葛藤を感じるものです。（配偶者の方を向く）。こうした場合、いろいろな代替案があります。あなたは［夫／妻］の薬物使用についての態度を変えようとすることができます－多分、これまで試して上手くいかなかったのではないですか？あるいは、何もできず、ただ待つということもあります。しかし、それでは葛藤や救いのなさ、あるいは希望のなさを感じ続けるだけで、これもよくありません。あるいは、ご自身のエネルギーをご自身や他の家族に集中することもできます。そして薬物使用から離れた、自分自身のライフスタイルを築くこともできます。この第3の選択肢についてはどうお考えでしょうか？薬物使用という状況からあなた自身を離し、薬物から離れたより実りある生活を築くために、どのようなことができるでしょうか？

　この質問に対する答えとして、ある配偶者は、薬物使用している友人の家に行く配偶者に付き添うのを止めることを決めた。他の配偶者は、さらに一歩進んで、薬物に関連する妻の活動には一切かかわらないと話した。このような自己動機づけの発言と計画をCSOから引き出すことによって、クライアントのバランスを変化に向かわせるように傾けることができる（Sisson & Azrin, 1986　参照）

　**CSOの期待を扱う**。変化のための目標と方法について話し合う際に、CSOに自分の考えを話してもらい、選択肢を考えてもらう。今後の薬物使用についてのクライアントとCSOの食い違いについて、すべて検討する。治療前評価の情報はクライアントとCSOの間で合意に達するために使うことができる(例、問題の深刻さ、使用パターンなど)。合意に達しないときは、決定を延期し、問題を更に考える木尾会とする（コミットメントを要請する、の章を参照）。その目的は、相互に満足ができる目標を作ることである。このことで、関係づくりを強化するとともに、薬物問題の解決の強化ともなる。

### CSOの破壊的言動を扱う

　時に、CSOが加わることでクライアントの変化についての動機づけの妨げとなり、薬物問題の悪化につながることさえある。こうした問題状況の可能性を認識しそれを扱うことが重要である。次のシナリオは、CSOの参加がMETにネガティブな影響を与える可能性があるものである：

CSOによるコメントで、すでに緊張状態にある関係が悪化し、クライアントからさらに抵抗を引き出すおそれがある。CSOから支持の言葉を引き出そうとあなたは努力したが、抵抗に会ってしまう。クライアントから自己動機づけの言葉を引き出そうとするあなた自身の努力が、CSOの発言によって妨げられ、クライアントの防衛性が高められてしまう。

CSOによるコメントは、クライアントに対して無関心もしくは敵意の態度を示している。CSOはクライアントがコミットメントを行うことや薬物問題を解決しようとすることに関心がないようだ。CSOが参加することは、クライアントから自己動機づけの発言を引き出すうえでほとんど、まったく利益がないと思われる。クライアントが自己動機づけの発言をしてもCSOは全く支持を示さない。

CSOはクライアントから求められた変化に乗り気でない、もしくは応じられないようである。この変化は薬物問題や2人の関係の改善を促すと思われるものである。たとえば、ネガティブンなコミュニケーションのパターンを一旦保留にするというクライアント（とたぶん、あなた）からの強い要望にも関わらず、CSOは過去の薬物使用についてクライアントを責め続ける。

こうした場合、SOが参加することは治療に役立つよりは破壊的となるかもしれない。この場合にとられる第一の方法は、METの手法（聞き返し、リフレーミングなど）を用いて、問題となるやり取りを認めそこに焦点を当てる方法である。もし通常のMETの方法がCSOの破壊性を低下させない場合、直接、介入してそのパターンを止めさせる。以下は、治療目標の達成へのCSOの干渉を最小限に留めるのに有用である可能性があり、一般的なMETの方法に合致するものである。これらは、MET配偶者さんあの通常の手順から離れたものであり、「失われたコントロール」に含まれる。

１．面接へのCSOの参加を制限する。CSOの参加を、(1) 薬物使用の程度とパターンについての副次的な情報提供、(2) 薬物問題の深刻度、および提供される治療の種類、についての知識と理解を得る、と言う点に、明確に限定する。あなたのCSOとの関わりは、事実に関する情報を明確にし、CSOがクライアントの薬物問題と変化のプランをよく理解できるようにする、ことに限定する。この種の構造化された質問としては、「これまで提示したことについて理解しましたか？」「これまで話し合ったことに何か疑問はありますか？」である。

２．面接の焦点をクライアントにする。話し合いの焦点を、クライアントに対して、治療導入に当たっての問題を解決するための支援にすることを伝える。薬物使用は優先的に注意を向けるべきことであり、その他の問題はクライアントが治療のこのフェーズを終えてから扱うのがよいと話す。続いて、話し合いをクライアントの問題に向ける。

３．CSOの参加を意思決定に限定する。CSOの参加に問題が大きい時は、CSOには変化を観察する役に回ってもらい、面接の内部にも外部にも直接には加わらないようしてもらう。変化の目標を立て、行動のプランを作るときには、CSOからの要求は避ける。薬物使用と変化についてのクライアントの決断にはCSOには是認を求めない。

## フェーズ３：フォロースルー（計画遂行）の方法

　変化についての強い動機づけが得られ（フェーズ１）、変化についてのクライアントのコミットメントが得られたら（フェーズ２）、METは実行に焦点を当てる。クライアントのペースにもよるが、早ければ2回目の面接でここに至る。実行には３つの過程が含まれる：(1) これまでの振り返り、(2) 動機づけを新たにする、(3) コミットメントを再履行する。フェーズ３ではまた、さらなる治療や紹介の必要性も評価する。

これまでの振り返り

　実行の面接ではまず、前回の面接から何が起こったかを振り返る。クライアントと、どのようなコミットメントとプランを作ったかを話し合い、これらに向けてクライアントがどのような作業をしてきたかを考える。これまでと同様、聞き返し、質問、是認、リフレーミングで応答する。これまでに作成した目標とプランがどの程度組み込まれているか確認する。

動機づけを新たにする

　フェーズ１の過程（「変化への動機づけを築く」）を、ここでもう一度用い、変化への動機づけを新たにする。これをどの程度行うかについては、クライアントの変化に対するコミットメントが現在、どの程度かについてのあなたの判断による。これは、クライアントに、薬物使用について変化させる最も重要な理由を思い出してもらうことで評価することができる。

コミットメントを再履行する

　フェーズ２の過程（「変化へのコミットメントを固める」）を実行において継続する。これは単純に、以前のコミットメントを再確認すればよい。しかし、もしクライアントが最初のプランについて重要な問題や疑問に遭遇した場合、再評価し、新たなプランとコミットメントに移行すべき時期である。クライアントの自立の感覚と、自尊感、自ら選んだ目標とプランを実行する能力、を強化することを目指す。

さらなる治療

　上述の動機づけ促進の過程を通して、クライアントは目標達成のためにさらに治療を追加するかどうかを決める、フェーズ３の課題の重要な課題は、そうした治療を通してどのような目標を達成するかをクライアントと明確にし、これらの目標のために最も効果的と思われる治療サービスを考えることである。

［CRAFTのフォーマットでは、治療者には、そのような追加の治療を、最大12セッションまで（METを含む）提供し続けてよいとされている。コミュニティのサービスを紹介することも可能だが、その費用はこの基金では賄われない］

# MET面接の構造

　これまでの段落でMETのフェーズ１からフェーズ３までのっ基本的な流れを説明した。この段落ではMETの計画と実行にまつわる問題を説明する。

## 最初の面接

### 最初の面接の準備

　CRAFTプロジェクトは、もともと本マニュアルはそのために作られたものであるが、治療に先立って、広範囲の評価バッテリーを行い、その一部に基いて最初の面接での個人フィードバックを行う。これら一つ一つの評価バッテリーを必ずしも用いる必要はない。全般的な意図は、クライアントに薬物使用と関連問題について客観的なフィードバックを提供することにある。

　クライアントにコンタクトを取って最初の面接の予約をする際、CSOを伴って面接に来ることの重要性を強調する。CSOが決まっていない場合、典型的には、治療プロセスを通して支援してくれるのは、配偶者、家族員、親密な友人であろう、CSOが「重要人物」としてクライアントに見なされる基準は、CSOが通常、クライアントと相当な時間を過ごすということである。最初、そうした人物が見つからないときは、最初の面接でCSOに当たる人がいるかどうか検討する。

　クライアントには、面接にはクリーンで素面の状態で来ること、呼気検査を行うこと、呼気で有意なアルコールが検出されたり、その他、薬物による症状が明らかな場合には、スケジュールの再調整が必要なこと、を伝える。すべてのMET面接は、事前にアルコール呼気検査を行い素面であることを確認する。面接のためには、クライアントのBAC（呼気アルコール濃度）が0.05(50mg%)を超えてはいけない。さもなければ、面接のスケジュールの再調整をする。クライアントの他の薬物の症状について意見が一致しない場合は、追加で尿検査を実施してよい。

### 治療の原則と展開を提示する

この治療法の性質を説明する。以下は説明の例である：

始める前に、どのように作業を進めるかについて、少し説明します。あなたにはすでに数時間、私たちに必要は質問に答えてもらい、そのことに感謝しています。今日はその情報をうまく使うようにしましょう。

また、初めに、私はあなたを変えようとしているのではないことを説明しておきます。私が願っているのは、あなたが現状を考え、何かやりたいことがあるならばそれを検討することで、もし何か変えるべきことがあるならば、それをするのはあなたです。誰もあなたに何かをするように言うことはできないし、誰もあなたを変えさせることはできません。わたしはあなたに、あなた自身についてのたくさんの情報や、たぶんいくつかの助言を提供しますが、それらをもとにして、あなたが何をするかについては、完全にあなたに委ねられています。わたしはあなたを変えようと思ってもそうすることはできません。あなたが変わるか、どのように変わるかについて決めるのはあなただけです。そのことについてどのように感じますか？

何度か面接した後、あなたは自分が何をしたいか、よりよく理解できているでしょう。もし何か変えたいと思ってその相談をしたいなら、そのお手伝いはできますし、最大12回の面接まで可能です。もし他の支援が必要な場合は紹介します。これからの作業についてなにか質問はありますか？

　この導入の後、最初の面接を簡単に構造化し、もし可能なら、面接でのCSOの役割を決めて（「重要他者を含める」の段落参照）、面接を始める。クライアント（とCSO）に、治療前質問紙と面接からのフィードバックをすること、しかしまずクライアントの状況をどう見ているかをより理解したい、ということを伝える。続いて、「自己動機づけの発言を引き出す」手順を進める。この初期段階では、聞き返し（「共感を持って聞く」）を基本的な応答として使う。「クライアントを是認する」「抵抗を扱う」「リフレーミング」に記載された他の技法も、ここでは適切である。［METのこの初期フェーズを示したDr.Millerのビデオテープ「動機づけ面接」参照］

　クライアント（およびCSO）から主要な関心事となるテーマを引き出したと感じたら、要約の発言をする（「要約する」参照）。これがクライアント（およびCSO）に受け入れ可能なようであれば、続いて、クライアントの最初の評価からのフィードバックを提供する。クライアントに個人フィードバックレポート（PFR）のコピーを渡し、一つ一つ振り返る（「個人フィードバックを提示する」参照）。ここでも、前述したように、聞き返し、是認、リフレーミング、抵抗を扱う方法を使う。最初の面接でこのフィードバックを完了できないこともある。その場合、フィードバックを次の面接にも続けることを説明し、クライアントに渡したPFRのコピーを受け取り、2回目の面接の準備とし、次週のフィードバックを全部終えたら返すと伝える。

　フィードバックが終わったら、クライアント（とCSO）に全般的な応答を求める。次のように質問する：

　ここでたくさんの情報がありましたが、今の時点で、これをどのように理解したか、どのように考えているかを知りたいです。

フィードバックとこの質問では、しばしば自己動機づけの発言が引き出されるので、それを聞き返し、METの次のフェーズへの橋渡しに用いる。

　フィードバックに対するクライアント（とCSO）の応答を得たら、もうひとつ、最初の「引き出す」プロセスで出された問題とフィードバックで提供された情報の両方を含む要約を提供する（「要約する」参照）。これはMETの第２のフェーズへの移行点である：変化へのコミットメントを固める。（やはり、通常は最初の面接でここまで到達しないので、続く面接に先延ばしにする）。

　クライアントとCSOが示すサインを手掛かりに［「変化準備性に気づく」参照］、問題への対処のための考え、アイディア、プランを引き出す作業を始める［「プランを話し合う」参照］。このフェーズの間、「選択の自由を伝える」「情報と助言」に示した手順も用いる。行動で得られると考えられるもの、行動しないことでのネガティブな結果について、クライアント（およびCSO）から引き出す［「行動の結果」参照］。これらはバランスシート（以前の状態を続ける理由、対、変化する理由）の形で記載し、クライアントに渡す。聞き返し、質問、是認、リフレーミング、抵抗を間接的に扱う、といった基本的なクライアント中心のスタンスは、すべてのMET面接を通じて維持する。

　このフェーズで変化のプランを固める方向に進み、その方向で得られるコミットメントがあればそれを得るように求める［「コミットメントを要請する」参照］。チェンジプラン・ワークシートの変化へのクライアントの目標と計画したステップを記載しておくのが役立つ。しかし、時期尚早にコミットメントに圧力をかけないように注意が必要である。コミットメントがしっかりしていないうちに計画にサインしてしまうと、クライアントは合意に「立ち戻る」のではなく治療を脱落しかねない。

### 最初の面接を終える

　最初の面接は、必ず最後に、面接で起こったことを要約する。この要約の内容は、面接でどこまで進んだかによる。ある場合には、進行が遅く、最初の面接のほとんどの時間を、フィードバックを提示し、問題や抵抗を扱うのに費やされるだろう。他の場合には、クライアントは十分に決断に向かい、最初の面接の終わりにはフェーズII（コミットメントの強化）の技法に入っていることもある。この面接の進行のスピードは、クライアントが変化に対して、今どういうステージにいるかにかかっている。可能なら、最初の面接で、変化についての自己動機づけの発言をクライアントからし、変化のプラン（試験的で不完全なものであれ）を話し合う方向に踏み出しているのが望ましい。また、最初と2回目の面接の間に、クライアントが何をして、どのような変化を（もしあれば）起こすかについては話し合う。もし適切に見えるならば、最初の面接で変化へのコミットメントに向かって進むことをためらってはいけない。一方で、そうしなければならないとプレッシャーを感じてもいけない。時期尚早なコミットメントははかなく、クライアントの準備が整っていないのに変化に向けてプレッシャーをかけることは、抵抗をもたらし、METのプロセスの根底を揺るがす。

　最初の面接の最後に、クライアントに、適切な読み物のコピーを渡してもよい。フィードバックが完了したら、クライアントに個人フィードバックレポートと「あなたの個人フィードバックレポートを理解する」のコピーを渡す。

### フォローアップの覚書

　最初の面接の後、クライアントに手書きの覚書を用意して送る。これは「形式的な手紙」ではなく、あなた自身が手書きした個人的なメッセージである。［もしあなたの字が判読困難なら、準備し直し、しかしタイプではなく手書きである必要がある。］

　覚書に含めるいくつかの要素を示す。それぞれの個人に合わせて記載する。

１．「参加メッセージ」［「お会いできてよかったです。」「今日はあなたと奥様とお話しできて楽しかったです。」］

２．クライアント（およびSO）への是認

３．問題の深刻さについての聞き返し

４．最初の面接の簡単な要約、特に、得られた自己動機づけの発言

５．楽天的で希望を持った言葉

６．次の面接の予定

もちろん、この手紙を送るにあたって、クライアントの秘密保護は特に重要であり注意する。以下は覚書の例である：

ロバートソン様

　今日は来ていただき、感謝の気持ちでご連絡します。あなたが深刻な問題に取り組んでおられ、真摯に話し合われたことは素晴らしいことと思います。健康的な生活に変えるための方法を見つけ始めておられ、奥様もとても心配されて役に立ちたいというお気持ちのようです。共に問題解決の道を見つけることができることでしょう。次回、24日火曜日の2:00にお待ちしております。

この覚書のコピーをクライアントの臨床ファイルに保管する。

### 予約に来ない場合

　クライアントが予約に来ない場合は、すぐに対処する。まず、クライアントに電話を試み、その際、以下の点を確認する。

１．予約に来なかった理由を明確にする

２．クライアントを是認する－来談したことを強化する

３．クライアントにまた会いたい気持ちを伝え、継続することを励ます

４．明らかになった重要な問題について簡単に触れ、クライアントがこれらについて考えていることを感謝する（適切であれば）

５．変化し、クライアントとCSOの利益になるという見込みについて楽観的な見通しを表明する

６．クライアントに、何か答えられそうな質問があるか尋ねる

７．予約を取り直す

　もし予約に来なかったことについて妥当な理由（病気、交通マヒなど）が示されない場合、その理由が次のいずれかを反映したものかどうか尋ねる：

＊治療が必要かどうかについて確信がもてない（例、「実際のところそれほどの問題ではない」）

＊変化することへの両価性

＊治療を受けなければならないことについての葛藤や怒り（特に、クライアントがプログラムを強制させられた場合）

こうした問題をMETに合致する方法で対処する（例、聞き返し、リフレーミング）。治療の最初のフェーズでは、予約に来ない、遅刻などでためらいの気持ち（葛藤、怒りなど）を表明することは驚くことではないと話す。クライアントにこうした気持ちを直接話すよう促すことで、それを将来、予約のキャンセルという形で表明することが減る可能性がある。抵抗を示す時はフェーズ１の方法で対処する。心配を話し合おうとするクライアントの気持ちを是認する。続いて話し合ったことを要約し、ポジティブな変化が得られることへのあなたの楽観的な気持ちを伝え、治療への再コミットメントを得る。この点ではクライアントから何らかの自己動機づけの言葉を引き出すことが役立つ。予約を立て直す。

　すべての場合において、信頼性のリスクや電話と二重にコンタクトを取ることがクライアントを傷つけるような場合を除いて、クライアントの個別に合わせてこれらの重要点を記載した手書きの覚書を送る。これは予約に来なかったときの2日以内に行う。研究では、こうした覚書や電話をすぐにすることで、クライアントの復帰率を有意に高める（Nirenberg, Sobell & Sobell, 1980; Panepinto & Higgins, 1969）。この覚書のコピーを臨床ファイルに保管する。

　この手続きは、４つの予約のいずれについても不来の場合に行う。面接に来なかった場合、少なくとも3回は試みる（新しい予約）。

## フォロースルーMET面接

　2回目の面接は、1回目の面接と同じ週に予約し、1週間を超えないのが通常である。1回目の面接で出た話を簡単に要約することから始める。続いてMETの手続きを進め、到達点から始める。1回目の面接でクライアントの個人フィードバックが完了していなければ、それを続け、クライアントにPFRをと「個人フィードバックレポートを理解する」のコピーを渡して持ち帰ってもらう。フェーズIIに進み、1回目の面接で変化のコミットメントが完了していなければ、それを得る。1回目の面接でしっかりとしたコミットメントが得られていたら、フォロースルーの手順に移る。

　各面接は、前回の面接で出てきた話について話し合い、前回の面接で達成したことを振り返ることから始める。各フォロースルー面接では前述した特定の技法を用いる：(1) 進歩を要約する、(2) 動機づけを新たにする、(3) コミットメントを再施行する。各面接は、クライアントの現在の到達点を要約で終え（例、クライアントの問題意識の理由、フィードバックの主要課題、交渉したプラン－「要点の繰り返し」参照）、次にどのようなステップに進むか、クライアントの考えを引き出す。変化のプランを（もし前回取り決めていたら）復習し、修正し、（もし前回記述していたら）書き直す。

　フォロースルー面接では、了解性が解決済みでコミットメントは強固であると考えないように気を付ける。クライアントは依然として両価的と考えておくのが安全でありフェーズIIのコミットメント強化法だけでなく、フェーズIの動機づけ構築方法を継続して用いる。

　ケアの継続性が明確に感じられるようにする。METは進行するタイプの支援として、そして、連続した治療と(研究の)フォローアップ面接の連続体として提示する。最初の面接では動機づけを構築しコミットメントを強化し、続く面瀬うでは（研究フォローアップも含む）変化の歩みを定期的にチェックするものとして扱う。

　フォロースルー面接では、前回の面接移行に起こった状況について話し合うのがよい。2種類の状況が挙げられる：

　１．クライアントが薬物を使用する状況

　２．クライアントが薬物を使用しない状況

**薬物を使用する状況**。前回面接からクライアントが使用した場合、どのようにそうなったかを話し合う。共感的な態度を維持することを忘れず、批判的なトーンやスタンスは避ける。MET治療のフェーズでは、この話し合いを、動機づけを新たにするのに用い、クライアントの考え、感情、反応、気づいたことを尋ねて、さらなる自己動機づけの言葉を引き出す（例「このことで将来にどう影響するでしょう？」「この次は違う結果になるようにするにはどうすればいいでしょう？」）

**薬物を使用しない状況**。以前だったら薬物を使っていたかもしれない、あるいは使う誘惑にかられたかもしれないのに、そうならなかった状況を振り返ることは、クライアントにとって役立つしありがたく感じられるだろう。クライアントに、こうした状況でどのようにしてこうした状況にうまく対処したかを尋ねることで、自己効力感を強化できる。小さな一歩、小さな成功について、たとえわずかな進歩であってもクライアントを励ます。

### 移行または紹介

　明確は変化プランが作成できたら、次のステップは、変化を支えるために追加の治療や紹介が必要か、その場合、どのようなものが必要かを決める。もしあなた自身が、希望された治療の一部または全部を提供できるならそのようにする［MET面接を含めて計12回の面接まで］。そうでない場合、クライアントが適切な治療資源を見つけるのを手伝い、紹介する。可能なら、自身の期間からクライアントの面前で紹介の電話をし、クライアントの予約を取る。

### 終結

　METフェーズの形式的な終結は、MET面接を通してのクライアントの状況と進歩について、最後の要約の繰り返しで完了する。最後の要約としては以下の要素を含める：

１．変化についてクライアントの最も重要な動機づけの要因となったことを振り返り、自己動機づけのテーマを再強化する

２．これまでに実施したコミットメントと変化を要約する。

３．これまで行ってきたコミットメントと変化についてクライアントを是認し強化する。

４．クライアントが将来達成したと思うさらなる変化について検討する。

５．変化の維持とさらなる変化に向けての自己動機づけの発言を引き出す。

６．クライアントの持つ変化の力を強調し、クライアントの自己効力感を支える。

７．明らかとなった特定の問題に対処する（下記）

８．クライアントにフォローアップ面接を確認し、これがプログラム全体の重要な部分であり、変化の維持に役立つことを強調する。

動機づけを固めるために、クライアント（およびうCSO）に、もし前と同じようにまた使うようになった場合に考えられる最悪のことを尋ねるとよい。クライアントに、直近の未来を見るよう助け、再発の引き金となりうる、不測の事態や考えられる障壁について考えてもらう。

### 時間と面接の限界

　プロジェクトCRAFTでは、METと続く個別治療の合計で12回の面接を提供できる。さらにあなたの指示で2回の緊急面接を追加することができる。すべての面接は、緊急面接を含め、最初の面接から3か月以内に完了しなければならない。その日以降は、クライアントと面接することはできない。

### 電話相談

　一部のクライアントとCSOは、追加の相談として面接の間に電話で連絡してくることがある。これは可能であり、そうした連絡もすべてクライアントのファイルに注意深く記録する。そうした連絡を、電話での追加の面接とするのではなく、簡単な連絡に留めるように努力するべきである。

　電話連絡の最初には、クライアントがオープンに前向きにあなたに連絡したことについてポジティブにコメントすべきである。前回面接で話し合った目標や方法に関して表明される自信のなさや両価性の表現を聞き返し、話し合う。両価性や心配を正常なこととして扱うのがよい：「あなたがそう感じるのは決して異常なことではありません。そうしたことは、特に初期のステージではごく一般的なことです。もちろん、あなたは気持ちが混乱しています。あなたは、また使い続けていた薬に執着していて、かつ、長年の使用パターンを変えることを考えています。少し時間をかけてみましょう。」自己動機づけの発言や変化への前向きな気持ちを示唆するものがあれば強化する。この簡単な連絡でも元気づけることが必要である；例、いろいろな人が実際に薬物の問題を変えていて、しばしば、ちょっとした相談で達せちしている。

### 危機介入

　ある状況では、危機の状況でクライアントやCSOから連絡を受けるだろう。前述のように、12週間の治療期間において、クライアント（とCSO）に2回の緊急面接を提供することができる。

　どのような場合であれ、クライアントや他の人物の直接の富と安全が危機にさらされるとみられるなら（例、再発が切迫している、クライアントが急性に自殺や暴力を起こしそうである）、関係する人たちの保護のためにすぐさま適切に介入すべきであり、スーパーバイザーから適切な助言を得るべきである。あなた自身が適切に危機介入するとともに、適切に紹介することも含まれる。あなた自身が提供できる以上の追加の治療の必要性が高いなら、紹介をアレンジする。

# 参考文献

（略）

# 付録

　動機づけ促進療法　治療者マニュアル補遺　アセスメントフィードバックの手順

（略）