

心理療法における「エビデンス」とは何か

—Evidence-basedの概念の再検討を通して—

松下 姫歌

1. 問題と目的

1.1. 心理療法と科学的態度

心理療法の実践においては、クライアントの心の問いをどのような視野と視点から、いかに把握・理解し、どう対応していくかを、一連のプロセスにおいて常に問う必要がある。対象の把握や理解は、常に仮説であり、知見と基となるデータそのものだけでなく、データ把握の方法論とデータ理解(解釈)の方法論も検討の対象となる。すなわち、①データ把握については、データ(結果)がどのように得られたのか、例えば、対象について、どの範囲およびどの水準に、どの視点から、どのような方法で得られたデータ(結果)なのか、といった、対象把握の方法論が問われる。②データ理解については、得られたデータの解釈とその解釈の方法論が問われる。このように、データ(結果)と知見(考察)について、①データ入手の方法、②結果整理方法、および結果の解釈方法といった、「対象の把握や理解が、どのような視野・視点に基づくものであるのか」についての「情報」を明示することによってはじめて、当該のデータに基づく知見を位置付けることが可能になる。この「情報」は、当該のデータと知見が「この視野・視点の限りににおいて捉えたものである」という意味での「限界」に相当し、同時に「根拠」となる。

このように、知見が「対象の、どの範囲に目を向け、どの視点で、どの方法で、見た場合に見えてくるものなのか」といった、その知見の「限界」と「根拠」を明確に意識しつつ、対象を吟味することによって初めて、①対象の理解に関する議論が可能になり、②対象についての様々な知見を擦り合わせて立体的な理解へと発展させることが可能になる。さらには、③個々の知見の根拠や議論の根拠に立ち返ることによって、知見や議論そのものを見直すことが可能になる。こうした、「何を見て、何を見ていないのか」を知見とともに明示することで、着実に議論を重ねるための方法論、かつ、知見の独り歩きを防ぎ、知見とそれが得られた根拠を再検討するための方法論は、近代の「科学的方法論のコア」であり、その特徴として「自己批判性」を抽出しうる。松下(2017)は、こうした、捉えたものを見直すとともに、それを捉えた視野・視点や方法を含めて見直すことで、よりよくアプローチしようとする、自己批判的なリフレクションの姿勢が、現代心理学や臨床心理学および心理療法に通底する姿勢であると指摘している。

一般に、科学の性質として、「法則性」の発見とそれによる「予測性」、その根拠となる「再現性」の側面がクローズアップされるが、こうした法則性の発見と検証を可能にする科学的態

度のコアは、上述の「自己批判性」である。科学的態度に支えられたアプローチの一つに、多くの人に共通する法則性を捉えて役立てようとする「法則性アプローチ」と呼びうるものがある、と理解するのが妥当であろう。一方で、共通的な法則性の把握だけでは漏れてしまう「個別性」の問題があり、個々の事例における個別性を丁寧に抽出して検討する「個別性アプローチ」と呼びうるものが必要となる。個別性アプローチもまた「自己批判性」が欠かせず、自己批判性をもって丁寧に事例検討を重ねることは、法則性の盲点についての知見を得ることにつながり、それは新たな法則性の発見に向けての重要な種ともなりうると考えられる。

1.2. Evidence-Based をめぐる問題と心理療法

こうした問題に関連する概念として、Evidence-Based Medicine (エビデンスに基づく医療、以下、EBM と略す) がある。提唱から約 30 年の間に、EBM は医療領域のみならず、心理療法を含む広範な対人援助領域にも影響を与え、Evidence-Based Practice (エビデンスに基づく実践、以下、EBP と表記) や、Evidence-Based Practice in Psychology (心理学におけるエビデンスに基づく実践、以下、EBPP と表記) なる概念が生まれた。しかし、これらの概念については、理解の混乱や誤解が常に指摘されてきた (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992; Sackett, D. L. et al, 1996; American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006)。この点に関し、斎藤 (2016) は、EBM には後述の 3 解釈があるとし、誤解の多くは EBM と「エビデンス」の混同によると述べている。EBP や EBPP についても「エビデンスに基づく実践とは、実証的知見に支持された特定の治療法(後述の ESTs 等)を患者(クライアント)に用いることである」という誤解が、特に本邦では完全には払拭されていない(斎藤, 2016)と指摘している。

こうした Evidence-based をめぐる理解の混乱について、筆者は、さらに、医療と心理療法にまつわる共通点と相違点の問題を指摘しようとする。医療においては、できるだけ多くの対象者を救うことにつながる知見が求められるため、主として「法則性アプローチ」が採用される。但し、実際の臨床場面では、研究知見を個々の患者にどう適用するかの問題が生じる。例えば、疫学研究において、特定の治療法が、ある疾患のある症状をもつ患者の 70% に有効だが、20% には効果が見られず、10% は悪化した、という知見が得られたとして、実際の一人の患者において、その治療法を適用した場合に有効に働くのか悪化に転じるのかをどう判断しうるのか、という「個別性」の問題が生じる。個のレベルにおいては、特定の要因だけでは捉えられない、複合的な要因があり、既存の知見や枠組みだけでは捉えられない未知性も孕んでいる。少し論を先取りして述べると、EBM が目的としているのは、こうした個々の患者における、ある時点における、よりよい医療的選択とそれに関する患者自身の意思決定をおこなうことである。そして、この点については、EBM の提唱者の一人である Guyett, G. H. (2011) が、「EBM の提唱時以降、医学論文の研究知見について、エビデンスの質の良し悪しをどう見わけ、診療とどう結びつけるかの判断基準を作る試みを始めたが、その限界もみえてきた」こと、「エビデンスそのものは、医師が何をすべきかという臨床的判断を与えてくれない」こと、「実際には、治療をおこなうことによる望ましい転帰と望ましくない転帰の兼ね合いを考慮した意思決定が迫られ、その際に患者の価値観やどちらをよいと思うか(好み)が関与しうる」ことについて指摘している。つまり、医療の選択の問題は、患者にとっての自らの生と切り離せず、患者の個別性と主体性・主観性の問題と深くつながっているのである。

一方、心理療法の場合は、療法選択の問題にとどまらない。心理療法が取り扱うものそのものが、まさしく個別性の問題である。心の問題は、その人の心の次元における「個」の問題、すなわち「自と他」をめぐる「自分が自分であることのゆらぎ」の問題であり、「自分がいかに生きるか」の問題である。それは、心の困難と苦しみを伴う、優れて主体的・主観的な問題である。器質因が強く認められる場合も、その心身を通してその人が生き、ものを捉え体験し、自らを方向づけたり、苦しみや困難を覚えたりしていることには変わりがない。また、心の問題は、単に器質因や環境因、あるいは過去体験などの影響だけで生じるわけではなく、未来に向けての心の動きや、心の発達・成長の一環としても生じうる。そのため、心理療法においては、クライアントの問題について、個別性や変化性、潜在性や未知性をも視野に入れて捉えていく必要がある。こうした問題の性質上、共通性・法則性の把握を基盤とした「共通性アプローチ」のみでは必然的に限界があり、上述した、科学的態度のコアである「自己批判性」に支えられた「個別性アプローチ」を丁寧に進めることが肝要となる。加えて、医療分野における心理的問題へのアプローチに関して言えば、医療の範疇では共通性・法則性の把握・理解を基盤とした薬物療法によるアプローチがおこなわれるが、その枠組では取り扱えない、心的次元における個の問題については、心理療法の適用が選択肢に入ってくる、といった役割分担があり、そもそも取り組む問題の局面と性質が異なるという面も存在する。

心理療法はクライアントが潜在性や未知性に開かれ「気づき」を重ね、心の自律的な再体制化が進むプロセスを支えるいとなみである。心の問題に向き合う中で、当初は見えていなかったものが見えてきて、自と他をつかみなおし、心の次元における見え方が変化し、自分なりの生き方をつかんでいくプロセスそのものをサポートするものである。したがって、心理療法においては、どの療法や技法を用いるかといった選択の問題よりも、クライアントの抱える心理的問題や成長を、プロセスの中でいかに捉え理解するかの問題の方が遥かに重要と言える。

以上を踏まえると、EBM の概念や方法論は、医療における「法則性アプローチ」を基盤としながら、「個別性アプローチ」をどのように導入するかの問題を孕んでいると言える。したがって、EBM を「法則性アプローチ」としてのみ理解して心理療法に導入することは、適切さを欠く面があることは否めない。心理療法が、EBM の概念や方法論から学び活かすべき点については、医療と心理療法の共通点相違点を踏まえた慎重な検討が必要である。それを踏まえて、心理療法における「個別性アプローチ」のエビデンスとは何かについて検討する必要がある。

本稿では、①EBM の概念と理念の再検討を通じて 3 つのエビデンスを抽出するとともに、Evidence-based の意味について明らかにし、②その観点を基に EBPP の概念についての批判的検討をおこなう。③さらに、心理療法をはじめとする心理臨床実践における「エビデンス」についての詳細な検討をおこなうとともに、その再定義をおこなうことを目的とする。

2. EBM におけるエビデンス

2.1. EBM とは何か：定義の再検討

まず、EBM の概念について、その定義と意味するところを少し詳しく見ておこう。EBM は、Sackett ら（1996）によって、以下の通り定義されている。

「エビデンスに基づく医療とは、個々の患者の臨床判断において、最新最良のエビデンスを明示的に良心的に一貫して用いることである。」

「エビデンスに基づく医療の実践は、臨床実践において、個人の臨床的専門性と、系統的研究による最良の利用可能な外的な臨床上のエビデンスを統合することを意味する。」

「利用可能な最善の外的臨床エビデンス」とは、「多くの場合、医学の基礎科学からの臨床的妥当性のある研究」によって得られたものであり、「診断検査(臨床試験を含む)の正確性と精度、予後マーカーの検出力、治療的・リハビリ的・予防的な養生法の有効性と安全性に関する、患者中心の臨床研究によって得られたもの」である。「外的臨床エビデンス(external clinical evidence)」は、「これまでに受け入れられていた診断検査や治療法を無効にし、それらをより強力で、より正確で、より効果的で、より安全な新しい診断検査や治療法に置き換えるもの」である。つまり、EBMにおける「エビデンス(証拠; evidence)」は、第一義的には「(利用可能な最善の)外的臨床エビデンス」であり、疫学研究(epidemiological research)における知見を指す。

これに対し、「個人の臨床的専門性(individual clinical expertise)」は、「個々の臨床家が臨床経験と臨床実習を通して身につけた熟練度と判断力」と説明され、専門性の向上については、「特に、より効果的かつ効率的な診断や、個々の患者の苦境、権利、嗜好をより注意深く見極め、思いやりをもってケアに関する臨床的意思決定を行うことに反映される。」としている。

このように、定義を踏まえてあらためて総合すると、EBMは、疫学研究知見に代表される「外的臨床エビデンス」をそのまま患者に適用するような、「外的臨床エビデンス」ありきの医療を意味しないことがわかる。そうではなく、医療者が、目の前の患者との間で、患者についての情報を丁寧に得つつ、関連する「外的臨床エビデンス」を外から持ち込みつつ、その情報を丁寧に吟味し擦り合わせ、診断や治療法の選択や治療方針等々の臨床的な意思決定をおこなうプロセスに最善をつくすための方法論と言える。「エビデンス」は、一連のプロセスにおける、吟味の材料であるだけでなく、吟味の対象でもある。したがって、EBMとは、「臨床実践において、エビデンス、患者の意向、臨床能力の三者を統合すること」と要約されうる。

一方で、EBMの定義と意味内容自体は、従来、「臨床疫学(clinical epidemiology)」と呼ばれてきたものに相当するように見受けられる。International Epidemiological Association(2008)によるA Dictionary of Epidemiology ([日本版] 疫学辞典第5版, 2010)によると、臨床疫学は「臨床上の問題の研究や、診療の改善のために、疫学的な知識や論理的思考や方法論を応用すること。」と定義され、「研究は、病因、メカニズム、診断、治療、予後などの医学上の課題についてが多く、臨床医により、臨床場で、患者を研究対象として行われる。臨床疫学は、主に疫学の原理を利用して患者個人の意志決定を援助するために使われるが、もっと広い文脈としても使われることがある」とされる。EBMと臨床疫学の違いはどこにあるのだろうか。根本的相違がないならば、“evidence-based”と謳う理由はどこにあるのだろうか。上記の「臨床疫学」の項目には、「実際には、残念ながら『臨床上の clinical』は『医学上の medical』に限定されることが多い。medical epidemiology という用語も十分許容され、また、よく使われる用語である」とある。その記述に涉り、「臨床疫学」の本質や理想にまつわる問題とも関係するのだろうか。

以上、EBMとエビデンスの概念を踏まえ、EBMおよびエビデンスの概念解釈の振れ幅の大

きさの問題と、EBM と従来の臨床疫学との重複の問題を指摘した。次項以降では、EBM の提唱の背景にある意図について整理をおこない、EBM の解釈（立場）の幅や、臨床疫学との異同をめぐる、EBM およびエビデンスの概念の「揺れ」の問題について検討をおこないたい。

2.2. EBM の理念とその出発点

EBM は、カナダの McMaster 大学の Sackett, D. L. のチームによって、医学生が医療上の意思決定をおこなう力を育むための、あるいは医師が自らの臨床能力を鍛え続けるための、「新しい教授法」として開発され、その一員である Guyatt, G. H. が、さらに発展させたものである (Barends, E. G. R et al., 2014)。Evidence-Based Medicine という用語は、Guyatt が 1990 年に地元の医師を対象とした講演で用いたのが最初とされている (Evidence-Based Medicine Working Group; 以下 EBM-WG と略, 1992)。その後、彼による "Evidence-Based Medicine" が 1991 年に米国内科学会 (American College of Physicians; ACP) の ACP Journal Club に掲載され、さらに、Sackett 率いる EBM-WG が、1992 年に Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine を The Journal of the American Medical Association に発表して以来、大きなムーブメントと議論を巻き起こし、現在に至るまで発展を続けている。

EBM-WG(1992)は、「Evidence-based medicine」の冒頭で、「医療実践のための新しいパラダイムが生まれつつある。エビデンスに基づく医療は、直観や体系化されていない臨床経験、病態生理学的な理論的解釈を、臨床的な意思決定をおこなうための十分な根拠として強調することを控え、臨床研究によるエビデンスの精査を強調する（筆者訳）」と述べている。その意味するところに関し、EBM-WG (1992)は、「EBM は臨床における経験や直観は重要視しない」という誤解をあげ、「むしろ逆である」としている。つまり、学習者が臨床家の直観力、観察力、ケース・マネジメント能力等に触れることは重要であり、臨床家がキャッチしている兆候や症状等の情報は大切にされるべきで、テストされていないという理由で即座に捨て去るべきではなく、機関における経験も重要な洞察をもたらすとしている。臨床家の臨床的把握や診断のプロセスそのものが腑分けされ、再現可能な形で記録・説明され、バイアスが回避される、といったことに最適な注意が払われれば、臨床プロセスはそれ自体が系統的な精査そのものでもあるといった進化を為し、そこで追究される知は EBM のコアを形づくる、という旨について述べている。

Sackett ら EBM の提唱者が共通して目指していたのは、医療現場で個々の事例に臨む際に、知識や教員の教えに頼る (knowledge- or teacher-based; Barends, E. G. R et al., 2014) のではなく、必要な情報や知見を収集し、知見の確からしさの性質を適切に吟味し、それらと実際の事例とを適切に擦り合わせ、よりの確な臨床的判断をおこなっていくための、主体的な力を訓練することと言える。EBM の提唱者達の間でも幾分強調点の違いはあり、Guyatt は中でも研究知見を重要視する立場であったが、単に最新の疫学的知見等を絶対視して、あてはめ式に事例に適用するような方法を目指すものではない。そのようなあり方こそ、「知識ベース」の意思決定方法であり、EBM が回避し、乗り越えようとしたものであるはずである。したがって、臨床実践プロセスにおける細やかな情報検出と臨床的判断において、研究知見そのものも検討材料の一つとして丁寧に吟味され用いられるべきである。このように、EBM は、既存の知見や技能に縛られて実際の患者の問題から乖離するような医療への警鐘として理解すべきであり、研究知見が先行し臨床実践が従属するようないとなみを目指すものとして理解すべきではないと言える。

2.3. EBM と臨床疫学

内的エビデンスと外的エビデンス、および3つのエビデンス

以上、出発点を踏まえて検討してみると、EBM は臨床疫学を踏まえた医療実践であることには変わらないが、既存の知見や培った技能、受けた教育等に依存した医療をおこなう姿勢では不十分であるという問題意識を明確に持つ点に特徴がある。つまり、医療者が目の前の患者と病に向き合い、よりよい医療を実践するためには、自ら主体的に必要な情報を得て吟味する必要がある、という点である。それは、最新のエビデンスを採用し、既存の知識や過去の学びや機関の考え方を排する、といった単純なことではない。そうではなく、医療者自身の培ってきた知識や技能、目の前の患者の診察を通じて得た情報、新しい研究知見等、個々の情報(evidence)の性質および水準を吟味し、相互に擦り合わせ、総合するプロセスを重要視していると言える。つまり、EBM は、既存の知識や旧来の教育訓練による知識に基づく医療の価値を認めながらも、それに依存することが、実際の目の前の患者をよく診てより適した医療を提供するから逸れてしまう問題に対する現時点での回答の一つと言える。

この点に関し、Porzolt ら(2003)は、「EBM の基本的概念は、内的エビデンス(internal evidence)と外的エビデンス(external evidence)の擦り合わせに基づいて、健康に関する意思決定をおこなうことを提案している」とし、「内的エビデンスとは、正式な教育や訓練を通じて得られた知識、日常の診療で蓄積された一般的経験、個々の臨床医と患者の関係性を通じて得られた具体的経験からなる」「外的エビデンスとは、研究から得られるアクセス可能な情報である」と整理し、「有効な(valid)外的エビデンス(例えば、ランダム化比較試験 (randomized controlled trial; 以下 RCT と略)など)と、有力な(prevaling)内的エビデンスとを組み合わせ、明示的に(explicit)用いることによって、一つの臨床判断を“エビデンスに基づく”ものと定義される」と述べている。

換言すると、EBM は、①“研究ベース”の外的エビデンスのみに拠るのでも、②“知識ベース”の内的エビデンスのみに拠るのでもなく、これらのエビデンスと、③個々の目の前の患者について得つつある“臨床ベース”の内的エビデンスとを、丁寧に総合することによってなされるものである、と解釈しうる。EBM が、これらのエビデンスを「明示的に」用いることによってなされる、とは、これらのエビデンスを総合するプロセスが、明確に意識し説明しうるような形で、丁寧になされるという意味合いを含むものと考えられる。

エビデンスの解釈と適用

これを、従来の診療プロセスに外的エビデンスを持ち込み、内的エビデンスを外的エビデンスで補強すると捉えれば、EBM におけるエビデンスは、やはり第一義的には疫学的知見である、という解釈もありうる。しかし、実際は、すべての治療法やその適用法等について RCT による疫学研究がなされるわけではない。特定の方法に明白な効果が見られる医療実績が知られている場合、疫学研究はおこなわれない。効果が知られている方法を適用しない群を設定することに倫理的問題があるためである。一般に、効果研究は、効果が目に見えてわかるものでないものに対しておこなわれ、適用によって 100%効果が見られるといった結果が得られることもない。統計学上で得られるのは、結局は、対照群との比較において有意な差が見られる確率がどの程度か、その結果が間違っている確率がどの程度か、といった結果に留まる。有意差が認められたとしても、実質的な効果量が乏しい場合も少なくない。近年は効果量の分析も盛んであ

るが、その方法論独特の脆弱性も存在する。そもそも測定にまつわる根本的問題も横たわっている。当然のことではあるが、EBM の提唱者達は、外的エビデンスを誤用しないよう、研究結果の正確な読み取りと臨床的適用について、丁寧な吟味の必要性を指摘している。また、問題に適したエビデンスの入手、各エビデンスの性質や水準自体の吟味等についても指摘している。

EBM の本質的姿勢は、内的エビデンスや外的エビデンスのみへの依存を排し、「各エビデンスの性質や水準自体を吟味すること」に依拠する“Evidence-Based”な姿勢であり、それによって、医療者と患者による independent な「臨床性」を取り戻そうとする姿勢と言える。それは、「臨床疫学」の辞典項目に添えられた「残念ながら、『臨床上の clinical』は『医学上の medical』に限定されることが多い。」という、臨床疫学の本質をめぐる呟きへの一つの答えとも言えよう。

2.4. EBM の理念と「エビデンス」概念の錯綜

上述の通り、Sackett らは EBM の概念とその誤解について再三説明している。しかし、諸家の解釈には、EBM 提唱者も含め、相当な幅があり「エビデンス」概念の錯綜も見られる。これに関し、斎藤(2016)は、EBM と「エビデンス」の概念解釈には次の3つが見られるとしている。

1) EBM 正統派（批判的吟味派）

EBM の定義と方法論を遵守する立場。エビデンスを疫学研究による経験的実証の情報と定義し、EBM の本質をエビデンスおよびエビデンスを用いた臨床実践の批判的吟味におく。

2) ガイドライン派（グローバル・スタンダード派）

エビデンスの定義は1)と共通するが、EBM を「エビデンスに基づいた診療ガイドラインを作成し、それを医療実践に普及させること」と捉える立場。エビデンスの格付けを重視する。

3) 伝統科学派（病態生理派）

エビデンスを臨床疫学的な情報に限定せず、生物化学的な理論や病態生理を推定する実験的研究の成果を重視しようとする立場。

1) は、EBM の理念をもとに、臨床的意思決定に必要となる情報そのものの吟味、それを通じての臨床実践のあらゆるステップについての吟味を、常に丁寧におこなうことで、目の前の患者に対する医療の最適化を図る点に力点があると言える。

斎藤 (2016) は、EBM 実践の「5 ステップ」と臨床的疑問（問題）の定式化の「4 要素」を最も重視しているのが、この1) の立場としている。「5 ステップ」とは、①患者の問題の定式化、②問題についての情報収集、③情報の批判的吟味、④情報の患者への適用、⑤これまでの実践(ステップ①～④)の評価、である。ステップ①において、「4 要素 (PICO もしくは PECO)」すなわち、P (patient): どんな患者に、I (intervention) または E (exposure): 何をおこなうと、C (comparison): 何と比較して、O (outcome): どうなるか、について定式化をおこなう(例:P: ある特定の年代・性別の、ある疾患をもつ患者が、I: ある治療を受けると、C: それを受けない場合に比べて、O: ある特定の症状が改善するか)。さらに、問題の定式化「カテゴリ」が何かによって(例: 疾患にかかわる因子、予後、診断法の診断能、治療法の効果、副作用等)、ステップ②以降のアプローチが異なる。例えば、問題のカテゴリにより、信頼性の高い研究デザインは異なり、必ずしも RCT による知見が最重要となるとは限らず、事例研究の知見が優先される場合

もある。3)も含め、研究結果と考察を鵜呑みにするのではなく、当該研究について、実験計画・調査計画の詳細、データの性質、データの分析結果とその統計学的解釈について精査することで、その研究の示しうる知見を忠実に捉え直すことが必要と言える。

2)は、1)が個々の臨床実践に重きをおくのに対し、よりよい医療のガイドライン策定により医療全体の質を担保することに重きがある。問題で触れた通り、EBM 提唱者のうち Guyett(2011)はこの立場であり、エビデンスの質に格付けをおこない、格付けの高いエビデンスを臨床実践に適用することを考えていた。しかし、「エビデンスが医師に臨床的判断を与えるわけではなく」、治療法選択よりもその適用によるメリット・デメリットの両面を視野に入れつつ患者が意思決定していくことが重要であることがわかってきた。エビデンスはその材料として位置付け、その評価方法も刷新され、GRADE システムとして工夫が重ねられている。ガイドラインは、個々の患者に応じた臨床実践の最適化をおこなう際に、吟味すべきエビデンスの一つとして機能するならば、EBM の本質的姿勢を反映するものと言える。しかし、ガイドラインが固定的ルールとして働くと、患者の問題の個別性を捉え損ねる可能性がある。ガイドラインの質的担保自体は医療への重要な貢献と考えるが、ガイドラインとその位置づけは常に課題と言えよう。

3. EBPP における問題

3.1. 心理療法の目的と性質を踏まえての質的担保とは

上述の通り、心理療法は、心の問題という個性・変化性・未知性の高い問題にアプローチする。医療においては、法則性アプローチで対応可能な面について治療がおこなわれるが、個別性の問題に対しては限界があり、だからこそ、専門的役割分担がなされ、心理療法に委ねられる。心理現象の測定や統計上にまつわる種々の問題も存在する。EBM の概念や方法論をそのまま心理療法に導入することは適切さを欠くと言わざるを得ない。一方で、クライアントの心的問題への個性アプローチの質的担保についても検討が必要である。この点は、科学的態度のコアである「自己批判性」をどのように担保するかの問題として取りあげうる。こうした両面について考えるために、以下に EBPP の概念について吟味する。

3.2. EBPP の定義

EBM の概念に影響を受け、医療領域における広範な対人援助分野においても、EBP(Evidence-Based Practice; エビデンスに基づく実践)という概念が生まれた。EBP は「最良の研究エビデンスと、臨床的専門性および患者(クライアント)の価値観との統合である(Evidence-based practice is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values.)」と定義される(Institute of Medicine, 2001)。これは、Sackett ら(2000)の定義を適用したものである。

心理学におけるエビデンスに基づく実践(Evidence-Based Practice in Psychology; EBPP)は、この定義に倣い、2006 年、アメリカ心理学会会長 EBP タスクフォースによって定義されている。

「心理学におけるエビデンスに基づく実践は、患者の特徴や文化および選択(意向・嗜好)といった文脈において、利用可能な最良の研究成果と臨床的専門性とを統合することである(アメリカ心理学会会長 EBP タスクフォース, 2006; 筆者訳)。」

EBPP の定義は、EBM や EBP の定義にそっくりだが、“evidence”の語が外され、“the best available research”の語に置換されている。“research”が“external evidence”の等価物を示唆する一方、狭義の external evidence すなわち RCT による知見のみに依拠しないことも示唆する。それでもなお、“Evidence-based”を冠する、EBPP における“evidence”とは何であろうか。

3.3. EBPP をめぐる問題

EBPP の定義は紆余曲折を経て生まれた。元々は、EBM の概念が提唱されて間もない 1993 年に、APA の第 12 部会（臨床心理学部会; Division 12: Society of Clinical Psychology）が、「妥当性が実証されている治療法」(Empirically Validated Treatments; EVT)の暫定リストとその評価基準を発表したことに始まる。これは、文献レビューをもとに「十分に確立された治療」(Well-Established Treatments)と「おそらく効果がある治療」(Probably Efficacious Treatments)について一定の基準を設け選定したものである。「十分に確立された治療」の基準は、1) 異なる研究者によって実施された 2 つ以上の優れたグループデザインの効果研究で有効性が実証されているか、2) 有効性を示す一連の優れたシングル・ケース・デザイン研究で、介入の比較研究がなされていることが掲げられ、これらのいずれかに加え、3) 治療マニュアルを使用していること、4) 治療対象者サンプルの特徴が明確に規定されている(診断が下りている)ことの 2 基準が加えられている。一方、「おそらく効果がある治療」の評価基準は、「十分に確立された治療」の基準を部分的に充たさないものに対し、大きく 4 つの許容基準を設けたものである。

1993 年の暫定版 EVT は改訂が重ねられ、1995 年には the APA Division 12 (Clinical Psychology) Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures が報告書で EVT を公表し、1996 年以降は、「実証的に支持された治療法」(Empirically Supported Treatments; ESTs)と名称変更された。1995 年の EVT の公表は、「薬の有効性のエビデンスに匹敵する、有効性のエビデンスを持つ治療法を特定し、心理療法の貢献を強調する狙いであったが、10 年に及ぶ討論の火付け役となり」、多くの心理学者から批判が寄せられ、短期のマニュアル化された治療のみに焦点があたっていること、様々な障害にまたがる共通因子でなく特定の治療効果のみに重点が置かれていること、多様な患者への適用可能性、等につまわる懸念が提起された(APA, 2006)。実際、「診断が確定した者にマニュアル化された治療・介入法を用い、比較研究の形でその効果が「実証」されている場合のみ、その効果を謳うことができる」という考え方では、ごく限られた問題や対象しかカバーされない。そもそも、むしろ医学的観点からのみでは鑑別診断や対応が難しい場合にこそ、主治医が心理学的アセスメントや心理療法の適用を検討することが多い。

EBM の概念の精査を踏まえると、EBPP の発展の初期段階において、ごく偏った形で「実証的に支持された治療法」リスト選定とその実践が促されたことは、EBM をめぐる「誤解」に相当すると言わざるを得ない。この問題に関し、APA の第 29 部門(心理療法推進部会; Division 29: Society for the Advancement of Psychotherapy Society)や、第 17 部門(カウンセリング心理学協会; Division 17: Society of Counseling Psychology)等、臨床実践に関する多数の APA 部門によって、関連問題を検討するタスクフォースが任命され、利用可能な研究エビデンスを統合するための追加の枠組が提示されるに至った。一方で、心理学界は、EBP の取り組みが、ケアへのアクセスや治療法の選択を不当に制限することの正当化に悪用されることを懸念した(APA, 2006)。これらの背景から、2005 年に APA 会長 Levant, R. F. が「EBP に関する APA 会長タスクフォー

ス」を任命し、EBPP の問題点を踏まえて先に示した定義の提唱に至ったのである。

その報告書やガイドラインにおいて、諸問題の整理と検討が明記された。①心理学実践には、多様な潜在的患者への多重的設定における様々なタイプの介入が必要であること。② EBPP は ESTs と同義でないこと。つまり、ESTs は RCT で効果が支持されている心理療法である一方、EBPP は、広範な心理臨床実践を網羅し、RCT に限らない複数の研究エビデンスを介入プロセスに統合するもので、その意思決定プロセスを明示するものであること。③評価基準として、有効性のみでなく、臨床的有用性(clinical utility)が重視されること。④EBPP は、心理学者が多様な研究から得られたエビデンスの強みと限界の認識を必要とすること。

このように、EBPP は、当初の偏ったあり方から軌道修正がなされ、再定義された。ECTs により多様な心理療法が含まれるようになり、効果研究による支持がないことが心理療法として効果がないことを意味しないと明言され、この領域には効果研究が倫理的に実施できない場合も多いことを踏まえて EBPP を再検討する必要が指摘されるようになった。一方、EBPP の定義で“evidence”が“the best available research”に置換されている点は、ECTs とその基準の存在とともに、“優れた研究 research によって支持された治療法”が EBPP における“evidence”相当というニュアンスを色濃くもつことを示す。ECTs は、効果を認めうる対象や適用範囲等をより細やかに検証されるようになり、クライアントの性質や状況等に対し、どう組み合わせる適用するかという方向での検討が強まり、マニュアル化も進んだ。これらは、心理臨床実践の質の担保をめざす点で重要な作業であるが、一方で、EBM におけるガイドラインが“エビデンス”であるかのように絶対視するような誤解を生むことと同質の問題を孕むと考えられる。

こうして、第 12 部会（臨床心理学部会）が、心理療法や介入方法の効果研究を基盤として、問題の種類とアプローチの有効なマッチングに関する検討へと歩を進めたのに対し、一方の第 29 部会（心理療法推進部会）は、効果研究のメタ分析による一連の研究を通じ、21 世紀以降、心理療法のオリエンテーションによる効果の差は認められないという一貫した結果を呈示している（Wampold, B. E., 2001; Wampold, B. E., 2015 等）。また、効果研究やメタ分析にまつわる問題として、①イデオロギー戦争に陥りがちであり、②研究者のオリエンテーション・バイアスが生じやすく、③世界的に、認知行動療法や折衷的・統合的アプローチ等の立場は効果研究に積極的だが、力動的な心理療法の立場からの研究が少ないといった出版バイアスがあること等が指摘されている。ごく近年では、これらのバイアスを統制した効果研究・メタ研究もなされつつあり、それらにおいても、オリエンテーションによる効果の差は否定されている（Steinert, C. et al., 2017 など）。さらに、治療的介入の管理における感受性と柔軟性が、マニュアルや原則を厳格に適用するよりも、より良い結果を生み出すことが示唆されている（Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, & Hayes, 1996; Henry, Schacht, Strupp, Butler, & Binder, 1993; Huppert ら, 2001）。このことは、「臨床的有用性」が、マニュアルや原則を守ることでないことを示す結果と言えよう。

4. Clinical であることと Analytical であること

4.1. Clinical と Analytical

ここまで、EBM の本質的姿勢は、科学的態度のコアである「自己批判性」にあり、知識ベースや教員ベースの治療に依存するのではなく、生きた個々の患者と病に向き合い、様々な関連

情報(エビデンス)の精査とすり合わせを通じて、臨床実践における意思決定の最適化をはかりつつ、それをも含めて見直し続ける姿勢であることを確認した。EBPP も心理療法の「臨床性」の本質に照らした議論を踏まえ 2006 年に再定義されたが、残された問題についても指摘した。

定義と理念の再検討によって確認された evidence-based の本質的姿勢である「自己批判性」とそれを通じての「臨床性」は、アメリカの心理学者である Witmer, L. が 1907 年に提唱した clinical psychology の概念と理念との共通点が見いだされる。この点について、以下に論じたい。まず、Witmer が clinical psychology の提唱に至った背景について、彼自身の記述と大芦(2015)の伝記的研究を踏まえ整理する。そして、clinical psychology の意味と理念について、彼自身の論を読み解く形で再検討する。また、彼は、clinical psychology の概念を提唱する以前に、同様の内容を、analytical psychology の語で著している。このことの含意についても検討する。

4.2. Witmer, L. の Clinical psychology の概念と理念

彼は、実験心理学の祖とされるライプチヒの Wunbt, W. のもとで 1893 年 3 月に博士号を取得し、これと前後する形で 1892 年秋から母校 Pennsylvania 大学の講師に就任後も、実験心理学の研究を続けていた。その傍ら、1894 年に児童心理学(child psychology)のゼミを開講し、1896 年 3 月、その受講生であった教師から相談を受け、知的な問題が認められないのに簡単なスベルの読み書きに困難をもつ 14 歳の男子生徒 Charles Gilman (仮名) の事例に対応を始めた。この 1896 年 3 月が Psychological clinic の始まり(Witmer, 1907)とされている。この事例は 1 年後に症状改善が見られるに至り、彼は引き続き、学業不適応児や、現在でいう学習障害や発達障害等に当たる事例に対応するようになった(大芦, 2015)。彼はこうした臨床実践を約 10 年間重ね、1907 年、機関紀要 Psychological clinic を創刊した。創刊号に彼が執筆した巻頭論文である“Clinical Psychology”が、clinical psychology というが用いられた最初の論文とされている。

彼はこの論文で、実際の問題へのアプローチには基礎科学と応用科学の両輪が必要と指摘した上で、clinical psychology は基礎心理学に対する応用心理学という位置づけではないとしている。彼は、“clinical”の語は、元来は医療の場所や医学領域を指す言葉などではなく、「患者のベッドサイドでの臨床医の活動」という意味であり、医療の専門性の本質に欠くべからざる方法論を指す語であると指摘している。そして、その方法論が、心理学の本質においても必要であり、目指すべき方法論であることを宣言するために、clinical という語を採用したとしている。

この点に関し、彼は、clinical psychology は、「頭でっかちな憶測(philosophical speculation)から心理学的・教育学的原理を導き出す心理学への異議申し立てであり、実験室での実験結果を教室の子どもたちに直接応用する心理学への異議申し立て」(Witmer, 1907; 筆者訳)であるとしている。つまり、clinical psychology は、実験結果をそのまま現実の事例に応用する心理学ではなく、かといって、理論や経験知をそのまま現実の事例に応用する心理学でもない、そのような態度はどちらも、実際の個人とその問題に対して clinical ではない、というのである。

この論文において、彼は、問題意識の出発点となった具体的な事例をいくつかあげている。そのうちの一つは 1896 年の最初の事例である。もう一つは、まだ心理学を専門とする以前、Witmer が大学卒業後 2 年間の教師生活で出会った、言語理解に困難を示したある生徒の事例である。彼はその生徒に関わる中で、類似する 2 つの音を聴き分けることに難しさがあることに気づき、そのことを踏まえた指導をおこなうことで、学業成績に改善が見られたけれども、大

学入学後の学業生活において、適応できる面もありつつも限界もあったことに触れている。

Witmer(1907)は、実際の個人に時間をかけて関わり、問題の背後に推測しうる諸要因について丁寧に検討しつつ対応をおこない、その対応と結果を再検討する、自己批判性に基づく態度で個人とその問題にアプローチしていく clinical psychology の必要性について述べている。こうした彼の姿勢は、これまで見てきた EBPP の基となる EBM の本質的姿勢と同質と見なしうる。

ここで、Witmer が philosophical speculations という言葉を用いている点と、philosophical の訳として「頭でっかちの」という訳語を選んだ点について、少し整理し説明しておきたい。philosophical は、一般に「哲学的な」と訳される語であるが、彼がこの語で示そうとしているのは、学問領域としての哲学におけるアプローチを指すのではなく、「失望や困難に対する冷静な態度をもつこと、またはそのさま」(Oxford Dictionary)を指すと考えられる。つまり、彼の言う philosophical speculations は、“問題に実際に関わらず、頭だけで考えている”あり方や、そこから「心理学的・教育学的原理」(psychological and pedagogical principles)を導いてしまう、換言すれば、“問題に対する理解や対応の原理が、思弁的な憶測水準で予め決まってしまう”あり方を指すと考えられる。そこには、《○○をもつ子どもは、△△が弱いから、××という対応しかない》といった類の、“既存の理論でわかったつもりになる”、“頭でっかちで、自分の方が分かっていると思い込む”、“因習的で上から目線の”態度、“問題への本質的接近を伴わない”態度、といった、パターンリズムの負の側面も含んでいるように思われる。このことは、Witmer が Wundt の実験心理学に敬意をもつ一方、その教条主義に疑問を抱いたとされる点とも関連しうる。

4.3. 科学的とは：Witmer の Clinical psychology と Analytical psychology

Witmer は 1907 年の論文で述べた clinical psychology の理念や方法論に近いことを、1902 年公開の実践マニュアルのタイトルである Analytical Psychology の語でも著している。この語は Jung, C. G. の創始した Analytical Psychology とは異なる。彼は、「このマニュアルが与えうる喜ばしいサービスは、教師をめざす人々を、心理学や教育学の権威への不健全な従属でなく、自分の観察力と省察力を拠り所とすることに自信を与えることだけです(筆者訳)」と述べている。

このことから、Witmer は、psychology の専門性の本質として、分析的 analytical かつ臨床的 clinical であることを求めていると言える。彼においては、両者は別々のことではない。これまで述べてきたように、個人とその問題の“実際”の中へと分け入りつつ、中身を腑分けしつつ、必要なデータを相互に擦り合わせ、問題の理解と対応についての意思決定をその都度おこなうことと、それらをも実際の生きた個人を通じて検証し続けることを、連綿と丁寧に重ねることと、生きた個人と問題によりよく接近していくといったことを指している。こうした、clinical の中に analytical があり、analytical の中に clinical があるような姿勢と方法論を、総合し、最終的に、clinical psychology の名に込めたのではないだろうか。

さらに言えば、彼はこうした理念を「科学」と関係づけて述べている。つまり、対象によりよく接近するために、対象を捉える視野と視点と、それによって捉えた内容とを、常に見直し続ける姿勢と方法論こそが“科学的”であると言おうとしていると考えられる。松下(2017)は、Witmer の clinical psychology の概念に込められた精神は、心理療法における 2 大源流、すなわち力動的アプローチの源流にあたる精神分析や、行動主義的／認知的アプローチの源流にあたる現代心理学に通底する精神であり、これらの立場が誕生しはじめ、科学が発展する、19 世紀

後半以降の時代精神であるとしている。それは「学問が、『権力者の説を“正しい”と妄信することだった』時代から、『個』の重みの意識を基盤に、『対象・現象に自ら向き合い、自分の見ているものと観点とを常に見直し、さらにアプローチする』という、『主体的』かつ『自律的』な学問の時代へと変化していく、学問的成長を支える』（松下, 2017）精神である。この精神こそが科学の根本精神であり、学問の根本にあるべき精神と言えよう。

5. 心理臨床実践におけるエビデンス

5.1. 心理臨床実践における evidence-based とエビデンスについて

心理臨床現場は、実際に、生きた心身の問題に出会う最前線である。それは、その時点の現在において、学問的にも社会的にも未知の問題、理解や対応が追いついていない問題に出会う最前線である。だからこそ、既存の理論や対応方法を、あてはめ式に適用することでは埒が明かない。一回性の生を生きる、個人の問題は、その人がその人自身であることに深く関わる問題であるほど個別性が高くなる。そのような個の問題に対しては、あてはめ式は無力である。

ここまで、evidence-based の概念を丹念に再検討することで、evidence-based の本質的姿勢は、個別性の高い一回性の事例に向き合い、必要な情報（エビデンス）を事例内外からの的確に得ながら、それらの種々のエビデンスの性質と水準を丁寧に精査し、擦り合わせ、さらに問題に対するその都度の理解と対応をも、事例と向き合う中で検証しながら進めていくとなみである、ということが確認された。そして、臨床的であるということは、臨床的であることと分析的であることが切り離せないようなこととなみであることについても、前項にて確認された。

EBM や EBP も、少なくとも、その理念においては、単に研究結果を臨床に応用するといったものではない。誤解されてきたような、一部の特定の「エビデンス」や情報を、実際の対象に、あてはめ式に適用するようなことではない。むしろ、臨床的 clinical であるとはどういうことかについての一つの回答が、evidence-based の概念であり、理念であり、方法論である、とすら考えられる。それなのに、evidence-based の意味は誤解されたまま大きな影響力をもち、表面的に取り入れられ、特に、EBPP においては、evidence-based を標榜しながらも、その理念とは真逆のような研究や実践も少なからずおこなわれてきている、という現状がある。

このように、evidence-based やエビデンスに対する誤解が、現在もまだ多くなされている現状を踏まえ、心理臨床実践における「エビデンス」について、以下に再検討してみよう。

5.2. evidence-based におけるエビデンス概念についての再整理と再検討

心理臨床実践におけるエビデンス概念について再検討をおこなうための参照枠として、EBM におけるエビデンス概念を、あえて繰り返しを厭わず確認しておこう。

EBM においては、狭義では、“エビデンスとは RCT による疫学研究の知見であり、EBM はそれを適用する医療”と理解される傾向がある。しかし、EBM の概念の再検討を通じ、必ずしもそればかりではなく、大きく分けて、①「“研究ベース”の外的エビデンス」、②「“知識ベース”の内的エビデンス」、③個々の患者との診療における「“臨床ベース”の内的エビデンス」の3つに整理された。これらをまとめて「広義におけるエビデンス」としたい。これらは医療の一連の意思決定をおこなう際の材料となるあらゆる情報である、と言える。また、医療上の一

連の意思決定が「広義のエビデンスに依拠し」、「個々のエビデンスの性質や水準を吟味しつつ、総合していくことに依拠している」という意味で evidence-based を理解すべきと考えられる。

一方、EBPP においては、①の「研究ベース」の外的エビデンス」にあたるものや、それによって支持された治療法をおこなうことが、EBPP であると捉えられていたが、建前としてはさまざまな種類の情報を擦り合わせて臨床的に検討することの重要性が見直されたこと、しかし、依然、EBM における外的エビデンスの等価物として捉えられた research を重視する傾向が色濃く、今なお「臨床性」の観点から、批判を受けていることにも触れた。これらから、EBPP は、心理臨床実践における「臨床性」と「エビデンス」を捉えなおしていくことが必要と考えられる。ここでは、EBPP そのものの問題を検討することを目的とするのではなく、心理臨床実践における「エビデンス」にあたるものを、「広義のエビデンス」概念とそれに基づく evidence-based を参照枠として検討することを目的とする。加えて、心理臨床実践におけるエビデンスには、他の領域とは異なる特殊な性質のエビデンスがあると考えられる。この点も含めて、以降の項で順を追って検討していきたい。

5.3. 心理臨床実践における内的エビデンスと外的エビデンス

心理臨床実践における「エビデンス」を、EBM 概念および理念の再検討を通じて抽出された、「広義のエビデンス」概念、すなわち、①「研究ベース」の外的エビデンス」、②「知識ベース」の内的エビデンス」、③個々の患者との診療における「臨床ベース」の内的エビデンス」に照らして検討する。これらは、心理臨床実践の側から捉えなおすと、大きく分けて、1) 事例に内在するエビデンスと、2) 事例の外にあるエビデンスに二分される。前者は、クライアントとの間で、クライアントあるいはその事例から直接的に得られるエビデンスであり、③が当てはまる。後者は、理論や知識、研究知見などの、いわば外から持ち込むエビデンスであり、①と②が当てはまる。以下に、これらの観点から、心理臨床実践におけるエビデンスにどのようなものがあげられ、それぞれどのような性質を有するののかについて整理するとともに、これらのエビデンスの検討にまつわる問題と必要な視座および視点について論じたい。

1) 事例内エビデンス：「臨床」ベースの内的エビデンス

事例内エビデンスについて

事例内エビデンスとは、事例そのものにまつわる情報である。これに含まれるものは多岐にわたる。いわゆる「臨床素材 clinical material」にあたるものもここに大きく含まれる。「情報源」の観点から大別すると、A) クライアント由来のもの、B) 関係者由来のもの、C) 同職種・多職種連携による治療関係者由来のもの、D) セラピスト由来のもの等があげられる。

A) クライアント由来のエビデンス

① クライアントから語られる情報

クライアントの主訴や来談動機、クライアントの訴えの内容の詳細、現在の状況、来談に至った経緯、訴えにまつわる問題歴や現症歴、訴えにまつわる自助努力も含めた対応歴や治療歴、生育歴や家族歴、生活歴、それらにまつわるクライアントの思い、クライアントの懸念や希望、生活様式や嗜好、来談やセラピー、セラピストにまつわる所感や思い、その他、一見、問題とは関係ないように見えるような事柄についてのクライアントの所感やイメージ等も含め、クライアントが語る多岐にわたる情報の一切である。

② 「クライアントのフィルターを通した」情報

①に掲げたクライアントの語りは、「クライアントのフィルターを通した」情報であり、「クライアントの認識」であるという面がある。情緒や感情、思いや考えといった、内面性にまつわる情報の場合は「クライアントの認識」として受けとめやすい。しかし、クライアントの語りには、一見、「外的現実」すなわち一般に言う“事実”に相当する情報に見えるものも含まれる。しかし、「客観的事実」的な側面が含まれる場合でも、そこには必ず②「クライアントの認識」としての側面がある。同じ映画を見ても感じるものに個人差があるように、同じ事象としての“事実”があったとしても、その体験は個人により異なる。また“事実”自体、その本質は「認識」である。事象自体は同じでも、事象のどの点どの側面を捉えているかで“事実”は異なってくる。

例えば、子どもの問題を主訴に親子で来談するといった場合に、同じ一つの出来事が、子どもと親とでは、まるで見え方や意味合いが異なり、問題にまつわるストーリーも異なる、といったことは少なくない。ましてや、親子のやりとりについての“事実”ともなると、相手の言動のどの点をどんな意味合いとして受けとめているか、といった点一つとっても、相互に異なることが多い。そのような、親子それぞれが、異なる点に目を向け、異なる意味づけをおこなう点に、各々の立場から生きられてきた、各々の人生における歴史認識、培われてきたパーソナリティや性質、「自分自身」ととしてのテーマや課題等が関わってくると考えられる。

一方、クライアントの語りを「本人のフィルターを通した」面があるということは、必ずしも、クライアントが語ることは「本人がそう思っている」ことを意味しない、という点には注意が必要である。フィルターは、いわば、本人のモノの捉え方として培われてきた面と課題面との両面がある。例えば、クライアントが周囲に合わせがちな行動様式をとっている場合、周りの意見を取り入れ、自分の思いや考えのように話すことがある。そこで思いや考えの由来について確かめていく必要が出てくる。但し、周囲に合わせがちなクライアントは、セラピストの意見を先取りした言動を示すことが予測される。したがって、相槌を打ったり質問したりする際に、クライアントにとって誘導的になったり暗示的になったりしないよう配慮し、工夫する必要がある。また、「周囲に合わせる」あり方が、自我のある種の脆弱性に由来し、そのことで辛うじて安寧を保っている場合もあるため、自我機能のあり方にも目配りが必要となる。

少し具体的に、一般化した形での例をあげてみよう。クライアントが自分自身について「空気が読めなくて自己中」といったネガティブな評価を語ったとする。そう思う由を尋ねると、「周りに言われるからそうかと思うが、自分ではわからない」と語られるものの、それがいつのことなのか、どんな状況で誰に言われたのかといった、具体的なエピソードを、本人が自分の体験群の中から取り出すことができない、といったことがよくある。ここで、聴き手が（自己の体験を把握したり内省したりする力が乏しいようだ、周りの評価は妥当だろう）等と捉えることもありうるが、そのように早わかりしてしまうと、ここでクライアントの体験に近づきとなみがストップしてしまう。本人の自我の力をアセスメントしつつ、〈そう言われて、どうだったの〉かを尋ねると、「そうなのか、と思うが、実はもやもやしていた」といった、言葉にならない本人の思いが語られることがある。その“もやもや体験”にクライアントの心が触れることで、その時の情景がよみがえることもある。そのような場合、クライアントのどの言動をとらえて、周りがネガティブ評価を下したのかが想起され、その場面の中身を本人が辿ってい

くことで、例えば、クライアントにとっては“相手を思いやる”意図での言動であったのに、周りが意図を誤解し、件の評価が発される、といったズレが生じ、そのためにクライアントにはどうしてそのような評価をされるのかわからず、さらに悪循環が生じていたこと等が見えてくるといったことがある。そして、こうした気づきから、同様の見えなさがあった様々な体験が捉えなおされるとともに、周り自分とのズレをめぐる問題についての理解が進み、自分や周りへのコミットメントが高まり、各段に生きやすくなる、といったことがありうる。

このように、クライアントの話を聴きとすることは、単に外的事実や内的体験の情報を得たり、症状や困難についての情報収集をしたりするだけのいとなみではない。そのいとなみの中に、既に、臨床心理学とその関連分野（精神医学等）の知識や経験を踏まえた、心理学的アセスメントと心理療法としての対応が同時に含まれている。つまり、クライアントの話や表現をどのように受けとめ、どう理解し、どのような視座や視点から質問をするかといった点は、セラピストの専門性にかかわる点である。そして、セラピストがクライアントの話をどのような視座や視点で、どのような態度で、受けとめるかによって、クライアントが話そうとする動機づけや、どの話をするか、どんなエピソード等の情報が想起されるか、といったクライアントの心の反応は変化しうるし、語られる内容や表現の内容が変化しうる。そのため、クライアントに関する、事例内エビデンスとしての「“臨床”ベースの内的エビデンス」は、事例外エビデンスとしての「“知識ベース”の内的エビデンス」とも簡単には切り離せない面があると言える。

③ クライアントの《いま・ここ》において想起され語られたもの

クライアントの語りは、③「本人の《いま・ここ》において想起され語られたもの」であることに注意が必要である。ある心的内容が《いま・ここ》で心に浮かんでくる要因の一つは、《いま・ここ》の「状況因」、クライアント側の文脈、セラピスト側の文脈、クライアントとセラピストの間に生じていることやその場の状況等、「場」の要因があげられる。

例えば、クライアントが話そうと思っていたことを話している場合でも、入室してセラピストに話すことを通して、その内容は変化する。本人がそれに触れることに抵抗が生じたり、セラピストに「わかってもらえないのでは」と恐れたりして、話すのを控える場合もある。セラピストと会っている間はその内容を全く思い出さない、といった場合もある。一方で、セラピストに話しているうちに、忘れていたことを思い出したり、気づいていなかったことに気づいたりして、話が進んでいく場合もある。これらはいずれも、クライアント側の要因とセラピスト側の要因とが絡まりあうことによって展開されることである。

セラピストは、クライアントの心的問題やテーマとなっていることを受けとめ、クライアントの心がそれらをどんな文脈や視野で捉え、どう向き合い、どのように対処してきて、今どのような段階にあるのか、何が目指されているのか、といった諸点について、丁寧に、早わかりせずに聴きとっていく。クライアントの話を聴きとすることは、単なる情報収集ではなく、心理学的アセスメントとしての側面と心理療法としての側面が含まれていることは②で述べた。このことに加え、③《いま・ここ》についての語りとしての面を視野に入れるということは、クライアントの心的問題にまつわるアセスメントをおこなうとともに、セラピストや臨床実践の状況やあり方といった、セラピスト側の要因についても視野に入れることでもある。

《いま・ここ》でクライアントによって語られたことや態度は、クライアントの心にとって、

《いま・ここ》のセラピストとの間で生じていることの体験を物語る面もあると考えられる。心に想起されるものは、その場で生じている諸要素に触発された心的体験である面がある。心が、その場の何かに触れた時に、その何等かの要素をキャッチする際に、それと近い心的体験やイメージが選ばれ、その何かに触れた体験がつかみとられる。つまり、セラピストの様子や言動、クライアントの話に対するセラピストの受けとめや応答から、クライアントの心の問題に対するセラピストの理解の度合いや姿勢を、クライアントの心が感じ取り、相応のイメージが体験される。そのイメージの中には、クライアントの心の問題やテーマを扱っていくために必要な受け皿の性質や理解の観点がつまっていると考えられる。これらを通じて、セラピストの理解の視座や視点そのものをアセスメントすることで、よりクライアントと問題に接近していくことが可能になる。そのことを通して、クライアントの心が必要とする心の作業をおこなう、必要とするものを見出していくプロセスが進むと考えられる。

④ クライアントの非言語的表現

クライアントによる情報は、言語的なものばかりではない。表情や行動、態度や様子、その他の、言語によらない、非言語的な表現も含まれる。これらについても、それが、②「クライアントのフィルターを通した」情報であり、かつ③クライアントの《いま・ここ》において想起され語られたもの、としての要素が含まれる、と考えられる。

⑤ クライアントの心理検査等における表現

心理検査の実施は、心理検査を用いた心理面接である。したがって、心理検査およびその面接を通じての言語的・非言語的表現もまた②や③の要素が含まれる。心理検査は、一定の刺激をもとに、一定の心的パフォーマンスを求め、心に関する特定の側面について測定することを試みるものであり、そのための信頼性や妥当性を確認されている。そのため、その検査を用いればある一定の側面を「捉えうる」とされるわけだが、その結果をそれが表れたものとして鵜呑みにするのではなく、クライアントにおいてその心理検査が「実際に測っているもの」を精査することが必要である。個々の項目への反応や、それにまつわるクライアントの言動を、その項目そのものや枠組みの性質とすり合わせ、クライアントの個々の反応に対するセラピストの理解と対応と照合し、丁寧に吟味することで、クライアントの心理検査を通じての一連の心的体験やそれへの対処のあり方が浮き彫りとなる。その心理検査によって「捉えられる」とされている結果と重ね合わせて検討することで、クライアントの心的問題と顕在的能力だけでなく、心的問題の意味やそれへの潜在的な対応能力についての把握にも寄与すると考えられる。

B) 関係者由来のエビデンス

セラピストは、クライアントの心理的問題を理解し対応していくプロセスにおいて、必要に応じてクライアントの関係者と連携をおこなうことがある。関係者とは、クライアントの家族や親類、友人やパートナー、上司や教師など、クライアントの個人的生活における縁者を指す。関係者がクライアントを心配して本人の相談を申し込み、関係者自身も必要を覚え相談に通う場合もある。関係者の、クライアントや問題に対するスタンスは、その他多岐にわたる。

いずれにおいても、クライアントの担当セラピストが直接、①関係者から語られる情報を得たり、④関係者の非言語的表現に触れたりすることがありうる。待合室や受付などで関係者を見かける場合、クライアントを待合室に迎えに行った際に顔を合わせたり声をかけられたりす

る場合、クライアントに代わって関係者が電話でキャンセル等の連絡をしてくる場合など様々である。なお、こうした場合、問題を適切に扱うためのケース・マネジメントの観点が必要となるが、本稿の目的を超えるため別の機会に譲る。また、問題の性質や、機関の性質、心理療法のオリエンテーションにより、クライアントと関係者それぞれに担当セラピストがついて並行面接の形をとる場合もあれば、クライアントと関係者の担当を同一セラピストが兼ねたり、同席面接の形をとったり、家族療法をおこなったり、様々な形がありうることも指摘しておく。

関係者由来のエビデンスとは、関係者本人から直接得られる①言語的・④非言語的表現という情報であり、臨床ベースの内的エビデンスとして数えることができる。また、A)と同様に、②「関係者のフィルターを通した」情報という面があり、さらには③関係者の《いま・ここ》において想起され語られたものという面がある。A)の②で指摘したように、子からの情報と親からの情報が食い違うといったことはよくある。その場合、どちらの情報が正しいか、という観点から見てしまうことが意外と起きやすい。例えば、子どもの担当セラピストが、〈子が認知面での発達に何等かの問題を抱えている〉といった認識を持っている場合に、子の語る内容よりも、親から聴いた内容の方を信用してしまい、子の体験そのものに寄り添いにくくなったり、子の話から子の体験や視点を汲み上げていく心の動きが生じにくくなったりすることがありうる。情報の「外的現実」としての確からしさの把握は、一方では大事であるが、その点だけにフォーカスして情報収集をするのではなく、クライアントがその話をする中で語ろうとしていることがいかなることかや、親子で見え方がズレることが内包するものなど、場に展開されつつあるもの、心に見えつつあるものを、結論を急がずに丁寧に見ていく必要がある。

一方で、関係者から情報が「直接」得られる場合だけでなく、「間接」的に得られる場合にも注意が必要である。例えば、A)にあたる、クライアントが親の言動にまつわる話をする、といった場合、あくまで、情報のソースはクライアントである。したがって、クライアントが語る親の話についても、②「クライアントのフィルターを通した」情報としての要素、③クライアントの《いま・ここ》において想起され語られたものとしての要素が含まれる、と考えられる。

B)関係者由来の情報についても、事例内エビデンスとしての「臨床ベース」の内的エビデンス」の面があるが、それらの専門的な取り扱いのあり方で事例の展開が変化しうるため、事例外エビデンスとしての「知識ベース」の内的エビデンス」とも不可分な面がある。

C) 同職種・多職種連携上の関係者由来のエビデンス

セラピストは、クライアントの心理的問題を理解し対応していくプロセスにおいて、必要に応じて、各種の専門職とも連携をおこなうことがある。同職種との連携や、保健・医療分野、学校・教育分野、福祉分野、産業分野、司法分野における様々な専門職との多職種連携がある。

例えば、子の問題を主訴に親子で来談する場合、問題の性質や心理療法のオリエンテーションによって、担当の枠組みやケース・マネジメントに幅がありうるが、その一つとして、子と子担当セラピスト、親と親担当セラピストが、各々の部屋に分かれて並行面接をおこなう場合がある。この場合、子担当と親担当は互いに同職種連携上の関係者である。また、例えば、医療によるサポートを要する際、クライアントの主治医と多職種間の連携をおこなう場合がある。いずれの連携の場合も、原則として、事例の共同担当者や主治医に対しても、クライアントが面接で語った内容等の守秘義務は守られ、話をそのまま伝えるようなことはおこなわない。但

し、専門的観点から、心理臨床実践上の種々の意思決定に必要となる情報（主に専門的判断）に限り、人権上の倫理的配慮を適切におこないつつ共有することはありうる。

このように、同じクライアントを専門職連携の下でサポートする際、その連携関係者から得られる情報がありうる。これらは、主に、それぞれの専門的立場からの見解や把握であり、それをセラピストが専門家として吟味する面も大きい。また、事例外エビデンスの「知識ベース」の内的エビデンスとして捉えられる面も大きい。しかし、これらについても①言語的・④非言語的表現としての情報があり、臨床ベースの内的エビデンスとして数えることができる。また A)と同様、②「その連携関係者自身のフィルターを通した」情報である、という面があり、さらには③《いま・ここ》において想起され語られたもの、という面がある、と考えられる。

この点については、例えば、当該の専門家の、専門的アプローチによる情報と、個人的文脈によるフィルター（例えば、個人的価値観や個人的テーマ、その時その人が置かれた状況等）がかかったモノの見え方とが、混じりあって語られることがありうる。加えて、《いま・ここ》の当該の専門家とセラピストが話している状況に生じている、職種間の価値観の違いや、個人間の価値観の違いをめぐる違和感などの内的な反応が、関係の中で体験されることもありうる。

一般化した形で例をあげてみよう。親子並行面接で、年長者が親担当セラピストとなり、子担当セラピストに対し、「こういう子の場合はこうした方がよい」等と指示的意見を述べる場合がありうる。これは、親担当セラピストが、事例外エビデンスとしての“知識ベース”の内的エビデンスを強引に適用しようとするものと言え、未熟な形でケース・マネジメントをおこなおうとしているとも言えるが、その動機において、親担当セラピスト自身の個人的価値観や心的テーマが隠れている場合がありうる。他の多職種連携においても、同様のことが生じうる。

大切なのは、専門家の見解や把握を、“知識”として扱うのではなく、その専門家が専門家として、一人の人間として、どんな姿勢で、どの範囲を視野に入れ、どのような視点で、どのように見た時に、そのような見え方・感じられ方をしているのか、といった点をこそ、情報として視野に入れて吟味することである。つまり、“見方と見え方”をセットで捉え、“どのような条件下ではクライアントはどのような反応をするのか”や“その反応のどの点に目が向くと何が見え、何が見えないのか”といった点を丁寧に擦り合わせて理解を進めることが必要である。

D) セラピスト由来のエビデンス

D)セラピスト由来の情報は二つに大別でき、一つは、2)事例外エビデンスの②「知識ベース」の内的エビデンスであり、これについては後にとりあげる。ここでは、1)事例内の情報としてのセラピスト由来の情報をとりあげる。つまり、当該のクライアントに、生きた心と身体をもつ人間として接する中で、感受され体験される、セラピストの体験そのものである。それは、クライアントの心的体験に、専門性を超えたところでアクセスすることにつながる場合もありうるが、一方で、セラピスト側の個人的価値観や心的テーマと重ね合わせて見てしまうことで、クライアントの心的体験や問題へのアプローチから遠ざかってしまう場合もありうる。この範疇にあるセラピストの体験を、どのような水準と範囲で、心理臨床実践における臨床素材として考えるかや、どのような観点から光を当てるかは、心理療法の学派や立場によって幅がある。また、実際の心理臨床実践においては、ある時点では臨床素材として考えていなかった、つまり、クライアントの問題とは関係のない情報として、視野に入れていなかったような情報が、

問題と関連する情報として見直され、臨床素材として浮上する、といったこともよく生じる。

また、D)だけでなく、A)から C)にあたる情報も、セラピストがクライアントとの心理臨床実践において、「専門的に」キャッチしたり引き出したりして得るものである。したがって、これらの情報は、1)事例に直接関係するという意味で、事例内エビデンスという性質をもつ一方で、2)事例外にあるエビデンスの②「“知識ベース”の内的エビデンス」と切り離せない面がある。このような、1)と 2)の関係にまつわる問題については、2)の説明を踏まえた後に論じる。

2) 事例外エビデンス：“知識”ベースの内的エビデンス

事例外エビデンスの「“知識ベース”の内的エビデンス」とは、セラピストが専門的教育や研修を通じて修得し、臨床経験を通じて培ってきた、専門的知識や技能である。1)の事例内エビデンス：“臨床”ベースの内的エビデンスの項で詳述したように、クライアントの語りを聴くいとなみ自体や、関係者および連携関係者からのさまざまな情報を含めたケース・マネジメント自体が、セラピストの「専門的」な視座と観点からおこなわれている。それは、セラピストが生まれ持った心身基盤と培った能力に基づき、クライアントとその問題を受けとめ理解していくいとなみである。同時に、その一瞬一瞬のいとなみが、心理学的アセスメントと心理療法上の意思決定に必要な情報の探索吟味であり、かつ、セラピストの理解と受けとめ自体をアセスメントし吟味していくことでもある、繊細で複雑ないとなみであることも示してきた。

クライアントや関係者等から得られる、“臨床”ベースの内的エビデンスかつ事例内エビデンスは、セラピストが学び培ってきた“知識”ベースの内的エビデンスと切り離し難い形で深く関わっている。心理臨床実践は、単なる“知識”の事例へのあてはめ的な適用ではない。一回性の生を生きる個別のクライアントとの関わりの中で、得られた臨床的情報が“知識”と擦り合わせられ、臨床的情報が吟味される一方で、“知識”の側も吟味され、さらには臨床的情報に照らされる形で、“知識”の擦り合わせ方自体も見直しと吟味の対象となる。

そのいとなみの中で、既存の内的エビデンスである“知識”を超えて、新たな視点と関与によって、「新たな臨床素材としての内的エビデンス」が発掘される。それは、既存の“知識”では捉えきれない、そのクライアントが生きている心的世界を見出し寄り添う視点や、クライアントならではの問題を通じて、「クライアントならではの力の芽」を発掘していくことと言える。そして、そのようにして得られたエビデンスもまた、常に吟味と探究の対象となる。

こうしたいとなみは、一方で“知識”による見え方に嵌まり込む危険性があるため、臨床的エビデンスを丁寧に洗い出し検討することを通じて、セラピストの把握や視点自体を捉えなおす、スーパーヴィジョンや研修会等の様々な装置が工夫され、それ自体の検討も重ねられている。

3) 事例外エビデンス：“研究ベース”の外的エビデンス

そして、クライアント理解や問題理解、心理療法やアセスメントの理論と実践を、見直し深めていくために研究がなされる。また、そのために参照される研究は、心理療法や介入法の効果研究に限らない。心理臨床実践に必要な観点は多岐にわたり、ある研究分野や個々の研究を、心理臨床実践の問題と関連付ける発見的視点自体が重要である。研究から読み取った知見を、心理臨床実践に適用する際の繊細かつ複雑な問題は、2)の“知識”ベースの内的エビデンスと同様のものを指摘しうる。“研究ベース”の外的エビデンスとは、個々に即した臨床実践に向けて、さまざまなエビデンスを丁寧に精査し総合するプロセスにおける、エビデンスの一つであり、

特に、これまでの知識や実践を見直すためのエビデンスの一つとして考えるべきであろう。

このように見てくると、EBPPにおける、心理療法や介入法の効果研究のみに頼った ECTs のリストやガイドラインの重視は、それらが当初に比べて幾分見直されたとはいえ、心理臨床実践に対する研究知見の位置づけやその総合的適用のあり方に関し、偏ったスタンスをとっていると言わざるを得ない。少なくとも、「ある疾患に対する効果が複数の質の高い比較研究で認められた介入法」を該当の疾患を有するクライアントにそのまま適用すると、多くのエビデンスを無視する形になる。研究データの読み取りとその実践的適用として誤りと言わざるを得ない。研究知見は、結果や考察だけを鵜呑みにするのではなく、対象者や方法を精査することで、実際のデータからどの範囲で何が言えるのか、それはどのような水準で言えるのか、ということも明確に読み取って位置づける必要がある。この点は、本来、狭義の研究データについてだけでなく、研究といういとなみ全体にわたる問題であるので、この点も含めて以下に検討したい。

6. 心理臨床領域における研究と実践

研究とは、仮説検証のための実験や調査と同義ではない。それらは、一連の研究における、特定の段階で選ばれる研究手法の一つである。研究には、大きく分けて、探索的研究の段階と確証的研究の段階がある。対象について不明な点が多い段階では、探索的研究のための研究手法が用いられ、さまざまな角度での研究が進み、仮説を立てうる段階になったところで、仮説を検証する確証的研究がおこなわれる。逆に、探索的研究に、仮説を立てての確証的研究の手法を用いることは誤りである。対象へのアプローチは段階を踏んで丁寧になされるべきである。

知見は常に仮説である。見られるものの“見え”は、見られ方によって変化するからである。科学も形而上学も、学問の本質は、「こう見えるのは、本当なのか」「こう捉えることは間違っていないだろうか」と、自身のものの見方を疑い、問い直し、丁寧に確かめようとすることを通して、よりよく対象に近づこうとすることである。そのように、対象へのアプローチ、すなわち自身の対象を捉える眼力を研ぎ究めることこそ、研究と言えよう。

事例内エビデンスの A) から D) のいずれの情報も、コミュニケーションやその連鎖を通じて得られているという性質をもつため、その情報を理解し扱うには、その性質についての吟味が必要となる。したがって、「発信元」としての「情報源」だけでなく、その「情報の中身そのもの」についての情報源と発信先や、それらが得られた状況」についても注意が必要である。この点は、実験や調査を用いた個々の研究の場合に、データ分析にあたって、データの性質を精査した上で結果を吟味するのと、基本的には共通する考え方であると言える。つまり、実験や調査で得られたデータが、どのような方法でどの範囲で集められたサンプルから得られているのか、それらのサンプルがどのような性質をもっているのか、それらのデータがどのような方法で得られているのか、具体的にはどのような状況でどのような手続きでどのように得られたのか、といった諸点から、データが母集団に対してどの程度の代表性を有していると考えられるかを精査した上で、分析結果を吟味し、結果から読み取れることが、どのような水準で、どの範囲に限って、確かめられたと言えるか、といったように、「データが真に意味しているものに、いかに忠実に、知見を導き出すか」という点に注意を払う、ということである。

むしろ、こうした姿勢は、心理臨床実践においてなおさら重要である。実験の手法に従うこ

とが重要という意味ではない。対象について得た情報を、そのまま事実であるかのように鵜呑みにするのではなく、得た情報の性質をさまざまな角度から吟味し、その情報の内包している、本質的な情報をいかに忠実に受け取るか、という姿勢が重要である、という意味である。情報を得るのも受け取るのも、人間の心のはたらきを通しておこなわれる。その基盤にはさまざまな水準での身体機能が介在し、関連研究も進みつつあるが、それらを個々の人間が認識し体験する面を扱えるのは、現時点では心理学的次元である。人間は心を通して情報を得たり受け取ったりしている。それをそのまま事実として扱うのではなく、それを得たり体験したりしている心のはたらきの側そのものも、吟味の対象とする。そのことが、語られた心の体験内容が内包しているものをより純粋に捉えることに近づくことに寄与すると考えられる。

対象へのアプローチは、単独の研究で完結するわけではない。一つの研究において、「今回は、この範囲に限って、この視点から光を当てた場合に、何が見えるか、そこから何か読み取れるか」というように、「その視野と視点で捉えうる範囲で検討した場合」という限定条件つきで、知見を導きだし、その条件での適用範囲を吟味する。そして、対象へのアプローチを進めるべく、別の研究で、対象への視野を広げ、別の角度や視点から切り込み、その知見を擦り合わせ吟味する、というように、ステップを踏んで進めていく。そのことで、知見の吟味と刷新だけでなく、アプローチの方法や観点も吟味・刷新されていく。こうした方法論は、根本的には、科学の根底にある、さらにはあらゆる学問の根底にある、学問的探究の本質をなす方法論であるとすら言える。加えて、いかなる手法においても、結局、情報を得たり精査したり総合したり見直したりするはたらきは、人の心のはたらきである。その心がものを捉える時の、「捉えた内容」についても、「捉える際の心のはたらき」についても、その両方を鵜呑みにせず、それ自体を吟味の対象としながら、心が把握しているものの性質を吟味し、理解を深めていく、ということが、対象へのよりよいアプローチに欠かせないのは、どの分野においても同じと言える。

心理臨床実践においては、「心が捉えた内容」と「捉える際の心のはたらきそのもの」の両方を捉える視座を持ちつつ、その両方を吟味し続けていくことが、ことさら重要になる。それは、心の問題という対象が、目に見える範囲だけにとどまらないという性質をもっているためであり、それを捉えうるのが、本質的に、心を通じてであるという性質をもっているためである。

心の問題は、本質的に、「心理的次元における自分の成立」のゆらぎにまつわる問題であり、「自分が自分である」存在感覚を支えているものがゆらぐことと関係していると考えられる。そして、「自分が自分である」感覚を深く支えている軸足の性質の違いによって、心の問題のゆらぎの性質が異なる(松下, 2019)。心の問題は、「自分が自分である」感覚の揺らぎに深くかわるものであるため、本質的には、「個別性」と「一回性」をもつという特徴がある。こうした特徴を有する、個々の心の問題にどのように近づくか、という点については、“知識”ベースや“研究”ベースの外的エビデンスの適用のみでは限界がある。しかし、科学も学問も、抽象的次元での究極の知見を得ることが最終目標ではなく、知見が個々の生きた人間や事象のある本質への理解に寄与することであろう。その視座に立てば、外的エビデンスは、そうした個別性と一回性を捉えるための、道のりの中にある、途中経過としての視野と観点の一つとも言えよう。

心理臨床実践は、“臨床”ベース、“知識”ベース、“研究”ベースの、それぞれ多種多様なエビデンスを丁寧に精査し擦り合わせることによっておこなわれる。ここでいうエビデンスは、情報

やデータとも言える。但し、それらを精査する際に大事なのが、それぞれの情報やデータあるいは素材が指し示しうる内容を、その情報やデータ等の見られ方自体に立ち戻って吟味することである。それが、どんな視野と視点をとった場合に限って見えることなのか、それがどのような水準や範囲に見られうるのか、というように、「見え」とその「見られ方」とのセットによって適用限界が規定される。だからこそ、「知見」を擦り合わせ、立体的把握や、知見自体の見直しが可能になる。その点をもって、単なるデータ止まりでなく、それを拠り所として議論を積み重ねることができる「エビデンス」としての価値が付与されると考えられる。この意味で臨床心理学における「エビデンス」と呼びたい。

以上、本稿は、EBMの理解に沿って心理療法を捉え直すものではなく、EBMの公式見解や一般的理解そのものを見直すことを通じて、心理療法における情報を捉える視点を見直す目的で執筆した。本稿で論じてきた主張点をまとめるならば、心理療法においては「すべてのエビデンスを抽象化して理解したつもりになるのではなく、そのエビデンスを得た心の目線、読み取りの心の目線も含めて、心を通じて見直すこと」が重要である、ということである。つまり、「心が捉えているものを、捉えるはたらきを含めて、生きた心で見直すことで、人を生かし動かす力である心が心を新たに見出しつかみなおすこと」と言える。それ自体が心理療法のいとなみであろう。そして、科学の本質はその手法でも、抽象化そのものが目的なのでもなく、存在の根源をつかもうとする本質的態度にあるのではなかったか、その点は心理療法も共通しているのではなかったか、ということである。こうした視点から心理臨床実践を見直すことは、心理療法の「折衷」の問題についても有益と考えられ、今後の丁寧な検討が望まれる。

7. 引用文献

American Psychological Association (the Division 12 Board) (1993). *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*.

American Psychological Association Task Force. (1995). *Template for Developing Guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Washington DC: American Psychological Association.

American Psychological Association. (2002). *Criteria for evaluating treatment guidelines*. Washington, DC: Author

American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.

Barends, E. G. R. & Briner, R. B. (2014). Teaching Evidence-Based Practice: Lessons From the Pioneers An Interview with Amanda Burls and Gordon Guyatt, *Academy of Management Learning & Education*, 13(3), 476-483.

Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66(1), 7-18.

Evidence-Based Medicine Working Group. 1992. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *The Journal of the American Medical Association*, 268(17): 2420-2425.

Guyatt, G. H. (1991). Evidence-based medicine. *ACP Journal Club (Annals of Internal Medicine)*,

- (Supplement 12), A-16.
- Guyatt, G. H. (2011). エビデンスから推奨を作成するために—GRADE システムの発展に向けて, *Therapeutic Research* 32(5), 565-570.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2003). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care* (B. D. Smedley, A. Stith, & A. R. Nelson, Eds.). Washington, DC: National Academies Press.
- International Epidemiological Association, Inc. (2008). *A Dictionary of Epidemiology*, Oxford University Press, Inc. (日本疫学会(訳) (2010). 疫学辞典第5版 財団法人日本公衆衛生協会).
- 松下姫歌 (2019). 心的現実感と離人感 創元社.
- 松下姫歌 (2017). 心理療法と心理学に通底する精神 広島国際大学心理臨床センター紀要, 15
- 三田村 仰・武藤 崇 (2012). 我が国における「エビデンスに基づく心理学的実践」の普及に向けて 1, 2 —アクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT) のセラピストをどのように養成していくべきか—, *心理臨床科学*, 2(1), 57-68.
- 大芦治 (2015). 学校心理学の創始者 Lightner Witmer の生涯についてのノート, *千葉大学教育学部研究紀要*, 63, 13-21.
- Porzolt, F., Ohletz, A., Thim, A., Gardner, D., Ruatti, H. Meier, H., Schlotz-Gorton, N. Schrott, L. (2003). Evidence-based decision making: the six step approach, *EBM notebook*, 8, November/December 165-166.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence based medicine: How to practice and teach EBM (2nd ed.)*. London: Churchill Livingstone. Sameroff, A. J., Lewis, M., & Miller, S. M., (Eds.). (2000)
- 斎藤清二 (2011). 心理療法におけるエビデンス概念の変遷, *箱庭療法学研究*, 24(3), 1-2.
- 斎藤清二 (2016). 医療におけるナラティブとエビデンス—対立から調和へ[改訂版] 遠見書房
- Steinert, C., Munder, T., Rabung, S. Hoyer, J. and Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes. *American Journal of Psychiatry* 174:10, 943-953.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, Publishers.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14, 270-277.
- Witmer, L. (1902). *Analytical Psychology: A Practical Manual*, Boston and London: Ginn & Co.
- Witmer, L. (1907). Clinical psychology. *The Psychological Clinic*, 1, 1-9.

(連携教育学講座(臨床教育実践研究センター) 准教授)

(受稿 2020 年 8 月 31 日、改稿 2020 年 11 月 10 日、受理 2020 年 12 月 7 日)

心理療法における「エビデンス」とは何か

—Evidence-based の概念の再検討を通して—

松下 姫歌

Evidence-based Medicine（エビデンスに基づく医療；EBM）の概念は心理療法の領域にも大きな影響を及ぼし、Evidence-based Practice in Psychology（心理学におけるエビデンスに基づく実践；EBPP）という概念も生まれた。しかし、EBM やエビデンスの概念については理解の混乱や誤解があることが指摘され続けており、EBPP の概念はその誤解に基づく形で生まれ、後に軌道修正がなされたものの、心理臨床実践の観点から様々な問題点が指摘されている。本稿の目的は、①EBM の概念の再検討を通じて、その理念の本質とエビデンス概念について明らかにすること、②それに基づき、EBPP の問題点を明らかにすること、③心理臨床実践におけるエビデンスの概念を再定義することであった。その結果、3 種類のエビデンスが抽出され、これらを基に、心理臨床実践におけるエビデンス概念が検討された。

What is “evidence” in psychotherapy? : revising the concept of “evidence-based”

MATSUSHITA Himeka

The concept of evidence-based medicine (EBM) has had a significant impact on the field of psychotherapy, and the concept of evidence-based practice in psychology (EBPP) was developed. However, confusion and misunderstanding about the concepts of EBM and evidence continue to be noted, and EBPP was born out of these misunderstandings. Although it was later modified in some ways, various problems have been identified from the perspective of psychological clinical practice. The objectives of this paper were (1) to clarify the essence of the philosophy of EBM and the concept of “evidence” through a review of the concept of EBM, (2) to identify the problems of EBPP, and (3) to redefine the concept of “evidence” in psychological clinical practice. As a result, three types of evidence were extracted. Based on these findings, the concept of “evidence” in psychological clinical practice was scrutinized, and the type and nature of the evidence in psychological clinical practice was examined and clarified.

キーワード： エビデンス・ベイスト（エビデンスに基づく）、エビデンス、心理療法

Keywords: evidence-based, evidence, psychotherapy