展 望

実証にもとづく臨床心理学に向けて

丹 野 義 彦

(東京大学総合文化研究科)

Towards Evidence-Based Clinical Psychology

Yoshihiko TANNO

(University of Tokyo)

Japanese clinical psychologists do not have quantitative data on the outcome of psychotherapy or counseling, because they do not provide quantitative descriptions of clients' psychological symptoms. To overcome this problem, the present article proposes new perspectives from the viewpoint of a scientist-practitioner model of clinical psychology. First, an evidence-based approach to the study of psychotherapy outcomes was proposed. The psychotherapy practice guidelines of the American Psychological Association and evidence-based medicine are good models for evidence-based clinical psychology. Evidence-based clinical psychology can function as a basic framework for the collaborative study of clinical psychology and related research areas. Second, schema of psychological assessment were proposed, from the viewpoint of classification, procedure and test battery. The procedures of psychological assessment should consist of an intake interview, detailed assessment, case formulation, formation of therapeutic hypotheses, and post-assessment of the efficacy of the therapy. Third, the present article proposes the establishment of abnormal psychology in Japan: this field would interface clinical psychology practice with academic psychology.

Key Words: evidence-based clinical psychology, psychological assessment, abnormal psychology, scientist-practitioner model

日本の臨床心理学は心理療法やカウンセリングの成果について量的なデータを持っていない。これは、クライアントの心理的症状について量的な記述をほとんどおこなわないためである。こうした点を克服するために、科学者-実践家モデル (Scientist-Practitioner Model) の視点からいくつかの提案をした。第1に、心理療法の成果について実証にもとづくアプローチを提案した。実証にもとづく臨床心理学の良いモデルとしては、アメリカ心理学会の心理的治療のガイドラインや、実証にもとづく医学をあげることができる。実証にもとづく臨床心理学は、臨床心理学とその関連領域が共同研究をおこなうための基本的なフレームワークとして機能する。第2に、分類、実施手順、テストバッテリーの視点から心理アセスメントのスキーマを提案した。心理アセスメントを実施する際には、受理面接・詳しいアセスメント・事例の定式化・治療仮説の形成・治療効果のポストアセスメントを含むべきである。第3に、異常心理学を確立させることを提案した。異常心理学は臨床心理学とアカデミックな心理学のインターフェースとして機能する。

1. はじめに—イギリスと日本の臨床心理学

この秋、イギリスの臨床心理学をみる機会があった。渡英の目的は精神病の症状についての共同研究のためであり、ロンドン大学の Hemsley 教授、オクスフォード大学の Hall 博士、マンチェスター大学の Tarrier 教授などと会った。彼らは精神病の研究者・臨床家であると同時に、大学院の臨床心理士養成の責任者でもある。そこで、この機会を利用してイギリスの臨床心理学についても聞いてみたのである。一部は東京大学教育学研究科の

下山晴彦氏といっしょに回ることができた。

FIGURE 1 に示すように、イギリスでは、異常心理学・臨床心理学・心理療法・カウンセリングが別の領域をなしている。異常心理学は、アカデミックな心理学と臨床心理学をつないでおり、両者の関係はより密になっているということであった。また、臨床心理学・心理療法・カウンセリングの違いはTABLE1に示すとおりである (Hall & Marzillier, 1992)。つまり、臨床心理士は、心理療法家・カウンセラー・精神科医とは別の職種をなしてい

FIGURE 1 イギリスの臨床心理学

る。

臨床心理士の仕事は、TABLE 1 に示すとおり、4つのキーワードにまとめられる。①アセスメント、②認知行動療法、③実証にもとづいたアプローチ (Evidence-based Approach)、④測定にもとづいた研究 (Measurement-based Research)である。これらについては、今回会ったすべての臨床心理学者がそのとおりだと言っていた。①のアセスメントとは、事例ごとにきちんと Case Formulationをおこない、そこから治療方針を立てることである。②の認知行動療法はイギリスで最もメジャーな治療技法となっている。Eysenck や Rachman の伝統も大きいだろう。この3つの大学では認知行動療法を主に教えているが、他の大学では認知行動療法に加えて他の技法も教えているということであった。③は治療の効果をきちんとアセスメントして、効果のある技法だけを用いるというポリシーである。④について、プロの臨床心理士は臨床活動だけでなく、つねに科学的な研究をおこない、新しい知見を学会に提出することが必要だということである。これら4つのキーワードを貫くものは科学者—実践家モデル (Scientist-Practitioner Model) である。科学的訓練が必要であるからこそ、臨床心理士の養成はどうしても大学

の博士課程でおこなわなければならないのである。学部や専門学校では真の科学者—実践家を養成することはできないからである。

以上はイギリスでの見聞であるが、下山氏の話だと、アメリカはもっと進んでいるということである。アメリカでは、臨床心理士は博士課程で養成され、カウンセラーは修士課程で養成されるという (金沢, 1998)。アメリカでは、薬物を処方できる臨床心理士も一部あらわれている。また、後述のように、認知行動療法を中心として、心理的治療のガイドラインを作ろうという動きもある。

このような欧米の臨床心理学をみると、あまりに日本と異なるので驚くばかりである。日本の今の臨床心理学を4つのキーワードで表してみると、①アセスメントなし、②認知行動療法なし、③実証なし、④測定にもとづいた研究なし、ということになるだろう。FIGURE 1のような枠組みで日本の心理臨床を考えてみると、日本にあるのは心理療法とカウンセリングだけではないだろうか。極端にいうと、イギリス的な意味での「臨床心理学」と「異常心理学」は日本ではすっぱりと抜けており、それらの仕事は精神科医がおこなっている。日本には異常心理学がないので、アカデミックな心理学と心理臨床が対立してしまうのかもしれない。それは科学対反科学の様相を帯びてくる。

こうした現状は、たしかに学校臨床を中心とする日本の臨床心理士の活動を考えるとそれほど不自然なものではないのかもしれない。しかし、医療領域の臨床では、欧米のようにもっとサイエンスに裏づけられた臨床心理学が必要であろう。Scientist-Practitioner Model というのはサイエンスとアートのバランスを強調するものであ

TABLE 1 イギリスの臨床心理関係のプロフェッショナルの職種と訓練

職 種	訓 練	仕事のタイプ
臨床心理士	心理学の学士のうえに 3年の博士課程での訓練	①心理学的アセスメント ②認知行動療法 ③(実証にもとづく) 治療評価 ④リサーチ
心理療法家	いろいろな訓練コースあり (数ヶ月～数年)	心理療法 (仕事のタイプは訓練と経験による)
カウンセラー	1～2年の訓練コース パートタイムのコースあり	障害の軽い人に対する心理療法や カウンセリング 専門領域あり 例) 職業カウンセリング
精神科医	医学の学士のうえに 3年の博士課程での訓練	精神医学的診断 薬理的・身体的な治療 リサーチ 法令上の仕事 例) 入院の手続き

Hall & Marzillier (1992) を一部改変

るが、日本の臨床心理学はあまりにもアートに偏りすぎている。臨床心理学が科学に裏づけられなければ、宗教や呪術との違いが不明確になってしまうだろうし、臨床心理士を大学院で養成することの意義も不明確になってしまうであろう。

そこで本論では、治療・アセスメント・異常心理学という3つの観点から、日本の臨床心理学を批判的に考察し、今後を展望してみたい。臨床家は個々のクライアントのことだけに注意を向けがちであり、臨床心理学全体に注意を向けることは少ない。本論ではこれからどのような臨床心理学のシステムを作るべきかについて考え、インフラストラクチャーの整備を提案したい。

2. 実証にもとづく臨床心理学の成立に向けて

前述のキーワードにもあったように、欧米の臨床心理学では1990年代後半から、実証にもとづく (Evidence-based) アプローチということが叫ばれるようになった。これは治療効果の明確な技法を用いようとするポリシーである。臨床心理学や精神医学の雑誌でもいくつか特集が組まれている。こうしたアプローチは今後の臨床心理学にとってきわめて重要である。

(1) 治療効果研究はなぜ必要か

治療効果を客観的に明らかにすることは臨床家にとって死活問題といってよい。まず、クライアントに対して、治療者がこれからおこなう治療にはこのような効果があると明らかにすることは、インフォームド・コンセントの観点からも必要である。また、治療の費用を負担する政府や保険会社に対しても、医療費削減の圧力のもと、治療効果を客観的に示すことが求められる。また、精神科医や学校の教員など他の専門家に対して自分の仕事の意義を主張するためにも必要である。さらに、臨床家自身にとっても、自分の仕事の効果を知ることは職業的倫理として必要である。治療効果が証明されない心理療法を用いることはプロとして倫理的に許されることではない。

歴史的にみると、心理療法の効果の研究は、Eysenck (1952) の批判にさかのぼる。Eysenck は文献調査により、精神分析や心理療法の神経症には効果がないばかりか、むしろ悪化させていると主張した。これに対して Bergin (1971) が反論し、Eysenck との間に論争があった。この論争では、全く同じ文献にもとづいているのに、Eysenck は治療効果がないと言い、Bergin は効果があると主張した。心理的治療の効果は、all or nothing であらわれるものではないから、同じデータを引用しても、研究者の立場によって結論が変わることがある。そこで、研究者は何とか治療効果を客観的に判定する方法がない

かと模索した。こうしていろいろな技法が集積したのが治療効果研究である (丹野, 2000a)。

(2) 治療効果研究の方法論

治療効果研究の第1歩は、客観的な基準を用いて診断することである。このためにアメリカ精神医学会が作成した DSM (精神障害の分類と診断の手引き) や、世界保健機構が作成した ICD (国際疾病分類) などの診断基準が用いられるようになった。

第2は、精神症状を測定する際に、主観的な指標ではなく、客観的な指標を用いることである。このために、診断面接基準 (SCID など)、症状評価質問紙 (BDI など)、検査法などを用いる。このような量的な指標を用いて、治療経過を客観的に把握する。1事例でも、量的な測定を用いて実験手続きを導入すればシングルケース実験デザインになる。独立変数と従属変数を決め、治療の手続きを標準化し、数量的データをとり、反復測定をして統計処理をする。これだけでもかなり客観的な推論ができるようになる。

第3は、対照試験 (Controlled Trial) である。これは治療群と対照群を設けて比較する方法である。対照群としては、待機リスト対照法 (waiting-list control: 一定期間待機してもらい治療をはじめ、この待機期間を未治療の対照群とする方法)、プラシーボ治療対照法 (placebo control: 臨床でふつうにおこなわれている治療法をおこない、これを未治療の対照群とする方法) などが考えられている。このような技法を用いて、2つの治療技法を比べたり (技法比較研究)、1つの治療体系のうちどの要素が効くのかを調べたり (治療要素の分解研究)、治療がどんなプロセスで進むかを調べたり (プロセス研究)、どのクライアントにはどのような治療が効果があるのかを調べたり (治療の個人差研究) といった研究がさかんにおこなわれている。最も理想的な方法は、無作為割付対照試験である。これは治療群と対照群をランダムに割りつける方法である。

(3) メタ分析

第4はメタ分析である。対照試験がいくつか報告されると、それらの文献をレビューして、治療効果を大局的に評価できる。しかし、印象批評的な文献レビューだと、前述の Eysenck と Bergin の論争のように、研究者によって、解釈が恣意的になり、結論が正反対になったりする。そこで Luborsky らのボックススコア法などいろいろな方法が工夫されたが、最も決定的だったのはメタ分析 (Smith & Glass, 1977) である。メタ分析は、任意の尺度を用いて、治療群と非治療群の差を求め、それを非治療群の標準偏差で割り、効果量 (effect size) を算出する。効果量がマイナスならば治療によって悪化したことを示し、ゼロならば治療の効果は全くないことを示し、

プラスであれば治療効果があることを示す。値が大きいほど治療の効果は高い。

この方法を用いて、Smith & Glass (1977) は375個の研究をレビューしたところ、心理的治療全体の効果量の平均は0.68であった。したがって、心理的治療は十分な効果があると結論できたのである。Smith & Glass (1977) の論文は、Eysenck 以来の効果論争に決着をつける画期的なものであった。この論文は、臨床心理学から出た業績としては画期的なものであり、心理学史上の重要論文ベスト40にあげている人もいる (Hock, 1995)。

のちに、メタ分析は、臨床心理学のみならず心理学や人文社会科学全体に広まった。異常心理学でもメタ分析は頻繁に用いられている。すぐ思いつくものをあげても、不安の研究 (坂元, 1998)、抑うつ・改訂学習性無力感の評価 (Sweeney et al., 1986)、精神分裂病の認知障害の研究 (Keefe et al., 1999) などがある。また、後述のように、医学領域にも大幅に取り入れられた。最近では、メタ分析自体の理論的・統計学的な研究も進んでいる (南風原, 1997; Bangert-Drowns, 1986)。

メタ分析に対してはいろいろな批判もあった。例えば、条件の統制などにおいて、質の悪い研究もいっしょにして平均値を求めているため、そうした質の悪い研究によって効果量がゆがめられてしまうといった批判が出された。そこで、Shapiro & Shapiro (1982) は、これらの批判を取り入れ、質の高い研究を厳選したうえで、メタ分析をおこなった。その結果、心理療法の効果量は0.93となった。

(4) 症状と技法の交互作用

メタ分析は、心理的治療にかかわるいろいろなことが数的に比較できるという利点がある。その後のメタ分析は、心理療法全体ではなく、個々の技法ごと、個々の症状ごとにおこなわれるようになった。例えば、Shapiro & Shapiro (1982) は、症状ごとの効果量や、治療技法ごとの効果量を計算している。それによると、空間恐怖やネズミ恐怖などは効果量が大きく、不安や抑うつなどは効果量が小さい。また、内潜行動療法やモデリング法は効果量が大きく、力動的療法やヒューマニスティック療法は小さい。さらに、Shapiro & Shapiro (1982) は、症状と治療技法の交互作用も調べている。それによると、認知療法は、不安・抑うつには1.34の効果量があるが、恐怖症には0.92しかない。逆に、行動療法は、不安・抑うつには0.74しかないが、恐怖症には1.46の効果量がある。つまり、不安・抑うつには認知療法が効き、恐怖症には行動療法が効く。つまり、教育心理学でいう「適性・処遇交互作用」のようなことがおこるのである。ある技法は万能ではなく、特定の症状との相性がある。ここか

ら、クライアントの症状によって技法を使い分けるべきであるという主張が出てくるのは当然のことである。

(5) 心理的治療のガイドライン

こうした主張を押し進めたのが、アメリカ心理学会の提案した心理的治療のガイドラインである。1980年頃から対照試験は非常に多くなったが、それを集約するため、アメリカ心理学会の第12部会 (臨床心理学部会) はタスクフォースを組織した。このタスクフォースは1993年に「確立された治療」と「おそらく効果がある治療」とを選び出した (Crits-Christoph et al., 1995)。「十分に確立された治療法」というのは、以下の4つの基準を充たすものである。

基準 a: 治療手続きが高度に特定化されていること。典型としては治療マニュアルによって特定化されていること。治療手続きが、第三者にも明快に理解できて追試できること。

基準 b: 治療の対象が明らかであること。クライアントの特徴が明確に記述された研究において、治療効果が明らかにされていること。

基準 c: 以下の①か②のどちらかにおいて、治療効果が公開されていること。

① 2つの群を統計的に比較して治療効果があることを示した研究が2つ以上あること。つまり、プラシーボ (pill) 対照群か心理学的プラシーボ対照群よりも有意に効果があるか、あるいは、これまですでに確立された研究と同等以上の効果があるという研究が2つ以上あること。

② 良い実験デザインを用いて、プラシーボ対照群か心理学的プラシーボ対照群か他の治療法よりも優れていることを示したシングル・ケース研究が多くあること。

基準 d: 異なる2人の研究者によって治療効果が確かめられていること。

また、「おそらく効果がある治療法」というのは、以下の3つの基準を充たすものである。

基準 a: 上と同じ。

基準 b: 上と同じ。

基準 c: ①待機リスト対照群よりも効果があるということを示す研究が2つ以上ある。

② プラシーボ対照群か心理学的プラシーボ対照群よりも効果があるか、あるいは、これまですでに確立された研究と同等以上の効果があるということを示す良い研究が1つはあること。

③ 良いシングル・ケース研究が少数ながらあること。または、

- ④有効性を示す2つ以上の良い研究があるが、しかし、それらは異質のクライアント群を用いた研究にとどまっている。

タスクフォースは、以上の基準を設けて、いろいろな治療法を評価した。以上の基準に達しないものは「試験的な治療法」というカテゴリーに分類した。

その結果、「十分に確立された治療法」は18種となり、「おそらく効果がある治療法」は7種となった。それをTABLE 2とTABLE 3に示す。原論文には、その根拠となった効果研究の文献があげられている。Crits-Christophら(1995)は、このリストにもとづいて大学院での臨床心理士の訓練をおこなうべきだと提案している。この表をみると、認知療法や行動療法がずいぶん多くとりあげられていることがわかる。ただし、すべての文献を調べ尽くしたわけではないから、これらは暫定的なたたき台であるとしている。

もちろんこのようなガイドラインには批判も多い

(Parry, 2000)。例えば、こうしたガイドラインは、薬物療法の治療効果研究をモデルとした考え方であり、それが果たして臨床心理学に適用できるかは不明であるという批判がある。また、統計的にみてその治療が効果的であったとしても、治療効果には個人差があり、必ずしもそのクライアントにとって最適の治療とは限らないという批判もある。

(6) 実証にもとづく医療

もう1つ、治療効果研究を実践に取り入れる動きの最先端は「実証にもとづく医療」(Evidence-Based Medicine)である。以下、EBMと略す。EBMは、これまでの医療が医師個人の経験と勘に頼っていたことを反省し、客観的に実証された根拠にもとづいて医療をおこなっていくとする医療現場での運動である(Sackett et al., 1997)。こうした医療現場での活動を支えるために、各疾患ごとに治療効果を組織的に調べ、メタ分析で治療効果を判定したデータベースが作られている。最も有名なものは

TABLE 2 十分に確立された治療法 (Crits-Christoph et al., 1995)

治 療 法	対 象
①Beckの認知療法	うつ病
②行動変容法	発達障害
③行動変容法	尿失禁と便失禁
④行動療法	頭痛と過敏性大腸症候群
⑤行動療法	女性のオルガズム障害と男性の勃起障害
⑥行動夫婦療法	—
⑦認知行動療法	慢性疼痛
⑧認知行動療法	パニック障害 (広場恐怖のあるもの)
⑨認知行動療法	全般性不安障害
⑩イクスポーチャー法	恐怖症 (広場恐怖, 社会恐怖, 単一恐怖) とPTSD
⑪反応制止イクスポーチャー法	強迫性障害
⑫家族教育プログラム	精神分裂病
⑬集団認知行動療法	社会恐怖
⑭対人関係療法	大食症
⑮KlermanとWeissmanの対人関係療法	うつ病
⑯親業訓練プログラム	反抗行動のある子ども
⑰系統的脱感作療法	単一恐怖症
⑱トークン・エコノミー・プログラム	—

アメリカ心理学会の第12部会 (臨床心理学部会) のタスクフォースによって十分に確立された治療法 (Well-established treatments) と評価された治療介入法

TABLE 3 おそらく効果がある治療法 (Crits-Christoph et al., 1995)

治 療 法	対 象
①応用弛緩訓練	パニック障害
②短期力動療法	—
③行動変容法	性犯罪者
④弁証法的行動療法	境界性人格障害
⑤情緒焦点カップル療法	—
⑥習慣逆転コントロール技法	—
⑦Lewisohnの心理教育治療	うつ病

アメリカ心理学会の第12部会 (臨床心理学部会) のタスクフォースによっておそらく効果がある治療法 (Probably efficacious treatments) と評価された治療介入法

Cochrane Collaborationである。これはイギリスの疫学者 Cochrane の主張に始まり、各疾患についての系統的なレビューを組織的におこなう試みである。作られたレビューは、Cochrane Library という名称で、インターネットやCD-ROMによって公表されている。この計画は、ヒトゲノム計画にも匹敵する大規模なプロジェクトであるという。日本でも2000年1月にEBMジャーナルが発刊された。現場の医師は、インターネットでこれらのデータベースにアクセスし、情報を探し、患者ごとにどの技法を用いるべきかを判断する。このような考えは以前からあったに違いないが、それが実際に可能になったのは、インターネットなどの情報テクノロジーが普及した1990年代になってからである。

EBMは主として身体医学の動きであるが、精神医学にも影響が及んでいる(大塚ら, 1998)。Cochrane Libraryでは、精神医学の分野は精神分裂病グループ、うつ病・不安・神経症グループ、痴呆・認知障害グループ、ドラッグ・アルコールグループに分かれてレビューがおこなわれている。

また、医学だけでなく、実証にもとづく看護学や、実証にもとづくリハビリテーション(Lindqvist & Skipworth, 2000)など保健医療の全体に及びつつある。それらを総称して、実証にもとづく保健医療(Evidence-based Health Care)と呼ばれることがある(Baker & Kleijnen, 2000)。

(7) 実証にもとづく臨床心理学

そうした動きは臨床心理学も例外ではない。欧米では、実証にもとづく臨床心理学(Evidence-Based Clinical Psychology)といった考え方も出てきている。以下これをEBCPと略すことにする。

EBCPの代表は前述したアメリカ心理学会のガイドラインである。こうしたEBCPを実践するためには、臨床現場において、①きちんとした診断をし、②症状を量的にアセスメントし、③症状別に治療を選択し、④その治療効果を量的にアセスメントするといった実践が不可欠になる。研究者はそうした治療効果研究をまとめ、メタ分析によって集大成したデータベースを作成する。現場の臨床心理士は、データベースにアクセスし、患者ごとに最適の実証を探し出し、それにもとづいて治療技法を選択する。実証にもとづいた臨床心理学が動き出せば、新しい有効な治療はどんどん現場で取り入れられるが、逆に効果のない理論や治療や、外国からの輸入で日本の文化に合わない理論や治療があればそれらは淘汰されていくことになる。

EBCPにはいくつかの側面がある。第1に、EBCPは、治療者の経験と勘だけに頼るのではなく、客観的に証明された治療技法を用いるという理念や哲学のことである。

第2に、EBCPは、個々の臨床家が、個々の患者ごとに最適の実証を探し出すという行動指針である。治療効果研究の成果を専門雑誌にただ眠らせておくのではなく、実際の臨床に生かそうという動きであり、研究と実践を統合する運動である。臨床家は、治療効果研究のデータベースを探索して、個々の患者に合った情報を探し出す。第3に、EBCPとは、そうした臨床家の行動を支援するために、データベースを作りインターネットで公開するなどインフラストラクチャーを作る政策的な側面がある。このように、EBCPは、単なる治療効果研究を越えて、臨床心理学全体にかかわる運動となっている。

EBCPには、前述のガイドラインと同じような批判もある(Parry, 2000)。しかし、利点も多い。例えば、EBCPは臨床心理学にかかわる学際的研究のフレームワークとして機能しうる点である。これまで臨床心理学にはいろいろな対立軸があった。例えば、アセスメントと治療は対立的なもののように考えられてきたし、研究と臨床実践も違った領域と考えられてきた。しかし、EBCPにおいては、アセスメントと治療は車の両輪のような機能を果たすし、大学の研究者と現場の臨床家が、それぞれの役割を保ちながら協力して治療効果の判定に参加できる。EBCPの大きな利点は、対立していた要素が1つのフレームワークの中で統合されることである。

(8) わが国の臨床心理学の現状

ひるがえって日本はどうであろうか。根建ら(1995)も指摘するように、わが国では実証にもとづくなどといった考え方は希薄である。その特徴をまとめてみると、①診断をしない、②クライアントの症状を質的に言葉で記述する(定量的な指標を全く用いない)、③適用対象の非特異性(どのクライアントにもほぼ同じ治療技法を適用する)、④治療効果を質的に言葉で記述する(治療効果についての量的なデータを持たない)といったことになるだろう。

このような特徴を裏づけるために、筆者は『心理臨床学研究』に掲載された論文について特徴を調べてみた。この雑誌の第1巻第1号(1983年)から第15巻第4号(1997年)までの312本の論文について、以下の5つの側面から検討した。

第1は領域である。臨床現場(病院・相談所・カウンセリングルームなど)での研究か、非臨床アナログ研究かを調べた。その結果、臨床研究が73.1%を占め、非臨床アナログ研究は20.5%であった。

第2は例数である。研究対象となった事例の数を調べると、50%の論文は、事例数が1人であった。また、70%の論文は事例数が5人以下であり、73%の論文は事例数が10人以下であった。9%の論文は100人を越えているが、そのほとんどは調査研究であった。

第3は回数である。事例を縦断的に調べた研究(例えば事例の追跡研究など)か、1回だけの横断研究かを調べると、縦断研究が73.7%であり、横断研究が20.1%であった。

第4は定量の有無である。定量的な指標をとっていない論文が71.1%を占め、定量を行っていたものは28.2%にすぎなかった。

第5は介入の有無である。治療的な介入をおこなっているのは73.4%であり、介入なしが24.3%であった。

また、クロス集計をおこなってみると、はっきり事例研究と質問紙調査研究の2つのタイプに分かれた。事例研究は、臨床領域でおこなわれ、1事例で、縦断研究であり、量的指標がなく、介入があるというタイプである。これが全体の6割以上を占めている。一方、質問紙調査研究は、非臨床の領域でおこなわれ、多数例を対象とし、1回だけの横断研究であり、量的指標を用い、介入がない。これは全体の15%を占めている。この2つのタイプだけで全体の85%を占めている。明らかに事例研究の比重が高い。

この結果で驚くべきことは、事例研究のほとんどが定量的な指標を全くとっていないことである。

(9) わが国にEBCPを根付かせるために

筆者は、Scientist-Practitioner Modelに裏づけられた学としての臨床心理学がわが国にもぜひ必要であると考える。臨床心理学が科学に裏づけられなければ、前述のように、宗教や呪術との違いが不明確になってしまい、臨床心理士を大学院で養成することの意義も失われるからである。

今後、EBCPをめざすためには、以下のような方向性が必要であろう。

第1は、多数例研究が必要なことである。臨床研究は、たしかに事例に始まり、事例に終わる。事例研究は臨床心理学のアルファにしてオメガである。メタ分析とか治療効果研究といっても、基本はあくまで事例研究であり、事例が多数累積してはじめてメタ分析へと至るのである。しかし、いつまでも1例研究でとどまっていたら、その治療が他のケースにも当てはまる一般性を持つかが判定できない。2例以上を比較する多数例研究に進める必要がある。これまで、基礎心理学は一般法則を追求し、臨床心理学は事例性を追求し、両者はかみ合わなかった。事例性の重視は現場では当然のことであり、ひとりの人間は一般法則だけでは解明できない。しかし、他の人との共通性がないわけではない。下山(1997)は、「一般法則」と「事例性」の間に、「類型」のレベルを考える。今後は、個々の事例を越えた「類型」レベルの研究が必要であろう。

第2は、診断(心理学的見立て)の確立である。心理臨床では必ずしもすべてのケースで診断が必要となるわけではないが、診断は、治療手段の選択や予後の予測について多くを教えてくれる。とくに治療効果を比較するためには診断がぜひとも必要である。今のところ、DSM-IVが臨床家の共通言語となりつつある。DSM-IVの知識は臨床心理士にとっても不可欠である。たしかにDSMは万能というわけではなく、限界もある。例えば日本の対人恐怖の症状がDSM-IVの「社会恐怖」の診断基準と必ずしも対応しないように、DSMはアメリカの文化を色濃く反映しており、他の文化には合わないこともある。また、下山(1997)は、日本のスチューデントアパシーの事例を多く検討する中から、DSMに「アパシー性人格障害」というカテゴリーを付け加えることを提案し、具体的にその診断基準も示している。また、精神分裂病の研究では、DSMの症状論は平板すぎるという批判も多い(中安, 1997)。さらに、DSMは医療場面での使用を念頭に作られたために、学校臨床などでは使いにくい。このように限界はあるものの、臨床心理学独自の診断体系を作るには膨大な時間と費用がかかる以上、今の段階では、臨床心理士もDSM-IVに依拠するしかないだろう。臨床心理士が精神医学的な診断基準を用いて診断しそれなりの高い信頼性が得られたという研究もあり(藤原ら, 1988; 加藤ら, 1990)、心理臨床家がこうした診断基準を学習することの意義は大きい。

第3は、対象別に治療技法を選んで適用するということである。つまり、適用対象の特異化である。現在は、精神分析療法・クライエント中心療法・認知行動療法といったぐあいに治療の理論と技法がまずあって、それをいろいろな対象に適用していく研究スタイルが多い。しかし、前述のガイドラインに示されるように、症状の種類によって、効果的な治療は異なる。したがって、どの治療技法がどの病理に効果があるのかを明らかにしなければならない。つまり、非特異的適用から、特異的適用への発想の転換が必要である。

第4は、症状を量的に記述することである。治療効果研究の第一歩は、クライエントの主訴や症状を記述する時、質的な指標だけでなく、量的な指標を用いることである。また、治療効果をみる際に量的なアセスメントをすることが必要である。そのためにはアセスメント技法が大切になるが、これについては次節で詳しく述べる。

3. 心理アセスメント学の成立に向けて

「実証にもとづく臨床心理学」がうまくいくかどうかは、臨床心理アセスメントの定着にかかっている。というのも、上であげた診断、症状の量的評価、治療効果の

量的評価といった過程は、いずれも心理アセスメントにかかわることだからである。ここでは、これからの心理アセスメント学の成立に向けて、①分類、②アセスメント・バッテリー、③治療との関係、④リサーチとの関係、⑤活性化のための体制、という5つの側面から考えてみたい。

(1) 心理アセスメント技法の分類スキーマ

わが国の心理アセスメントは人格テストと知能テストの二分法を採用している。どの教科書をみてもそうであるし、保険の分類でも人格検査と発達知能検査に分かれている。しかし、この二分法は1950年代のものである。筆者は以前日本の心理アセスメントをレビューしたが(丹野, 1999a; 2000b), わが国のアセスメント研究は非常に低調である。これまではアセスメントは治療と別物であるという誤解があり、一部にはアセスメント有害論のような雰囲気すらあった。このため、日本の臨床心理アセスメントは世界の研究レベルから脱落し、情報の鎖国のような状態となってしまった。

世界的にみると、投映法と知能検査は1950年代までに枠組みが固まり、60年代に入ると行動アセスメントが進展し、70年代には精神症状のアセスメントが、80年代には認知特性のアセスメントが、90年代には人格障害のアセスメントがそれぞれ大きく展開した。このような進歩を詳しく紹介するレビューやハンドブックも多い。これらを見ると、個々の障害ごとに、症状・認知・行動・生理のように細かく分けて、アセスメントが開発されている。これに対し、日本では、未だ投映法が中心であり、60年代以降の技法はほとんど使われていない。自戒をこめて言う、日本の臨床心理アセスメントは世界の1960年代のレベルで止まっている。

そこで、筆者は心理アセスメント技法の新たな分類スキーマを提案した(丹野, 1999a)。ここでは領域と構造化の程度という2つの次元からなる枠組みを考える。領域は、精神症状・人格障害・認知特性・知的能力・行動特性・性格・家族関係などに分け、構造化の程度は、非構造化面接(自由面接法)・半構造化面接・構造化面接・質問紙法の4つのレベルに分ける。このような分類を考えると、従来の性格と知能の二分法に収まりきれない多様なアセスメント技法を位置づけることができる。また、こうした分類によって、面接法の意義を明確にすることができる。これまでは、自由面接法と心理テスト法は対立的なものとなれ、心理テストは非人間的で有害だとか、自由面接法は客観性が低くて科学的でないとするような対立もみられた。しかし、構造化面接という概念を導入すると、自由面接法と質問紙法を1つの次元にまとめることができる。これによって、自由面接法と心理テストは、

相補的なものであって、対立的なものではないことが示されるのである。

(2) アセスメント・バッテリーのスキーマ

テストバッテリーをどのように組むかについて、これまで理論的な枠組み(スキーマ)と呼べるものがなかったが、丹野(1999a)のスキーマは、テストバッテリーを組む際にも役に立つ。すなわち、上で述べた6つの領域のうち、治療方針を立てるのに必要な領域を選び、その領域において、非構造化面接・半構造化面接・構造化面接・質問紙法のうちで、違うレベルのものを組み合わせてバッテリーを作る。こうすれば、クライアントの病理や臨床心理士の熟練度に応じて、きめ細かく技法を選ぶことができる。また、分類スキーマや次に述べる実施手順スキーマとも整合的であり、一貫した視点からテストバッテリーを組める。これからの臨床心理士は、多くの技法をマスターし、クライアントごとにアラカルトで技法を選択できなければならない。

(3) 心理アセスメントと治療との関係—実施手順スキーマ

これまで心理アセスメントは心理検査をさすと考えられ、診断の補助手段としてしか位置づけられてこなかった。このため、アセスメントと治療は別の仕事と考えられてしまい、心理テストはレッテル貼りにすぎないといった「心理検査有害論」が生まれる背景となっていた。そこで、筆者は、アセスメントを治療介入の中に位置づけるために、受理面接・詳しいアセスメント・統合的理解と治療仮説提示・治療介入・治療評価(ポスト・アセスメント)といった段階からなる実施手順スキーマを考え(丹野, 1999a)。この中の統合的理解と治療仮説提示の段階で重要なのは、事例の定式化(Case Formulation)ということである。これは、上で述べた精神症状・認知特性・知的能力など個々の領域のアセスメント結果をもとにして、それらを1つの枠組みに総合し、そこから治療技法を選択していくプロセスのことである。その際いろいろな枠組みが用いられるが、その1つにWHOの「機能障害・能力低下・社会的不利の国際分類」がある。これは疾患による障害について、一次的な機能障害、二次的な能力低下、三次的な社会的不利に分けて因果的に考えるものである。例えば、あるクライアントの場合は(Hall & Marzillier, 1992)、頭部外傷の左頭頂葉障害による機能障害(注意障害や情緒不安定)、能力低下(集中力低下や抑うつ)、社会的不利(学校成績低下や対人関係悪化)などが生じると定式化される。このような定式化にもとづいて、機能障害に対するリハビリテーション、能力低下に対する認知行動療法、社会的不利に対する作業療法や心理療法などがおこなわれるわけである。このような3つのレベルに分けて、クライアントの心理を総合し、治療方針を立てていく。

定式化のための枠組みは、WHO のもののほかにも、障害の種類によっていろいろなものが考えられている (Tarrier et al., 1998)。以上のようなスキーマから考えると、アセスメントと治療はまさに不可分である。

(4) 心理アセスメントとリサーチの関係

臨床心理アセスメントは、治療において必要なだけでなく、研究においても不可欠である。歴史的にみると、アセスメント技法の発展は、治療や異常心理学理論をドラマチックに展開させてきた。したがって、新しいアセスメント技法の開発は、治療技法や異常心理学理論の提出と同じくらいの価値がある。臨床心理学の研究者は、職人が道具にこだわるように、アセスメントツールにこだわるなければならない。アセスメントツールを日頃からレビューしておき、使える技法を手元に集め、研究の目的にあった技法を使い分ける必要がある。というのも、用いたアセスメント技法に問題があるために、研究がいきづまったり、あとで致命的な批判を受けて成果が発表できなくなったりする研究も時にみられるからである。

ある領域で研究をすすめる場合、すでに質問紙法や構造化面接法などのツールができあがっていればそれを利用すればよい。しかし、領域によっては、こうしたツールが作られていないことも多い。その場合は、自分でツールを作る必要がある。その際に威力を発揮するのが半構造化面接法である。半構造化面接法は、非構造化面接法の発見的機能と、構造化面接法の確認的機能をあわせ持っている。こうした利点を生かし、研究の仮説形成段階において、半構造化面接法を用いるのである。筆者はこれを「探索的半構造化面接法」と呼び、積極的な使用を提案した(丹野, 2000a)。探索的半構造化面接法の成功例は、Beck や Hibbert らの不安障害研究、Salkovskis の強迫性障害研究、Clark らの対人恐怖研究に見いだすことができる(詳しくは、丹野, 1999b~e; 2000c~e)。

(5) 心理アセスメントを活性化する体制づくり

わが国で開発されたアセスメント・ツールには問題のあるものが多い(丹野, 2000b)。例えば、標準化されていない、信頼性が確かでない、妥当性が確かでない、大学生のデータしかない、翻訳が多く日本独自のものが少ない、翻訳の著作権が未取得である、日本の病態に適合しているか不明である、といった限界を持つツールが多い。

今後、本格的にアセスメント・ツールを開発する体制づくりが必要である。臨床心理学の研究をおこなう際に、しっかりしたアセスメント・ツールがないと自分で最初から作らざるを得ない。これではさっぱり研究が進まないし、成果も蓄積しない。1つのアセスメント・ツールの開発・翻訳・標準化・臨床適用などをすすめるには、膨大な費用と人員と手間がかかる。個人の力ではどうにも

ならない。研究者が集団でツールを開発する体制をつくる必要がある。

1つの手本として、Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997)の仕事がある。これは強迫性障害を研究する世界の第一線の心理学者や精神医学者が共同した国際プロジェクトである。このグループは、強迫の認知や素因についての理論をまとめ、アセスメントツールを作った。これにより強迫研究は大きく進展した(丹野, 2000c)。このようなプロジェクトが国際的にも国内的にももっとおこなわれるべきだろう。

また、例えば技法研修会などを通じて、臨床家のアセスメント・リテラシーを高める体制をつくる必要があろう。医学では「今日の検査指針」が毎年更新され、日進月歩のツールを現場に普及させる体制が整っている。精神医学においては、実証にもとづく医学の影響もあって、アセスメントツールの体系的な紹介(北村, 1995)や、雑誌の特集が相次いでいる(臨床精神医学1999年12月増刊号など)。臨床心理学においても、書籍やCD-ROM, インターネットなどを媒体としたイノベーションを強化する必要があるだろう。

4. 異常心理学の成立に向けて

はじめに述べたように、欧米では、異常心理学という領域が確立しており、アカデミックな心理学と臨床心理学をつなぐインターフェースとして機能している。心理学者によって書かれた異常心理学の研究書や教科書はきわめて多い。ここでは、実践的側面と理論的側面から、異常心理学の今後について考えてみたい。

(1) 異常心理学の必要性和実践性

異常心理学には多くの意義がある。第1に、実践的にクライアントの病理の理解のために必要である。異常心理学は、クライアントの病理を記述して理解し、それがなぜ生じたのか原因やメカニズムを考える仕事である。下山(2000)も述べるように、クライアントの病理に巻き込まれないようにするためにも、臨床心理士にとって異常心理学の知識は不可欠となる。

第2に、心理療法の基礎として異常心理学が必要である。歴史的にみても、異常心理学と心理療法はお互いに支えあって発展してきた。例えば、精神分析療法は、精神分析理論に支えられて発展したし、行動療法は行動病理学に、来談者中心療法は現象的自己理論に、認知療法は認知病理学に、それぞれ支えられて展開した。異常心理学は、治療の変化のメカニズムを説明したり明確化し、新しい治療技法の開発へのヒントを与えてきた。

第3に、異常心理学はメンタルヘルス教育の役割も果たしている。1990年代に入って、欧米では学部生向けの

異常心理学の教科書が出版され版を重ねている。例えば、邦訳もある Davison & Neale (1994) のものなどが有名である。これらは DSM-IV にしたがって構成され、科学的で正確な記述をめざしている。心理的な健康や精神病理の予防についての記述が多くみられ、一般学生のメンタルヘルス教育としての意味も持っている。最近、こうした側面はメンタルヘルス・リテラシーと呼ばれるようになってきている。これまで異常心理学は異常に対する偏見を助長するとされてきたが、逆に自分の中の異常を見つめることによって異常への偏見を低めることも期待されるようになってきている (丹野・坂本, 2001)。

(2) 異常心理学の理論と方法

これまでの異常心理学の理論としては、前述のように精神分析理論、行動病理学、現象的自己理論などがある。最近では Beck の認知病理学が大きな影響力を持つようになってきている。Beck の理論はもともと抑うつに関するものであったが、最近ではパニック障害・強迫性障害・妄想・摂食障害などに適用されるようになり、いまや異常心理学の一般理論として成長し、いろいろな症状別の治療技法を生んでいる (丹野, 1998; 1999b~e; 2000c~e)。

また、異常心理学は、基礎心理学のいろいろな領域と交流することによって豊かな実りをもたらしている。その例として認知心理学との交流をあげることができる。1970年代から情報処理心理学を用いたうつ病や精神分裂病の研究がさかんである (丹野・町山, 1985)。抑うつについてはうつ病の記憶バイアスの研究がおこなわれた。これが前述の Beck の認知理論を生みだし、一方では Bower の感情ネットワークモデルに影響を与えた。後者の影響を受けて Teasdale は抑うつ処理活性仮説を提案し、Beck との間に抑うつスキーマ論争がおこる (丹野, 1999b)。

第2の例としては社会心理学との交流がある。Abramson らは、Seligman の学習性無力感理論を土台として、社会心理学の原因帰属理論を導入し、改訂学習性無力感理論を提案する。これは記念すべき論文であり、これ以後、社会心理学の理論が異常心理学の理論の説明にさかんに用いられるようになる。改訂学習性無力感理論に帰属スタイルという素因を組み込んだ抑うつ素因ストレスモデルや、さらに理論的に整備した絶望感理論と展開していく (大芦・平井, 1992)。また、社会心理学で展開した自己意識理論を用いて、抑うつ・不安・妄想などを説明しようとする研究もさかんである (丹野・坂本, 2001)。

第3の例はパーソナリティ心理学との交流である。90年代に入って人格障害とパーソナリティについて膨大な研究が蓄積されている。また、臨床家の間では、セラピーの難しさという点で、境界性人格障害に対する関心が高

まっている。しかし、10個以上もある人格障害をどのように統一的に理解すればよいのだろうか？また、これまでの人格心理学の理論とどのような関係にあるのだろうか？今のところ、人格障害を体系化する試みとしては、Millon の理論、Cloninger の理論、ビッグファイブ理論からの研究などがある。人格障害をパーソナリティ心理学の理論から裏づけたり、新たな理論を組み立てる仕事は、臨床心理学にとって急務である。

第4は生物学的な理論との交流である。生物学的精神医学・脳科学・行動遺伝学などの研究は、臨床心理学の大切な視点の1つである。また、恐怖症の準備性学習理論など、進化的アプローチは異常心理の理解には欠かせないが、最近脚光をあびている進化心理学との交流も今後伸びていくだろう。そうした文脈で注目されるのは「心の理論」である。これは、霊長類の研究や子どもの発達理論からあらわれたが、今では自閉症の臨床において中心的な役割を果たすようになった。精神分裂病に関する研究もある。

ほかにも、感情心理学やストレス理論など、臨床心理学とのインターフェースが期待される領域は多い。こうした研究においては、基礎的な理論や方法論を当てはめて応用するだけではなく、臨床研究が基礎心理学の理論を大きく進歩させていく側面もある。歴史的にみても、例えばフロイトの精神分析学や、ワトソンの恐怖獲得の実験、失語症研究など、病理学的研究は基礎心理学に対して強いインパクトを与えてきたのである。今後も、臨床研究と基礎心理学の交流を深めるために、異常心理学の確立が望まれる。

引用文献

- Baker, M., & Kleijnen, J. 2000 The drive towards evidence-based health care. In N. Rowland & S. Goss (Eds.), *Evidence-based Counselling and Psychological Therapies*. London: Routledge. Pp.13-29.
- Bangert-Drowns, R.L. 1986 Review of developments in meta-analytic method. *Psychological Bulletin*, **99**, 388-399.
- Bergin, A.E. 1971 The evaluation of therapeutic outcomes. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley. Pp.217-270.
- Crits-Christoph, P., Frank, E., Chambless, D.L., Brody, C., & Karp, J.F. 1995 Training in empirically validated treatments: What are clinical psychology students learning? *Professional Psychology: Research & Practice*, **26**, 514-522.

- Davison, G.C., & Neale, J.M. (1994) *Abnormal psychology, 6th Edition*. New York: Wiley. (村瀬孝雄 監訳 1998 異常心理学 誠信書房)
- Eysenck, H.J. 1952 The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, **16**, 319-324.
- 藤原茂樹・北村俊則・生田憲正・宗像恒次・千葉浩彦・菅原健介・仲尾唯治 1988 臨床心理士と精神科医による症例要旨法を用いた RDC 精神科診断の一致度の比較 臨床精神医学, **17**, 1081-1087.
- 南風原朝和 1997 メタ分析による精神療法の効果研究の統合 精神療法, **23**, 131-136.
- Hall, J., & Marzillier, J. 1992 What is clinical psychology? In J. Marzillier & J. Hall (Eds.), *What is clinical psychology? Third Edition*. Oxford: Oxford University Press. Pp.1-31.
- Hock, R.R. 1995 *Forty studies that changed psychology. Second edition*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- 金沢吉展 1998 カウンセラー専門家としての条件 誠信書房
- 加藤知佳子・渡辺さちや・永田俊明・北村俊則 1990 心理学専攻者による操作的診断基準の評定者間信頼度 教育心理学研究, **38**, 413-417.
- Keefe, R.S.E., Silva, S.G., Perkins, D.O., & Lieberman, J.A. 1999 The effects of atypical antipsychotic drugs on neurocognitive impairment in schizophrenia: A review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, **25**, 201-222.
- 北村俊則 1995 精神症状測定の理論と実際 第2版 海鳴社
- Lindqvist, P., & Skipworth, J. 2000 Evidence-based rehabilitation in forensic psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, **176**, 320-323.
- 中安信夫 1997 臨床診断の思想—操作的診断基準に求められるものは何か 精神神経学雑誌, **99**, 736-742.
- 根建金男・市井雅哉・関口由香・宮前義和・上里一朗 1995 認知行動療法は効くか?—メタアナリシスと個人差要因の視点から カウンセリング研究, **28**, 87-103.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group 1997 Cognitive assessment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, **35**, 667-681.
- 大芦 治・平井 久 1992 学習性無力感に関する帰属理論についての研究 心理学評論, **35**, 175-200.
- 大塚俊男・風祭 元・北村俊則・松下正明・三浦勇夫・守屋裕文・山崎敏雄編 1998 エビデンス精神科医療 I 気分・不安・人格の障害 日本評論社
- Parry, G. 2000 Evidence-based psychotherapy: An overview. In N. Rowland & S. Goss (Eds.), *Evidence-based counseling and psychological therapies*. London: Routledge. Pp.57-75.
- Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W., & Haynes, R.B. 1997 Evidence-based medicine. Churchill Livingstone. (久繁哲徳監訳, 根拠に基づく医療—EBMの実践と教育の方法, オーシーシー・ジャパン, 1999)
- 坂元 桂 1998 抑うつ者および高不安者のネガティブ情報に対する潜在記憶バイアスメタ分析による検討—性格心理学研究, **7**, 57-65.
- Shapiro, D.A., & Shapiro, D. 1982 Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, **92**, 581-604.
- 下山晴彦 1997 臨床心理学研究の理論と実際—スチューデント・アパシー研究を例として 東京大学出版会
- 下山晴彦 2000 心理臨床の発想と実践 岩波書店
- Smith, M., & Glass, G. 1977 Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, **32**, 752-760.
- Sweeney, P., Anderson, K., & Bailey, S. 1986 Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, **50**, 974-991.
- 丹野義彦 1998 Beck の認知療法と認知病理学 精神科診断学, **9**, 379-388.
- 丹野義彦 1999a 臨床心理アセスメントの新しいスキーマ分類論・実施手順論・バッテリー論—精神科診断学, **9**, 447-455.
- 丹野義彦 1999b 抑うつスキーマ論争と Teasdale の抑うつ理論 精神科診断学, **9**, 543-554.
- 丹野義彦 1999c 認知アプローチの展開—アナログ研究とメタ分析 精神科診断学, **10**, 235-242.
- 丹野義彦 1999d Beck 理論への批判と抑うつ研究の展開 精神科診断学, **10**, 343-351.
- 丹野義彦 1999e パニック障害と空間恐怖の認知モデル 精神科診断学, **10**, 437-445.
- 丹野義彦 2000a 効果研究とメタ分析 下山晴彦編, 臨床心理学研究の技法 福村出版 Pp.127-132.
- 丹野義彦 2000b 実証にもとづいた臨床心理学は可能か—抑うつ・不安・精神分裂病・人格障害とパーソナリティ— 児童心理学の進歩, **39**, 175-204.

- 丹野義彦 2000c 強迫性障害の認知モデル 精神科診断学, 11, 83-92.
- 丹野義彦 2000d 対人恐怖の認知モデル 精神科診断学, 11, 219-229.
- 丹野義彦 2000e 妄想の認知理論とアセスメント 精神科診断学, 11, 323-334.
- 丹野義彦・町山幸輝 1985 機能性精神病における認知障害説 臨床精神医学, 14, 869-881.
- 丹野義彦・坂本真士 2001 自分のところからよむ臨床心理学入門 東京大学出版会
- Tarrier, N., Wells, A., & Haddock, G. 1998 *Treating complex cases: The cognitive behavioural therapy approach*. Chichester, England : Wiley.