

# 統合的心理療法とドードー鳥の裁定： 心理療法に優劣はない

齊尾 武郎\*

フジ虎ノ門健康増進センター

## Integrative psychotherapy and dodo bird verdict: No need for striving for mastery

Takeo Saio

Fuji Toranomon Health Promotion Center

### Abstract

**Background** : Though cognitive behavioral therapy (CBT) is all the vogue today, it is not certain whether CBT is overwhelmingly superior to the other types of psychotherapies in efficacy and clinical effectiveness.

**Objective** : To show all psychotherapies have been deemed equally efficacious and effective.

**Design** : Narrative, non-systematic review of the literature on the trend of CBT as well as constituents of the efficacy of psychotherapy in general.

**Results** : Recently, CBT has been incorporated into the UK national mental health policy because of the vast amounts of evidence concerning its efficacy and effectiveness for both depression and anxiety disorders. However, in the history of the evaluation of psychotherapeutic validity, there is a tradition of research on the common factors across psychotherapies (“Lambert’s big four”) as well as on the claim of equivalence between various kinds of psychotherapies (“dodo bird verdict”). There is also a research tradition of exploring integrative psychotherapy which incorporates these common factors and the claim of equivalence as skeletal principles.

**Conclusion** : The commonality and equivalence of psychotherapy permit clinicians to practice any particular psychotherapy very cautiously without any coercion of patients, and recommend common-sense psychotherapy performed in a casual manner.

### Key words

commonality, equivalence, psychotherapy integration, cognitive behavioral therapy (CBT), criticism

*Rinsho Hyoka (Clinical Evaluation)* 2013 ; 41 : 407-20.

---

\* K&S産業精神保健コンサルティング (K&S Consulting Office for Occupational Mental Health)

## 1. はじめに：認知行動療法の隆盛

現在、心理療法の世界では認知行動療法 (cognitive behavioral therapy : CBT) が隆盛を極めて<sup>1)</sup>いる。その背景には、米国心理学会 (American Psychological Association : APA) の Division 12 – Society of Clinical Psychology (臨床心理部会) の “心理学的処置の促進・普及特別委員会” (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures) が1993年に提唱した “実証的に確認された治療” (empirically validated treatment : EVT)<sup>2)</sup>、その改称形としての “実証的に支持された治療” (empirically supported treatment : EST)<sup>3)</sup>、ひいては “根拠に基づく医療” (evidence-based medicine : EBM) の普及がある<sup>4)</sup> ことは広く知られている。

これを少しく敷衍するならば、まず、1991年、Gordon H. GuyattによりEBMが提唱され<sup>5)</sup>、瞬く間に医学界に広がるとともに、看護、臨床心理、ソーシャルワークなどの医学の近縁分野はもちろん、教育、社会政策といった分野にも実証主義的な潮流が巻き起こった。この潮流の中で、臨床心理では、各種心理療法の有効性 (efficacy) による選別が米国心理学会によりトップダウン的に主導され、有効であると判定された心理療法 (すなわちESTのこと) のほとんどが、結果的にCBT関連の治療技法だったのである<sup>6)</sup>。この背景にはさらに、1950年代のHans Jürgen Eysenckによる心理療法の転帰研究に端を発する心理療法の有効性・安全性に関する研究の長い歴史<sup>7, 8)</sup>がある。また、CBTは方法論が定式化されており、精神分析的な心理療法 (深層心理学系心理療法) や実存一人間主義的心理療法 (人間性心理学系心理療法) などよりも有効性に関する実証研究が行いや<sup>9)</sup>すい心理療法<sup>9)</sup>だったのである (ただし、CBTといえども、心理療法というものの持つ基本的性質により、その臨床試験は必然的にブラインド化が不十分となってしまう、需要特性 (demand characteristics)<sup>10)</sup> から考えて、実は頑健なエビデン

スとは言えない)。

## 2. Layardテーゼ

こうした心理療法における実証主義は、ついには、はっきりとした実証的な科学的エビデンスを持つ心理療法をこそ実施すべきであり、エビデンスのあいまいな心理療法は行うべきでない、という原理主義的な主張を生む。英国では “幸福の経済学” (主観的幸福に関する尺度を設定してデータ収集し、これを社会政策に反映させる経済学の新領域である) の中興の祖の一人として有名なRichard Layardがその著書<sup>11)</sup> や報告書<sup>12)</sup> で、英国国民の多くがうつ病や不安障害に苦しんでおり、これを治療効果が証明され費用効果性も高いがゆえに英国国立臨床評価研究所 (National Institute of Clinical Excellence : NICE) の診療ガイドラインでもその実施が推奨されている、CBTという短期心理療法で救済することができるとし、国はCBTのセラピストを早急に大量に養成し、国民にCBTの十分な実施体制を提供すべきであると<sup>13)</sup>する、最大多数の最大幸福を目指す功利主義的な提言 (“Layardテーゼ” と呼ばれている) を行った。

## 3. IAPTプログラムの政策導入

Layardはその後、James Gordon Brown率いる労働党政権に積極的に働きかけ<sup>13)</sup>、英国ではCBTを中心とした心理療法を国民が利用しやすいようにするため、2008年より、まずイングランドで、“心理学的治療へのアクセスの向上” (Improving Access to Psychological Therapies : IAPT)<sup>14)</sup> という心理療法を中心とした治療プログラムが設けられ、短期間で多くのセラピストを養成し、多くの患者にCBTが提供されることになった<sup>15)</sup>。これに対して、英国では、多くの著作を持つ心理療法家のDorothy Rowe<sup>16)</sup> やDarian Leader<sup>17)</sup> が、CBTはあまりにも患者の抱える問題を表層的に受け止めて単純化しており、CBTを国の精神保健政策の要とすることは、弥縫策で

あるとして辛辣に非難したり、マスメディアに対する影響力の強い心理学者・テレビタレントである Oliver James が、CBT はうつ病の長期予後の改善に寄与せず、医療費の無駄遣いであると激しい批判をしたりして<sup>18, 19)</sup>、大きな反響を呼んだ。

こうして英国では CBT が精神保健政策の根幹に位置付けられることになったのだが、その背景にある Layard テーゼには批判も強い<sup>20)</sup>。まず、提唱者の Richard Layard は経済学者であって精神科医ではない（ただし、彼の父で人類学者の John Layard は、うつ病で自殺を凶ったことがきっかけで、分析心理学の始祖、Carl Gustav Jung の治療を受け、ユング派の心理療法家となった人物であり、息子の Richard Layard 自身、一時は精神科医になろうと考えたほどである<sup>21)</sup>）。経済学者に精神科・臨床心理の何が分かるというのか、というわけである。次に Layard は心理療法の系統的レビューを行っておらず、CBT 以外の心理療法の価値が分かっていないという批判がある。さらに、人間の幸福は、政府がとやかくいう性質のものではないし、かといって個々人の幸福がすべて個々人の責任というものでもなく、さまざまな状況に左右されるものだ、という異論もある。そして、人間の幸福をあまりにも医学モデルの枠組みで見すぎている（人間は医学的・臨床心理的な治療で幸福になれるものであると決めつけている）のではないか、という批判もある。

#### 4. IAPT プログラムの有効性

では、うつ病や不安障害に対して、Layard テーゼの称揚する NICE のガイドラインに沿った治療を提供している IAPT は、実際に患者の転帰を改善しているのだろうか。IAPT という、患者に主に CBT を提供するプログラムが強く推進される背景として、うつ病患者の多くが薬物療法を好まないこと、急性期うつ病に対して治療必要数 (numbers needed to treat : NNT) が 2.75<sup>22)</sup> という非常に有効性の高い治療法であること、CBT と薬物療法の効果がほぼ同等<sup>23)</sup> であること、CBT には

再発予防効果があること<sup>24)</sup> など（いっぽう不安障害に対する CBT の有効性に関するエビデンスは、あまり質が高くなく頑健ではない<sup>25)</sup>）があるが、CBT を広く国民に提供することが果たして可能・有用なのだろうか。IAPT プログラムに先立って実施されたパイロットスタディーではうつ病の症状を良く改善し、また、IAPT プログラムの最初の 1 年間の実施結果では、ガイドラインの遵守率、プログラムへのアクセスのしやすさなど、いずれも満足すべきものであったという<sup>26)</sup>。

しかしながら、IAPT プログラムにより、うつ病に対する抗うつ薬の処方率が減ったかといえ、Vaishnavi Sreeharan らによれば、3 年間の実施期間中、毎年 10% も増加した<sup>27)</sup>（ただし、彼女らの論文では、この抗うつ薬の処方率の増加は、抗うつ薬療法を受ける患者の経年的な蓄積によるものと推定されており、IAPT プログラムは抗うつ薬の処方の増減には影響を与えていないと結論付けている）。これは IAPT プログラムが薬物療法よりも心理療法を先行・優先する治療プログラムであることを考えると、プログラムが有効であれば、年々、抗うつ薬の処方率が下がっても良いはずであり、これほどの処方率の増加があることをみると、果たして Layard テーゼの想定したように CBT の推進による最大多数の最大幸福が実現できるのか疑問符が付く。さらに、IAPT プログラム費用効果性も定かではない<sup>28)</sup>。

#### 5. Lambert の big four

##### a. big four の概要

さて、行動主義を背景とする CBT は、力動精神療法（深層心理学系心理療法）や人間主義／実存療法（人間性心理学系心理療法）などの現代的な個人心理療法や家族療法、集団心理療法といった他の心理療法に優先して、国策で普及させるほどの意義のあるものなのだろうか。上述したように、IAPT プログラムはまだ導入して 10 年に満たない普及途上の時点であるとはいえ、必ずしも所期の成果を挙げているとはいえない。

CBTが有用であるとして、では、他の心理療法はまったく無効で価値のないものなのだろうか。実は、心理療法の流派はさまざまだが、治療効果としては、本質的に大きな優劣はないという研究結果がある。これはどういうものかという、種々の心理療法に共通する因子 (common factors) を調べてみると、心理療法の治療効果は患者側の因子 (client/extratherapeutic factors) が40%、治療者・患者関係の因子 (therapeutic relationship factors) が30%、患者の治療に対するプラセボ効果・期待感の因子 (placebo, hope and expectancy factors) が15%であり、治療技法の因子 (therapeutic model/technique factors) の占める割合はわずかに15%に過ぎないということである (これをMichael Lambert's big four common therapeutic factorsという)<sup>29-31)</sup>。

すなわち、それがたとえ、種々の精神疾患に対する治療効果が科学的に証明されているCBTであっても、全治療効果のごく一部にしか、CBTという治療技法の独自性が寄与しておらず、他の心理療法でもかなりの効果が得られるわけである。いや、それどころか、患者が精神的な回復力の強い人物だったり、さまざまな形で周囲からの支援を受けやすい治りやすい環境にあたり、治療者・患者関係が良好だったり、患者の治療に対する期待感が大きかったり、病気が良くなりたいたいという想いが強かったりすれば、ことさらに医療や臨床心理の専門職による“特別な治療”など必要ないともいえるのである。これはたとえば、特段の治療がなくとも、生来の気質が前向きで自力で精神的な不調から自然に回復してしまう人がいることや、学校の教諭や宗教家、家族・友人・知人・同僚からの暖かい精神的支援が心病む人を大きく力づけること、失業状態などの生活不安を解き人間関係を改善することで精神的なダメージから立ち直る人が少なくない、といった一般常識的な観察から考えても、至極当然である。

#### b. 存在感の薄いbig four

しかし、これは医療職・臨床心理職のアイデン

ティティイー・存在意義に関わる大問題なのだが、わが国でもこれに触れている精神医学や臨床心理学の専門書は決して多いものではない。また海外でも対人支援専門職がこの問題に気づいたり、触れたりすることは少ないようである<sup>32)</sup>。ところがこれは裏を返せば、各種の心理療法に固有の特徴は何か、ということになり、種々の心理療法の適応症や禁忌といった問題と密接に関わっており、本来は決して軽視すべき事柄ではないのである。各種の心理療法の効果はその治療法独自の技法によるところが大きいとは証明されておらず、必ずしも専門家が治療しなくても治るとしたら、専門家が特定の心理療法独自の技法を使って治療することの正当性は、どこにあるのか。すでに1974年に、Michael Scrivenが米国心理学会 (APA) の倫理委員会で、治療者は心理療法の開始に先立ち、その治療法がプラセボと比較して優越性が証明されていない旨を記した書面 (“心理療法に関する事前通告” (psychotherapy caveat) という) をクライアントに示すべきであるとまで発言しているという<sup>33)</sup>。

#### c. コンピュータはヒトを癒せるか

また心理療法の効果の発現には、治療者・患者関係がいかに重要だとしても (上述したように、“Lambertのbig four”によれば、全治療効果の30%が治療者・患者関係によるもの)、では、治療者として、ヒトではなくコンピュータという機械を使った心理療法は不可能もしくは無効なのだろうか。実際にはすでにコンピュータを用いたCBT (computerized CBT: cCBT) やインターネットによるCBT (internet-based CBT: iCBT) が開発され、治療効果を持つとされている<sup>34, 35)</sup>。この場合、果たしてコンピュータを用いたCBTは、ヒトが治療者として振る舞う通常のCBT (face-to-face CBT: FtF-CBT) よりも大きく効果が劣るのだろうか。

上述の“Lambertのbig four”に沿って考えるならば、コンピュータによるCBTの場合、人による治療に対して30%の効果減が見込まれるわけ

である（実際には、現状では、パニック障害・広場恐怖に対してはiCBTよりもFtF-CBTのほうが治療効果が高い<sup>36)</sup>。しかし、うつ病に対しては、iCBTとFtF-CBTは治療効果は同等ではあるが、その継続性についてはiCBTが勝る<sup>37)</sup>。それとも、人間はコンピュータという機械が治療者であっても、良き治療者・患者関係を結べるものなのだろうか。

こう考えてくると、治療者・患者関係の本質とは何だろうかと思うと同時に、治療者・患者関係（平たい言葉でいえば、“相性”である）という概念のあいまいさを感じる。だが、CBTはたしかに、治療者という、患者にとって他人を利用して治療を受けるものではあっても、患者自らがCBTの技法を修得して日常生活でその技法を実践するものなので、eCBTやiCBTもFtF-CBTと同じく、心理教育を通じて患者の自己治療を補助するものだともいえるのである。ならば、CBTでは全治療効果に占める治療者・患者関係の果たす役割は他の心理療法の流派よりも小さいと想定されるので、CBT技法固有の効果（上述の“Lambertのbig four”のうち、治療技法因子）が他の心理療法よりも大きくなければ全治療効果は低くなってしまふことになる。あるいは、良好な治療者・患者関係とはいっても、実は患者の意に沿う人間関係を指すにすぎず、患者側因子に含まれるのではないか、という皮相な見かたもできよう。こう考えてくると、“Lambertのbig four”に代表される、心理療法の共通因子論争の前提条件となる各因子の定義が問題となってくるが、いくつかの論文を参照してみたが、いずれもまったく厳密なものではない。

#### d. 共通因子：その他の試みと治療構造

心理療法の共通因子を探る試み（共通因子理論：common factors theory）として、この他にもいくつかあるが、ここでは、例としてLisa M. Grencavageらの分類<sup>38)</sup>を紹介しよう。彼女らは、共通因子に係る記載のある文献を半系統的に渉猟した結果、50本の文献を発見し、その中から共

通因子を取り出し、それをKJ法に似た方法で類別したようである。

抽出された共通因子は、1) クライアントの特性 (client characteristic)：ポジティブな期待／希望・自信など、2) 治療者の質 (therapist qualities)：人柄が良いこと、患者の希望や期待を高められることなど、3) 変化をもたらす方法 (change process)：治療技法にあたるもので、鬱屈した気持ちを晴らす機会を提供する、解釈モデルを提供する、洞察を深める・気づきを促す、緊急時の対策をとる、緊張を解きほぐす、といったこと、4) 治療構造 (treatment structure)：儀式をさせて症状から気をそらしたり、患者の内的世界や感情に注意を向けさせたりすること、5) 治療的關係 (therapeutic relationships)：治療同盟を確立し、治療に真剣に取り組ませることなど、という5つの因子である。

ここで重要なことは、4)の治療構造では逆説的なことに、心理療法の共通因子を探る研究から、“治療者が特定の治療理論を遵守していること”が重要であることが浮かび上がったことである。すなわち、これは、後述の統合的心理療法の“統合への4つの道筋”のうち、特に同化的統合アプローチが良いと考える心理療法の専門家たちがいることを示唆する。すなわち、“一芸に秀でる者は多芸に通ず”（ひとつの心理療法を極めれば、他の心理療法の技法にも自然と習熟するものだし、その気になれば、他の流派の心理療法を短期間で極められる）というわけである。逆に、あれこれの心理療法を中途半端に学ぶと、“多芸は無芸”になりかねないわけである。

通常、“治療構造” (treatment structure, therapeutic structure, structure of psychotherapy) といえ、わが国の小此木啓吾のまとめた外的構造（面接室の構造や治療者とクライアントの位置関係といった空間的構造と、面接の頻度・回数・期限を設定するといった時間的構造に分類される）と内的構造（面接のルール、目的の明確化）が思い浮かぶ<sup>39)</sup>。これもまた、心理療法の種類を問わず、否応なく、治療の枠組みを決定づけてしまう

ものであり<sup>40)</sup>、心理療法に共通する因子のほずなのだが、不思議なことに、英文文献では、治療構造を論じる場合<sup>41)</sup>に、こうした治療の時・場所・人による制約はほとんど取り上げられないようである（その理由として、治療構造論は精神分析学／力動精神医学に負うところが大きいので、過去にはわが国でのような治療構造論を巡る議論があったかもしれないが、欧米ではすでにこれらの流派の勢力が大きく後退しており、現在はあまり顧みられなくなっているからかもしれない）。これは学術文献のデータベースのPubMedやGoogle scholarなどで検索語を治療環境 (therapeutic environment) や治療計画 (treatment plan) などとしても、同様である。

筆者自身は、治療構造論は、研修医時代に土居健郎、神田橋條治（“自閉療法”など）、成田善弘などのわが国の精神医学界の重鎮の著作から真っ先に学んだことであり、今も日常の臨床実践の基本中の基本（治療構造を守ることこそが、患者や治療者を互いの過度の期待・義務感から逃れさせ、両者を不必要な疲弊・緊張から守り、安定した治療を継続的に提供するための要である）であり、治療契約 (therapeutic contract) や治療構造を意識した診療を行うことこそが、精神科が他科と大きく異なる特徴だと考えている。常識的にも、心理療法は大前提として、治療者・クライアント両者の合意（治療契約を結び）で、静かな落ち着いた雰囲気の下で、十分な時間を取って行うべきものだと万人が理解するところだ。しかし、こうした一般的な診察技法は、医学教育では後述の医療面接や精神科診察 (psychiatric interview) の項目で患者から情報を引き出すためのノウハウとして学ぶが、わが国での治療構造論でみられるような診察に種々の制約を意図的に設けて、処遇困難患者 (difficult patient) 化を防止して治療効果を上げるという文脈の議論は、英文文献ではほとんど見かけない。こうした問題を改めて、心理療法（のみならず、診療全般に関わる）の共通因子として受け止めるべきではないだろうか。

## 6. 医療面接

いっぽう筆者らは、精神科は心理療法をその基本的な治療手段として持つことから、本来、種々の診療科目の中でも、もっとも患者に対する面接の得意な科目のほずである（少なくとも、患者は精神科診療に対話による一抹の癒しを期待して受診する）のに、わが国では精神科における医師の診察態度を巡る批判が厳しい（治療するどころか、患者が治療者のすげない診療態度に心情的に反発してしまい、病状が悪化してしまうのである）ことに鑑み、その原因が臨床医一般が共通して修得すべき診察技法としての医療面接 (medical interview: 主に良好な医師患者関係 — ラポール — を形成するための面接技法のことである) の訓練が、精神科医には不足していることにあるのではないかと考え、精神医療における医療面接の重要性を説くシンポジウムを日本精神神経学会の学術総会で開催した<sup>42)</sup>。

すなわち、筆者らは、心理療法には先述したように各種の心理療法に共通する4つの因子があるが<sup>29~31)</sup>、中でも良好な治療者・患者関係（治療同盟の確立）が最重要だと考えたのである。これは臨床心理・精神科以外の診療科目にとっても、全人的医療の観点から、極めて重要な診察の基本であり、それなしでは治療が進められない。むしろ、力動精神医学的には、陰性転移や逆転移を治療者が意識することが、専門職能としての精神科医・心理療法家の力量なのだという考えかたもあるのだが、筆者らがシンポジウムで問うたのは、そうした治療が深化していく過程での問題ではなく、診療の最初の段階での躓きである。つまり、残念ながら、わが国の医療では、初診で患者が医師等の診療態度から不愉快な印象を受け、それがトラブルのもとになっていることが少なくなく、それは精神科もまた、例外ではないのである。

## 7. 統合的心理療法

### a. 統合的心理療法の概要

こうした“各種の治療理論の領域を超えて、種々の治療的アプローチ間で共通あるいは相補的な問題を探求する試み”を統合的心理療法 (integrative psychotherapy) もしくは心理療法統合 (psychotherapy integration) という<sup>43)</sup>。これは、臨床現場は単一の心理療法でやっていけるほど単純ではない (ひとりの患者に複数の疾患が合併していたり、治療に関するエビデンスに乏しい疾患を治療したりする場面が少なくない) という点からも、臨床家にも納得の行く方法論である<sup>44)</sup>。いや、むしろ、それ抜きでは、治療の正当性を担保／確信できず、臨床家は安心して、治療に取り組むことはできないだろう。

心理療法を統合する方法として、John C. Norcrossは“統合への4つの道筋”(four routes to integration)として、1) 技法的折衷 (technical eclecticism), 2) 理論的統合 (theoretical integration), 3) 共通因子 (common factors), 4) 同化的統合 (assimilative integration) の4つのアプローチを挙げている<sup>45)</sup>。これらの4つのアプローチは、客観的な基準で明確に分類できるものではなく、統合的心理療法の方法論を理解する際の便宜的な補助線である。まず、1)の技法的折衷アプローチは、個々の患者や問題に合わせて、随時適切な治療技法を選択するもので、実践的な反面、各技法を選択する理由が不明確だという批判がある。2)の理論的統合アプローチは、“理論の押し潰し”(theory smushing)により、異なる複数の心理療法の背景にある理論を統合すると同時に、“技法の併合”(technique melding)により、各治療法を統合するものである。その目指すところは、より高次の新しい治療理論・治療技法の創造である。3)の共通因子アプローチは、複数の心理療法の核となっている共通の因子を抽出し、単純で効果的な治療法を開発するものであり、その背景には各心理療法に固有な因子よりも、技法横断的な共通

の因子のほうが心理療法の有効性の本質なのだ、という信条がある。4)の同化的統合アプローチは、治療者の基礎とする／得意とする治療技法を核にして、別の治療技法を適宜取り入れるものである。

ただ、こうした試みが成功して、新たな治療体系が生まれ出されて、種々の疾患の患者の転帰が改善したかといえば、そういえるほど大きな成果は多くはないが、その数少ない成功例として、弁証法的行動療法 (Dialectical Behavior Therapy : DBT)<sup>46)</sup>や眼球運動による脱感作と再処理法 (Eye Movement Desensitization and Reprocessing : EMDR)<sup>47, 48)</sup>、認知行動分析システム精神療法 (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy : CBASP)<sup>49)</sup>、感情焦点化療法 (Emotion-Focused Therapy : EFT)<sup>50)</sup>を挙げても良い。

統合的心理療法生成の試みがあまりうまく行かないことは理由のないことではない。すなわち、統合的心理療法の“統合への4つの道筋”を見れば分かるように、統合的心理療法は治療の技法として洗練されておらず中途半端だったり、場当たりのであったりするわけである。これでは一つの治療法として結実させることは難しい。また、統合的心理療法の多くは没个性的であり、これこそが我々の新しく作った治療法の大きな利点であるという特徴／特長を喧伝することもできず、賛同者が集まりにくい(裏を返せば、先に統合的心理療法の成功例として挙げた4つの心理療法は、いずれもかなり複雑かつ个性的で特徴のある治療法である)。これは心理療法の共通因子として抽出されたものが、“こころの癒し”に貢献する因子に関する、あまりにも一般的で常識的な理解を超えるものではないところからも、当然であろう。

しかしながら、統合的心理療法に対する批判は、むしろ、“心理療法の流派はさまざまだが、治療効果としては、本質的に大きな優劣はない”という主張(後に詳述する“ドードー鳥の裁定”(dodo bird verdict)、もしくは心理療法の同等性 (psychotherapy equivalence)<sup>51)</sup>)に向けられてい

る。統合的心理療法の批判者からすると、自派の治療法が最善であり、他の流派は自派よりもずっと劣る、というわけである。また、“統合への4つの道筋”の2)として挙げた理論的統合アプローチで目指すような、各種の心理療法を概念的に統合することで得られた新次元の治療法など、机上の空論なのかもしれない。さらには、種々の心理療法には共通因子以上に、人間観や治療哲学の違いがある。心理療法の3大流派を例に説明すれば、すなわち、深層心理学系心理療法(力動精神療法)には、人間の現在の状態は過去の経験で条件づけられた“無意識”という仮説的な装置が支配するのだという信念が背景にあるし、行動主義系心理療法の背景には人間機械論的な仮説があり、人間には自由意思などというものはないと考える。人間性心理学系心理療法は、未来に開かれた人間の主体性・創造性・自己実現を重視する。この3つの根本的に思想の異なる立場の心理療法がどうして相容れようか。一般に心理療法を学ぶ喜びやモチベーションには、人間という存在を理解し、自他の苦悩を救済したいという情念があるものである。これほどまでに人間という存在に対する理解が異なる流派から、各種の心理療法の共通点を抽出したところで、何の魅力も感じられないのではないか。それでもまだしも、それが実際に患者の苦しみを和らげるのに役立つのであれば、このような心理療法に掛けた熱い想いを打ち捨てて、治療者は心理療法を行う機械に徹すれば良い。しかし、残念ながら、今のところ、それぞれの流派を捨てるほどには、統合的心理療法は成果を上げていないのである。

あるいは、平木が指摘するように、統合的心理療法発達の契機には、ポストモダニズムが背景にあるのだから<sup>52)</sup>、すでに“大きな物語”(普遍的で壮大なイデオロギー)は終焉しており、万人に通用する治療法としての統合的心理療法を開発しようとする(共通因子アプローチや理論的統合アプローチ)は自己撞着であり、実は不可能なのかもしれない。だが、今の世はポストモダンの世界なのだから、局所的で相対的な真理である“小

さな物語”を目指した統合的心理療法(技法的折衷アプローチや同化的統合アプローチ)をこそが求められているのだろう。

#### b. 統合的心理療法の歴史

統合的心理療法の歴史は古い。以下は主として、Peter J. HawkinsとJoannis N. Nestrosの論説による<sup>53)</sup>。そもそも心理療法の歴史は、Sigmund Freudに始まり、たかだか100年程度であるという話もあるのだが、そのFreudがさまざまな技法を統合しようと格闘していたという。確かにすでに1930年代には、複数の心理療法を合成して一つにまとめようという考え方があったようだ(しかし、はっきりと心理療法を統合しようというアイデアが前面に出てくるのは、1980年代になってからである)。1950年代には、治療の転帰を左右するのは、治療者の依拠する治療理論よりも、治療者の経験や治療者のパーソナリティによるところが大きい、という研究結果が数多く発表された。1960年代後半になると、実際に諸流派の技法を組み合わせた治療を行ったケースが報告されるようになった。

1950～60年代には、心理療法の3大流派である深層心理学系、行動主義系、人間性心理学系のいずれもが、自派の治療法のみが治療効果を持ち、他の流派には価値がないと考えていた。しかし、1970年代になるとそうした信念が崩れていき、1980年代の心理療法統合の動きにつながっていく(Table 1)。

1980年代の心理療法統合の動きは、既存の心理療法理論の上位の理論を構築することを目指すものではなく、むしろ、人間の行動に関する新たな説明原理を探求し、より効果的な治療法を開発しようとするものであった。この動きを促進する因子として、1)心理療法が乱立し、心理療法の質・効果・費用効果性を高めるよう社会的要請があったこと、2)どれか一つの流派の理論では診療に支障をきたしたり、十分に説明のできない問題があったりしたこと、3)いずれの治療理論も完璧ではなく、治療者たちが他の流派の理論に解決策を



Table 1 History of integrative psychotherapy

年	出来事
1932年	Thomas M. Frenchが、米国精神医学会で精神分析とパプロフ型条件付けの類似性を指摘。
1936年	Saul Rosenzweigが、心理療法の効果は個々の心理療法の依拠する作用機序に関する説明原理によるものではなく、むしろ、さまざまな心理療法に共通する因子（治療者のパーソナリティ、解釈、種々の理論的アプローチの相乗効果）によるものであると主張（“ドーデー鳥の裁定”（dodo bird verdict））。
1940年	Goodwin Watsonが、各心理療法家の拠って立つ理論的基盤がさまざまに違っていても、実際の診療行為は互いに類似していると指摘。
1948年	Robert S. Woodworthが、精神療法の各流派の不完全性とさまざまな流派のアプローチの“合成”の可能性に言及。
1950年	John DollardとNeal Elgar Millerが著書の中で、精神分析の諸概念がClark Leonard Hullの学習理論の枠組みの中で理解可能であることを指摘。
同上	Frederick C. Thorneが、人間の精神機能とその変化の理解には実証的な考え方が重要であることを、医学における人体の理解の仕方になぞらえて説明。
1957年	Sol Louis Garfieldが心理療法には、共通の3つの因子（治療者が支持的態度で理解力があること、感情的なカタルシスが得られること、自己理解を提供すること）があるとした。
1959年	Donad D. Gladが、教条主義的な心理療法の強直性を批判し、心理療法家は主な理論的アプローチを系統的に学ぶべきである、と説く。
1962～66年	Judd Marmorが、精神分析の治療効果は患者の行動を正しく解釈することによって得られており、流派に関わらず、治療効果は同じであることを発見。
1963年	Carl R. Rogersが、心理療法各派の理論的指向性が崩壊してきていることを指摘し、“心理療法的過程”の観察研究の重要性を説く。
1964年	Judd Marmorが、精神力動派や行動理論派の治療に内在する限界について論じた。
1967年	Arnold A. Lazarusが、技法的折衷主義（technical eclecticism）という言葉で、治療の有用性の判断は、理論ではなく、実用性や臨床に役立つかどうかで判断すべきであるとした。
1971年	Charles B. TruaxとKevin M. Mitchellが、心理療法的関係と治療者の特性が、治療の指向性よりも、治療にとって重要であるという研究結果を発表。
1975年	Judd Marmorが、精神分析家は中立的ではなく、患者に対して声の調子や態度で影響を与え、自らの持つ価値体系や治療目標を伝えていることを発見。
同上	Lester Luborskyらが、約100本の比較試験を量的に検討し、1936年のRosenzweigの主張が正しいことを見出した。
1977年	Mary L. SmithとGene V. Glassが世界で初めて、心理療法のメタ分析を行い、種々の心理療法の効果に大きな差がないことを確認。
1978年	Allen E. BerginとMichael J. Lambertがメタ分析の結果から、治療の転帰を決定付ける最大の因子は治療意欲など患者側の持つ因子であり、続いて治療者の個人的に持つ因子が大きく、治療技法はその次であるとした。
同上	Hans Jürgen Eysenckが1977年のSmithとGlassのメタ分析を低質な研究を集積したものにすぎないとして厳しく批判（an exercise in mega-silliness）。
1982年	個人心理学アドラー学会（Adler Society for Individual Psychology）の世界大会がオーストリアのウィーンで、さまざまな流派の心理療法の代表との意見交換をテーマに開催された。
1983年	心理療法統合探求学会（Society for the Exploration of Psychotherapy Integration：SEPI）が結成された。
1984年	Aaron T. Beckが認知療法、行動療法、精神分析療法などの心理療法と薬物療法を統合するためのガイドラインを発表。
1986年	米国精神保健研究所（National Institute of Mental Health：NIMH）が心理療法統合に関して2日間のワークショップを開催。
1987年	<i>Journal of Integrative and Cognitive Psychotherapy</i> 創刊される。 Marsha M. Linehanが、種々の文献を渉猟して自ら創案した、弁証法的行動療法（DBT）を発表。
1989年	Francine Shapiroが眼球運動による脱感作と再処理法（EMDR）を発表。
1990年	<i>Journal of Psychotherapy Integration</i> 創刊される。
1992年	Michael J. Lambertの“big four common therapeutic factors”。
1993年	George StrickerとJerold R. Goldが教科書“ <i>Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration</i> ”を刊行。
同上	William O'DonohueとMelissa McKelvieが、統合的心理療法の8つの弱点を論ず。
同上	米国心理学会臨床心理部会Chambless委員会“実証的に確認された治療：EVT”を提唱。
1995年	SEPI会員に対する調査にて、統合的心理療法の教育プログラムやワークショップが全世界に150以上存在することが判明。
同上	John C. Norcrossが“ドーデー鳥の裁定”を否定する10の理由を挙げた。
1998年	Dianne L. Chamblessが、EVTを“実証的に支持された治療”（EST）に改称した論文を発表。
2001年	James P. McCullough Jr.が認知行動分析システム精神療法（CBASP）を発表。
2002年	Leslie S. Greenbergが感情焦点化療法（EFT）に関する成書を刊行。

文献53などを参考に、筆者にて作成。なお、2003年以降の統合的心理療法の歴史が欠落しているが、それをまとめた論文を見つけることはできなかった。

求めたこと、4)治療者の流派に関わらず、治療者が経験を積むにつれ、同じような考えかたと治療方法をとるようになるという事実があること、5)どの流派の心理療法を使っても、治療効果には大差はなく、また、いずれかの治療法が特定の精神的問題に対して、特に有効であるとはいえないこと（仮に特定の疾患に対し、特定の治療法が特に有効であるという結果が出た場合、その結果の妥当性は慎重に判断しなければならない）、6)実際に各種の治療法に共通する治療に寄与する因子があること、7)患者や治療者の個性や特性、両者の関係が治療の転帰を左右することが研究者に認識されるようになった、という7つが挙げられる。

なお、わが国では、すでに岩壁茂、平木典子、中釜洋子、野末武義らにより、“心理療法統合を考える会”(SEPI-Japan)<sup>54)</sup>が存在し、2005年6月の準備大会を経て、2007年11月の第1回大会から2013年3月の第14回大会まで開催されている。この会は海外の心理療法統合関係者と積極的に連携を深めている。いっぽう、これとは別に日本臨床心理士会会長の村瀬嘉代子が独自の視点から、近年、統合的心理療法に取り組んでいる<sup>55, 56)</sup>。その他、下山晴彦、小宮昇といった心理療法家の臨床実践が統合的心理療法であるとされている<sup>57)</sup>。

## 8. ドードー鳥の裁定

さて、先に“心理療法の流派はさまざまだが、治療効果としては、本質的に大きな優劣はない”という主張(“ドードー鳥の裁定”(dodo bird verdict))があることを述べた。これは、Saul Rosenzweigが1936年の心理療法の共通因子の存在を主張した有名な論文<sup>58)</sup>の冒頭に、かのLewis Carrollが1865年に上梓した小説、“不思議の国のアリス”(Alice's Adventures in Wonderland)<sup>59)</sup>に出てくる言葉を題辞として載せたことにちなむものである(なお、このドードー鳥という動物は、かつてモリーシャス島に生息していた大型の鳥であり、1600年代後半に絶滅している)。

小説の第3章で、アリスとともに池に落ちた生き物たち(ネズミ、アヒル、子ワシ、インコ)の身体を乾かすため、ドードー鳥は円形のコースをみんなで駆けっこすることを提案した(Caucus-race)。みんなが30分ほど走ったところで、身体が乾いてきたのでドードー鳥は駆けっこを停止させたところ、賞品が欲しいという声が上がリ、熟考の挙句、ドードー鳥は、全員が勝者だと宣言したのである。この時の“ドードーはいった。「みんな勝ったんだ、全員が賞品をもらわなきゃ」”(At last the dodo said, “Everybody has won, and all must have prizes.”)という言葉こそが、“ドードー鳥の裁定”の語源である。40年弱を経てこの言葉を再度取り上げ、論争のきっかけとなったLester Luborskyらの論文では、同義として、“同点効果”(tie score effect)という言葉を使っている<sup>60)</sup>。

その後、“ドードー鳥の裁定”を巡り、さまざまな論争が繰り返されたが、決着はついていない<sup>61)</sup>。これは新しい仮説を提唱するような画期的な研究結果が公表されたとき、引き続いてその結果を真っ向から否定するような結果が公表され、その後の研究で、次第に妥当な結論に落ち着いていく(つまり、話題を呼ぶ画期的な研究成果は出版されやすいが、それに反対する主張もまた、出版されやすいので、画期的な研究成果が本当に正しいかどうかは後々になってから、徐々に確定するものである)というProteus現象<sup>62)</sup>を示すものなのかもしれない。しかし、このProteus現象は、バイアスを排除した系統的レビュー(特にメタ分析)の重要性を指摘する際に用いられる概念なので、“ドードー鳥の裁定”を巡る論争は主にメタ分析を俎上に乗せて行われており<sup>63~66)</sup>、さまざまなメタ分析でも問題が解決せず、紛糾するばかりであることを考えると、Proteus現象だけでは説明できない。むしろ、これはメタ分析による科学的真実の探求の限界を示す好例ともいえよう<sup>67)</sup>。

## 9. おわりに

本稿は、あまりのCBTの隆盛ぶりに対し、果たしてその流行を裏付けるだけの価値ある治療法なのだろうか、という疑問から出発した。その答えは、EBMの観点からは、“表向きは”CBTはエビデンスの豊富な各種疾患に推奨すべき優れた治療法ということになる。しかしながら、D. Lynchらのメタ分析によれば、エビデンスが最も豊富であることで知られるCBTでさえも、心理療法という介入の基本的性質により、原理的に二重ブラインド化された臨床試験が実施できないので、観察者効果 (observer effect) によって系統的にバイアスがかかり、見掛け上の効果が大きいと考えられ<sup>68)</sup>、表向きに喧伝されているほど真に治療効果があるのかどうか、疑わしいのである。たとえば、この研究では、うつ病に対して、特に治療効果があると考えられない非薬物的介入とCBTとを比較した場合、メタ分析のpooled effect sizeは、-0.003 (信頼区間 -0.30 ~ 0.29) であり、効果はないのである。これはプラセボ薬とCBTを比較した場合でも、pooled effect sizeは、-0.41 (信頼区間 -0.61 ~ -0.21) とわずかに効果があるにすぎない。

では、ただCBTのみが価値ある心理療法なのかと問えば、心理療法の効果の大半は、技法の種類に寄らない因子によるという研究結果が出ていることや、“心理療法の流派はさまざまだが、治療効果としては、本質的に大きな優劣はない”という主張 (“ドードー鳥の裁定”) を裏付ける研究が多いことに鑑みれば、これほどまでにCBTが流行するのは首肯しがたい。

筆者が“ドードー鳥の裁定”や“Lambertのbig four”に注目する第一の理由は、これらの原理が特定の心理療法を徒に患者に勧めることを戒めることにつながるからである。つまり、“ドードー鳥の裁定”によれば、どの心理療法を受けても効果が同じなのだから、特定の心理療法を患者に勧める論拠が崩れる。また、“Lambertのbig four”

によれば、心理療法の効果は治療技法の違いによる部分は少ないのだから、治療技法にこだわる必要はなく、治療者としてごく常識的な治療態度で患者に向き合えば良いことになる (松浪の一般精神療法<sup>69)</sup>が参考になる)。

そして、CBTの治療理論に遡及して検討するならば、筆者はうつ病に対するCBTの根本原理・前提条件である、“不合理な思考がネガティブな自動思考を惹起し、さらにその自動思考がネガティブな感情をもたらす”というCBTの作用機序として想定されている思考と感情との間の因果関係<sup>70)</sup>に対して、認知哲学的観点より異論を持っている。すなわち、現代の“感情の科学”研究の成果によれば、人間の脳は感情が認知・思考を支配しているのであり<sup>71)</sup>、これはCBTの理論とは逆なのである。また、これも良く知られていることだが、うつ病患者は、多くの点で精神疾患のない人々よりも、いっそう合理的で現実的な考えかたをする<sup>72)</sup>。このようにCBTはその前提とする作用機序が破綻している。この点は、いずれ稿を改めて論じることとしたい。

## 文 献

- 1) Holmes J. All you need is cognitive behaviour therapy? *BMJ*. 2002 ; 324 (7332) : 288-90.
- 2) Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. A Report Adopted by the Division 12 Board - October 1993. Available from : <http://www.apa.org/divisions/div12/est/chamble2.pdf>
- 3) Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol*. 1998 ; 66 (1) : 7-18.
- 4) Castelnovo G, Faccio E, Molinari E, Nardone G, Salvini A. A critical review of empirically supported treatments (ESTs) and common factors perspective in psychotherapy, brief strategic and systemic therapy. *Brief Strateg Syst Ther Eur Rev*. 2004 ; 1 : 208-24.
- 5) Guyatt GH. Evidence-based medicine. *ACP J Club*.

- 1991 ; 114 (suppl 2) : A-16.
- 6) 斎藤清二. 事例研究というパラダイム : 臨床心理学と医学をむすぶ. 東京 : 岩崎学術出版社 ; 2003.
  - 7) 齊尾武郎. 心理療法の副作用. *こころの科学*. 2011 ; 160 : 97-104.
  - 8) Moerman DE. *Meaning, medicine and the “placebo effect”*. UK : Cambridge University Press ; 2002.
  - 9) Arkowitz H, Lilienfeld SO. Psychotherapy on trial. *Scientific American Mind*. 2006 ; 17 (2) : 42-9.
  - 10) Kanter JW, Kohlenberg RJ, Loftus EF. Experimental and psychotherapeutic demand characteristics and the cognitive therapy rationale: An analogue study. *Cognitive Therapy and Research*. 2004 ; 28 (2) : 229-39.
  - 11) Layard R. *Happiness: Lessons from a new science*. UK : Allen Lane ; 2005.
  - 12) London School of Economics and Political Science. Centre for Economic Performance’s Mental Health Policy Group. *The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders*. 2006. Available from : [http://cep.lse.ac.uk/textonly/research/mentalhealth/DEPRESSION\\_REPORT\\_LAYARD2.pdf](http://cep.lse.ac.uk/textonly/research/mentalhealth/DEPRESSION_REPORT_LAYARD2.pdf)
  - 13) Hodson P, Browne S. Bringing up IAPT. *Therapy Today*. 2008 ; 19 (2) : 4-7. Available from : <http://www.therapytoday.net/article/15/13/categories/>
  - 14) Improving Access to Psychological Therapies (IAPT). Available from : <http://www.iapt.nhs.uk/>
  - 15) 小堀 修, 清水栄司, 伊豫雅臣. イギリスの認知行動療法セラピストを7年間で10000人養成する計画. *千葉医学*. 2009 ; 85 : 93-5. Available from : <http://mitizane.ll.chiba-u.jp/metadb/up/igakukai/85-2-93.pdf>
  - 16) Rowe D. Cognitive behavioural therapy: No more than another Labour quick fix. *Psychminded.co.uk* [Internet]. 2008 Oct 9. Available from : <http://www.psychminded.co.uk/news/news2008/October08/dorothy-rowe004.htm>
  - 17) Leader D. A quick fix for the soul. *Guardian* [Internet]. 2008 Sep 9. Available from : <http://www.theguardian.com/science/2008/sep/09/psychology.humanbehaviour>
  - 18) Hussain A. CBT “does not work” says second high-profile clinical psychologist. *Psychminded.co.uk* [Internet]. 2009 Mar 20. Available from : <http://www.psychminded.co.uk/news/news2009/march09/oliver-james-cbt003.htm>
  - 19) Daily mail reporter. Is cognitive behavioural therapy really the answer to Britain’s depression ‘epidemic’? Mail online [Internet]. 2009 Mar 17. Available from : <http://www.dailymail.co.uk/health/article-1162512/Is-Cognitive-Behavioural-Therapy-really-answer-Britains-depression-epidemic.html>
  - 20) Tudor K. Being in process, being in context: A person-centred perspective on happiness. In : Loewenthal D, House R, eds. *Critically engaging CBT*. UK : Open university press ; 2010 : 84-97.
  - 21) Evans J. Richard Layard on happiness, CBT and Christianity. The History of Emotions Blog [Internet]. Posted on 2013 Apr 19. Available from : <http://emotionsblog.history.qmul.ac.uk/?p=2354>
  - 22) Driessen E, Hollon SD. Cognitive behavioral therapy for mood disorders: Efficacy, moderators and mediators. *Psychiatr Clin North Am*. 2010 ; 33 (3) : 537-55.
  - 23) Khan A, Faucett J, Lichtenberg P, Kirsch I, Brown WA. A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression. *PLoS One*. 2012 ; 7 (7) : e41778.
  - 24) Lynch D, Laws KR, McKenna PJ. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: Does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol Med*. 2010 ; 40 (1) : 9-24.
  - 25) Otte C. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: Current state of the evidence. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011 ; 13 (4) : 413-21.
  - 26) Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *Int Rev Psychiatry*. 2011 ; 23 (4) : 318-27.
  - 27) Sreeharan V, Madden H, Lee JT, Millett C, Majeed A. Improving Access to Psychological Therapies and antidepressant prescribing rates in England: A longitudinal time-series analysis. *Br J Gen Pract*. 2013 ; 63 (614) : 649-53.
  - 28) Mukuria C, Brazier J, Barkham M, Connell J, Hardy G, Hutten R, Saxon D, Dent-Brown K, Parry G. Cost-effectiveness of an improving access to psychological therapies service. *Br J Psychiatry*. 2013 ; 202 (3) : 220-7.

- 29) Lambert MJ. Psychotherapy outcomes research: Implications for integrative and eclectic therapists. In : Norcross JC, Goldfried MR, eds. *Handbook of psychotherapy integration*. NY : Basic Books ; 1992. p.94-129.
- 30) Asay TP, Lambert MJ. The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In : Hubble MA, Duncan BL, Miller SD, eds. *The Heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC : American psychological association press ; 1999. p.33-56.
- 31) 堀越 勝, 野村俊明. 精神療法の基本 : 指示から認知行動療法まで. 東京 : 医学書院 ; 2012.
- 32) スコット・D・ミラー, バリー・L・ダンカン, マーク・A・ハブル. 心理療法・その基礎なるもの : 混迷から抜け出すための有効要因. 東京 : 金剛出版 ; 2000. [原本 : Miller SD, Duncan BL, Hubble MA. *Escape from babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*.]
- 33) Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Amer. Psychol.* 1977 ; 32 (9) : 752-60.
- 34) Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PLoS One*. 2010 ; 5 (10) : e13196.
- 35) Foroushani PS, Schneider J, Assareh N. Meta-review of the effectiveness of computerised CBT in treating depression. *BMC Psychiatry*. 2011 ; 11 : 131. doi: 10.1186/1471-244X-11-131
- 36) Kiroopoulos LA, Klein B, Austin DW, Gilson K, Pier C, Mitchell J, Ciechowski L. Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *J Anxiety Disord*. 2008 ; 22 (8) : 1273-84.
- 37) Wagner B, Horn AB, Maercker A. Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: A randomized controlled non-inferiority trial. *J Affect Disord*. 2013 Jul 23. pii : S0165-0327(13)00512-0. doi: 10.1016/j.jad.2013.06.032
- 38) Grencavage LM, Norcross JC. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*. 1990 ; 21 (5) : 372-8.
- 39) 磯邊 聡. 「治療構造論」と学校臨床. 千葉大学教育学部研究紀要. 2004 ; 52 : 141-7.
- 40) 元永拓郎. 学校心理臨床における「相談構造」試論 : 「治療構造」との比較検討. 帝京大学心理学紀要. 2003 ; 7 : 27-42.
- 41) Beitman BD. *The structure of individual psychotherapy*. NY : Guilford ; 1987.
- 42) 齊尾武郎. 日常の常識に沿う精神医療のすすめ. 臨床評価. 2013 ; 40 (2) : 389-94.
- 43) Lampropoulos GK, Spengler PM, Dixon DN, Nicholas DR. How psychotherapy integration can complement the scientist-practitioner model. *J Clin Psychol*. 2002 ; 58 (10) : 1227-40.
- 44) 前田泰宏. 心理療法実践における折衷的／統合的アプローチ. 奈良大学紀要. 2005 ; 33 : 95-108.
- 45) Norcross, JC. A primer on psychotherapy integration. In : Norcross JC, Goldfried MR, eds. *Handbook of psychotherapy integration (2<sup>nd</sup> ed)*. New York : Oxford university press ; 2005. p.3-23.
- 46) Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bull Menninger Clin*. 1987 ; 51 (3) : 261-76.
- 47) Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *J Trauma Stress*. 1989 ; 2 (2) : 199-223.
- 48) Shapiro F. EMDR treatment: Overview and integration. In : Shapiro F, ed. *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington, DC : American Psychological Association ; 2002. p.27-55.
- 49) 古川壽亮, 大野 裕, 岡本泰昌, 鈴木伸一, 監訳. 慢性うつ病の精神療法 : CBASPの理論と技法. 東京 : 医学書院 ; 2005. [原本 : McCullough Jr.JP. *Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. NY : Guilford press ; 2000.]
- 50) Greenberg LS. *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC : American Psychological Association ; 2002.
- 51) Hunsley J, Di Giulio G. Dodo bird, phoenix, or urban legend? The question of psychotherapy equivalence. *The Scientific Review of Mental Health Practice*.

- 2002 ; 1 (1) : 11-22.
- 52) 平木典子. 統合的介入法. 東京 : 東京大学出版会 ; 2010.
- 53) Hawkins PJ, Nestoros JN. Beyond the dogmas of conventional psychotherapy: The integration movement. In : Hawkins PJ, Nestoros JN, eds. *Psychotherapy: New perspectives on theory, practice and research*. Athens : Ellinika Grammata ; 2007. p.23-95.
- 54) “心理療法統合を考える会” (SEPI-Japan). Available from : <https://sites.google.com/site/siwakabe-laboratory/home/integration>
- 55) 村瀬嘉代子. 子どもに対する統合的心理療法. 日本小児心身医学会雑誌. 2004 ; 13 (1・2) : 21-9.
- 56) 小早川久美子. 心理療法統合の展望 : 同化的統合の観点から. 広島文教女子大学心理臨床研究. 2010 ; 1 : 1-11.
- 57) 前田泰宏. 心理療法における新しい潮流 : 心理療法の「統合の動向」についての一考察. 奈良大学紀要. 2007 ; 35 : 135-46.
- 58) Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry*. 1936 ; 6 (3) : 412-15.
- 59) Carroll L. *Alice's Adventures in Wonderland: The millennium fulcrum edition 3.0*. (Project Gutenberg) : 原本の初版は1865年. London ; Mcmillan刊. Full-text available from : <http://www.es.cmu.edu/~rgs/alice-table.html>
- 60) Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies. Is it true that “everyone has one and all must have prizes”? *Arch Gen Psychiatry*. 1975 ; 32 (8) : 995-1008.
- 61) Budd R, Hughes I. The Dodo Bird Verdict--controversial, inevitable and important: A commentary on 30 years of meta-analyses. *Clin Psychol Psychother*. 2009 ; 16 (6) : 510-22.
- 62) Ioannidis JP. Evolution and translation of research findings: From bench to where? *PLoS Clin Trials*. 2006 ; 1 (7) : e36.
- 63) Luborsky L, Rosenthal R, Diguier L, Andrusyna TP, Berman JS, Levitt JT, Seligman DA, Krause ED. The Dodo bird verdict is alive and well - mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002 ; 9 (1) : 2-12.
- 64) Wampold BE, Mondin GW, Moody M, Stich F, Benson K, Ahn H. A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes”. *Psychol Bull*. 1997 ; 122 (3) : 203-15.
- 65) Carroll KM, Rounsaville BJ. Commentary on Sellman (2010): Perhaps it's the Dodo Bird Verdict that should be extinct. *Addiction*. 2010 ; 105 (1) : 18-20.
- 66) Lampropoulos GK. Definitional and research issues in the common factors approach to psychotherapy integration: Misconceptions, clarifications, and proposals. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2000 ; 10 (4) : 415-38.
- 67) Crits-Christoph P. Limitations of the Dodo bird verdict and the role of clinical trials in psychotherapy research: Comment on Wampold et al. (1997). *Psychological Bulletin*. 1997 ; 122 (3) : 216-20.
- 68) Lynch D, Laws KR, McKenna PJ. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: Does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol Med*. 2010 ; 40 (1) : 9-24.
- 69) 松浪克文, 大前 晋. 精神病理学と精神療法: 総論. 精神療法. 2010 ; 36 (6) : 702-20.
- 70) 福井 至, 坂野雄二. 抑うつと不安における不合理な信念と自動思考および気分の関連. 人間福祉研究. 2000 ; 3 : 1-12.
- 71) 山口裕之. ワードマップ 認知哲学 : 心と脳のエビステモロジー. 東京 : 新曜社 ; 2009.
- 72) Power M, Dalgleish. *Cognition and emotion: From order to disorder*. NY : Psychology press ; 2008.