

# セラピスト漂流：重要なのは経験か，技法か？

齊尾 武郎\*

フジ虎ノ門整形外科病院内科・精神科

## Therapist drift: which is important experience or technique?

Takeo Saio

Department of Internal Medicine and Psychiatry, Fuji Toranomon Orthopedic Hospital

### Abstract

**Background** : It is popularly thought that clinical experience nurtures psychotherapists. On the other hand, it is often claimed that therapeutic techniques of each specific psychotherapy possess profound therapeutic effects.

**Purpose** : To clarify which is decisively important for therapeutic effectiveness of psychotherapy clinical expertise developed with experience or therapeutic adherence.

**Methods** : Narrative, non-systematic review of literature on effectiveness psychotherapy.

**Results and Discussion** : Logically, cognitive dispositions to respond (CDR) might diminish the effectiveness of psychotherapy by provoking cognitive errors. Reducing CDR could avoid therapist drift (TD) which denotes deviating from basic methodology of psychotherapies over time. The theory of dodo bird verdict (DBV) illustrates the effectiveness of a variety of psychotherapies are essentially the same regardless of their multifariousness of techniques. Contrary to the common speculation that TD results in therapeutic failure, TD affects nothing to the effectiveness of psychotherapies based on the theory of DBV.

**Conclusion** : Empirical evidence on clinical expertise indicates that clinical excellence of psychotherapist gradually attenuates as degradation over time. Quantitative studies on the effectiveness of psychotherapy show therapeutic techniques bear only little impacts on the total effectiveness of psychotherapy.

### Key words

cognitive bias, psychotherapy integration, intervention fidelity, competency development

*Rinsho Hyoka (Clinical Evaluation)*. 2020 ; 48 (3) : 609-24.

---

\* 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：臨床経験を積んでも 技量は上がらない

心理療法では、治療者（セラピスト）として経験を積むことは、必ずしも治療能力の向上にはつながらない。まず、一般に治療者は自身の治療能力を実際よりも高く判断しがちであり（自己評価バイアス：self-assessment bias）<sup>1)</sup>、慢心から自らの治療の能力の向上に無頓着になりがちである。また、治療者自身の希望的観測あるいは案に反して、現実には治療者が患者（クライアント）の病状の悪化に気付くことは概してとても難しく<sup>2)</sup>、治療者が自らの行った治療の失敗を反省する機会には乏しい。これは①治療者がベテランになると、同僚や部下・後進・後輩・患者等からの忠告・諫言・助言を受け難くなること、②開業するなどしてソロプラクティスの機会が増える一方で、同業者との意見交換の機会が減ること、そして何よりも、③治療が失敗すると、患者が自分のところに受診しなくなるので、治療が失敗したことに治療者が気付くこと、などからも容易に理解できるであろう。このように治療者は自らの治療能力を正しく認識しがたい。

また、治療者は往々にして、基本的治療方法から逸れてしまい、治療効果が上がらない。たとえば、ベテラン治療者はしばしば、臨床的な必要性や成り行きにより、自身の学んだ流派とは別の流派の技法を、そうすることが治療効果を高めるといふ確たる根拠もないのに随時治療に取り入れてしまい（混合主義：syncretism）<sup>3, 4)</sup>、治療効果が上がらない。さらに患者に対し、治療に必要なだが患者の嫌がるような課題（不適応な行動の修正を迫るなど）を課すことを避けるような（その理由の一部は、患者は脆弱なものであり、些細なことで傷ついて、それが最終的に大きなトラウマになるという Paul E. Meehl の「心の糸ガラス理論」[spun-glass theory of the mind] による）<sup>5)</sup>、ものわりのいい治療者になってしまい、本来行うべきプロトコルに従った治療（それはしばしば苦痛

を伴う）を行わないので、治療効果が上がらない<sup>6)</sup>。それどころか治療が失敗し、患者が前の治療の悪影響のため、その後の治療でも必要な課題を行おうとしないなど、有害ですらある<sup>7)</sup>。

このように治療者が経験を積みれば積むほど治療能力が増すわけではない。確かに常識的には、およそ技能・技量というものは経験を積みれば積むほど熟達して、効率的・効果的に実施されるようになるものである。しかし、こと心理療法では、実際にはむしろ、治療者が臨床経験（治療者の治療能力に関する実証研究では臨床家としての経験年数や症例経験数が増えることを臨床経験が豊富になることと読み替えるので、データを収集する時に経験の質を度外視するのだが）を積むほどに、治療者たち自身の自信・自覚とは逆に、また患者の治療の中断率が減ってあたかも治療が滞りなく実施されているように見えても、客観的には心理療法の効果が若干ながら減ってゆく<sup>8)</sup>。

このベテラン治療者の経年的治療能力の低下という現象は、心理療法家だけに見られるものではなく、さまざまな臨床家に広く観察される現象である<sup>9~11)</sup>。また、治療者が経験を積んでも、治療者の認知的反応傾向（CDR）や感情的反応傾向（ADR）からは逃れることは難しい。いや、専門家というものは臨床判断の二重過程モデル<sup>12)</sup>というシステム1過程（経験則／直感的過程）を鍛えることで専門家たりうるものなので、少なくとも CDR は初心者よりも、むしろ、専門家・熟練者のほうが問題となりやすいのである<sup>13)</sup>。

本稿では、心理療法が効果を発揮するために重要なのは、治療者が豊富な臨床経験を積んで融通無碍に治療することなのか、それとも治療者が直感に従ったり独自の工夫をしたりせず、有効性が証明されたエビデンス・ベストな治療技法を着実に行うことなのかを明らかにしてゆく。まず、治療者の診断・治療上のエラーを招来する現象である CDR や ADR を概観し、次にさまざまな心理療法を統合して一つの最善の治療法に結実させる「心理療法統合」や、各種の心理療法の効果は同等であるとする「ドードー鳥の裁定」の観点から、

ベテラン治療者の治療が次第に統制を失い、本来あるべき道筋から外れて混合主義的心理療法に陥る現象である「セラピスト漂流」を検討する。そして最後に、これらの現象が治療者として成長し続けることが困難であることを示唆することを明らかにし、その解決策（治療者として成長し続ける方法）を提示する。

## 2. 認知的反応傾向

認知的反応傾向 (cognitive dispositions to respond: CDR) は、認知バイアス (cognitive bias: 判断の合理性を逸脱させる系統的パターンで、認識の歪みや不正確な判断、非論理的解釈、さらには判断ミスにつながるもの<sup>14)</sup>) やヒューリスティクス (heuristics: 経験則) の失敗などといった認知エラーをもたらす現象を表す用語にネガティブな含意があるため、これらを包括的に中立的な用語として言い換えるためにカナダのDalhousie大学医学部救急医学・医学教育部門のPat Croskerryが提唱しているものである<sup>15)</sup> (認知バイアスはむしろ、精神医療でも大きな問題となる<sup>16)</sup>)。つまりCDRは、認知バイアスと負のヒューリスティクスの総称である。

我が国では、栗原はすでに2003年、“[うつ病]治療の研究の際に、症状評価の一致度の信頼性を調査したことがあった。同じ患者を何回も診察したときは(再テスト信頼性: test-retest reliability)、経験年数が高い医者ほど、いつもほぼ一定に評価をしていた。しかし複数の医者で評価の相関を調べたところ(評価者間信頼性: interrater reliability)、経験年数が高いほど、お互いに食い違っていた。つまりベテランになると、評価は安定しているが、他人とは独自に評価していたのである”と述べており<sup>17)</sup>、ベテラン治療者におけるCDRに相当する問題を指摘している。

CDRは大きく分けて、①特定の診断にこだわることによって起きるエラー、②代替となる診断を考え損なうことによって起きるエラー、③他人の思考を受け継ぐことで起きるエラー、④有病率

の認識・推定のエラー、⑤患者の特性や症状の背景に関係するエラー、⑥医師の感情やパーソナリティに関連するエラーの6つがある<sup>18)</sup> (Table 1)。CDRは誤診を生じる原理の探究から生じたもので、主に救急処置室が「エラーの自然の実験室」(natural laboratory of error) とさえ呼ばれる救急医学分野で発達した医学判断学上の概念だが<sup>19)</sup>、「診断」を「症状」や「治療法」に読み替えても、診療上の隘路の理解に有用である。すなわち、治療者はしばしば自分の「診立て」(疾患の診断・治療計画の立案・予後の見通し)にこだわり、認知が歪み(まさしく認知バイアス)、あるいはヒューリスティクスが悪い方向に働いて(良い方向に働くヒューリスティクスもあるので、ヒューリスティクスすべてが悪いものではない)、臨床的な判断を誤り、誤診・誤治療に陥る。そして、CDRのため、治療が進んで行っても誤診が訂正されず、治療戦略の誤りに気付かず、誤治療が継続される。

CDRに対する対策として、さまざまな認知的脱バイアス化 (cognitive debiasing) が提案されている<sup>20~22)</sup> (Table 2)。しかし、これらの対策に実効性があるかといえば、2019年のオーストラリアMonash Healthグループ臨床効果センターのMarie L Garrubba, Corey W Joseph, Angela M Melderのscoping reviewによれば、認知的脱バイアス化戦略の多くは概ねやや有効と考えられるが、有効性に関する十分なエビデンスがなく、認知バイアスの減少に明らかに有効な介入は診断仮説を再考することだけであった<sup>23)</sup>。これはTable 2に示した認知的脱バイアス化のための17個の戦略の中で、「代替となる診断・方法の検討」の一部のみが認知バイアスの減少に有効であることが実証されているだけであることを示唆する。

## 3. 感情的反応傾向

感情的反応傾向 (affective dispositions to respond: ADR) は、専門家の決断能力に悪影響を与える情

Table 1 Cognitive dispositions to respond (CDR)

認知的反応傾向 (CDR)	バイアス, ヒューリスティクス	説明
特定の診断にこだわることによって起きるエラー	投錨バイアス (anchoring bias) [路線化 (tramlining), 第一印象 (first impression), 早とちり (jumping to conclusions)]	診断過程において, 病気の特徴に固執してしまう傾向.
	確認バイアス (confirmation bias) [意味付けしてから証拠を探す (effort after meaning)]	仮説を反証するエビデンスよりも, 仮説を支持するエビデンスを探す傾向.
	早期閉鎖 (premature closure) [捕らぬ狸の皮算用 (counting chickens before they are hatched)]	診断が確定していないのに, 別の疾患の可能性を考えようとせず, 特定の疾患であると考えてしまうこと.
代替となる診断を考え損なうことによって起きるエラー	多選択肢バイアス (multiple alternative bias) [現状維持バイアス (status quo bias), 壁紙現象 (wallpaper phenomenon)]	競合する複数の疾患の可能性がある時に, その中でも自分の良く知っている疾患を診断名として選択してしまう傾向.
	代表性拘束 (representativeness restraint) [原型エラー (prototypical error), 類似・整合エラー (similarity-matching error), 持続予測エラー (persistence forecasting error)]	患者がある疾患の典型的な症状を呈さないため, その疾患の可能性を考えないこと.
	検索満足 (search satisfying) [境界のある合理性 (bounded rationality), 鍵穴覗き (keyhole viewing)]	何らかの疾患であると仮診断した後, それ以上, 別の所見があるか調べようとせず, 他の疾患の可能性を追求しようとしないこと.
	Suttonの失策 (Sutton's slip) [明白さの追求 (going for the obvious), 金銭のあるところを探す (going for where the money is), Occamの剃刀の誤謬 (Occam's razor mistake), 「単純にしろ, 間抜けめ (keep it simple, stupid)」エラー (KISS error)]	最も明らかな解答や解釈に固執してしまい, より可能性の低い疾患の可能性を考えようとしないこと.
	荷ほどき原則 (unpacking principle) [不特定の可能性の割引き (discounting unspecified possibilities)]	鑑別診断を考えるときに, 必要なすべての情報を引き出さず, 事実が提示される方法に影響されること.
	垂直線不全 (vertical line failure) [溝に沿って考える (thinking in grooves), 箱の中で考える (thinking inside the box)]	臨床的問題に対するアプローチが決まりきった方法に固定してしまい, 柔軟性に欠けること (別の考え方をしない).
	他人の思考を受け継ぐことで起きるエラー	トリアージの手掛かり化 (triage cueing) [どこに居るかで運命が決まる (geography is destiny)]
	診断的趨勢 (diagnostic momentum) [診断的忍び寄り (diagnostic creep)]	いったんある疾患の可能性が高いと判断されると, 他の疾患を示唆する情報があるにも関わらず, その疾患であるという根拠を集めるようになる傾向.
	枠組み効果 (framing effect)	シナリオが提示・構成される方法により, 判断が影響されること.

Table 1 Cognitive dispositions to respond (CDR) (cont'd)

認知的反応傾向 (CDR)	バイアス, ヒューリスティクス	説明
	確認効果 (ascertainment effect) [反応バイアス (response bias), 見たいと思うものが見える (seeing what you expect to find)]	予断を持つことにより, 思考の方向性が予め定められてしまうこと.
有病率の認識・推定のエラー	利用可能性バイアス (availability bias) [新近効果 (recency effect), ありふれたことが一番多い (common things are common) (利用可能性), 蹄の音は馬 (the sound of hoofbeats means horses), 去る者は日に疎し (out of sight out of mind) (非利用可能性), シマウマ (zebra), 重大例バイアス (significant case bias)]	心により思い浮かびやすい疾患がより診断されやすくなる傾向.
	基準率無視 (base rate neglect) [代表性の排除 (representativeness exclusivity)]	疾患の有病率を無視して考えてしまうこと.
	博徒の誤謬 (gambler's fallacy) [Monte Carloの誤謬 (Monte Carlo fallacy), 連続効果 (sequence effect)]	過去のイベントの発生の有無はその後のイベントの発生の有無とは統計的に独立したものであるにも関わらず, 過去のイベントの発生の有無がその後のイベントの発生の有無を左右すると考えること.
	後知恵バイアス (hindsight bias) [「初めから知っていた」効果 (“Knew it all along” effect), 後方視分析 (retroscope analysis), 事実の後の知恵 (wisdom after the fact), 忍び寄り決定論 (creeping determinism), アウトカム知識 (outcome knowledge)]	アウトカムが分かった後の, 元の判断に対する過小評価 (失敗の幻想) もしくは過大評価 (制御の幻想).
	賭け (playing the odds) [頻度ギャンプリング (frequency gambling), オッズ判断 (odds judgments)]	不確実もしくは多義的な症状でさまざまな診断が考えられるにも関わらず, それにより頻度の高い疾患だという理由で, 良性の疾患や単純な経過を採る疾患であると考えること.
	事後確率エラー (posterior probability error) [歴史は繰り返す (history repeats itself)]	患者に過去に起きたことによって, その患者の将来のイベントが変わると信じる傾向.
	順序効果 (order effects) [初頭・新近効果 (primacy-recency effect)]	途中経過を無視し, 病歴の最初もしくは終わりに提示された情報から判断すること.
患者の特性や症状の背景に関するエラー	基本的寄与エラー (fundamental attribution error) [批判的態度 (judgmental behavior), 否定的定型化 (negative stereotyping)]	何らかの事実や事件を, 状況よりも患者の個人的資質に起因するものと考えること.
	ジェンダー・バイアス (gender bias)	ある疾患の病態生理がジェンダーを基礎にしているわけでもないのに, 患者のジェンダーがその疾患の決定因子であると信じる傾向.
	精神疾患によるものと考えられるエラー (psych out error)	精神疾患を持つ患者に生じた症状だからといって, 併存する身体疾患による症状であるにもかかわらず, それを精神疾患による症状と考えてしまうこと.

Table 1 Cognitive dispositions to respond (CDR) (cont'd)

認知的反応傾向 (CDR)	バイアス, ヒューリスティクス	説明
	陰陽アウト (yin-yang out)	自分のところに診察に来る前に, すでに他所で徹底的に精査してあるので, 重篤な疾患は除外されているはずであると考えること.
医師の感情やパーソナリティに関連するエラー	責務バイアス (commission bias) [不言実行 (actions speak louder than words)]	善行義務により, 害を避けるためには積極的に介入することが必要だと考えるがゆえに, 介入しないことを選ばず, 介入することを選ぶ傾向.
	省略バイアス (omission bias) [時間稼ぎ (temporizing), 日にち薬 (tincture of time), 注意深い期待 (watchful expectancy), 経過観察 (watchful waiting), 現状維持 (let well enough alone)]	無危害原則により, 介入することよりも介入しないことを選ぶ傾向.
	アウトカム・バイアス (outcome bias) [悔しさ因子 (chagrin factor), 価値バイアス (value bias)]	希望的観測に従って決断する傾向.
	本能的バイアス (visceral bias) [逆転移 (countertransference), 感情移入 (emotional involvement)]	患者に対する陽性や陰性の逆転移や本能的な反応が判断に影響すること (感情バイアス).
	自信過剰・自信のなさ (overconfidence and underconfidence) [Dunning-Kruger 効果 (Dunning-Kruger effect)]	自分の行った決断に対し, 過度に自信を持ったり, 過度に自信がなかったりすること.
	信念バイアス (belief bias)	自分の信念体系に合致する事項のみを受容する傾向.
	自我バイアス (ego bias)	自分の患者の予後と同じ病気の患者集団の予後よりも良いと考えてしまう傾向 (楽観主義バイアス [optimistic bias], 利己的バイアス [self-serving bias] ともいう). 逆に自分の患者のほうが同じ病気の患者集団の予後よりも予後が悪いと考える傾向を逆自我バイアス (reverse ego bias) という.
	埋没費用 (sunk costs) [損失回避 (loss aversion)]	労力を使った診断や治療を断念するのに抵抗すること.
	シマウマ探しからの撤退 (zebra retreat) [正しいと信じることを行う勇気のなさ (lack of courage of convictions)]	稀少疾患 (医学界のスラングでシマウマという*) が鑑別診断に挙がっていても, その疾患について詳しくなかったり, 診断するのに医療資源を浪費したり時間が掛かりすぎたりするのを危惧して, 診断を詰めようとししないこと.

文献15, 18を参考に筆者にて作成.

★: 米国の感染症学者Theodore E. Woodwardが1940年代後半に“Don't look for zebras on Greene street” (グリーン通りでシマウマを探してはいけない) と述べたことに由来する臨床的警句. “When you hear hoofbeats behind you, don't expect to see a zebra” (後ろで蹄の音がするからといって, シマウマだとは限らない) という言葉にちなむスラング<sup>24)</sup>.

Table 2 Cognitive debiasing strategies

戦略	機序・方法
洞察・気づきを促すための教育	具体例を用いて、各種の認知バイアスが診断や判断に与える負の効果を臨床家に教育する。
代替となる診断・方法の検討	ルーチンで鑑別診断や合併症・原疾患を検討したり、別の手段がないかどうかを考えたり、自分の思っていることとは逆のことを考えてみるようにする。最悪のケースを考えてみる。
メタ認知	改めて思考過程を熟考するようにするなど、問題解決に省察的アプローチを用いる訓練をする。
記憶に頼ることを減らす	認知の補助のため、語呂合わせ (VINDICATES など)、診療ガイドライン、アルゴリズム、チェックリスト、臨床決断ルール、携帯情報端末を用い、判断の正確さを向上させる。
確率・統計理論についての教育	思考の隘路やバイアスを克服する訓練をする (確率に関する基本原則、因果関係と相関関係の違い、ベイズ確率理論の基礎についての教育)
シミュレーション	誤った (バイアスのかかった) アプローチと正しい (バイアスのかかっていない) アプローチを比較した教育ビデオを作り、具体的な臨床シナリオを用いてイメージトレーニング (認知的ウォークスルー) を行い、認知バイアスとその転帰を考えさせる。
認知促進訓練	さまざまな臨床場面で予知可能なバイアスを回避できるような、一般的で具体的な戦略を立てる。
タスクを単純化する	タスクの困難さや曖昧さを減少させるため、具体的問題に関する情報を提供する。簡潔明瞭で良くまとまった情報を利用可能にする。余計な認知負荷を減らす。
時間の制約を減らす	質の高い意思決定をするのに十分な時間を与える。
仕事しやすい環境	過労や睡眠不足を避ける。診療ガイドラインやクリニカル・パスを使う。情報を分かりやすく整理し、余計な認知負荷を減らす。
説明責任	行われた意思決定に関する説明責任を果たし、経過追跡を行うようにする。他者からの批判に開かれた姿勢を保つ。
フィードバック	エラーがすぐに察知され、理解され、修正され、判断が正しく較正できるよう、意思決定者に対し迅速かつ信頼できるフィードバックを行う。
虚心坦懐に診察する	様々な人たちがその症例に関わっていても、その人たちの意見を鵜呑みにせず、自ら患者を診察し、自分なりの見解を持つようにする。
集団的検討	関係者間で情報共有し、症例の全体像を明らかにすると同時に、カンファランスにかけたり、セカンドオピニオンを求めたりする。
冷静になる	感情に流されず、客観的情報を冷静に分析する。
系統的情報収集・情報整理	見落とししないよう、情報収集の方法を構造化し、系統的かつ網羅的に情報を集約し、図表を用いるなどして情報を整理する。
意思決定支援ツール	電子カルテにリマインダーが表示されるようにしたり、コンピュータ意思決定支援システムを利用したりする。

文献20, 21, 22を参考に筆者にて作成.

Table 3 Affective dispositions to respond (ADR)

感情的反応傾向 (ADR)	説明
一時的感情状態 (transitory affective states)	その時の環境や労働条件で治療者に誘発される感情的状態 (環境の雑音が大きいときに起きるイライラ感, 睡眠不足時の不快な感情状態など)
臨床的状况からの誘発 (clinical situation induced)	コンテキストや患者に特異的な感情的バイアス (逆転移, 基本的寄与エラーなど).
内因性障害 (endogenous disorders)	臨床家の内因性感情的状態で, 種々の一時的因子や気分障害, 情動回避が誤治療や患者のネグレクトにつながる (うつ状態, 不安状態, 躁状態など).

文献27を参考に筆者にて作成.

動制御不全であり<sup>25)</sup>, CDRと同じくDalhousie大学のPat Croskerryが提唱しているもので, ①一時的感情状態, ②臨床的状况からの誘発, ③内因性障害の3つに分類される<sup>26)</sup> (Table 3). ただし, ADRについての論文は, CDRに関するものよりもはるかに少ない<sup>26, 27)</sup>. また最近, CDRとADRの提唱者であるCroskerryたちも, 認知と感情が不即不離の関係であることから, CDRとADRを総称して, 認知・感情バイアス (cognitive-affective biases) と呼ぶべきであるとしている<sup>28)</sup>. CDRにせよ, ADRにせよ, バイアスやヒューリスティクスという用語にネガティブな含意があるため, これらを中立的な用語にしようという考えから提案されており, 医学における政治的正 (political correctness)<sup>29)</sup> の一種であろう.

#### 4. 心理療法統合

ここまで治療者の臨床的判断を歪める人間の要因であるCDRとADRを概観した. その多くはベテラン治療者がよほど自覚的・省察的に診療に臨まなければ, ベテランだからこそ容易に陥る診療的な罠である. 次にベテラン治療者が心理療法において自己流に陥ることを心理療法の有効性の観点からどのように評価するかを考えるための軸として, ドードー鳥の裁定と心理療法統合を説明する.

Hans Jurgen Eysenckの精神分析の実証性の研

究など, 1950年代にはじまる心理療法の有効性の研究を経て, 1975年の各種の心理療法の効果は同等であると主張するドードー鳥の裁定 (dodo bird verdict) の再発見があり<sup>30)</sup>, 1980年代にはさまざまな心理療法を統合して, 一つの最善の治療法を創るという心理療法統合 (psychotherapy integration) の動きが盛んとなった<sup>31)</sup> (ただし, 2019年, Eysenckが1980年代から90年代にかけてRonald Grossarth-Maticcekと行ったcancer-prone personality研究に対し, Anthony J. Pelosiが疑義を呈し<sup>32~34)</sup>, Eysenckがこの時期に行った一連の論文が最近になって撤回されたことは記憶に留めておくべきである).

心理療法を統合するには, ①技法の折衷 (technical eclectic), ②理論的統合 (theoretical integration), ③共通因子 (common factors), ④同化的統合 (assimilative integration) という“統合への4つの道筋”がある<sup>35~37)</sup> (Table 4). ①の技法的折衷アプローチは, 臨床的知識や研究による知見を手掛かりに, 個々の患者のニーズに合わせて, 複数の心理療法体系から適切な治療技法を系統的・逐次的に選択して用いるものである. ②の理論的統合アプローチは, 複数の心理療法体系を理論的に統合して, 新しい心理療法体系を構築するものである. ③の共通因子アプローチは, 複数の心理療法に共通する因子を抽出し, 単純で効果的な治療法を開発するものである. ④の同化的統合アプローチは, ある治療体系を核にして, 別の



治療体系の技法を適宜取り入れるものである。このうち、技法折衷的アプローチと同化的アプローチの2つは、セラピストが心理療法の流派にこだわらずさまざまな技法を治療に取り入れるものである。ここで注意すべきは、これら2つのアプローチは、先述の混合主義とは異なり、治療者が治療効果を高めるために自覚的に種々の技法を採用するものであり、ベテラン治療者によく見られる混合主義的心理療法はご都合主義的に種々の技法を取り入れるものだという点である<sup>38)</sup>。ただし、これら2つのアプローチと混合主義的心理療法の境界は微妙である。心理療法の初心者は知識と経験が乏しいために混合主義に陥り、ベテラン治療者は惰性・慣性で治療の方向性を見失い「流されて」しまう（セラピスト漂流）ため、やはり混合主義に陥る。

## 5. セラピスト漂流

1980年代前半から2000年代前半にかけ心理療

法統合の動きがあった。その一方で、治療者が徐々に治療方法を変化させていく現象である「セラピスト漂流」(therapist drift) が研究されるようになった。その中でも、心理療法論文でセラピスト漂流に触れる場合、英国の心理学者で摂食障害の認知行動療法を専門とするGlenn Waller (King's College London精神医学研究所を経てSheffield大学心理学部門) が2009年と2016年に執筆した2つの総説<sup>6, 7)</sup>が参照されることが多い。そこでは、心理療法の効果が十分に上がらないのは、ベテラン治療者がエビデンス・ベーストな治療法から次第に離れていき、各種心理療法のプロトコルから外れた、独自の工夫・自己流の治療を行うようになるからであるとする。これはコンピュータによる心理療法を支持する論拠ともなった<sup>39)</sup>。しかし、Pennsylvania大学心理学部門のChristian A. Webbらのメタ分析<sup>40)</sup>では、個人心理療法の流派特異的な技法への治療者の遵守性やそうした技法を使う能力は、治療成績と関係はないとしており、これはセラピスト漂流という現象

Table 4 Four roots to psychotherapy integration

アプローチ	例
技法的折衷 (technical eclecticism)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● マルチモード療法 (multimodal therapy) [Lazarus, 1992]</li> <li>● 体系的折衷的心理療法 (systematic eclectic psychotherapy) [Beutler&amp;Hodgson, 1993]</li> <li>● 処方的心理療法 (prescriptive psychotherapy) [Beutler, &amp; Harwood, 1990]</li> </ul>
理論的統合 (theoretical integration)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● マインドフルネスに基づく認知療法 (mindfulness-based cognitive therapy) [Segal, Williams, and Teasdale (2002)]</li> <li>● 循環的精神力動 (cyclical psychodynamics) [Wachtel, 1997]</li> <li>● 認知分析療法 (cognitive-analytic therapy) [Ryle, 1990]</li> </ul>
共通因子 (common factors)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 理論横断的心理療法 (transtheoretical psychotherapy) [Prochaska&amp; DiClemente, 1992]</li> <li>● 共通因子折衷的心理療法 (common factors eclectic psychotherapy) [Garfield, 2000]</li> </ul>
同化的統合 (assimilative integration)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 同化的精神力動療法 (assimilative psychodynamic therapy) [Stricker &amp; Gold, 1996]</li> <li>● 認知行動同化的療法 (cognitive-behavioral assimilative therapy) [Castonguay, 2004]</li> <li>● 対人的・認知同化療法 [(interpersonal and cognitive assimilative therapy) [Safran&amp;Segal, 1990]</li> </ul>

文献35～37を参考に筆者にて作成。

のもたらす、治療におけるマイナスの効果を否定するものである。つまり、セラピスト漂流という現象は予想とは異なり、実際には治療にネガティブな影響を与えない。

また、精神医学・臨床心理の世界では、ベテラン治療者が行う独自の工夫・自己流の治療（セラピスト漂流の大きな要因）は否定されるどころか正当化・美化される傾向がある。それは経験豊富で治療能力の高いカリスマ的なマスター・セラピストが治療者としての模範・理想像とされているからである。これを少しく敷衍すれば、マスター・セラピストが行う独自の工夫・自己流の治療は、混合主義的心理療法ではなく、心理療法統合であり、長年の臨床経験の結晶として形成される哲学的な深みを持つ技術だと、半ば信仰にも近い熱情を持って多くの治療者たちに受け止められているからであり、カリスマ的なマスター・セラピストへの憧憬がベテラン治療者をして独自の工夫・自己流の治療やマスター・セラピストの技法の模倣に向かわせるのである。

セラピスト漂流はこれまで諸家によりさまざまな形で定義されている（Table 5）。いずれも治療が進むにつれ、次第に治療が統制を失い、本来あるべき道筋から外れていき（drift away/drift off）、混合主義に陥ることを問題としており、心理療法統合が批判されているわけではない。いっ

ぽう先述のドードー鳥の裁定を認める立場からは、行われる治療が混合主義であろうとも、心理療法の効果全体の中で治療技法の占める割合は僅少であり、各種の心理療法の効果はほぼ同等であるため、セラピスト漂流は問題とはならないことになる（ドードー鳥の裁定とセラピスト漂流の関係を検討した論文は見つからなかった）。すなわち、セラピスト漂流は治療者の行う心理療法が本筋から逸れて行くことを批判するものであり、ドードー鳥の裁定は治療者の行う治療がどんなものであろうとも効果は大差ないので、治療者の行う心理療法が本筋から逸れて行くことは是認される。すなわち、セラピスト漂流とドードー鳥の裁定は相反する。

## 6. 考察

前節で述べたように、セラピスト漂流はドードー鳥の裁定と相反する。ドードー鳥の裁定では、各種心理療法の間で治療技法の効果の差は僅少であり、心理療法の効果全体の中で治療技法の占める割合もまた僅少であると考えられる。実際に心理療法の効果全体の中で治療技法の占める割合が僅少であることを裏付けるデータがある。たとえば、Wisconsin大学Madison校カウンセリング心理学部門のBruce E. Wampoldによるメタ分析<sup>45)</sup>

Table 5 Definitions of therapist drift

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Any case in which the treatment agent gradually alters the treatment can be termed “therapist drift.” (Peterson L. et al, 1982)<sup>41)</sup></li> <li>● Therapist drift refers to low fidelity in the implementation of a therapy, as in ignoring key tasks. (Milne D. et al, 2012)<sup>42)</sup></li> <li>● Therapy drift is a phenomenon in which treatment agents, such as therapy adherence, therapist competence and skill, and following a manual gradually alter a therapist’s treatment plan. (Cox D. et al, 2013)<sup>43)</sup></li> <li>● “therapist drift”, which reflects a common tendency whereby therapists intentionally or unintentionally deviate from adhering to evidence-based protocols. (Andony LJ. Et al, 2015)<sup>44)</sup></li> <li>● Therapist drift can be conceptualised as our failure to deliver treatments that we have been trained to deliver, or failure to deliver them adequately, even where resources exist to allow us to do so. (Waller G. et al, 2016)<sup>6)</sup></li> </ul>
---

Table 6 Characteristics of therapist drift

## ●セラピスト漂流が起きる原因

- 治療者の知識：ベスト・エビデンスにアクセスしやすくしてあっても、治療者がそれを利用しようとしていない。
- 治療者の信念・態度
  - ◇ 哲学的スタンス：観念論か、実証主義か。
  - ◇ 治療者の自尊心：自分は優れた治療者だと思いやすい（自己評価バイアス）。
  - ◇ 治療者の判断：エビデンスがどうであろうと、自分は専門家なのだから、この治療については一番知っている。
  - ◇ マニュアル化された治療・プロトコルに対する異論がある。
  - ◇ 治療同盟：治療同盟の効果を過信している。「心の糸ガラス理論」により患者を傷つけまいとする。
- 治療者の感情：治療者自身が不安だと、患者に不安を起こしたり苦痛をもたらしたりする治療は避けてしまう。抑うつ状態の治療者はマニュアル化された治療を実施しながらない。
- 治療者のパーソナリティ：前向きな姿勢の治療者がプロトコルに沿った治療を行いやすく、心的弾力性 (resilience) のある治療者はエビデンス・ベーストな治療を行いやすい。
- 治療者の事なかれ主義：長期的には患者を救うものなのに、近視眼的に考えて患者が苦痛を感じる治療をするのを避ける。
- 治療者の環境
  - ◇ 診療環境：治療に必要な方法が使えない。必要な訓練が受けられない。治療の場が狭い。医療機関内での治療に関する合意が得られない。
  - ◇ スーパービジョン：スーパービジョンの有効性についてのエビデンスは少ないが、多少は技術や自信を維持するのに有効であろう。スーパーバイザー漂流 (supervisory drift) も存在し、スーパーバイザーがスーパーバイジーとの関係の悪化を恐れて厳しいことを言わないことがある。いっぽう、スーパーバイザー自身の診療や指導の能力が高いとも限らない。

## ●セラピスト漂流を減らす方法

- 体制の変更
  - ◇ 適性のあるセラピストの養成
  - ◇ 技術訓練・維持
    - 診療能力の監視
    - 基本的治療方法に忠実であること
    - 患者アウトカムを評価する：結果良ければすべてよし。治療者たちの治療成績を比較する。失敗に学ぶ。

## ●セラピスト漂流 (therapist drift/therapy drift) の反対語

- therapy adherence, intervention fidelity, treatment integrity, procedural reliability など。

文献6を参考に筆者にて作成。

によると、心理療法の効果の各因子の寄与割合は、心理療法の全治療効果のうち、心理療法による治療効果は13%で、治療外因子による効果が87%である。この心理療法による治療効果13%のうち、心理療法の共通因子による効果が少なくとも70% (すなわち、全治療効果の9%)、治療技法固有の効果はたかだか8% (全治療効果の1%) であり、その他の説明のつかない効果 (患者側の因

子) が22%程度 (全治療効果の3%) である。ここから心理療法の治療必要数 (number needed to treat : NNT) を計算すると、心理療法による絶対リスク減少率は心理療法による効果13%に等しく、NNTは7.6である (中等度の効果が心理療法にある)。すなわち、7.6人の患者に1人は、心理療法の種類に関わらず、心理療法の効果で治る。

ドードー鳥の裁定では、各種の治療技法から外

れても、患者の精神疾患が慢性化・難治化しておらず、経済力に問題がなく、身体が健康で、周囲・社会が治療に協力的で、ラポールが良好で、患者の治療に対するプラセボ効果・期待感が高ければ、どんな心理療法であっても効果を上げると考える（先述のWampoldのメタ分析によれば、心理療法による効果は全治療効果の13%で、治療技法固有の効果はその8%（全治療効果の1%）であるから、複数の治療技法の違いによる効果の差は、最大でも全治療効果の1%ということになる）。いっぽうセラピスト漂流では、各種心理療法の治療技法から外れると、効果がないばかりか、その後の治療にとって有害であるとされる。ドードー鳥の裁定は心理療法の効果測定の流れに由来するエビデンス・ベーストな基盤を持つ概念であり、セラピスト漂流もまた、心理療法の治療効果に関するエビデンス・ベーストな研究に支持されている。このエビデンス・ベーストな2つの概念に矛盾があることをどう理解すれば良いのか。

ここでドードー鳥の裁定とセラピスト漂流という2つの矛盾した概念を統一的に理解するために、セラピスト漂流には交絡因子があって、一見、各種の心理療法の固有の技法による治療効果に見えるものが、実は何らかの交絡因子によるものではないか、と考える。つまり、セラピスト漂流では、各種の心理療法の技法に忠実であることで治療効果が担保されるが、治療効果は主に心理療法の技法によるものとする。しかし、セラピスト漂流で各種の心理療法の固有の技法によるものと考えていた治療効果が、実際には別の要素（交絡因子）によるものであったなら、セラピスト漂流は誤りであることになる。

ここで先述の治療者の認知的反応傾向（CDR）や感情的反応傾向（ADR）を振り返ると、治療者が人間であるからこそ持つ認知や感情のバイアスが治療効果を低下させることが分かる。したがって、各種の心理療法の技法に厳密に沿うことはCDRやADRを制御する方向に働く（そうして各種の心理療法の「作法に倣った」り「型に嵌め」たりして、人間の持つ認知や感情のバイアスを減ら

す）ので、セラピスト漂流に向かうベクトルが除去されることになる。CDRやADRがセラピスト漂流の大きな要因だと仮定すると、セラピスト漂流では心理療法の効果の淵源は各種の心理療法の固有の技法だが、心理療法の種類に関わらず、これらの技法に従うことは、実は交絡因子であるCDRやADRを制御するための仕組みなのかもしれない（ただし、CDRやADRがどの程度、心理療法の効果を減ずるのかは不明である）。

また、先述のWampoldのメタ分析によれば、各種の心理療法の固有の技法による治療効果は全治療効果の1%ほどに過ぎないので、セラピスト漂流の影響は大きくはないはずである。さらに先述のWebbらのメタ分析では、心理療法の流派特異的な技法に対する治療者の遵守性や治療者の流派特異的な技法を使う能力の治療者ごとの差異が治療のアウトカムに与える影響はゼロに近いとしており、治療者が治療プロトコルを遵守することや治療法に熟達していることは治療効果の良否に何ら影響しないことになるため、セラピスト漂流という現象自身が否定できるであろう。このように、セラピスト漂流は交絡因子の存在を仮定しなくとも、これを否定する議論は可能である。

## 7. まとめ：無知の知

すでに1992年、Kansas州立大学心理学部門のJames Shanteauが、精神科医や臨床心理学者、内科医、看護師などを専門的熟練が証明されていない（経験を積むことが専門家としての能力の向上につながらない）、専門家のパフォーマンスが低い職業（poor expert performance）であると指摘し、その原因としてタスクが非定型的であること、判断の結果どうなるかが予測しにくいこと、フィードバックが得られにくいこと、意思決定支援を得にくいことなどを挙げている<sup>46)</sup>。これを受けて実に20年強後の2014年、Arizona州立大学カウンセリングおよびカウンセリング心理学部門のTerence J. G. Traceyらは、心理療法の専門技術・臨床判断・アウトカム評価に関する文献レ

ビューを行い、治療者の技能水準が経験の豊富さとは相関しないことを改めて確認し、心理療法に熟達する方法をまとめた<sup>47)</sup>。彼らの研究が意味することは、治療者が心理療法を学ぼうと学ぶまいと、患者の臨床的な転帰は同等であるということではない。彼らは、心理療法が全体として有効であるというエビデンスがある（心理療法を実施したほうが、心理療法を実施しないよりも患者が治りやすい）いっぽうで、心理療法家ごとに治療能力に巧拙があることや、実施される心理療法の種類や心理療法家の経験の多寡によらず心理療法には治療効果があることを勘案して、有能な心理療法家に成長するための方法を探ったのである。彼らの論文には、治療者を成長させる方法が述べられている。まず、個別の患者の健康状態・社会的機能状況・症状の増悪などのアウトカムを定期的に自分以外の人に評価してもらい、それを典型例の臨床経過と比較するなどしてフィードバックを受けるといったものである。しかし、これには落とし穴があり、フィードバックされたアウトカムが悪い時のみに治療者が治療を反省するとか、患者に良いアウトカムを評価者に伝えるよう暗に迫ることになりかねない。また、他の治療者との比較も実施できれば、なお良い。有能な治療者ほど、自分の客観的な治療能力の良否に敏感であり、患者の反応から自分の治療がうまくいっているかどうかを学ぶが、困ったことに、逆に能力の低い治療者は自分の客観的な治療能力の良否には鈍感である。また、フィードバックはパフォーマンスを低下させることも少なくない<sup>48)</sup>。そして行われるフィードバックは、治療者の確証バイアスや後知恵バイアスを指摘し、患者の予後に関する診立てが正しかったかどうかを検証する、治療者の自己評価を損なうような治療者にとって辛いものでなければならない。

本稿でこれまで縷々論じたように、臨床家として何年間にもわたって仕事し、多くの症例を経験することは、直接的には治療能力の向上にはつながらない。むしろ、多くの場合はベテランになると治療能力は低下する。一方で長年の臨床家とし

ての研鑽が見事に結晶し、芸術的な診療をし、重症・難治性の精神疾患を抱える患者に奇跡的な治癒・寛解をもたらす治療者がいることも、筆者個人の精神医学界での他の治療者についてのさまざまな見聞やマスター・セラピストたちの遺した著作での多くの逸話からも事実である。ドードー鳥の裁定は馬齢を重ね能力の低い治療者にも、単に治療者であるという役割だけで存在意義があることを物語る（そこからは、専門家が患者を治療するという「治療構造」の持つ治療効果の重要性が浮かび上がる）。しかし、優れた治療者になる道程を指し示すものではない。

ただ、ドードー鳥の裁定とともに現れた心理療法統合や心理療法の効果測定は、僅かな効果量ではあるものの、各種の治療技法固有の効果が存在することを否定しない。つまり、心理療法には、少ないかもしれないが、まだまだ技法の進歩する余地があるであろう。ただし、その進歩は心理療法統合の作法に従って各技法の有効性を定量的に評価することが前提であり、治療者が混合主義的に振舞うことはエビデンスを欠く営為と見做され是認されない。セラピスト漂流はベテラン治療者の慢心を戒める。そして、各流派の心理療法の基本的技法から逸脱した治療を行わなければ、治療効果は上がると説く。治療者として成長するには心理療法各派の基本に忠実であることが要請される。

治療者としての成長・治療技法の進歩は、ドードー鳥の裁定の立場では小さく、セラピスト漂流の立場では大きい。筆者の実感としては、臨床現場では、多くの場合は誰が治療しても結果は同じだと思われるケースが多いが、その反面、普通に治療したのではとても治せそうにないケースが、治療の初心者への対応であっさり改善してしまったり（ビギナーズ・ラックかもしれないし、その初心者に治療に関する天賦の才があるのかもしれない）、名医の熟練の技でようやく治ったりする。つまり、多くのケースでは治療者の能力に関係なく改善するものは改善するが、難治例は治療者の能力の高低が治療の成否を決定づける。今、重要

なのは難治例の治療技術の進歩であり、一般的で平均的なケース（主に軽症から中等症）に対する治療の結果に関する法則であるドードー鳥の裁定や、ベテラン治療者の治療方法の基本からの一般的逸脱傾向という現象であるセラピスト漂流からは、なかなか一般的ではない、複雑な難治例に関する治療方法は見えてこない。しかし、本稿を編んで、CDR・ADRやドードー鳥の裁定、心理療法統合、セラピスト漂流をまとめる中で、臨床家にとっての経験は「量」もさることながら、「質」が重要であると感じた。質の高い臨床経験が治療者を育て、難治例を治す技量を獲得させるのではないか。経験の質を担保するのは、省察的实践と客観的フィードバックである。しかし、質の高い経験を治療者に積ませるだけで優秀な治療者に育つのであろうか。研究により優秀な治療者の持つ特質・資質を明らかにすることで、治療者の成長を測定する基盤もできることであろう。この件に関しては、また別稿で論じることとしたい。それは心理療法の天才とは何か、長年の修行により培う心理療法の熟練とは何かを考え、心理療法家のコア・コンピテンシーを抽出することである。それまでは、治療者に必要なのは無知の知 (docta ignorantia) である。何が正しい心理療法なのかははっきりしていない以上、自身の行う治療に対し、根拠のない自信を持たず、批判に開かれた謙虚さを保つことが重要である。

#### 付記

本稿は、第113回 日本精神神経学会（2017年6月23日、名古屋）にて、「セラピスト漂流：重要なのは経験か、技法か？」(演題番号 2-017-4) と題してオーラルセッションにて発表したものを整理し、新たに議論を展開したものである。

なお、本論文に関し、筆者には日本精神神経学会利益相反 (COI) 指針に鑑み、申告すべき利益相反はない。

#### 文献

- 1) Walfish S, McAlister B, O'Donnell P, Lambert MJ. An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychol Rep.* 2012; 110(2): 639-44.
- 2) Hatfield D, McCullough L, Frantz SH, Krieger K. Do we know when our clients get worse? an investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clin Psychol Psychother.* 2010; 17(1): 25-32.
- 3) Zarbo C, Tasca GA, Cattafi F, Compare A. Integrative psychotherapy works. *Front Psychol.* 2016; 6: 2021. doi: 10.3389/fpsyg.2015.02021.
- 4) Lampropoulos, G.K. Bridging Technical eclecticism and theoretical integration: assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration.* 2001; 11(1): 5-19.
- 5) Meehl PE. Why I do not attend case conferences. In: *Psychodiagnosis: selected papers.* Minneapolis: University of Minnesota press; 1973. p.225-302. Available from: [http://www.dgapractice.com/documents/meehl\\_case\\_conferences\\_adapted.pdf](http://www.dgapractice.com/documents/meehl_case_conferences_adapted.pdf)
- 6) Waller G, Turner H. Therapist drift redux: why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behav Res Ther.* 2016; 77: 129-37.
- 7) Waller G. Evidence-based treatment and therapist drift. *Behav Res Ther.* 2009; 47: 119-27.
- 8) Goldberg SB, Rousmaniere T, Miller SD, Whipple J, Nielsen SL, Hoyt WT, Wampold BE. Do psychotherapists improve with time and experience? a longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *J Couns Psychol.* 2016; 63(1): 1-11.
- 9) Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med.* 2005; 142(4): 260-73.
- 10) Hartz AJ, Kuhn EM, Pulido J. Prestige of training programs and experience of bypass surgeons as factors in adjusted patient mortality rates. *Med Care.* 1999; 37(1): 93-103.
- 11) Norcini JJ, Kimball HR, Lipner RS. Certification and specialization: do they matter in the outcome of acute myocardial infarction?. *Acad Med.* 2000; 75(12): 1193-8.

- 12) Croskerry P. A universal model of diagnostic reasoning. *Acad Med.* 2009; 84(8): 1022-8.
- 13) Norman G. The Bias in researching cognitive bias. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2014; 19(3): 291-5.
- 14) Campbell SG, Croskerry P, Petrie DA. Cognitive bias in health leaders. *Healthcare Manage Forum.* 2017; 30(5): 257-61
- 15) Croskerry P. Achieving quality in clinical decision making: cognitive strategies and detection of bias. *Acad Emerg Med.* 2002; 9(11): 1184-204.
- 16) Crumlish N, Kelly BD. How psychiatrists think. *Advances in psychiatric treatment.* 2009; 15: 72-9.
- 17) 栗原雅直, 鈴木征男. 病気の重さをはかるとき—精神科領域を中心に. 臨床評価. 2003 ; 30 (2・3) : 337-51.
- 18) Campbell SG, Croskerry P, Bond WF. Profiles in patient safety: a “perfect storm” in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2007; 14(8): 743-9.
- 19) Sinclair D, Croskerry P. Patient safety and diagnostic error: tips for your next shift. *Can Fam Physician.* 2010; 56(1): 28-30.
- 20) Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Acad Med.* 2003; 78(8): 775-80.
- 21) Daniel M, Khandelwal S, Santen SA, Malone M, Croskerry P. Cognitive debiasing strategies for the emergency department. *AEM Educ Train.* 2017; 1(1): 41-2.
- 22) Croskerry P, Singhal G, Mamede S. Cognitive debiasing 2: impediments to and strategies for change. *BMJ Qual Saf.* 2013; 22 Suppl 2(Suppl 2): ii65-ii72.
- 23) Garrubba M, Joseph C. & Melder A. *Best practice to identify and prevent cognitive bias in clinical decision-making: scoping review.* Melbourne: Monash health; 2019.  
Available from: [https://monashhealth.org/wp-content/uploads/2020/03/Cognitive-Bias\\_Scoping-Review\\_2019\\_FINAL.pdf](https://monashhealth.org/wp-content/uploads/2020/03/Cognitive-Bias_Scoping-Review_2019_FINAL.pdf)
- 24) Sotos JG. *Zebra cards: an aid to obscure diagnosis. third printing with minor changes.* Virginia: Mt. Vernon book systems; 2006.
- 25) Campbell RJ. The vocational rehabilitation professional and the electronic health record. *Vocational Evaluation and Career Assessment Professionals Journal.* 2016; 11(2): 9-20.
- 26) Croskerry P, Abbass AA, Wu AW. How doctors feel: affective issues in patients’ safety. *Lancet.* 2008; 372(9645): 1205-6.
- 27) Croskerry P. Diagnostic Failure: A cognitive and affective approach. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI, eds. *Advances in patient safety: from research to implementation* (volume 2: concepts and methodology). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005. p.241-54.
- 28) Seshia SS, Young GB, Makhinson M, Smith PA, Stobart K, Croskerry P. Gating the holes in the Swiss cheese (part I): Expanding professor Reason’s model for patient safety. *J Eval Clin Pract.* 2018; 24(1): 187-97.
- 29) Rosenblum M, Schroeder J, Gino F. Tell it like it is: When politically incorrect language promotes authenticity. *J Pers Soc Psychol.* 2020; 119(1): 75-103.
- 30) 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.
- 31) Goldfried MR, Pachankis JE, Bell AC. A history of psychotherapy integration. In: Norcross JC, Goldfried MR, eds. *Handbook of psychotherapy integration*, 2<sup>nd</sup> ed. NY: Oxford university press; 2005. p.24-60.
- 32) Pelosi AJ, Appleby L. Psychological influences on cancer and ischaemic heart disease. *BMJ.* 1992; 304(6837): 1295-8.
- 33) Pelosi AJ, Appleby L. Personality and fatal diseases. *BMJ.* 1993; 306(6893): 1666-7.
- 34) Pelosi AJ. Personality and fatal diseases: revisiting a scientific scandal. *J Health Psychol.* 2019; 24(4): 421-39.
- 35) Norcross, JC. A primer on psychotherapy integration. In : Norcross JC, Goldfried MR, eds. *Handbook of psychotherapy integration*, 2<sup>nd</sup> ed. NY: Oxford university press; 2005. p.3-23.
- 36) Gold J. Integrative approaches to psychotherapy. In: Hersen M, Sledge W, eds. *Encyclopedia of psychotherapy*, vol 2. NY: Academic press; 2002. p.25-35.
- 37) Jones-Smith E. *Theories of counseling and psychotherapy: an integrative approach.* California: Sage publications; 2012.

- 38) Benito MJ. The fine line between integration or eclecticism and syncretism in new therapists. *Dual Diagn Open Acc.* 2018; 3(3): 8.
- 39) Andersson G. The promise and pitfalls of the internet for cognitive behavioral therapy. *BMC Med.* 2010; 8: 82.
- 40) Webb CA, Derubeis RJ, Barber JP. Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2010; 78(2): 200-11.
- 41) Peterson L, Homer AL, Wonderlich SA. The integrity of independent variables in behavior analysis. *J Appl Behav Anal.* 1982; 15(4): 477-92.
- 42) Milne D, Reiser RP. A rationale for evidence-based clinical supervision. *J Contemp Psychother.* 2012; 42 : 139-49.
- 43) Cox D, Burgess M, Chalder T, Sharpe M, White P, Clark L. Training, supervision and therapists' adherence to manual-based therapy. *Intern J ther Rehab.* 2013; 20(4): 180-6.
- 44) Andony LJ, Erceg-Hurn DM. Centre for Clinical Interventions: integrating clinical practice, research, training, and supervision. *Australian Clinical Psychologist.* 2015; 1(3): 11-3.
- 45) Wampold BE. *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings.* UK: Routledge; 2001.
- 46) Shanteau J. Competence in experts: the role of task characteristics. *Organizational Behavior and Human Decision Processes.* 1992; 53(2): 252-66.
- 47) Tracey TJ, Wampold BE, Lichtenberg JW, Goodyear RK. Expertise in psychotherapy: an elusive goal? *Am Psychol.* 2014; 69(3): 218-29.
- 48) Kluger AN, DeNosi A. The effects of feedback interventions on performance: A historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychological Bulletin.* 1996; 119(2): 254-84.

\* \* \*