

Person-Centered Therapyのエビデンス : Elliott, Watson, Greenberg, Timulak, & Freire (2013) のメタ分析の紹介から

著者	山根 倫也, 小野 真由子, 中田 行重
雑誌名	関西大学心理臨床センター紀要
巻	11
ページ	77-86
発行年	2020-03-15
URL	http://hdl.handle.net/10112/00019924

Person-Centered Therapy のエビデンス

—Elliott, Watson, Greenberg, Timulak, & Freire(2013)のメタ分析の紹介から—

関西大学大学院心理学研究科博士課程後期課程 山根 倫也

関西大学大学院心理学研究科博士課程後期課程 小野真由子

関西大学臨床心理専門職大学院 中田 行重

要約

本論文では、PCT を含む HEP (Humanistic-Experiential Psychotherapies) のメタ分析を行っている Elliott et al. (2013) の論文を紹介し、今後の PCT の課題について若干の考察を述べる。現代の心理療法はエビデンスが重要視され、エビデンスに乏しいとされる PCT は世界的に苦しい立場に追い込まれている。しかし、PCT にはエビデンスが存在するのである。Elliott et al. (2013) は、メタ分析により PCT には CBT と同程度のエビデンスがあることを報告している。加えて、他学派の研究で比較対象となっている支持的療法は、本来の PCT ではないなど、現代のガイドラインの基盤となっているエビデンスに対しても問題を提起している。しかし、PCT の人間観が現在のエビデンスのリサーチ方法と相性が悪いことは確かである。今後、PCT はエビデンス・ベーストとどのように向き合っていけばいいのであろうか。本論文では、今後の PCT の課題として、CBT と同程度の効果を持つと主張するだけでなく、他学派にはない PCT 固有の効果を示すこと、そしてそれを表現するための方法論を構築することを挙げた。また、実証研究を積み重ねるうえで、「何を持って PCT と言うか」ということについて、PCT 内部で明確に定義し、他学派に説明する必要があることを述べた。

キーワード：PCT、HEP、エビデンス・ベースト、メタ分析

I. はじめに

パーソン・センタード・セラピー (Person-Centered Therapy, 以後 PCT) は、心理療法の業界の中で世界的に苦しい立場に追いやられている。特に近年、世界の臨床心理学では「エビデンスにもとづく実践 (evidence-based practice)」の定着と、それに伴い心理療法の重心が「認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy : CBT)」へ移るといふパラダイムシフトが進行しており (丹野, 2015)、PCT はその動きの中で CBT の後塵を拝している。それ

は、PCT は CBT に比べて、エビデンスが十分でない (岡村, 2015) とされているためである。現状のエビデンスのリサーチ方法であるランダム化比較試験 (Randomized Controlled Trial, 以後 RCT) や治療のマニュアル化、クライアント (Client, 以後 CI) の診断カテゴリー化、また生きられた経験の平均値への還元 (岡村, 2015) などのあり方は、PCT の信念と相性が悪いと言える。一方で、医療業界では、エビデンスは患者の個別性に対応できるのか、患者との対話を軽視するリスクがあるのではないかと指摘され、エビデンス・ベーストは決して万能

ではないことが認知されている(谷田, 2007)。しかし、このエビデンス・ベーストの動きは止まらず、海外では保険点数や就職、研究の評価基準、大学の人事などにおいてPCTは大きな不利益を被っている(中田, 2019a)。

日本においても、PCTは世界的な流れと同様に苦しい状況にある。近年、心理臨床の国家資格である公認心理師の資格制度が施行されたが、厚生労働省が管轄する公認心理師の資格制度では診断して治療、という医療モデルが中心にあり、また、医療モデルに相性の良いCBTを心理的援助の中心に置こうとする動きがある(中田, 2019a)。PCTが基盤とする人間観と正反対のモデルやアプローチが国家資格のもとで中心的な位置を占めるようになってきているために、PCTの危機がより鮮明になっている。公認心理師制度が始まる以前から既に中田(2014)は、日本のPCTの危機感を問題意識としてPCTの研究/実践者が取り組むべき課題を8つ提示した。しかし、公認心理師制度が始まったことで、それだけでは済まなくなっているように思われる。例えば、飯長(2019)は日本の心理臨床は従来以上に効率が要求されるかもしれない、と指摘している。このようなPCTの人間観と反対の状況に囲まれた新しい時代の中で、PCTの研究/実践者はPCTが生き残るために何をすべきかを探索し、実行していかなければならない。

その効率に関して、日本ではPCTの実証研究があまりにもされていない。実証研究は、エビデンス・ベースト・アプローチという視点において非常に重要な意義を持つ。その意味で、実証研究は日本のPCTの課題一つであると言える。ところで、海外では、PCTのメタ分析がいくつか行われている。メタ分析とは、実証研究において最もエビデンスの強さのレベルが強い分析である(津谷, 1998)。メタ分析は、研究論文をレビューあるいは調査する方法であり、個別の研究では被験者個人から得られたデータを分析するが、メタ分析では個々の研究が「被験者」となる(Grimm & Yarnold, 1994/2016)。

つまり、多くの研究結果を統計的に統合し、全体としての結論を出そうとするものである(津谷, 1998)。海外のPCTのメタ分析は日本でも一部邦訳されており(例えば、Cooper, 2008/2012: 岡村, 2010; 2015; 2017: 中田, 2019a)、PCTのエビデンスが提示されている。そこで本論文では、海外のPCTのメタ分析のうち、より最新で情報が多く含まれるElliott et al. (2013)の論文の中から、量的研究に関する章を紹介し、PCTのエビデンスのあり方について若干の考察を述べる。またElliott et al. (2013)には、量的研究の他に質的研究に関するレビューも記載されているので、原著論文も併せて確認されたい。

II. Research on humanistic-experiential psychotherapies(Elliott et al, 2013)の要約

Elliottらのメタ分析では、2008年までの195篇のHEPに関する研究がメタ分析の対象とされた。治療前後の効果量の比較に関しては、186篇の研究からn=199(CI14206名)のサンプルが含まれていた。また、待機もしくは無治療条件の統制群と治療群の比較に関しては、59篇の研究からn=62(統制群1988名、治療群2149名)のサンプルが含まれ、そのうち31篇の研究はRCTであった。さらに、HEPと他療法との比較に関しては、100篇の研究から135の比較、n=108(HEP群6271名、非HEP群7214名)のサンプルが含まれ、そのうち82篇の研究はRCTであった。また、セラピーの平均期間は20セッション($sd=240$, $range=5-124$)で、研究におけるCIの平均数は70名($sd=240$, $range=5-2742$)であった。

Elliottらはまず、ヒューマニスティック・体験的心理療法(Humanistic-Experiential Psychotherapies, 以後HEP)を6つのクラスターに分類している。(1)純正(pure)なPCT(n=74)、(2)いわゆる支持療法ないし非指示療法(n=33)、(3)情動焦点化療法(emotion-focused therapies: EFT)(34)、(4)実存指向支持-表出集団療

法 (n=10)、その他 (ゲシュタルト療法、サイコドラマ、フォーカシング指向心理療法、エンカウンター、統合療法を含む) (n=43)、(6)HEP と投薬や助言指導を混合したもの (n=5)。また、純正な PCT の定義について、Elliott et al. (2013) では述べられていないが、他のクラスターを見るに、いわゆる技法を使わず、中核3条件に基づいた対話による PCT を指していると考えられる。

また、標準化された治療前後の差 (d) は、標準的な推定手順 (Smith, Glass, & Miller, 1980) および D/STAT (Johnson, 1989) に基づいた効果量 (effect size : ES) の計算に使用された。効果量は、使用された各アウトカムの尺度の各サブスケールについて計算された。さらに、3つのアセスメント・ピリオド (治療直後、1年未満のフォローアップ、1年以上のフォローアップ) について、各ピリオドのサブスケール全体の平均値が算出された。また、各研究の治療前後の全体的な効果量として、3つのアセスメント・ピリオドの平均値が算出された。加えて、全体の効果のより正確な推定値を得るために、これらの効果量にサンプルサイズに基づく重みづけ (Hunter & Schmidt, 1990) の標準補正が適用された。また、HEP 群と、統制群もしくは他療法の比較については、各群の前後の効果量の平均値を比較し、HEP 群がより大きな変化を示した場合に正の値を示すように計算された。

(1) HEP の治療前後の変化

Table1 (Elliott et al., 2013 : Table13.1) に HEP の治療前後の効果量と、統制群および他療法群との比較の結果を示す。HEP における 199 の治療サンプル全体の重みづけされていない治療前後の効果量 (d) は .96 だった。これは Cohen (1988) が示した効果量の基準における「大きい効果量」の 0.8 を超えている。また、1年未満のフォローアップ ($d=1.05$)、1年以上のフォローアップ ($d=1.11$) とともに大きな効果量であり、治療後の期間にわたって治療直後

の効果 ($d=.95$) が維持または増加したことを示している。

治療前後の効果量だけでは、HEP が治療しないことよりも効果があるか判断できないため、HEP 群と待機もしくは無治療条件の統制群の効果量を比較した。結果、重みづけなしの効果量は .81 と大きい効果量で、HEP の治療前後の効果量の .96 と僅かにしか変わらなかった。また、統制群の効果量は .19 であり、HEP の 5 分の 1 程度であった。さらに、RCT の研究のみで分析した場合、重みづけなしと重みづけありの効果量で同じ結果が保持された。これらの結果から、3つの結論を導き出すことができる。(1)HEP と CI の変化には強い因果関係がある。(2)統制群と比較された効果量の差は、HEP の治療前後の効果量と非常に一貫しており、HEP における CI の治療前後の変化は約 80% が治療に起因する可能性があることを示唆する。(3)これらの結果は RCT であるかどうかに関係なく保持されるため、RCT でない研究の内的妥当性を支持している。

Table1 HEP と、統制群および他療法群との治療前後の全体的効果量の変化の比較

*Elliott et al. (2013) : Table13.1 を改編

	<i>n</i>	<i>ES</i>	<i>sd</i>
HEP の治療前後の効果量			
治療直後	181	.95	.61
1年未満のフォローアップ	77	1.05	.65
1年以上のフォローアップ	52	1.11	.68
全体 (重みづけなし)	199	.96	.61
全体 (重みづけあり)	199	.93	.64
統制群との比較			
統制群の変化量	53	.19	.32
平均値の差 (重みづけなし)	62	.81	.62
RCT の平均値の差 (重みづけなし)	31	.81	.68
平均値の差 (重みづけあり)	62	.76	.66
RCT の平均値の差 (重みづけあり)	31	.76	.66
他療法との比較			
他療法の変化量	124	1.02	.69
平均値の差 (重みづけなし)	135	-.02	.53
RCT の平均値の差 (重みづけなし)	113	-.02	.53
平均値の差 (重みづけあり)	135	.01	.53
RCT の平均値の差 (重みづけあり)	113	-.01	.53

上記の結果は印象的ではあるが、治療前後の効果の大きさの分析は、他療法との比較による HEP の有効性の問題を扱っていない。そこで、HEP と他療法の比較に関する 135 の研究の分析を行った。その結果、重みづけなしの効果量の差は $-.02$ であり、全体的な差がないことを示した。また、重みづけありの効果量は、同等であるが中程度の異なる結果を示した ($dw=.01$ [$-.05, .07$])。さらに、113 の RCT の研究のみで分析した場合、ほぼ同等の結果が得られた。

(2) HEP と他療法の治療効果の比較

次に、HEP と HEP 以外の治療効果が統計的に同等であるかどうかの検討を行った。結果を Table2 (Elliott et al., 2013 : Table13.2) に示す。本分析では、効果量の差の 95% 信頼区間において $\pm .1sd$ 以内 ($-.01$ より大きく、 $.1$ より小さい) の場合は「同等」、 $\pm .2sd$ 以内 ($-.2$ から $-.1$ 、もしくは $.1$ から $.2$) の場合は「僅かに悪い (良い)」、 $\pm .4sd$ 以内 ($-.4$ から $-.2$ 、もしくは $.2$ から $.4$) は「曖昧 Equivocal に悪い (良い)」、 $\pm .4$ 以上は「臨床的に悪い (良い)」という基準を採用した。Table2 の結果から、HEP は他療法と同等の効果があることが示された。この結果は Elliott et al. (2004) と一貫しており、安定した結果であると言える。

重要な論争の中心は、HEP が認知行動療法 (CBT) より治療効果が劣るという広く保持されている憶測についてである。上記の分析では、他療法に CBT 以外も含んでおり、したがって CBT の効果は他の種類の治療 (通常の治療や精神力動、また統合的な治療) を含めることにより軽減されたと考えることができる。そこで、76 のサンプルによる HEP と CBT の比較および 59 のサンプルによる HEP と CBT 以外のセラピーの比較を行った。その結果、HEP と CBT 以外のセラピーの効果量の差は $.17$ と、臨床的に僅かな差であることが示された。一方、HEP と CBT の比較では、 $-.13$ と統計的に有意な差があり CBT が支持された。個々の Th がガイ

ドとして役立つには僅かな差であったが、疫学的観点から考えた場合、有意義であると考えられた。また、113 の RCT の研究のみで分析した場合、これらの結果が保持されるか確認したところ、結果はほぼ同じであった。しかし、実践家や政策立案者にとって非常に重要なことは、研究者バイアスを統計的に制御することで、示されている小さな差が減少されるという事実である。そこで、研究者の忠誠心によるバイアスを制御する追加の分析を実行したところ、これらの統計的に有意であるが、些細であった治療効果の差は消失した。したがって、これらの結果は、HEP の有効性が CBT と実際のおよび統計的に同等であることが判明したという主張を裏付けている。

Table2 HEP と HEP 以外の治療効果の比較

*Elliott et al. (2013) : Table13.2 を改編

	<i>n</i>	<i>dw</i>	<i>SE</i>	<i>Result</i>
全データセット				
HEP vs HEP 以外	135	.01[$-.05, .07$]	.03	同等
HEP vs CBT	76	$-.13$ [$-.21, -.06$] ($-.03$ [$-.11, .05$])*	.04	僅かに悪い (同等)
HEP vs CBT 以外のセラピー	59	.17[$.08, .27$] ($.06$ [$-.04, .16$])*	.05	僅かに良い (同等)
RCT のみ				
HEP vs HEP 以外	113	$-.01$ [$-.09, .07$]	.04	同等
HEP vs CBT	65	$-.14$ [$-.24, -.05$] ($-.02$ [$-.11, .08$])*	.05	僅かに悪い (同等)
HEP vs CBT 以外のセラピー	48	.15[$.04, .27$] ($.04$ [$-.08, .17$])*	.06	僅かに良い (同等)

dw : 重みづけされた効果量 [] は 95% 信頼区間

*研究者の忠誠心によるバイアスを制御した値

さらに、CBT が HEP よりも統計的に有意であるがその差が僅かであるということをより理解するために、PCT、支持的療法、EFT およびその他の HEP の、少なくとも 2 つの比較研究が行われた 4 種類の HEP と CBT の比較を行った。結果を Table3 (Elliott et al., 2013 : Table13.3) に示す。分析の結果、(1) 支持的療法は CBT と比較し、効果が曖昧であることが示された。し

かし、これらの値はやや一貫性がなく、グループ内でさらに検討が必要であると考えられる。支持的療法に関するさらなる調査で明らかになったことは、特にアメリカのCBT研究者によって一般的に使用される支持的療法はPCE療法とは言い難いものであるということである。事実、研究者バイアスが制御された場合、重みづけの効果は-.01[-.16, .13]に低下するのである。(2)HEPの支持的なサブグループにより、CBTの小さな有意が生まれているようである。支持的療法を削除した場合、全サンプル(n=39, ES=-.06)やRCTのみの研究(n=30, ES=-.03)において比較的一貫して同等の結果であった。(3)PCTは、研究者バイアスを制御しなくても、17篇のRCTを含む22篇の研究で、それぞれ-.06と0.1の効果量を示しており、一貫して、実際のおよび統計的にCBTと同等であるようであった。(4)6篇の研究(うちRCTは5篇)のみ

に基づいているが、EFTはCBTより臨床的に有意であり、効果量は.53(RCTの場合は.51)であった。しかし、研究者バイアスを制御することで、重みづけありの効果量は21[-.19, .61]となり、曖昧な効果に減少した。(5)その他のHEPはCBTよりも僅かに悪く、RCTのみの研究の場合は同等であった。

(3) 問題 / 疾患別の治療効果の比較

問題または疾患を示している特定のCIについてのHEPの調査は、過去20年間にわたって盛んに行われている。一般的に行われている6つのタイプの問題 / 疾患(うつ病、人間関係の問題、HIVや癌など慢性的な医学的問題、摂食障害などの習慣的な自傷行為、精神病、不安)に関して3つのエビデンス(治療前後、統制群との比較、HEP以外の治療との比較)をTable4(Elliott et al., 2013: Table13.4)に示す。

Table3 HEPと各クラスターとCBTの比較

*Elliott et al. (2013): Table13.3を改編

	n	dw	SE	Result
PCT vs CBT	22 (17)	-.06[-.11, -.01] (-.10[-.23, -.02])	.02 (.06)	同等 (僅かに悪い)
支持的療法 vs CBT	37 (35)	-.27[-.41, -.13] (-.25[-.40, -.11])	.07	曖昧に悪い
EFT vs CBT	6 (5)	.53[.13, .93] (.51[.06, .97])	.20 (.23)	臨床的に良い
その他のHEP vs CBT	10 (7)	-.17[-.37, .03] (-.06[-.30, .18])	.10 (.12)	僅かに悪い (同等)

() はランダム化された研究の分析結果を示す。

Table4 問題 / 疾患別の治療の効果量

*Elliott et al. (2013): Table13.4を改編

	治療前後のES		統制群とのESの差		HEP以外とのESの差	
	n	dw ± 95CI	n	dw ± 95CI	n	dw ± 95CI
うつ病	34	1.23 ± .23* (+)	8	.43 ± .36* (=)	37	-.02 ± .15 (=)
人間関係/トラウマ	23	1.27 ± .21* (+)	11	1.39 ± .40* (+)	15	.34 ± .27* (+)
不安	20	.94 ± .22* (=)	4	.50 ± .34* (=)	19	-.39 ± .16* (-)
医学/身体的問題	25	.57 ± .27* (-)	6	.52 ± .34* (=)	24	-.00 ± .11 (=)
精神病	6	1.08 ± .17* (=)	-	-	6	.39 ± .29* (+)
習慣的問題	13	.65 ± .26* (-)	2	.55 ± .39* (=)	10	.07 ± .23 (=)
全サンプル(基準値)	201	.93 ± .08*	62	.76 ± .12*	135	.01 ± .06

*ES=0に対する帰無仮説検定において、p < .05を示す。

全サンプルとの比較において、(=)は信頼区間に基準値が含まれること、(+)は信頼区間が基準値を超えていること、(-)は信頼区間が基準値を下回っていることを示す。

まず、うつ病に関する結果について、治療前後の効果量と統制群との比較において強力なエビデンスが示されている。治療前後の効果量が計算できる27篇の研究における34のサンプル(CI1287名)には、PCT(10篇)、支持的療法(9篇)、EFT(8篇)が含まれていた。これら34サンプルの重みづけありの効果量は大きかった($dw=1.23[1.00, 1.45]$)。一方で、統制群との比較においては、中程度でやや弱い統計的に有意な効果量を示した($dw=.42[.06, .78]$)。また、主にCBTが含まれるHEP以外の治療群との比較においては、同程度の結果が得られた($dw=-.02[-.16, .13]$)。

次に、人間関係の問題に関する結果について、HEPは6つのタイプの問題/疾患の中で、人間関係の問題を示しているCIに最も一貫して効果的であるようである。メタ分析の対象とされた研究には、カップル療法(10篇)、一般的な人間関係の問題(6篇)、個別またはカップルにおける特定の感情的傷つきの問題(5篇)、心的外傷後の困難もしくは正式に診断されたPTSD(3篇)が含まれていた。治療前後の効果量は大きかったが、グループ内でかなりばらつきがあった($dw=1.27[.96, 1.58]$)。統制群との比較においては、非常に大きな効果量を示し、統計的に有意であった($dw=1.39[.99, 1.79]$)。また、主にCBTもしくは心理教育的介入が含まれるHEP以外の治療群との比較においては、全体的な重みづけの効果は中程度に不均一であったが、人間関係の問題においてHEPの優位性が示された($dw=.34[.07, .62]$)。

また、不安に関する結果について、一般的にはパニック障害/広場恐怖症または不安障害を伴う支持的療法の適用は、うつ病の場合よりはるかに複雑ではあるが、治療前後の効果と統制群との比較において強力なエビデンスが示されている。治療前後の効果量が計算できる19篇の研究における20のサンプル(CI305名)には、支持的療法(8篇)、PCT(6篇)および他のHEP(5篇)が含まれていた。また、不安障

害の研究には、パニック障害/広場恐怖症(6サンプル)、全般性不安障害(6サンプル)、恐怖症(6サンプル)、混合性不安(2サンプル)が含まれていた。治療前後の効果量は $.94[.73, 1.16]$ であり、全サンプルの基準値に近かった。統制群との比較においては、4サンプルのみで、効果量は統計的に有意であったが、基準値より小さかった。また、HEP以外の治療との比較において、HEPは6つのタイプの問題/疾患の中で、最も不安の問題に不十分で、効果量は $-.39[-.55, -.23]$ であり、一貫してHEP以外の治療(主にCBT)を支持していることが示された。

さらに、HIVや癌など医学的、身体的問題に関する結果について、最も一般的なHEPの形式は、支持的-表出集団療法および実存的-体験的心理療法だった。医学的な状態については、癌(初期/寛解、後期/転移)、自己免疫疾患、胃腸の問題(IBS、大腸炎、クローン病)、HIV陽性、腰痛や頭痛など痛みに関する問題、その他(腎臓、心臓、睡眠障害など)が含まれていた。治療前後の効果量は、中程度の大きさであったが、一貫性に乏しかった($dw=.57[.30, .84]$)。統制群との比較においては、比較的一貫した中程度の効果量を示したが($dw=.52[.19, .86]$)、早期/寛解の癌については統計的に有意でなかった。また、HEP以外の治療との比較においては、非常に一貫性のある同程度の結果だった($dw=-.00[-.11, .10]$)。さらに、医学的な状態によって効果に明確な違いがあり、進行癌に対して最も大きな効果があった($dw=.28[.10, .47]$)。しかし、最近の研究においてHEPに関する少なくとも20篇以上の研究が発表されており、これらの追加研究が医学的な状態に対するHEPの効果についてなされる結論を修正する可能性が高いため、留意する必要がある。

そして、精神病に関する結果について、統合失調症を含む精神病と診断されたCIに対するHEPの使用については、特にイギリスで議論的になっている。イギリスにおいて、NICE(National Institute for Health and Care Ex-

cellence 国立医療技術評価機構) 2010 のガイドラインにより、統合失調症に対して PCT は推奨されないと示されたが、今回のメタ分析の結果によると、治療前後の効果量は 1.08[.51, 1.65]であり、また HEP 以外の治療との比較においては、効果量の大きさは 0.39[.10, .67]で HEP が支持される結果となった。これは精神病の診断を有する CI に対する HEP の有効性を支持する一貫した効果量であり、NICE でレビューされた研究の結果とは対照的であった。おそらく、ここで最も安全な結論は、上記のエビデンスに基づいて HEP は有効であるということである。言い換えるなら、HEP と CBT の両方のさらなる開発とアウトカムに関する研究が必要であるということである。

最後に、摂食障害などの習慣的な自傷行為に関する結果について、治療前後の効果量は .65 [.39, .90]だった。また、薬物乱用に関する統制群との比較研究が2篇あり、効果量 .55 [.17, .93] が示された。さらに、主に CBT が含まれる HEP 以外の治療との比較において、効果量は .07 [-.15, .30]であり、習慣の問題に対する HEP と HEP 以外の治療の有効性は同等であることが示された。また、HEP はアルコールや薬物に関する治療に有効であり、現時点において摂食障害に関するエビデンスは曖昧であることが示唆された。

(4) 結論

各国における HEP の挑戦を支援するため、現在のメンタルヘルス政策は、急速に拡大する蓄積されたセラピーのアウトカムに関する情報の継続的な収集、統合、および普及が急務となっている。HEP のアウトカムに関する研究は急速に発展しており、この 10 年で既存の半数に及ぶ研究が発表されている。これらの分析は、各国のガイドライン開発グループ (American Psychological Association ; APA や NICE など) によって提示された基準の暗黙の要求に応えることに大いに役立つと我々は信じている。

ここでレビューされた研究は、科学のおよび実践的に重要な意味を持っている。HEP は RCT や RCT に相当するプラクティス・ベースト (practice-based) を含む複数のエビデンスによって支持されているということ、現在のアウトカムのデータは裏付けている。これらの一連の研究は、例えばイギリスの NICE ガイドラインやアメリカの経験的に支持されている治療のリストなど、各国の経験的に支持された、もしくはエビデンス・ベーストであるとされる心理療法のリストを更新する必要があるということを示唆している。HEP は、国民健康サービスやその他のメンタルヘルスの環境で CI に提供されるべきであり、特にエビデンスが認められる問題 / 疾患の CI においては、健康保険によって支払われるべきである。

また、HEP の伝統に携わる者にとって、RCT を含む量的研究を恐れる必要はないのである。当然ながら、全ての研究方法と同様に、RCT には多くの問題と限界がある。しかし、もし我々が量的研究全般、特に RCT に対して反対することを原則として主張する場合、我々の実践の肝となる部分が取り除かれたものが、我々の現実の実践として、他者に定義される状況をつくることになる。そのため、ヒューマニスティック・体験的心理療法のセラピスト (Therapist, 以後 Th) として、自分たちで RCT を含む効果研究を行うことが必須である。また、より多くの HEP の研究者を訓練することも不可欠である。

さらに、研究だけでは十分ではないようである。各国の治療ガイドラインの開発は、ますます政治的になり、強力な利益団体がエビデンスのレビューを担当する委員会を支配している。エビデンスから実践を推測する場合、研究者およびレビューアの思い入れバイアスを考慮する必要がある。すなわち、研究のエビデンスをレビューするガイドライン開発の委員会が、多様なバイアスを持ち、研究者のバランスが取れている場合のみ、有効かつ公正なガイドラインが作成できるということである。HEP は、適切な

説明のために、ガイドライン開発機構にプレッシャーをかける必要があるかもしれない。

Ⅲ. 若干の考察

(1) PCT とエビデンス・ベースト

Elliott et al. (2013) の論文で示されていることは、PCT を含む HEP には明確なエビデンスがあり、さらにそれは、現代の臨床心理学を席卷している CBT と同程度の効果量であるということである。PCT は、CI の実現傾向 (Rogers, 1977/2001) の信頼、また、“何が傷ついているか、どの方向に進むべきか、どの問題が重要か、どんな経験が深く隠されているか、それを知っているのは CI 自身である (Rogers, 1967/2005)” という、他の心理療法とは異なる臨床観を基盤としている。現代の心理臨床では、アセスメントして介入という、医療における診断して治療と同型の枠組みが広がっており、その風潮の中で診断無用論や Th と CI の対等性の重視という PCT の特徴は異端であり (中田, 2019b)、基準作成者らが推進している構造化された短期の行動療法ないし CBT に有利な基準 (岡村, 2015) とも言われる、現代のエビデンス・ベーストのガイドラインとは相性が悪いかもしれない。しかし、他の心理療法と同じ土俵に乗せた場合でも、PCT には同等以上の効果があるということを示した Elliott et al. (2013) の論文は、実践的にも政治的にも重要な知見であると言える。

しかし、PCT の信念と現状のエビデンスのリサーチ方法が合わないために、PCT が世界的に窮地に立たされていることも事実である。またアウトカムの設定についても、PCT の場合はその CI の変化の仕方に、いわゆる治療や CBT とは異なる人格の建設的な変化も含まれている (中田, 2019a)。本論文で紹介した Elliott et al. (2013) における量的研究のメタ分析で示されているアウトカムだけでは、PCT の効果の全てを表すことはできないのである。一方で、他療法の 1 つである精神分析の学派では、藤山

(2018) が以下のように述べている。“精神分析はいわゆる実証主義の考え方とはある距離があります。非常に主観的な体験を相手にして何かをしていこうとしています。…(中略)…この主観的体験というものは本質的には絶対に実証主義的に扱えないというふうに考えています。精神分析はエビデンス・ベーストではないんです。”藤山 (2018) のように、PCT もエビデンス・ベーストの考え方と距離を置き、独自の路線を進むことも選択肢の 1 つだろう。しかし、それではいずれ現代の風潮に PCT が淘汰されてしまうという危機感を拭うことはできない。では、今後 PCT はエビデンス・ベーストとどのように向き合っていけばいいのだろうか。

Murphy (2019) は、NICE ガイドラインに、プラクティス・ベースト・エビデンス (practice based evidence : PBE) や質的研究によるエビデンスを含めることを提案している。RCT では、要因の因果関係の解明のため、その他の複雑で多様な要因は制御されるが、PBE では、RCT のように過度に構造化されたデータではなく、日常の体系的なデータを扱う。これは、人間が複雑であり、単一の因果関係のモデルには容易に当てはまらないということを尊重する方法である。また、Elliott et al. (2018) は、メタ分析だけでなく、CI 自身が役に立つと感じるものに関する質的研究や、セッション中の談話分析などを含む、変化プロセスの研究方法の組み合わせによる統合された因果推論のフレームワークが必要であると述べている。さらに、Purton (2004/2006) は、実証研究では CI の力についての言及が不十分であり、Th と CI の治療的相互作用関係における CI 側の考察が必要であると述べている。これらの主張に示されているように、今後は“CBT と同じ効果を持つ”と唱えるだけでは不十分 (中田, 2019a) であり、他学派にはない PCT 固有の効果を示すこと、そしてそれを表現する方法論を構築することが PCT の課題と言えるだろう。

(2) 結語

Elliott et al. (2013) が指摘しているように、他学派で行われる実証研究における PCT は、本来の PCT ではないようである。しかし、他学派に対して PCT が具体的にどのようなものかを示そうとすると、たちまち困難な問題にぶつかる (中田, 2019b)。PCT 固有の効果を示すことに加え、何を持って PCT と言うかということについて PCT の研究 / 実践者が明確に定義しなければ、有意義な実証研究を積み重ねることは難しいだろう。また、PCT 固有の効果を示すうえでも、PCT 固有の効果尺度を作成すると同時に、質問紙尺度では測りきれない部分を明確にし、それを表現するための方法論を多角的に模索する必要がある。

今後、エビデンス・ベーストを中心とする現代の心理業界の中で PCT を残していくためには、まず PCT 内部で固有の定義や表現方法を議論し、それを他学派に説明していかなくてはならないだろう。

文 献

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences 2nd edition*, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cooper, M. (2008). *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy*, SAGE Publications Ltd. 清水幹夫・末武康弘 (訳) (2012) エビデンスにもとづくカウンセリング効果の研究—クライアントにとって何が最も役に立つのか—, 岩崎学術出版社.
- Elliott, R., Greenberg, L. S. & Lietaer, G. (2004). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In Lambert, M. J. (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change 5th edition*, 493-540, New York: Wiley.
- Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L. S., Timulak, L. & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In Lambert, M. J. (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change 6th edition*, 495-538, New York: Wiley.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399-410.
- 藤山直樹 (2018) 集中講義・精神分析上—精神分析とは何か フロイトの仕事—, 岩崎学術出版.
- Grimm, L. S. & Yarnold, P. R. (1994). *Reading and Understanding Multivariate Statistics*, American Psychological Association. 小杉考司 (訳) (2016) 研究論文を読み解くための多変量解析入門基礎篇—重回帰分析からメタ分析まで—, 北大路書房.
- Hunter, J. E. & Schmidt, F. L. (1990). *Methods of meta-analysis*, Newbury Park, SAGE: CA.
- 飯長喜一郎 (2019) まえがき, 飯長喜一郎・園田雅代 (編), 私とパーソンセンタード・アプローチ, 新曜社, i-iv.
- Johnson, B. T. (1989). *D/STAT: Software for the meta-analytic review of research literatures*, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Murphy, D. (2019) *Person-Centred Experiential Counselling for Depression 2nd edition*, SAGE Publications Ltd.
- 中田行重 (2014) わが国におけるパーソン・センタード・セラピーの課題, 心理臨床学研究, 35(5), 567-576.
- 中田行重 (2019a) パーソン・センタード・セラピーの現状と効果研究について—海外の状況から考える—, 関西大学心理臨床センター紀要, 10, 75-84.
- 中田行重 (2019b) 医療モデルの心理療法にはない PCT の意義—Hawkins による被虐待児に関する論考の紹介—, 関西大学心理臨床センター紀要, 10, 85-91.
- 岡村達也 (2010) あとがき, 岡村達也・小林孝雄・菅村玄二 (編), *カウンセリングのエチュード*

—反射・共感・構成主義—, 遠見書房, 235-239.

岡村達也(2015) リサーチ・エビデンスから見たパーソン中心療法, 村瀬孝雄・村瀬嘉代子(編), 全訂ロジャーズ—クライアント中心療法の現在—, 日本評論社, 101-114.

岡村達也(2017) パーソンセンタード・セラピーのエビデンス—PCCには効果がない?—, 坂中正義(編), 傾聴の心理学—PCAをまなぶ—, 創元社, 78.

Purton, C. (2004). *Person-centered therapy—the focusing-oriented approach*—, Palgrave Macmillan. 日笠摩子(訳)(2006) パーソン・センタード・セラピー—フォーカシング指向の観点から—, 金剛出版.

Rogers, C. R. (1977). *Carl Rogers on Personal Power*, New York: Delacorte. カーシャンバウム, H/ヘンダーソン, V. L. (編), 伊東博・村山正治(訳)(2001) ロジャーズ選集—カウ

セラーなら読んでおきたい厳選33論文—(下), 誠信書房.

Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person—A Therapist's View of Psychotherapy*—, Constable & Company Ltd. 諸富祥彦・末武康弘・保坂亨(訳)(2005) ロジャーズが語る自己実現の道, 岩崎学術出版.

Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1988). *The benefits of psychotherapy*, Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

谷田憲俊(2007) EBMとNBM, 山口医学, 56(6), 189-191.

津谷喜一郎(1998) 集団に効くことと個人に効くこと—「効き目」のコミュニケーション—, 日本東洋医学雑誌, 48(5), 569-598.

丹野義彦(2015) エビデンスにもとづく臨床心理学, 丹野義彦・石垣琢磨・毛利伊吹・佐々木淳・杉山明子(編), 臨床心理学, 有斐閣, 25-45.