

我が国における「エビデンスに基づく心理学的実践」の 普及に向けて^{1,2} —アクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT) の セラピストをどのように養成していくべきか—

Toward disseminate of evidence-based practice in psychology (EBPP) in Japan:
How to train therapists of acceptance and commitment therapy (ACT)

三田村 仰³ 武藤 崇⁴

Takashi MITAMURA Takashi MUTO

要 約

本稿の目的は、わが国での「エビデンスに基づく心理学的実践 (evidence-based practice in psychology : EBPP)」の普及を目指し、英国や米国を中心に、どういった問題意識の基に、実証に基づく心理学的実践という考え方が生まれたのかについてその概要を示すことであった。また、その中で、わが国における EBPP の普及を目指しておこなわれたアクセプタンス&コミットメント・セラピーのセラピスト養成プログラムの実践を紹介し、わが国での EBPP の普及の課題と展望を論じた。

キーワード：エビデンスに基づく心理学的実践，アクセプタンス&コミットメント・セラピー，セラピスト養成

はじめに

「エビデンス (evidence)」とは、しばしば「実証」, 「(科学的) 根拠」などと訳される。本稿

においてはエビデンスを、その量と質双方の高さが勘案され、ユーザーの意思決定に役立つことを志向した「情報」(津谷・内田, 2005)、もしくは、臨床判断においてその選択に根拠を与える一般性をもった「情報」(斎藤, 2012a)として捉える。

わが国では、エビデンスに基づく臨床心理学という考え方が紹介されて久しく(丹野, 2001)、こうしたエビデンスに関連した科学と心理学的実践との関係性について多くの議論がなされてきた (e.g., 下山, 2004)。エビデンスに支えられた心理学的介入法の筆頭である認知行動療法は2010年度より診療報酬の対象となった(大野,

¹ 本論文のワークショップに関する箇所は、ACBS Annual World Conference Xでの発表に加筆修正したものである。

² 本論文の執筆に当たり、富山大学保健管理センターの斎藤清二先生よりEBPPに関する重要な示唆をいただきました。心より感謝申し上げます。

³ 同志社大学心理臨床センター (Doshisha University Center for Clinical Psychology)

⁴ 同志社大学心理学部 (Faculty of Psychology, Doshisha University)

2011)。現在, わが国でも認知行動療法が実践できる支援者を養成しようという動きがあるが(藤澤・菊池・佐渡・中川・大野, 2010), エビデンスに基づいた心理学的実践を促進する試みは, この考えの進んでいる英国や米国においても平坦に発展してきたものではない。

本稿の目的は, わが国での「エビデンスに基づく心理学的実践 (evidence-based practice in psychology : EBPP)」の普及を目指し, 英国や米国を中心に, どういった問題意識の基に EBPP という考え方が生まれたのかについてその概要を示すことであった。また, その中で, わが国における EBPP の普及を目指しておこなわれたアクセプタンス&コミットメント・セラピーのセラピスト養成プログラムの実践を紹介し, わが国での EBPP の普及の課題と展望を論じることであった。

エビデンスに基づく心理学的実践

科学者-実践家モデル

(the Scientist-Practitioner model)

「臨床心理学 (clinical psychology)」という言葉を最初に提唱したとされる Lightner Witmer は, 1896年に心理学クリニックを開設し, 科学と実践が不可分であることを主張した。さらに「臨床心理学は, 哲学的思索に由来する心理学的・教育学的原理への異議申立てであり, 実験室の結果を教室の子どもたちに直接に適用しようとする心理学への異議申立てである」(サトウ・高砂, 2003, p.87) という彼の言葉からは, 臨床心理学が科学であると同時に, 現場を尊重した実践的なものであることを強調していたことがわかる。

科学と実践の統合を強調する流れはその後の臨床心理学においても引き継がれ, 1947年, David Shakow が座長を務めるなか APA は, 心理学者の養成にあたっては科学者と専門家双方のトレーニングをおこなうべきとの提言を政策に掲げた (Shakow Hilgard, Kelly, Luckey, Sanford, & Shaffer, 1947)。そして同年, 科

学と実践の橋渡しを目指した F. C. Thorne (1947) による “Clinical Method in Science” という論文において, 心理学の実践における「科学者-実践家」という発想がより具体的なものとなったのである (Hayes, Barlow, & Nelson-Gray, 1999)。

そして今日わが国でも知られつつある「科学者-実践家モデル (the Scientist-Practitioner Model)」という大学院教育のモデルが, 1949年, コロラド州ボルダーでの会議で生まれた。今日この教育モデルは, その発祥の地にちなんで「ボルダー・モデル」とも呼ばれている。ボルダーでの会議は APA (American Psychological Association : 米国心理学会) と NIMH (National Institute of Mental Health : 米国国立精神衛生研究所) の後援により2週間の長きに亘り開催された。

科学者-実践家モデルにおいては, その理想として, 実践家は1) 消費者 (研究センターから提供される新たな知見を利用する), 2) 評価者 (自らが利用した知見の有用性を評価する), 3) 研究者 (自らの実践から得た知見を科学のコミュニティに提供する) という3つの役割を統合的に担うことが期待される。またそうした実践家を育てるために, 以下のような大学院養成プログラムが推奨されることとなった。すなわち, 1) 基礎心理学諸分野の教育, 2) 臨床心理学の専門教育と臨床実習, 3) リサーチに必要な実験計画法やデータ解析の知識養成, 4) 1年間の臨床心理インターンシップ, 5) 博士号 (Ph.D.) 学位論文の提出を必須とした総合専門教育プログラムである (松見, 2001)。米国ではこのボルダー・モデルに基づく大学院教育が APA による認定制度によって広がり, 半世紀以上に亘り主流となっている (松見, 2001)。

米国でのこうした動きの背景にはマネジドケアという医療費コストを抑えようという政策の存在が大きく関わっており, サービスを提供する側の「説明責任 (accountability)」がますます重要になってきている (Hayes et al., 1999)。少なくともわが国も心理学的介入の説

明責任が高まっているという点は共通している（金沢，2001）。その後も大学院教育モデルに関する会議は約2年おきに繰り返し開催され、科学と実践の統合を巡る議題が引き続き話し合われていった（Hayes et al., 1999）。

心理学的介入と科学

科学者－実践家モデルの提唱と並行して、心理学的介入に関しては、古くから科学と実践の統合の必要性が主張されてきた。1952年、Eysenck（1952）は当時一般的だった精神療法が実際のところは効果がないとの主張をデータを提示しながらおこなった。この出来事を皮切りに心理学的介入法の効果について、より客観的に検討する必要性の認識が高まった。

さまざまな心理学的介入法のなかでも、特に行動療法は学習理論を背景に、その介入のメカニズムと介入効果を実験的に示すことに熱心であった。1966年には、それまで効果が十分に実証されていなかった系統的脱感作（Wolpe, 1958）について、Paul が無作為割り付け比較試験を自らの博士論文のなかでおこなってみせている（Paul & Shannon, 1966）。またこの頃 *Journal of Applied Behavior Analysis* 誌（Baer, Wolf, & Risley, 1968）などの学術雑誌が創刊し、社会的に重要性のある行動を変容させるための実証的で実践的な研究成果が蓄積されていく。

しかし、すべての実践家がこの科学と実践の統合という理論モデルに満足していたわけではない。1955年には Shapiro が実験的手法を応用したアセスメント技法を開発したものの、この方法は現場に普及しなかった（Bruck & Bond, 1998）。実践現場では必ずしも科学的な知見が活用されることはなかったのである（Barlow, 1981）。Meyer & Chesser（1970）は、実験研究に基づく心理学的介入法の有用性を十分に認めたいうえで、一方では、実験から得られた知見を厳密に精神科領域での実践にあてはめることの限界も指摘した。具体的な問題として、実験的に効果の説明されている技法が比

較的はっきりした単一の症状を想定しているのに対し、1）精神科領域の患者の症状はしばしば複数の症状を呈し、かつ複雑な症状も含むこと、2）同一の症状であってもその維持要因がなにかによって効果的な技法が変わってくるかなどをあげている。

したがって、たとえ臨床心理学の科学性を理解する実践家であっても、実際の臨床にあたってはその時代のエビデンスを利用しつつも、個別的なアセスメントをおこなったうえで柔軟に実践をおこなおうとしていたことがわかる。むしろ、彼らは科学的知見を機械的に実践に導入するというやり方には同意しなかったのである（Bruck & Bond, 1998）。

診断を超えたケースフォーミュレーション

精神医学的診断として「精神障害の診断と統計の手引き（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM)-III」が登場したことで、精神疾患に対する介入法についての実証的な効果研究も飛躍的に進んだ。それに並行して、実践のなかではケースフォーミュレーションの重要性が叫ばれるようになっていく。すなわち、DSM による診断のみを頼りに技法や介入手続きの意思決定をおこなうのではなく、あくまで目の前のクライアントの行動と、彼らがおかれた環境という情報をもとに、介入を決定するというものである。「ケースフォーミュレーション（case formulation）」という用語を広めたのは1970年代後半の Ira D. Turkat であるとされるが（Bruck & Bond, 1998）、こうした個別性を重視する発想自体はかなり以前より存在していた。

たとえば、不安を低減させる効果的な方法である系統的脱感作を開発した Wolpe（1970）は、ある家庭不和の女性の事例を通して、不安症状があればいつでも系統的脱感作が効果的というわけではなく、ケースによっては家庭不和を打開するためのアサーション・トレーニングが必要であることを例示している。特に、行動分析学の領域では、一見したところの症状や問題行

動そのものから介入策を判断するのではなく、その行動が環境内でもつ「機能」に注目することが重要であるとしている。すなわち「機能分析(functional analysis)」(Haynes & O'Brien, 1990)を重視する。機能分析の有用性を鮮やかに示した研究としては、たとえば自傷行為をおこなう子どもに対する機能分析と適切な対処行動についておこなった Carr (1977) の実験的な研究があげられる。

したがって、多くの実践家が実践における科学の重要性を認めながらも、画一的に特定の技法を用いるような実践の在り方には反対を示してきた。その中で、科学を実践に活かすためのケースフォーミュレーションを発展させていったわけである (e.g., Ramnerö & Törneke, 2008; 下山, 2008)。

経験的に支持された心理学的介入法 (ESTs) 運動

科学者－実践家モデルの提唱後も、第一線で活動する臨床家は必ずしもエビデンスの示された介入技法を十分には活用しなかった。臨床科学の進歩と現場での実践には解離があったのである。こうした懸念から、APA 第12部会 (臨床心理学部会; Division of clinical psychology of the APA) は David H. Barlow を会長とする心理学的手法普及促進特別委員会 (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures) を組織した (中野, 2005)。この特別委員会の目的は、1) 実験や観察によって確認された治療 (empirically validated treatments: EVT) の同定、2) 基準をクリアした治療のリストの作成、3) そのリストの普及方法の立案であった。ちなみに EVT は後に、Empirically supported treatments (ESTs: 経験的に支持された治療)」と改名されることになる。特別委員会は、1995年に ESTs に関する最初の報告をおこなない (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995)、その後、1996年、1998年にリストの更

新がなされ (Chambless & Hollon, 1998)、現在も web 上でリストの更新と公開が継続されている⁵。

ESTs のリストには、うつ病に対する認知療法や対人関係療法、パニック障害に対する認知行動療法、境界性人格障害への弁証法的行動療法などが挙げられている。こうした各症状に対する効果的な介入技法が明らかになったことで、実践家は必要なエビデンスに対し、関連する書籍 (e.g., Roth & Fonagy, 2005) などを通してより素早くそして容易にアクセスすることが可能になった。このことは今日わが国でも同様であり、海外で得られたエビデンスの示された技法に関するマニュアル (e.g., Eifert & Forsyth, 2005) が勢力的に翻訳されている。

また APA (1995; 2002) は、「効果 (efficacy)」と「臨床的有用性 (clinical utility)」という2つの評価軸を高めるような臨床実践のガイドラインの開発を奨励している。前者はより厳密な意味での介入の効果を意味し、後者は実践的な側面から見た介入の有効性を意味している。これらはちょうど、技法の効果についての「内的妥当性」と「外的妥当性」という考え方と対応している (三田村・武藤, 2012)。すなわち、APA が厳密な実験的手法 (高い内的妥当性) ばかりではなく、現場での妥当性 (外的妥当性) の重要性も強調していることがわかる。

実証に基づく心理学的介入 (EBPP)

ESTs 運動に対しては多くの賞賛と批判が向けられてきた。1994年より APA 第12部会が発行する *Clinical Psychology: Science and Practice* 誌においても、ESTs の在り方についてや科学と実践のバランスをどうとるかについて繰り返し議論がなされてきた (Levant, 2004)。その主要な争点の一つは、エビデンスに基づく心理学的介入法の条件である治療マニュアルの存在にある (Carroll & Nuro, 2002;

⁵ <http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/index.html>

Wilson, 1998)。「治療マニュアル (treatment manuals) とは、(中略) 介入をおこなう際の鍵となる手続きや手法を伝えるための手引きである (中略) 一般的にすべてのマニュアルは、治療セッションにおいて何をすべきであるか、どのようにセッションがすすめられるべきかに関する一通りのことが書かれている」(Kazdin, 1993, p.361)。ESTs についてはそれぞれが、こうした治療マニュアルを備えており、この治療マニュアルの存在によって実践家は、既に効果の確認された優れた介入技法を実際に自らの臨床のなかで使用するようになる。一方、こうした治療マニュアルに対してはさまざまな批判がある。たとえば「症状Aに対して技法P、症状Bに対して技法Q」といった症状対技法という形で作られた治療マニュアルにおいては、「純粋な症状」に対する「純粋な技法」を想定しており、この発想自体に限界がある (金沢, 2001)。実際、実践現場で出会うクライアントはしばしば複数の症状を抱えており、どの症状に対するマニュアルを使用するかを判断することは難しい。さらに実践家の置かれた環境は、ESTs の治療効果が確認されたような純粋に統制された環境とは大きく異なっている。

これまでの APA の傾向としては、McFall (1991) による「科学としての臨床心理学宣言 (Manifesto for a science of clinical psychology)」において主張されるように、「(実践家は) 科学的に効果を実証された介入のみを用いるべき」との非常に強い科学志向も認められる。それは、かつて Meyer が実践現場から主張してきたような実践から離れた科学志向であろう。わが国でも臨床心理学におけるエビデンスの概念が導入された初期においては、「ESTs の治療マニュアルの使用」が取り立てて強調されていた (斎藤, 2012a, 2012b)。

Levant (2004) は、McFall (1991) の態度を科学に対する行き過ぎた態度であると指摘し、ESTs 運動とエビデンスに基づく心理学の実践という考え方を改めて整理した。最終的に、Levant (2004) は、実践家そして教育者の立

場から、心理学における広範かつ包括的な「エビデンスに基づく実践 (evidence-based practice : EBP)」の定義として、医療の領域において Sackett, et al. (Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg, & Haynes, 2000) が提唱し Institute of Medicine (IOM, 2001) が採用した以下の定義の援用を推奨した。

「エビデンスにもとづく医療とは、最新最善の研究エビデンスに臨床上の判断と患者の価値観を統合させたものをいう。」

(IOM, 2001 ; 医学ジャーナリスト協会 (訳), 2002, p.183)

そして実際に APA (2006) は、上記の定義に倣って、EBPP を次のように定義した。

“Evidence-based practice in psychology (EBPP) is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences.”

「心理学におけるエビデンスに基づく実践 (EBPP) とは、患者の特徴、文化、および志向性という枠組みのなかで得られる最新最善の研究エビデンスと臨床上の判断を統合させたものをいう。」

この EBPP の定義は大きく3つの要素から構成される。まず1)「得られる最新最善の研究」とは、最も信頼のおける質の高い情報(ベスト・エビデンス)を意味する。次に、2)「臨床上の判断」とは、ケースフォーミュレーションの実施やエビデンスを引き出すこと、そして関係性を築くことから介入の実施、評価までを含む科学者-実践家としての幅広い能力のことを意味する。そして、3)「患者の特徴、文化、および志向の枠組」とは、実践家が尊重すべきクライアントの置かれた文脈を意味する。したがって、EBPP の定義を要約すると、クライアントを尊重しながら、ベスト・エビデンスを選び出

し、実践のなかで活用することということができらるだろう。このように整理すると、これは単にESTsを使うことがEBPPなのではないこと(斎藤, 2012a, 2012b), またESTsとはEBPPにおいて活用されうるおそらくベターな選択肢であるということがわかる。斎藤(2012a, 2012b)はエビデンスに基づく医療(evidence-based medicine: EBM)もしくはEBPにはしばしば誤解があると指摘しており、その最も大きなものとしてエビデンス(情報)とEBP(実践)の混同をあげている。それまで心理学的実践の領域においてもESTsとEBPPとの関連は不明瞭であったがEBPPの定義づけによって、ようやくその関係性が整理されるに至ったのである(Levant, 2005)。

わが国でEBPPをどう促進していくか

EBPPの定義のもつ意義は、一つには実践家は必ずしも治療マニュアル通りに機械的に臨床をおこなう必要が無く、エビデンスに基づいた上で実践家としての裁量権をもつことが確認されたことである。この定義はこれまでの科学性と実践性を巡る議論を振り返っても、実際的な態度であると考えられる。一方では、EBPPにおいては、実践家におけるエビデンスの質を見極める能力(古川, 2000)が一層重視されるということでもあり(杉浦, 2004)、これをどうトレーニングしていくかは大きな課題である。

また、目の前のクライアントに対してのベスト・エビデンスが見つかったとしても、実践家は即座にその心理学的介入法を実行できるわけではない。特にESTsであげられるような治療マニュアルは、単に技法の寄せ集めではなく、しばしばそれらは基礎研究、理論、哲学、技法(アセスメント方法を含む)を含み込んだ「体系」である(e.g., Linehan, 1993)。科学者-実践家モデルという徹底した教育プログラムが検討されてきたように、実践家においては前もってある程度の介入効果の確認された心理学的介入法に馴染んでおき、必要に応じて柔軟に使いこなす必要があるだろう。

また、わが国では厳密な意味でAPAが定めたような科学者-実践家モデルに沿ってトレーニングを受けた実践家はほとんど居ないと考えられる。その中で、ESTsの治療マニュアルを含めたエビデンスをコミュニティの実践家が現場で使いこなす(Eifert, Schulte, Zvolensky, Lejuez, & Lau, 1997), EBPPを実践していくことは大きな課題である。そこで次の節では、我々が実際におこなったESTsの一つであるアクセプタンス&コミットメント・セラピーを実践するための、セラピスト向けワークショップを紹介する。

アクセプタンス&コミットメント・セラピーにおけるセラピストの養成: コミュニティの実践家に対する ACTセラピスト養成ワークショップ

アクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT)とは

アクセプタンス&コミットメント・セラピー(acceptance and commitment therapy; 以下, ACT)(Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006)とは、第3世代の行動療法といわれ、基礎研究(関係フレーム理論)、哲学(機能的文脈主義)、技法(メタファー、体験的エクササイズなど)、理論(心理的柔軟性)を含み込んだ一つのアプローチである。ACTはそれ自体もESTsの一つとして取りあげられており、うつ病、慢性疼痛、強迫性障害、精神病性障害に対し効果が認められるが、独自の理論を土台としながらも必要に応じこれまでのESTs(特に認知行動療法)におけるさまざまな技法を導入することも可能である。

ACTセラピスト養成ワークショップの実践

実践家がACTを学ぶことにはいくつかの利点がある。まず、ACTは、自らの不快な認知、感情、身体感覚を避けようとする問題全般(体験の回避)に対し、診断を超えて適応可能であるという「診断横断的な特徴」(武藤・三田村,

2011) を備えている。このことは多種多様なマニュアルを包括的に学習する時間をもたないコミュニティの実践家にとっても大きなアドバンテージがあると考えられる。

次に、ACT における効果研究では、内的妥当性の高い実験的効果検証のみならず、外的妥当性の高い効果検証が積極的になされている(三田村・武藤, 2012)。たとえば、適切なトレーニングを受ければ大学院生であっても、クライアントを厳密に絞り込まなくとも、また厳密なマニュアルをあてがわなくとも効果的な ACT の介入が実施できることが示されている (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007)。こうした実践家にとっての有用性から、我々は、コミュニティの実践家を対象に ACT セラピスト養成のためのワークショップをおこなった。

方法

参加者：プログラムへの参加条件は、心理学および近接関連領域の専門職である者、および関連領域大学院修士課程 2 年生以上、かつ ACT のセルフヘルプ本 (Hayes & Smith, 2005 武藤・原井・吉岡・岡島訳, 2010) を既読していることであった。プログラムに参加した 26 名のなかで同意の得られた 24 名の参加者(男 20 名, 女 4 名) を対象に検討をおこなった。参加者の平均年齢は 38.83 歳 ($SD = 11.09$) で、参加者の職業には、臨床心理系の大学院生、心理士、精神保健福祉士、看護師、医師が含まれていた。参加者における ACT の経験歴の平均は 14.29 ヶ月 ($SD = 11.66$) であった。

トレーナー：メイントレーナーを第 2 著者、サブトレーナーを第 1 著者、ロールプレイでのクライアント役を大学院生 2 名がおこなった。メイントレーナーとサブトレーナーはそれぞれ心身障害学、心理学の博士号を有し、行動分析学を専門とする臨床心理士で、メイントレーナーは ACT の開発者である Steven Hayes の研究室にて 1 年間の ACT のトレーニングを受けていた。

測定尺度：プログラムでは参加者における ACT セラピストとしてのコンピテンシーの向上を狙いとしている。プログラム前後での参加者のコンピテンシーの変化を測定するため、自己記入式のコア・コンピテンシー評価尺度 (Luoma, Hayes, & Walser, 2007 熊野・高橋・武藤監訳, 2009) を用いた。コア・コンピテンシー評価尺度は、ACT におけるセラピストのコンピテンシーを測定するために作成されたものであり、ACT セラピーのスタンス (9 項目)、アクセプタンス&ウィリングネス (11 項目)、脱フュージョン (10 項目)、文脈としての自己 (6 項目)、コミットされた行為 (4 項目)、価値 (6 項目)、今この瞬間 (5 項目) の 7 つのコンピテンシーに関する計 51 項目からなる。各参加者に 7 つのコンピテンシーの各領域について、「まったく当てはまらない」(1 点) から「常に当てはまる」(7 点) の 7 件法、および「わからない」(?) で回答を求めた。

プログラム評価のアンケート：コンピテンシー以外の側面からもプログラムを評価するため、「プログラムの難しさ」と「プログラムについての満足感」の 2 項目についても回答を求めた。プログラムの難しさについては、「ちょうど良かった」を中心とする「難しすぎた」から「簡単すぎた」の 5 件法で回答を求めた。プログラムの満足感については、「とても満足」から「とても不満」までの 6 件法で回答を求めた。

プログラムの構成と内容：本プログラムでは、参加者が ACT を用いたセラピーについて、その導入から終結までをイメージできるようになること、また、実際にいくつかの ACT の技法を体験的に学習することで実際の面接においても効果的に技法を活用できるようになることを目的とした。ACT を実践する上でのイメージを掴みやすくするために、構造化された治療マニュアルである Eifert & Forsyth (2005) による ACT のプロトコルをプログラムの土台とした。

プログラムは、1 時間単位で計画が組まれた計 6 時間であった。7 時間分の構造を Table

1に示す。1時間目はACTセラピストとしてのコンピテンシーについての解説, 参加者同士の自己紹介, 全体でのアイスブレイク, 参加者におけるコア・コンピテンシー評価尺度(プレ)の記入をおこなった。2時間目は不安障害のためのACTのプロトコルの概要について解説をおこなった。3, 4, 5時間目ではACTのエクササイズについての解説, 実演, 参加者同士でのロールプレイ, 全体でのディスカッションをおこなった。実演とロールプレイでは, 本プログラムでは対象とするクライアントのイメージを参加者全体で共有する目的で, 心的外傷後ストレス障害および社交不安障害のクライアントを想定した。3, 4, 5時間目のロールプレイの流れをTable 2に示す。6時間目は, プログラムのまとめと質疑等のディスカッション, 参加者におけるコア・コンピテンシー評価尺度(ポスト)の記入をおこなった。

結果と考察

コンピテンシー評価尺度: 参加者のコンピテンシーの変化について検討をおこなうため, コア・コンピテンシー尺度のプレとポストの得点について対応のある t 検定(Bonferroni法)をおこなった。その結果, 全項目の合計得点「ACTセラピーのスタンス」「アクセプタンス&ウィリングネス」「脱フュージョン」「文脈としての自己」「コミットされた行為」「今この瞬間」のそれぞれにおいてポスト得点がプレ得点より有意に高かった(Table 3)。これらの結果から本プログラムの有効性が示唆された。

プログラムについての評価: プログラムの難易度について, 「ちょうど良かった」との回答が最も多く75.0%で, 「難しかった」が25.0%, それ以外は0.0%であった。またプログラムについての満足度は, 「とても満足」が4.2%, 「満足」が58.3%, 「やや満足」が37.5%, それ以外は0.0%であった。

Table 1 プログラム全体の流れ

時限	内容
1時間目	ACTセラピストのコンピテンシーの解説 参加者同士の自己紹介とアイスブレイク
2時間目	不安障害に対するACTプロトコルの提示 コア・コンピテンシー評価尺度の記入(プレ) 休憩
3時間目	テーマ:「アクセプタンス&マインドフルネス」 ・センタリング・エクササイズ テーマ:「絶望から始めよう」 ・不機能性のワークシート
4時間目	テーマ:「価値の作業」 ・価値についての話し合い テーマ:「文脈としての自己」 ・チェスボード・メタファー
5時間目	テーマ:ウィリングネス ・ジャンプ テーマ:あじわいエクササイズの設定と実践 ・ウィリングネスの階層表, あじわいエクササイズ
6時間目	まとめ コア・コンピテンシー評価尺度の記入(ポスト)

Table 2 各ロールプレイの流れ

所要時間	内容
10分	トレーナーによるモデルの提示（心的外傷後ストレス障害のクライアント）
10分	参加者のロールプレイ
10分	トレーナーによるモデルの提示（社交不安障害のクライアント）
10分	参加者のロールプレイ
10分	全体でのやり取りおよび参加者へのフィードバック 感想・上手くいったところ・難しかったところについて、質疑など。
10分	時間調整

Note. 参加者は予め参加者同士で2人組を作っておき、それぞれ社交不安障害の担当セラピスト役と心的外傷後ストレス障害の担当セラピスト役を固定した。それぞれのクライアント役については事前にスクリプトを渡しておき、イメージしておくよう促した。参加者のロールプレイにおいては、モデルで提示されたのと同じエクササイズもしくはメタファーを用い、内容やクライアントとのやり取りの詳細は、モデルの示したエクササイズもしくはメタファーの範囲内で自由に変えるよう促した。

Table 3 プレとポストにおけるコンピテンシー評価尺度の得点 ($N=24$)

	プレ		ポスト		<i>t</i> 値	<i>r</i> (効果量)
	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>M</i>	(<i>SD</i>)		
ACT セラピーのスタンス	38.58	(6.00)	43.04	(7.28)	2.97**	.52
アクセプタンス&ウィリングネス	41.92	(9.63)	50.42	(7.80)	5.36**	.75
脱フュージョン	36.88	(9.14)	41.79	(10.03)	3.23**	.56
文脈としての自己	13.96	(5.11)	7.21	(4.18)	3.97**	.64
コミットされた行為	18.42	(6.12)	21.75	(4.74)	4.40**	.68
価値	21.54	(6.75)	25.38	(5.79)	4.33**	.67
今この瞬間	22.21	(7.36)	24.63	(6.83)	3.14**	.55
全項目合計	193.50	(43.34)	224.20	(36.98)	5.66**	.76

** $p < .001$.

まとめ：わが国でのエビデンスに基づく心理学的介入（EBPP）の普及の課題と展望

本稿では、わが国での EBPP の普及を目指し、EBPP の概念が提唱されるに至った背景を整理してきた。心理学的実践は、常にその科学的知見と共に発展したが、しばしばそこには葛藤も存在していた。EBPP の概念は、こうした実践と科学をより柔軟につなぐことで、よりよいサービスをクライアントに提供することに資するだろう。

また EBPP に基づけば、実践家においては、エビデンスに振り回されるのではなく、これをどう実践に取り入れ使いこなしていくかが重要

である。たとえば、ESTs の治療マニュアルに関しては、初学者が即座にその恩恵を受けられるようなものではなく、これを柔軟に使いこなすには事前の準備が必要である。本稿では、ESTs の一つである ACT についてコミュニティの実践家を対象に実施したセラピスト向けワークショップの実践を紹介した。ACT は、診断横断的なアプローチであり、実践家は ACT の基本的なコンピテンシーを身につけることで、現場で出会うさまざまなクライアントに対して適用することが可能と考えられる。

わが国での EBPP の普及はまだこれからの課題であり、ESTs をどのように実践家に取り入れていけるかについても検討が必要である。

実践と科学の統合という大きなテーマについては今後も継続的な検討が必要である。

引用文献

- American Psychological Association Task Force. (1995). *Template for Developing Guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Washington DC: American Psychological Association.
- American Psychological Association. (2002). *Criteria for evaluating treatment guidelines*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, **61**, 271-285.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Applied Behavior Analysis*, **1**, 91-97.
- Barlow, D. H. (1981). On the relation of clinical research to clinical practice: Current issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **49**, 147-155.
- Bruck, M., & Bond, F. W. (1998). *Beyond Diagnosis: Case Formulation Approaches in CBT*: John Wiley & Sons 下山晴彦 (監訳) (2006). 認知行動療法ケースフォーミュレーション入門 金剛出版.
- Carr, E. G. (1977). The motivation of self-injurious behavior: A review of some hypotheses. *Psychological Bulletin*, **84**, 800-816.
- Carroll, K. M., & Nuro, K. F. (2002). One size cannot fit all: A stage model for psychotherapy manual development. *Clinical Psychology: Science and Practice*, **9**, 396-406.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **66**, 7-18.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance & commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*: New Harbinger Pubns. 三田村仰・武藤崇 (監訳) (2012) 不安障害のための ACT (アクセプタンス & コミットメント・セラピー) —実践家のための構造化マニュアル. 星和書店.
- Eifert, G. H., Schulte, D., Zvolensky, M. J., Lejuez, C. W., & Lau, A. W. (1997). Manualized behavior therapy: Merits and Challenges. *Behavior Therapy*, **28**, 499-509.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, **16**, 319-324.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, **31**, 772-799.
- 藤澤大介・菊池俊暁・佐渡充洋・中川敦夫・大野裕 (2010). 本邦における認知療法の検収システム案. *認知療法研究*, **3**, 1-7.
- 古川壽亮 (2000). エビデンス精神医療—EBPの基礎から臨床まで. 医学書院.
- Hayes, S. C., Barlow, D. H., & Nelson-Gray, R. (1999). *The scientist Practitioner: Research and Accountability in the Age of Managed Care* (Second ed.). Boston: Ally and Bacon.
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind & into your life: The*

- new acceptance & commitment therapy*
New Harbinger Publications. (ヘイズ,
S. C. & スミス, S. 武藤崇・原井宏明・
吉岡晶子・岡島美代 (訳) (2010). ACT
(アクセプタンス&コミットメント・セラ
ピー)をはじめめる：セルフヘルプのための
ワークブック 星和書店).
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W.,
Masuda, A., & Lillis, J. (2006).
Acceptance and commitment therapy:
Model, processes and outcomes.
Behaviour Research and Therapy, **44**,
1-25.
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (1990).
Functional analysis in behavior
therapy. *Clinical Psychology Review*, **10**,
649-668.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the
Quality Chasm: A new health system
for the 21st century*. Washington, DC.:
Institute of Medicine. 医学ジャーナリ
スト協会 (訳) (2002) 医療の質—谷間を
越えて21世紀システムへ. 日本評論社.
- 金沢吉展 (2001). 効果研究とプログラム評価
研究. 181-202.
- 下山晴彦・丹野義彦 (). 講座臨床心理学
2 臨床心理学研究. 東京大学出版会.
- Kazdin, A. E. (1993). Treatment manuals
in clinical practice: Introduction to
the series. *Clinical Psychology: Science
and Practice*, **5**, 361-362.
- Levant, R. F. (2005). Report of the 2005
Presidential Task Force on Evidence-
Based Practice.
- Levant, R. F. (2004). The empirically
validated treatments movement: A
practitioner/ educator perspective.
*Clinical Psychology: Science and
Practice*, **11**, 219-224.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral
treatment of borderline personality
disorder*. New York: Guilford Press.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D.
(2007). *Learning ACT: An acceptance
and commitment therapy skills training
workbook for therapists*: Context Press.
(ルオマ, J. B., ヘイズ, S. C., & ウォ
ルサー, R. D. 熊野宏昭・高橋史・武藤
崇 (監訳) (2009) ACT (アクセプタンス
& コミットメント・セラピー)をまなぶ：
セラピストのための機能的な臨床スキル・
トレーニング・マニュアル 星和書店).
- 松見淳子 (2001). 米国における臨床心理学：
The Scientist-Practitioner Model 50周年.
行動科学, **28**, 1-8.
- McFall, R. M. (1991). Manifesto for a
science of clinical psychology. *The
Clinical Psychologist*, **44**, 75-88.
- Meyer, V., & Chesser, E. S. (1970).
*Behavior Therapy in Clinical
Psychiatry*. NY: Science House.
- 三田村仰・武藤崇 (2012). アクセプタンス&
コミットメント・セラピーにおける治療効
果のエビデンスに関する評価—ランダム化
比較試験 (RCT) における質と目的—.
認知療法研究, **5**, 51-61.
- 武藤崇・三田村仰 (2011). 診断横断的アプロー
チとしてのアクセプタンス&コミットメン
ト・セラピー：並立習慣パラダイムの可能
性. *心身医学*, **51**, 1105-1110.
- 中野良顯 (2005). 行動倫理学の確立に向けて
：EST時代の行動分析の倫理. *行動分析
学研究*, **19**, 18-51.
- 大野裕 (2011). 認知療法・認知行動療法が保
険適用になったことの意味. *精神療法*, **37**,
8-13.
- Paul, G. L., & Shannon, D. T. (1966).
Treatment of anxiety through
systematic desensitization in therapy
groups. *Journal of Abnormal
Psychology*, **71**, 124-135.
- Ramnerö, J., & Törneke, N. (2008). *The*

- ABCs of human behavior: Behavioral principles for the practicing clinician.* Oakland, CA US: New Harbinger Publications. (松見淳子 (監修) 武藤崇・米山直樹 (監訳) (2009). 臨床行動分析のABC 日本評論社).
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What Works for Whom?: A Critical Review of Psychotherapy Research.* New York: Guilford Press.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence based medicine: How to practice and teach EBM* (2ed.). London, England: Churchill Livingstone.
- 斎藤清二 (2012a). 医療におけるナラティブとエビデンス—対立から調和へ—. 遠見書房.
- 斎藤清二 (2012b). 「エビデンスに基づく実践」のハイジャックとその救出. こころの科学, **165**, 2-8.
- サトウタツヤ・高砂美樹 (2003). 流れを読む心理学史—世界と日本の心理学. 有斐閣.
- Shakow, D., Hilgard, E. R., Kelly, E. L., Luckey, B., Sanford, R. N., & Shaffer, L. F. (1947). Recommended graduate training program in clinical psychology: Report of the Committee on Training in Clinical Psychology of the American Psychological Association. *American Psychologist*, **2**, 539-558.
- 下山晴彦 (2008). 臨床心理アセスメント入門—臨床心理学は, どのように問題を把握するのか. 金剛出版.
- 下山晴彦 (編) (2004). 臨床心理学の新しいかたち. 誠信書房.
- 杉浦義典 (2004). エビデンスベイスト・アプローチ. 25-41. 下山晴彦 (編) 臨床心理学の新しいかたち. 誠信書房.
- 丹野義彦 (2001). エビデンス臨床心理学—認知行動療法の最前線.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, **48**, 3-23.
- Thorne, F. C. (1947). The clinical method in science. *American Psychologist*, **25**, 159-166.
- 津谷喜一郎・内田英二 (編著) (2005). くずりとエビデンス: 「つくる」+ 「つたえる」 (EBM ライブラリー). 中山書店.
- Wilson, G. T. (1998). Manual-based treatments and clinical practice. *Journal of Clinical Psychology: Science and Practice*, **5**, 363-375.
- Wolpe, J. (1970). Identifying the antecedents of an agoraphobic reaction: A transcript. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **1**, 299-304.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition.*: Stanford University Press. (金久卓也 (監訳) (1977). 逆制止による心理療法 誠信書房).