

臨床心理学における神話

—エビデンスに基づいた臨床心理学を目指して—

目白大学人間学部 原田隆之
目白大学人間学部 高橋 稔
目白大学人間学部 笹川智子

【要 約】

効果的な心理療法の実践のためには、臨床家は常に最新の専門知識を有しておくことが必要であることは言を俟たない。しかし、科学的なエビデンスもなく、検証されることもないままに信じられている常識や信念というものもある。そうした「神話」に基づいて臨床を行えば、不適切な介入を行ってしまうことにもなりかねないし、最悪の場合、クライアントに対して悪影響を及ぼしてしまうことになるかもしれない。

ここでは、多くの臨床家、あるいは一般の人々に信じられている5つの「臨床心理学における神話」を取り上げ、科学的な文献研究を通してそれらを検証した。取り上げた「神話」は、以下のとおりである。

- 強制的な心理療法には効果がない
- 虐待をする親の多くは、子どものときに被虐待経験がある
- 自分の心に浮かんだ考えはコントロールできる
- 自閉症児には他人の気持ちが分からない
- 境界性パーソナリティ障害の人は、自殺をほのめかすが実際は死なない

広く一般に受け入れられている考えであっても、科学的研究の結果、誤りだったということが判明することがある。このような事例を挙げながら、エビデンスに基づいた臨床心理学の重要性を強調した。

キーワード：エビデンス、エビデンス・ベイスト、臨床心理学、心理療法

はじめに

精神医学・臨床心理学領域には「常識」として広く一般に受け入れられている考えがある。しかし、日々進歩する研究によってもたらされる知見が、こうした「常識」を完全に覆すことがある。例えば、それまで標準的な治療法として用いられていたものが、その後の研究によって禁忌になる場合や、逆に禁忌とされていたものが、効果的であるとされる場合さえある。

Vreeman & Carroll (2007) は、医学領域に

おいて広く認められる「神話」を、科学的なエビデンスに基づき反証する試みを行った。中には、「人間は脳の10%しか使っていない」や「毛を剃ると、剃った部分の毛は早く生えるようになったり、濃くなったり、硬くなったりする」というような、本邦においても広く浸透している「神話」も含まれていた。Vreemanらはこれらの命題に対して、基礎研究や無作為化試験の知見を引用し、こうした主張が根拠のないものであることを示すとともに、医学領域に携わる

専門家は、最新の医学的知見に精通し、自らの信じている科学的な「常識」が本当に正しいのかを問う姿勢を常に持つべきであるとの考えを打ち出した。

この論文は、身近な事例からエビデンスに基づいた医学 (Evidence-Based Medicine: EBM) の重要性を示したものであるが、その後様々な賛否両論を呼び起した。批判的な意見としては、Googleなどの非学術的な情報検索サイトを多用していることや、反証するのではなく単に証拠のないことのみを示した命題も含まれていることなどの指摘があった。その一方で、医療関係者のみならず多くの人々に注目され、エビデンス・ベイストの考え方を再認識させた功績を認める意見も見られた。

最新の科学的知見に基づき最良の医療サービスを提供していくべきという考えは決して新しいものではない。古くはEysenck (1952) が、当時の心理療法は時間経過とともにもたらされる精神症状の改善よりも有効であるとは言えないと発表したことに起因して、精神療法の効果の有無に関する大きな議論を引き起こした。また、1995年にはアメリカ心理学会の下部委員会が「確立された心理療法」、「おそらく効果のある心理療法」、「試験的な心理療法」の3カテゴリを提唱する報告書を出し (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995; Chambless & Hollon, 1998), 科学的な根拠に基づいて心理療法を選択すべきという考え方が広く受け入れられるようになった。こうした考えは、治療効率や費用対効果の向上といった社会的要請とあいまって、心理療法の発展の原動力となってきた。

しかし、本邦においては未だこうした考え方が十分に浸透しているとは言えず、特に精神医学・臨床心理学領域では依然として効果の確認されていない介入が繰り返されている (下山, 2007)。またそれ以前に、エビデンスに基づいて命題の真偽を確認するといった科学的なリテラシーが育っていないことも指摘される。

そこで本論文では、過去の一時期に「常識」として捉えられており、現在でも影響力のある「神話」を複数取り上げ、最新の研究の知見に基づき検証する。その上で、研究と臨床の相互補

完性と、エビデンスに基づく介入法の必要性について考察を行う。検証の対象とした「神話」は以下の5つである。

〈神話〉

- 神話1 「強制的な心理療法には効果がない」
- 神話2 「虐待をする親の多くは、子どものときに被虐待体験がある」
- 神話3 「自分の心に浮かんだ考えはコントロールできる」
- 神話4 「自閉症児は他人の気持ちが分からない」
- 神話5 「境界性パーソナリティ障害の人は、自殺をほのめかすが実際は死なない」

なお、「神話」の選定にあたっては、Vreeman & Carroll (2007) の例に準じ、①一般に広く流布しているものであること、②命題として文献を用いて実証、もしくは反証することが可能であること、③特定の領域や疾患に偏らず、発達障害、パーソナリティ障害、不安障害など多岐に渡ること、の3点を基準とした。

神話1 「強制的な心理療法には効果がない」

心理療法において、クライアントの治療への動機付けが重要であることは言うまでもない。とはいえ、現実には無理やり家族に連れて来られたという者もいるであろうし、非行・犯罪臨床における心理療法のように、本人の意思とは無関係に公的な権力によって半ば強制的に治療が行われるような場合もある。こうした場合、クライアント側にはしばしば動機付けがなく、治療には効果がないと考えられるであろう。

しかし実際はどうであろうか。実のところ、上述の例のうち最も動機付けが低いと思われる犯罪者に対する強制的治療であっても、治療効果があることが数多くの研究によって実証されている (Andrews & Bonta, 2006; MacKenzie, 2006; National Institute on Drug Abuse, 2000; Peters & Wexler, 2005)。例えば、MacKenzie (2006) は、性犯罪者に対する認知行動療法の治療効果についてのメタ・アナリシスを行った結果、治療群の再犯率は有意に低かった (効果量Cohen's $d = 0.48$)。これは再犯率に換算する

と、約10%の減少である。Andrews & Bonta (2006) のメタ・アナリシスでも、治療によって再犯率は10-30%減少するという結果となっている。

このように、たとえ強制的ではあっても治療効果が上がる理由は何であろうか。まず考えられるのが、外発的動機付けである。強制的に治療を受けることになったクライアントにも、様々な外発的な動機付けが認められるのが普通である（例えば、治療を受けないと離婚すると脅されたDVの加害者）。そして、最初は無理矢理に治療を開始したとしても、クライアント自身が、治療から何か意義のあるものが得られると感じると、内発的動機付けに変わっていくことがある。特に集団療法の場合は、他のメンバーの影響で本人の動機付けが高まることはしばしば生じる現象である（Peters & Wexler, 2005）。

さらに、より重要なのは、これらのクライアントの動機付けのレベルを正確に査定し、それに見合った治療法を選択することによって、内発的動機付けを高めていくことができるという事実である。Prochaska, Norcross, & DiClemente (1994) のステージ変容理論によれば、人間の行動変容には5つの段階があり、治療を成功させる鍵は、各段階に適した治療法を実施することであるという。これらの段階とは、前熟慮期、熟慮期、準備期、実行期、維持期の5段階であり、このうち前熟慮期の者は自分に問題があるということすら自覚しておらず、動機付けが弱い。このようなクライアントに対し、自己洞察を促したり、スキル訓練を行ったりしてもすぐにドロップアウトしてしまう。この時期に適切な治療方法は、心理社会的教育による情報の提供や、受容的な治療関係の構築による治療抵抗への対処などである。

そして、動機付け面接法（motivational interviewing）などの技法を援用しながら動機付けを強化してゆき、本格的な治療へとつなげていく。何らかの問題を抱えて、社会的な問題を起こしたり、自分自身にネガティブなことが起こったりしているのに治療に対する動機付けが全くないというクライアントは実は意外と少ない。多くの場合は、「治りたいけど、治りたくない」という両価性の間で揺れている（Miller &

Rollnick, 1991）。動機付け面接法は、様々な技法によって、両価性のポジティブな方（すなわち「治りたい」という方）を選択的に強化しながら、動機付けを高めていく方法であり、特に治療初期に用いると非常に効果的な方法である。

さらには、外発的動機付けすら欠く者を治療に導入したり、治療開始後、治療からの脱落を防止したりするためには、随伴性マネジメント（contingency management）などの技法も大変有効であり、その効果も実証されている（Lussier, Heil, Mongeon, Badger, & Higgins, 2006）。これは、治療を受けるごとに、バウチャーや金銭など小さな報酬（reward）を与え、治療継続を強化する方法である。

どのような疾患、問題行動であってもその初期に治療することは、非常に重要である。障害が長引けば、様々な「合併症」が現れ、治療の困難度は増していく。例えば、引きこもりを例に取れば、引きこもり期間が長引けば長引くほど、雇用機会は減り、セルフ・エスティームやセルフ・エフィカシーは低下し、自殺や精神疾患のリスクが高まっていく。したがって、本人が自発的に治療を受けることが難しいのであれば、たとえ最初は強制的であっても周囲が早期に治療へとつなげることが重要になる。また、性犯罪者や薬物依存者のように自分の意思で治療を受けることが期待できないような者に対しては、法的拘束力を持って治療機会を与え、ドロップアウトできないような構造を提供することも必要となってくる。具体的には刑務所の中での治療や、欧米で行われているような裁判所の治療命令による治療などがこの例である。

とはいえ、いくら治療の背景に強制力が介在していても、治療構造までも権力的なものにしてはならない。治療的な同盟関係を構築し、クライアントを一個の人間として尊重しながら、治療を進めていくことは一般的な心理療法と何ら変わることはない。その中で、上述のような様々な技法を援用しながら、治療を進めていくことが、治療効果を上げる鍵となるのである。

神話2 「虐待をする親の多くは、子どものときに被虐待体験がある」

斎藤（2003）は、「そもそも被害者学の文脈

で言うなら、虐待は常に連鎖する。つまり、虐待者はしばしば被虐待者でもあるということが常識となっている」と述べ、あたかも虐待をする親のほとんどに被虐待体験があることが明白な事実であるかのように述べている。また、友田（2006）は、子ども時代に虐待を受けると「脳の構造や機能に消すことのできない傷を刻みつけてしまう」と述べ、海馬や扁桃体が有意に小さくなるなどの一見「科学的な」証拠を上げている。しかし、観察の対象になったのは、過去に被虐待歴があり、現在何らかの精神障害によって治療を受けている患者であり、虐待を受けても全く健康に過ごしている者の存在を無視しているばかりか、方法論的にも問題の大きい研究の結果によって、脳への「不可逆的な影響」を強調している。

一方、Kaufman & Zigler（1987）は、被虐待児を長期にわたって追跡調査した結果、その2/3以上が自分の子どもを虐待していないことを実証した。またOliver（1993）は、米国および英国での被虐待児の追跡調査結果をまとめ、やはり自分の子どもを虐待していた者は1/3にとどまることを見出した。我が国における研究としては、例えば東京都福祉局（2001）は、都内の児童相談所における調査の結果、虐待をする親のうち被虐待経験のある者は、1割にも満たない9.1%であることを見出した。

虐待をする親には被虐待体験があるという考え方は、「虐待の世代間連鎖」と呼ばれ、当初米国の臨床家らによって提唱された概念であるが、その後の実証研究や数々の反証によって、現在はこれを支持している者はほとんどいないと言ってよい（野村・井上，2007）。

確かに、被虐待体験は子どもにとっては大きなトラウマとなる体験であり、後の様々な問題行動のリスク要因の1つとなる可能性は否定できない。しかし、虐待のリスク要因には多様なものがあり、厚生労働省の「子ども虐待対応の手引き」（2007）には親側の要因として、被虐待体験のほかにも望まぬ妊娠、子どもへの不十分な愛着形成、産後うつ病、攻撃的・衝動的な性格、精神障害、知的障害、慢性疾患、薬物依存、育児不安・ストレスなど挙げられている。このほかにも子ども側のリスク要因、養育環境のリス

ク要因も列挙されている。このように、親の被虐待体験は多くのリスク要因の1つであり、その他の多くの要因と相互作用しながら影響を及ぼすものである。

さらに、人間の可塑性や回復可能性は非常に大きく、問題行動が発現することを防ぐ要因、すなわちレジリエンス要因についても十分に考慮する必要がある。こうしたレジリエンス要因としては、本人の知能の高さやコーピング・スタイル、親以外の他者との結びつき、地域のサポートなど様々なものが考えられる。さらに、大脳生理学的に見れば、モノアミン・オキシダーゼ（MAOA）酵素の働きが注目されている。この酵素は被虐待体験のような体験の否定的なインパクトを無効化する働きがあると考えられている。Caspi, McClay, Moffitt, Craig, Mill, Martin, Taylor, & Poulton（2002）は、被虐待体験とMAOA活性との関連を分析したところ、MAOA活性の高い者ほど、被虐待体験があっても攻撃性が発現しにくいという結果となった。つまり、MAOA酵素が非虐待体験の否定的影響を中立化したのだと考えられている。したがって、このようなエビデンスに注意を払うことなく、「虐待を受けた子どもは、攻撃性が高くなることが知られている」（奥山，2002）などと安易に臨床経験だけで一般化することは慎むべきである。

虐待に限ったことではないが、様々な問題行動には多様な要因があり、それをわずか1つや2つの要因によって説明しようとする態度は科学的な態度ではない。確かに「虐待の世代間連鎖」という説明は極めて簡潔で、納得しやすい説明のようにみえる。しかし、このような決定論的説明は、被虐待体験のある者に対するいわれないスティグマに結び付くだけでなく、多くの悪影響を及ぼすおそれがある。例えば、被虐待体験のある者が、「自分が子どもを持てば虐待してしまう」と恐れて子どもを持つことに慎重になったり、あるいは虐待をしてしまった親が「自分には被虐待体験があるのだから仕方がない」などと責任転嫁をしてしまったりすることがあるかもしれない。この2つは一方は過度に自責的で、他方は過度に他罰的であり、一見相反するようにも見えるが、実はどちらも自ら

の成長に対する責任を放棄してしまっている点では同じである。単純かつ安易な決定論で人間を理解しようとする誤りを犯すことのないよう我々は常に自戒しておくべきである。

神話3 「自分の心に浮かんだ考えはコントロールできる」

ふと心に浮かぶよくない考えを、自分の意思で抑え込むことができたならどんなに楽になるだろう、と思ったことはないだろうか。こうした経験は、深刻な悩みを抱えた人ばかりではなくても、日常的に経験していることであろう。

しかし、こうした願いもむなしく、心の中の出来事をコントロールすることに疑問を投げかけるような実験が報告されている (Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987)。この実験は非常に単純で、頭に浮かんでいる考えを話し続けてもらうという課題である。参加者は、その際に「シロクマを思い出さないようにしてほしい」と伝えられ、もし「シロクマ」のことを思い浮かべたならベルを鳴らす。その結果、シロクマを思い浮かべないようにするという意図は達成されないことが明らかになった。つまり、「思い浮かべないように」参加者が努力しても、その意図とは裏腹にその思考の頻度が増加してしまったという。

さらに、興味深いのはその後の結果である。1回目の課題の後に、もう一度同じような課題を行っている。ただし、今度は「シロクマを考えてほしい」と言われるのである。2回目の結果は、その前の課題で思考抑制をしていたことによって、抑制していない場合と比較すると、シロクマを想起する回数が増加することが分かった。これは、思考抑制のリバウンド効果と呼ばれている。このことから思考を意図的に抑制することによってコントロールすることは非常に難しく、むしろ逆効果となってしまうということが示唆された。この実験が契機となり、さまざまな事象 (例えば、痛みや気分など) で同じような研究が進み、臨床心理学の分野にも大きな影響を与えている (Wegner, Erber, & Zanakos, 1993 ; Wegner, 1994)。

例えば、Salkovskis & Campbell (1994) はより日常的に起こっている思考に焦点を当てる

ことで、この研究を発展させた。つまり、Wegner et al. (1987) が被験者には特に大きな意味を持たない単語を用いたことに対して、Salkovskis & Campbell (1994) は、個人的な否定的思考で、かつ個体内に突然湧き上がってくるようなものを取り上げた。具体的には、実験協力者に自らの1ヶ月内に経験した出来事を取り上げてもらい、思考抑制の効果について検討した。その結果、抑制をしている際にはより多くの否定的な思考を経験したことを明らかにしている。さらに、Trinder & Salkovskis (1994) は、上記の実験で取り上げたような思考について日常生活の中で4日間記録するよう依頼し、それが起こった時に抑制するように、もしくはそれについて考え続けるように教示した。その際の苦痛の程度についても尋ねた。その結果、否定的な思考を抑制するよう教示された者は、その思考をより多く体験し、かつ苦痛も感じていたことが明らかとなった。

一方、Purdon & Clark (2001) は、思考抑制の影響を、これまでのように思考の頻度を調べるだけではなく、情緒面の状態と、苦痛、楽しさの評価への影響を検討している。この研究では被験者は3群に分けられ、「シロクマ」といった中性的な単語、自ら回答した質問紙の結果から肯定的な思考、および侵入思考を選び、思考抑制の実験を行った。その結果、いずれの種類のものであっても抑制による頻度の増大は認められなかったが、侵入思考を抑制した場合に限り、より大きな苦痛を経験し、ネガティブな情緒を多く体験していたことが明らかとなった。このように、一貫した結果は見られていないものの、思考を抑制するとその思考がかえって増強されたり、その後リバウンドしてしまったり、ほかの情緒や評価といった側面へ影響を与えたりすることが明らかになった。このことから、心に浮かぶ考えを抑え込もうとする普段何気ない試みは、むしろその意図とは逆の効果として表れるようである。

このように経験的に効果がありそうだと思う様々な対処法を、無批判に使用することは時に問題を生み出す場合も考えられる。今回紹介した一連の研究は、強迫性障害のモデルとして提案されているものであるが、その病理

を理解できるという点でも有効な結果である。さらに、強迫性障害に限らずほかの心理臨床場面においても、似たような事態が起こりうるということが想像できる。例えば、クライアントが「否定的な思考をどうにかしたい」と訴えてきたとする。思考抑制の逆説的効果の視点を踏まえると、クライアントの否定的な思考を直接的に抑え込むような方法は、むしろ問題が悪化してしまうこともあると予想される。したがって、常に介入の効果を科学的に検証しながら、適切な方法を選択していくことがセラピストに求められる態度であると言える。

神話4「自閉症児は他人の気持ちが分からない」

「自閉症は、乳幼児期の愛情のかけ方が原因である」という考え方はすでに過去の話となった。この神話が広がっていたころ、自閉症児の母親たちは自らの子育てを振り返り、どんなに自責の念に駆られていたのだろう。「自分がしっかりと子どもと向き合えていなかったせいで、子どもが殻に閉じこもってしまった」、「もっと愛情を十分に与えてあげればよかった」と自問自答しただろう。また、彼らを支える周囲の社会も同様の考えに立っており、こうした見方でこの家族を見ていたに違いない。このような過ちを回避するためにも、神話は科学的に検証されるべきである。

自閉症は、1) 対人的相互反応における質的障害、2) コミュニケーションの質的障害、3) 限定された反復的で常道的な行動や興味および活動、が特徴であり、こうした様子が3歳以前から見られる(American Psychiatric Association, 2000)。現在では脳障害を基盤とした多彩な発達上の障害として考えられている。

近年、自閉症の中核的問題として「心の理論」研究が注目されている。心の理論とは、他者の行動の予測を可能にする内的に仮定された推論システムとして取り上げられてきた。最もよく取り上げられるテストの1つに、「サリー・アン課題」がある(Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985)。この課題では、サリーとアンという2人の登場人物が現れる人形劇で、簡単な物語が展開され、これを見た子どもたちに、「アンがサリーには分からないように隠したビー玉を、サ

リーはどう探索するかどうか」を尋ねる。他者の視点(この場合、サリーの視点)に立って考えなければ回答できないという課題である。健常児ではおおむね4歳程度が理解するが、自閉症児にはこれが難しい(Baron-Cohen et al., 1985)。その後の追試においても、自閉症児の中でこの課題に正解したものは、およそ20%から30%であった(松岡・日上・牧野・近藤, 2000)。

しかし、一方では自閉症に他者視点を指導する試みがあり、その効果が公表されている。例えば、松岡・小林(2000)は、難問条件と騒音条件等を取り上げ、自閉症児に他者意図の理解を促すような実践的な研究を報告している。この中では、「ある人がパソコンの操作が上手いかわからないため、他人の助けが欲しい」状況を設定した際に、これを見ていた自閉症児にこの人の意図を理解し、隣室にいる大人を連れてくるよう指導した。その結果、他者の行動を観察し、その人の意図に沿った行動が取れるようになったことを報告している。

同様に、奥田・井上・山本(1999)は、自閉症児を対象に、文章課題に出てくる登場人物の情緒状態について推論するための指導を行っている。課題文を提示した後、「どうして泣いているの?(笑っているの?)」という質問をする。この質問に対する回答として、登場人物の情緒状態を、「いたいから」、「かなしいから」、「くすぐったいから」、「おもしろいから」と答えてもらう。その結果、原因となる出来事と感情表出語を組み合わせて応答できるようになった。

心の理論の臨床的意義を考える上で、標的となる行動や技能の教授可能性、ないしは学習可能性を査定することが重要な条件となる(日上, 1999)。自閉症の子どもが「他人の気持ちが分からない」と表現するときには、健常者群との群間比較によって得られる考え方であり、この過程から自閉症の母集団の特徴をとらえようとする。このような意味では、DSM-IV-TRもICD-10も同じような立場に立つと考えられる。一方、臨床的に必要な情報とは、どのような条件を設定すればその課題を解決できるかという視点である(望月, 1989)。この立場に立てば、適切な指導を行った場合、自閉症児にも他者の

気持ちが分かるようになってくるという事実が強調される。

それぞれの科学の目的は異なるため、一概にどちらが正しいと結論付けるものではないが、立場の違いにより主張する内容は全く正反対であるかのようである。そのため、こうした議論を目にする読者（臨床家であったり、初学者であったり）には、それぞれの研究者がどのような立場に立った主張をしており、どのような方法によってそれを実証しているのかということを読み取る態度が求められる。

神話5 「境界性パーソナリティ障害の人は、自殺をほのめかすが実際は死なない」

境界性パーソナリティ障害 (Borderline Personality Disorder: BPD) は、対人関係や自己像、感情の不安定さと著しい衝動性を示す精神障害である (American Psychiatric Association, 2000)。多様な症状群の中でも、特に自殺企図や自傷行為は生命への危険があるため、特徴的な症状として注目されることが多い。その一方で、「BPD患者においてはおしなべて致死的不是な、意図的な自傷行為が圧倒的に多(い)」(浜中・上條, 2004) という記述が専門的な医学雑誌にも認められるほど、「BPD患者は、自殺企図はあっても既遂率は低い」という神話が浸透している。こうした「身体的に傷めるあるいは死を意図したが致死的不是な自傷行為」あるいは「死を意図しない自殺企図や自傷」を、「パラ自殺 (parasuicide)」という用語で包括的に表すことがある。

しかし、BPDを長期に追跡した海外の研究では、いずれも10%前後の既遂率が報告されている (Paris, 2002)。例えば、ニューヨーク州の精神病院における15年の追跡調査では9.5% (Stone, 1990)、モントリオールの一般病院における27年の追跡調査では10.3% (Paris & Zweig-Frank, 2001)、トロントの一般病院における10年の追跡調査では10% (Silver & Rosenbluth, 1992) と報告されている。サンプル数は72名と少ないものの、日本のデータでも6.9%という結果が得られている (Yoshida, Tonai, Nagai, Matsushima, Matsushita, Tsukada, Kiyohara, & Nishimura, 2006)。こうした値は一般人口で期

待されるよりもはるかに高く (Pompili, Girardi, Ruberto, & Tatarelli, 2005)、BPDの自殺既遂率は決して低いとは言えない。

また、自殺完遂者のうち30-47%にはパラ自殺の既往があり (Gunnell & Frankel, 1994)、そのうち20-25%は既遂の1年以内にパラ自殺のエピソードを有していたという報告もあり (Foster, Gillespie, & McClelland, 1997)、パラ自殺は自殺の重要な予測因子として位置づけられている (Comtois, 2002)。つまり、パラ自殺を繰り返すBPD患者に対して、「既遂率は低いから」といった理由で注意を怠ると、あるとき完遂される危険性があることを、常に念頭に置いて援助に携わる必要がある。

専門家がしばしばBPD患者のパラ自殺に注目したがる理由として、パラ自殺が治療者を含めた周囲の人間を操作する目的で行われることが多いことが挙げられる。すなわち、パラ自殺はBPD患者にとって、注意を引くための行動であって、そこに注目することにより、行動の頻度が上ってしまうのではないかと考えるのである。こうした事例が存在しないわけではないが、自傷行為の多くが、実際には周囲に人のいないときに行われ、その維持にかかわるのは、対人関係上の要因 (他人を操作する目的など) よりも、不快感情の低減をもたらす生化学的な要因 (内因性オピオイドの放出など) であるという報告もなされている (Nock, 2008)。この点を考慮すると、自傷行為の治療には、患者に操作されない点に配慮することに加え、物質依存の治療と同じような、生化学的要因によってもたらされる内的な強化に対する介入が必要であるという仮説が成り立つ。にもかかわらず、BPDという診断名によって専門家の側にある種の構えができてしまい、行動の有する機能に目が行かなくなってしまうならば、それは極めて非科学的な態度と言わざるを得ない。強調されるべきは、BPDという診断名の持つ情報を十分に活用しつつも、「既遂率は低い」、「注意引きのための行動である」といった先入観にとらわれた決め付けをせず、自傷行為の内容と機能を丁寧にアセスメントすることの重要性である。

今後の課題と展望

本論文では精神医学・臨床心理学領域において広く流布している5つの「神話」について、エビデンスという観点から再検討を行った。その結果、いずれの「神話」も、現時点までに発表されている科学論文の知見から反証できることが示された。

エビデンス・ベイストという用語は、多くの場合、治療法の選択において、効果が客観的に示されているものを選ぶべきという文脈で使用される。学術研究によってもたらされる膨大なエビデンスは、特に患者に関する情報が限られている援助の初期段階で大きな指針となる。マス・データで効果があることを立証された治療法は、そうでない介入と比べて確実に効果を上げることができ、やみくもに（あるいは治療者の嗜好に合わせて）治療法を選択するよりも、はるかに成功する確率が高いからである。

しかし、客観的な証拠に基づき選択されるべきは、特定の疾患に対して平均的に効果の上がりやすい治療法だけではない。精神医学・臨床心理学的援助のすべての局面において、治療者の抱く「見立て」はあくまで仮説に過ぎず、それを客観的に検証していくという姿勢こそ、エビデンス・ベイストの考え方の真髄である。「科学的な根拠がある」と信じて行っている治療法であっても、その方法が現在治療の対象となっている個人に対して効果を上げている証拠がなければ、それがいかに「効果の確立された」治療法であっても、自らの思い込みや嗜好に基づいて治療を行うのと大差ない。こうした思い込みや嗜好の枠を打破するためには、自らが行う介入の効果を確認するアセスメントを、援助のあらゆる段階で行っていく必要がある。言うまでもなく、アセスメントとは治療の導入時期に行われる心理検査だけを指すのではなく、患者の変化を動的かつ立体的に記述していくためのものである。したがって、毎回の面接で、また援助過程の節目ごとに、それまでに行った介入の影響性を評価し、必要に応じて援助の方法を修正していくことが不可欠である。換言すれば、多くの人に対して平均的に当てはまる知見を十分に理解した上で、個に合わせて介入を調整し、さらにはその介入が正しく機能している

ことを示してこそ、真にエビデンス・ベイストな援助と言えるのである。

また、エビデンス・ベイストの考え方が役立つのは、治療場面においてのみではない。自らの信じている知見が本当に現在の科学的知見と合致しているかを問い直す姿勢は、職業的倫理の観点から、すべての専門家が有すべきものである。疑う態度というものが科学的態度であり、科学的な実証性を拠り所とするというのが scientist-practitioner のあるべき態度だからである。

一方で、エビデンス・ベイスト理念の限界として、客観的に測定できないものに関しては実証できないという点がしばしば挙げられる。特に、精神医学・臨床心理学領域において重視されるクライアント—セラピスト間の相互作用のように、因果が循環する変数の測定は方法論上困難を極める。こうした要因は、臨床上は非常に重要な結果予測の因子であるため、安易に無視することはできない。しかし、方法論上の限界があることと、理念そのもののメリットを享受することは互いに矛盾せず、むしろ限界を踏まえた上で、実証可能な部分を積極的に示していくことこそが、多くの臨床家の利益に資するものと考えられる。

エビデンスは日々蓄積されているため、最新の知見に精通していることは、心理臨床に携わる専門家に課せられた大きな使命である。現状ではこうした姿勢を有する臨床家の数が十分とはいえ、「神話」的知見に縛られた援助に全く疑問も持たない専門家も少なくない。科学的実証性の視点を広く普及させ、精神医学・臨床心理学の専門家が必要なエビデンスに簡単にアクセスできるような環境づくりを行っていくことが、今後の課題である。

【引用文献】

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th. ed., text revision. Washington, DC: Author.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2006). *The Psychology of Criminal Conduct*. 4th. ed., Cincinnati: Anderson Publishing.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "Theory of Mind"? *Cognition*, 21, 37-46.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., Taylor, A., & Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297, 851-854.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Comtois, K. A. (2002). A review of interventions to reduce the prevalence of parasuicide. *Psychiatric Services*, 53, 1138-1144.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Foster, T., Gillespie, K., & McClelland, R. (1997). Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, 170, 447-452.
- Gunnell, D., & Frankel, S. (1994). Prevention of suicide: Aspirations and evidence. *British Medical Journal*, 308, 1227-1233.
- 浜中聡子・上條吉人 (2004). 境界性人格障害治療の場と限界設定—他科との関わりを中心に(救急部での対応)—精神科治療学, 19, 729-734.
- 日上耕司 (1999). 「心の理論」の臨床的意義 小林重雄監修 発達障害の理解と援助 コレール社 pp.32-40.
- Kaufman, J. & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 186-192.
- 厚生労働省 (2007). 子ども虐待対応の手引き <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv12/00.html> (2009年7月6日)
- Lussier, J.P., Heil, S.H., Mongeon, J.A., Badger, G.J., & Higgins, S.T. (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction*, 101, 192-203.
- MacKenzie, D. L. (2006). *What Works in Corrections: Reducing the Criminal Activities of Offenders and Delinquents*. New York: Cambridge University Press.
- 松岡勝彦・小林重雄 (2000) 自閉症児における「他者意図」の理解に関する研究—ビデオ弁別訓練による「言外の意味」の理解と般化—, 特殊教育学研究, 37, 1-12.
- 松岡勝彦・日上耕司・牧野留美・近藤幸子 (2000) 自閉症研究における「心の理論」 特殊教育学研究, 37 (4), 87-92.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- (ミラー, W. R. & ロルニック, S. 松島義博・後藤恵 (訳) (2007). 動機づけ面接法 星和書店)
- 望月昭 (1989). デニズへようこそ, お客様の平均年収は?—応用行動分析から—発達の遅れと教育, 380, 16-19.
- National Institute on Drug Abuse (2006). *Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations: A Research-Based Guide*. Bethesda: Author.
- Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 159-168.
- 野村和代・井上雅彦 (2007). 被虐待児とその養育者に対する治療的アプローチについての一考察 発達心理学研究, 13, 79-90.
- 奥田健次・井上雅彦・山本淳一 (1999). 発達障害児における文章理解の指導—情緒状態の「原因」を推論する行動の獲得—行動療法研究, 25, 7-22.
- 奥山真紀子 (2002). 日本小児精神神経学会トピックス 子ども虐待 Child abuse 日本小児科学会雑誌, 106, 1131-1141.
- Oliver, J. E. (1993). Intergenerational transmission of child abuse: Rates, research, and clinical implications. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1315-1324.
- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53, 738-742.
- Paris, J. & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 482-

- 487.
- Peters, R. H. & Wexler, H. W. (2005). *Substance Abuse Treatment for Adults in the Criminal Justice System: A Treatment Improvement Protocol, TIP44*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 319-324.
- Prochaska, J. O., Norcross, J., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for Good: The Revolutionary Program that Explains the Six Stages of Change and Teaches You How to Free Yourself from Bad Habits*. New York: William Morrow & Co., Inc. (プロチャスカ, J. O., ノークロス, J., & ディクレメンテ, C. C. 中村正和 (監訳) チェンジング・フォー・グッド: ステージ変容理論で上手に行動を変える (2005). 法研)
- Purdon, C. & Clark, D.A. (2001) Suppression of obsession-like thoughts in nonclinical individuals: Impact on thought frequency, appraisal and mood state. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1163-1181.
- 斎藤環 (2003). 心理学化する社会—なぜ、トラウマと癒しが求められるのか—PHPエディターズグループ
- Salkovskis, P. M., & Campbell, P. (1994). Thought suppression induces intrusion in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behavior Research and Therapy*, 32, 1-8.
- Silver D., & Rosenbluth, M. (1992). *Handbook of Borderline Disorders*. Toronto: International Universities Press Inc.
- 下山晴彦 (2007). 認知行動療法: 理論から実践的活用まで 金剛出版
- Stone, M. H. (1990). *The Fate of Borderline Patients: Successful Outcome and Psychiatric Practice*. New York: Guilford Press.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Trinder, H., & Salkovskis, P. M. (1994). Personally relevant intrusions outside the laboratory: Long-term suppression increases intrusion. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 833-842.
- 東京都福祉局 (2001). 児童虐待の実態—東京の児童相談所の事例に見る—
<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/syoushi/hakusho/0/01.htm> (2009年7月6日)
- 友田明美 (2008). 「癒されない傷」児童虐待と傷ついていく脳 日本小児科医会会報, 110, 85-90.
- Vreeman, R. C., & Carroll, A. E. (2007). Mixed messages: Medical myths. *British Medical Journal*, 335, 1288-1289.
- Wegner, D.M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101 (1), 34-52.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R. & White, T.L. (1987). Paradoxical effect of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Wegner, D. M., Erber, R., & Zanakos, S. (1993). Ironic processes in the mental control of mood and mood-related thought. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1093-1104.
- Yoshida, K., Tonai, E., Nagai, H., Matsushima, K., Matsushita, M., Tsukada, J., Kiyohara, Y., & Nishimura, R. (2006). Long-term follow-up study of borderline patients in Japan: A preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 426-432.

Common myths in clinical psychology

—For the evidence-based clinical psychology—

Takayuki Harada Mejiro University, Faculty of Human Sciences
Minoru Takahashi Mejiro University, Faculty of Human Sciences
Satoko Sasagawa Mejiro University, Faculty of Human Sciences

Mejiro Journal of Psychology, 2010 vol.6

[Abstract]

It is needless to say that clinical psychologists should update their knowledge for competent practice. However, existing psychological knowledge and beliefs are often accepted without scientific evidence or re-examination. It may result in inadequate clinical practice, and what is worse, adverse effects on clients. Five 'psychological myths' espoused by many psychologists and the general public are listed and reviewed carefully in light of scientific literature. These psychological myths are as follows:

- Coercive psychotherapy is not effective.
- Most of abusive parents are also victims of child abuse.
- We can control our thoughts.
- Autistic children cannot recognize feelings of others.
- Individuals with borderline personality disorder often make suicide threats but they are rarely accomplished.

Even widespread common senses are sometimes found wrong as a result of scientific research. Providing instances in which there is no evidence to support the claim, the importance of evidence-based practice is highlighted.

keywords : evidence, evidence-based, clinical psychology, psychotherapy

