岐阜大学カリキュラム開発研究
2010.6, Vol.28 No.1, 12-20

日本におけるバウムテスト研究の変遷

バウムテスト文献レビュー（第一報）

佐渡忠洋*1・坂本佳織*2・伊藤宗親*3

本稿では，1958 年から 2009 年の間にわが国で報告されたバウムテストに関する論文 696 本を，研究内容と研究方法の観点から年代ごとに分類し検討した．その結果，わが国のバウムテスト研究において以下の特徴と問題が認められた．①論文数は年々増加の傾向にある，②幅広い領域で適用されてきた，③話題となった疾患や症状，パーソナリティの研究に導入されてきた，④数量的に検討した研究はどの年代でも多い，⑤質的に検討した研究は年々増加の傾向にある，⑥バウムテストに言及したものやバウムを提示するだけの研究が 2000 年以降に急増した，⑦基礎的な研究や追試が少ない，⑧研究知見が未整理である．今後のバウムテスト研究の発展を考えると，まずは先行研究の知見を再検討する作業が必要だと考えられた．

〈キーワード〉　バウムテスト，研究の動向，文献レビュー，Evidence Based Medicine

Ⅰ　問題と目的

バウムテストは Jucker,E. によって創案され，Koch, K. が体系化した心理アセスメント技法である（Koch, 2008）．わが国では，1961 年 10 月に京都で開催された第 73 回近畿精神神経学会総会において，篠原らがはじめて報告し（篠原・国吉・小池・山口，1962），同年の『児童精神医学とその近接領域』にはじめて論文にまとめられた（国吉・小池・津田・篠原，1962）．わが国のバウムテスト研究はこれらをもって嚆矢とする（国吉，1971）．しかしそれ以前に，深田（1958，1959）が HTP 法の樹木画のみを Koch に言及しつつ検討しており，Koch の発表から時を経ずしてわが国に紹介されてもいた．

現在までに，わが国のバウムテスト研究は 700 本を越えようとしている（佐渡・坂本・岸本・伊藤，2010）．筆者らは，それらの文献に目を通す中で，知見が十分に整理されていないことが問題であると考えた．ある領域を体系づける上では，メタ的見地から知見をまとめ，吟味し，整理する研究が不可欠であろう．したがって，今後のバウムテストの発展には，先行研究の再検討が必要であると考えられる．

そこで，わが国のバウムテスト研究の特徴を研究内容と研究方法から検討し，整理することを本稿の目的とした．ここで述べる研究内容とは論文の目的（テーマ）を，研究方法とはバウムを検討する方法を指す．研究内容に関しては，すでに一谷（1992），津田（1992），佐々木・小川・柿木（1999），岸本（2007）の報告があるが，対象の論文が少ないために，特徴を十分捉えているとは言い難く，研究方法についても，これまでに報告がなされていない．そこで，邦文献をほぼ網羅している佐渡ら（2010）の文献を，研究内容と検討方法の観点から年代ごとに分類することで，わが国のバウムテスト研究の動向と問題を明らにすることができよう．また，本検討から明らかとなった問題に対しては，その解決策についても提案したい．

Ⅱ　方法

1　対象論文

邦文献一覧（佐渡ら，2010）に記載されている論文 696 本を検討の対象とした．論文数が膨大であるため，それらすべてを本稿に記すことは控えた．詳細については，収集方法などとあわせて当該論文を参照されたい．

*1　岐阜大学保健管理センター　　*2　社団法人岐阜病院
*3　岐阜大学総合情報メディアセンター
The transition in the “Baumtest” studies in Japan：A review of the “Baumtest” I

表 1　研究内容の分類基準

項目名	基準（キーワード）
技法紹介	バウムテストの紹介に関するもの
論考	臨床実践などから技法について著者独自の観点から論じたもの，および問題提起，文献レビュー，文献目録，検査利用状況に関するもの
基礎研究	技法の基礎的な研究（信頼性，妥当性，教示効果，教示理解，発展型技法，枠付け，順序効果，実施季節，バウムのサイズ，双生児研究）に関するもの
心の臨床群	精神疾患（統合失調症，鬱，精神病質，癲癇，摂食障害，チック症，強迫症，不定愁訴，恐怖症，緘黙，ヒステリー，解離性障害，祈祷性精神病，適応障害，アルコール依存症）に関するもの
体の臨床群	身体疾患（難聴，先天性心疾患，肝疾患，怪我，聾，癌，ネフローゼ症候群，筋ジストロフィー，脳器質性疾患，失語症，糖尿病，バセドウ病，メニエール病，アルポート症候群，心臓病，疼痛，口唇口蓋裂）に関するもの
心身の臨床群	心身症や身体表現性障害（起立性調節障害，喘息，アトピー性皮膚炎，心因性視力障害，過敏性腸症候群，抜毛症，心因性嚥下障害）に関するもの
発達の障害	発達障害（広汎性発達障害，アスペルガー障害，注意欠陥/多動性障害，自閉症，知的障害）に関するもの
子どもの不適応	小学生から高校生の不適応行動（登校拒否，非行，不純異性行遊，問題行動，気になる子，生活指導）に関するもの
高齢者	高齢者（老年者，認知症，アルツハイマー型認知症，介護，施設入所，抑うつ，信仰，幸福感）に関するもの
青年期	青年期（性意識，メンタルヘルス，スクリーニング，看護学生，痩せ願望）に関するもの
競技スポーツ	競技スポーツ選手に関するもの
検査者・読み手	検査者や絵の読み手に関するもの
人類学・生態学	人類学，生態学，文化比較に関するもの
心理的要因	心理的要因（Y-G 性格検査，GHQ，MPI，エゴグラム，SCT，P-F スタディ，不安，自己意識，対人関係，怒り，愛着のタイプ，行動特徴，想像上の仲間，自我強度，心理的境界）との関連を検討したもの
発達の要因	対象者の年齢（こどもの樹木画，生涯発達）との関連を検討したもの
体験の要因	治療やプログラムへの参加体験（治療過程，航海，催眠，自立訓練，手術，キャンプ，動作法，脳科学研究の被験者，カウンセリング授業，薬物処方，回想法，内観，作業療法，認知トレーニング，森田療法，交流分析，リハビリテーション）との関連を検討したもの
外傷的な体験	外傷的な体験（虐待，PTSD，戦争孤児，災害，DV）に関するもの
分析法	指標の検討や提示，整理に関するもの，および PC による画像診断に関するもの
診断・鑑別	医学的診断や鑑別に関するもの

2 分類基準

研究内容は，各研究の独立変数と対象者の属性を踏まえて，19 の分類基準を設けた（表 1）．その際，用語に伴うイメージから誤解が生じることを避けるために，疾患名や医学用語を分類項目に用いることは避けた．

研究方法はバウムがいかなる方法で検討されているかに焦点を当て，5 つの分類基準を設定した（表 2）．さらに，研究方法で＜数量化研究＞と分類された論文は，その具体的方法を明らかにするために，重複を可とする 7 つの下位分類基準を設けた（表 3）．

3 分類作業

本研究者のうち 2 名の協議によって分類された．

Ⅲ 結果と考察

1 論分数の推移

論文数を年代ごとに表したのが図 1 である．

1958 年の最初の報告から 1980 年代まで，論文数は増加していた．1990 年代には一度伸び悩みを示すも，2000 年に入って再び増えていた．

ここから，バウムテストに関する研究は年々増加の傾

表 2 研究方法の分類基準

項目名	基準
紹介	バウムテストの紹介に関するもの
論述	知見の整理や概観，レビュー，臨床体験について論じたもの
数量化研究	バウムを検討するために何らかの方法で数量化し，検討したもの
質的研究	数量化ではなく，バウムの読み込みから検討したもの
提示・言及	バウムテストやバウムへ言及したもの，バウムの掲載にとどまるもの
その他	上述の全てに該当し得ないもの

表 3 数量化研究の下位分類基準

項目名	基準
部分形態指標	バウム形態と指標（形態基準）との合致からバウムを検討したもの
指標関連	バウム形態を上の「形態指標」で数量化した後，因子分析，クラスター分析，数量化Ⅱ類，数量化Ⅲ類を用いて検討したもの
類型化	何らかの基準でバウム全姿を類型基準との合致から検討したもの
印象評定	SD 法の形容詞対を用いてバウムを検討したもの
測定	バウムを実測値やその比率（樹幹の縦と横など）で検討したもの
空間配置	用紙内のバウムの配置からバウムを検討したもの（空間倒置は「形態指標」に含む）
その他	上述の全てに該当し得ないもの（例えば，成長指標や歪み指標など得意な計算を用いるもの），または数量化の方法論が不明瞭なもの

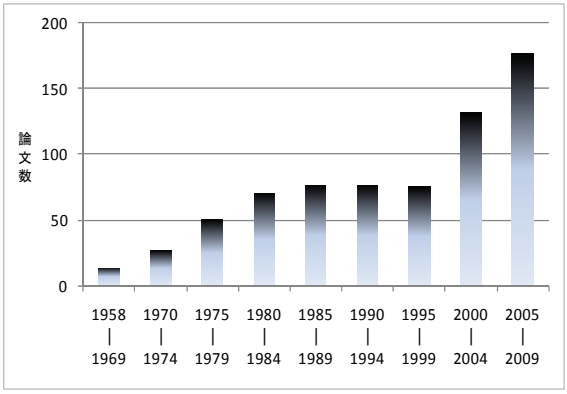

図 1 論文数の推移

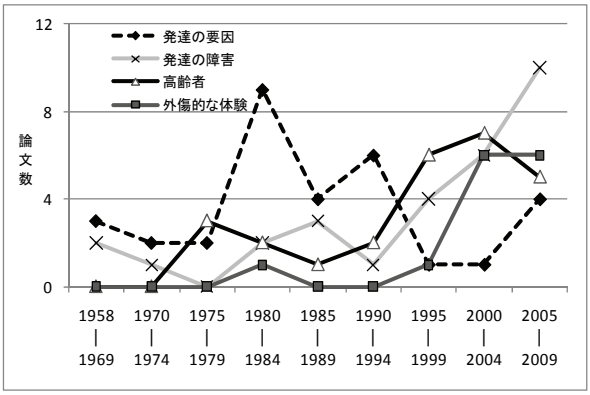

図 2 発達の要因，発達の障害，高齢者，外傷的な体験の推移

向にあること，研究で多用される傾向にあることが示唆された．わが国でこれほどの論文数を有する投映法は，ロールシャッハ法を除いて考えられないであろう．したがって，本結果はバウムテストの普及度を示す結果であると考えられる．

しかしながら，論文の増加に伴い，有益な知見も増えているかは定かではない．この点を検証するためには，諸論文を批判的に検討する必要がある．後に改めて考察したい．

2 研究内容の変遷

研究内容の分類結果を年代ごとに示したのが表 4 である．なお，表内のハイフン（—）は論文数 0 を意味する（以下，すべての表も同様）．

論文数の増加にともない，研究内容も広がりをみせた．このことから，バウムテストが多領域で用いられ，また

表 4　わが国のバウムテスト研究における研究内容の変遷：論文数

	1958 ｜ 1969	1970 ｜ 1974	1975 ｜ 1979	1980 ｜ 1984	1985 ｜ 1989	1990 ｜ 1994	1995 ｜ 1999	2000 ｜ 2004	2005 ｜ 2009	計（%）
技法紹介	1	5	2	—	5	10	6	12	5	46（ 6.6）
論考	—	4	4	3	10	12	11	15	50	109（15.7）
基礎研究	1	1	6	7	8	4	10	9	8	54（ 7.8）
心の臨床群	2	4	6	4	14	8	6	11	16	71（10.2）
体の臨床群	1	1	3	2	6	4	3	9	14	43（ 6.3）
心身の臨床群	—	—	2	2	1	9	—	7	8	29（ 4.2）
発達の障害	2	1	—	2	3	1	4	6	10	29（ 4.2）
子どもの不適応	—	2	3	11	3	3	2	3	5	32（ 4.6）
高齢者	—	—	3	2	1	2	6	7	5	26（ 3.7）
青年期	—	2	5	3	6	4	9	5	1	35（ 5.0）
競技スポーツ	—	—	—	1	—	2	5	3	1	12（ 1.7）
検査者・読み手	—	—	2	3	—	—	1	—	2	8（ 1.1）
人類学・生態学	1	3	7	12	2	2	—	—	5	32（ 4.6）
心理的要因	1	1	3	1	1	2	3	5	8	25（ 3.6）
発達の要因	3	2	2	9	4	6	1	1	4	32（ 4.6）
体験の要因	—	—	1	2	8	4	3	23	25	56（ 8.0）
外傷的な体験	—	—	—	1	—	—	1	6	6	14（ 2.0）
分析法	—	—	1	5	1	3	1	4	8	23（ 3.3）
診断・鑑別	1	1	—	—	4	—	3	6	5	20（ 2.9）
計 (%)	13 (1.9)	27 (3.9)	50 (7.2)	70 (10.1)	77 (11.1)	76 (10.9)	75 (10.8)	132 (19.0)	176 (25.3)	696

多方面に発展したことが推測された．

特徴的と思われた＜発達の要因＞＜発達の障害＞＜高齢者＞＜外傷的な体験＞の 4 項目を抜きだし，それらの論文数をグラフ化した（図 2）．主として子どもの発達とバウム特徴との関連を捉えようとした＜発達の要因＞は，1980 年代前半にピークを迎えていた．

一方，＜発達の障害＞は，当初，知的障害を対象としてきたが，2000 年以降には発達障害へとテーマは移行し，論文数を増やしていた．＜高齢者＞および＜外傷的な体験＞も同様，長寿命化と高齢化，PTSD や虐待などとの関連で 2000 年以降に論文数を増やしていた．このことから，臨床心理学界ないしは精神医学界で話題となった疾患や症状，パーソナリティを研究する際，バウムテストがそのツールとして用いられてきたと考えられた．

2005 年から 2009 年で＜論考＞が顕著に増加しているのは，山中康裕らによる『バウムの心理臨床』（山中・皆藤・角野，2005）の影響であろう．本書は心理臨床におけるバウムテストを考える上で，示唆に富む＜論考＞を多く載せている．同窓による書物との特徴は拭えないが，バウムテストの臨床的活用を追及した書籍といえるかもしれない．

研究内容の検討から以下の二つの課題が考えられた．

第一は，＜基礎研究＞の少なさである．他の項目に分類された論文で，基礎的資料となり得るものは多く報告されており，特定の対象群（例えば，統合失調症者群，小学生など）に対する指標の出現度数は報告されている．しかし，要因を統制した実験形式の研究は少ない．さらに，＜基礎研究＞に分類された論文の内，約三割が発展型技法に関するものであった．このことを踏まえると，技法の特徴を理解するための地道な研究は少ないとい

表 5 わが国のバウムテスト研究における研究方法の変遷:論文数

	1958 | 1969	1970 | 1974	1975 | 1979	1980 | 1984	1985 | 1989	1990 | 1994	1995 | 1999	2000 | 2004	2005 | 2009	計（%）
紹介	1	5	2	—	5	10	6	12	5	46（ 6.6）
論述	—	4	4	2	5	9	11	13	48	96（13.8）
数量化研究	7	9	30	44	43	26	41	44	38	282（40.5）
質的研究	—	4	8	10	13	17	10	21	23	106（15.2）
提示・言及	5	5	6	6	4	9	6	36	50	127（18.2）
その他	—	—	—	8	7	5	1	6	12	39（ 5.6）
計 (%)	13 (1.9)	27 (3.9)	50 (7.2)	70 (10.1)	77 (11.1)	76 (10.9)	75 (10.8)	132 (19.0)	176 (25.3)	696

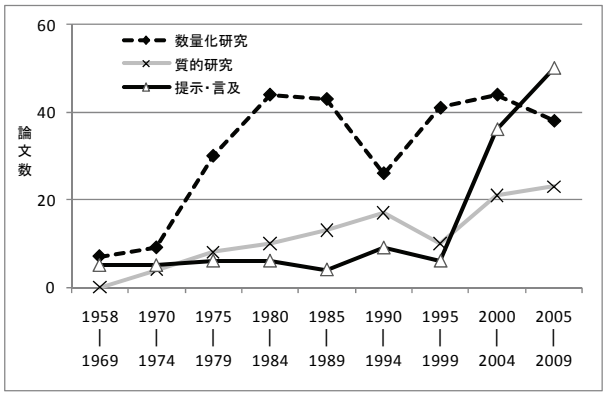

図 3 数量化研究, 質的研究, 提示・言及の推移

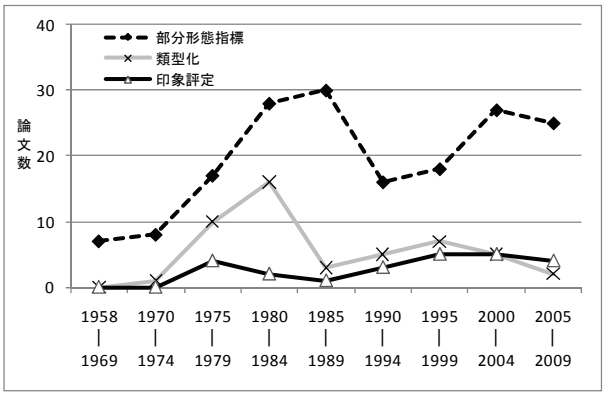

図 4 部分形態指標, 類型化, 印象評定の推移

わざるを得ない．特に，実施法の要因が未検討であることは問題であろう．

第二に，批判的な検証を目的とした追試の少なさである．ある知見が報告されても，別の研究者がその知見を再検討することは少なく，また，その知見が他の対象群にも適用し得るかについての検証はほとんど行われていない．追試は＜発達の要因＞でわずかに行われているのみである．このように，追試が少ないために，わが国のバウムテスト研究の知見が信憑性を有しているかが不明瞭となっている．

課題とはいえないものの，諸論文を吟味する中で脳科学とコラボレートしたバウムテスト研究が 1 本のみ（村山・井関・藤城・長嶋・新井・佐藤，2009）であったことは言及に値すると思われる．脳科学の急速な成長に加え，現代の社会的ニーズと精神医学の動向を踏まえると，バウムテスト（他の投映法も同じく）を脳科学から理解する試みがあっても良いかもしれない．また，コンピューター技術の発展に伴ってか，バウムの解析（解釈）に情報科学（分析や画像処理技術）を取り入れようとする試みがいくつか報告されている（落合・溝口・井澤，1992；蔵・藤原・宮田・阿部・神農，2009；藤原・蔵・宮田・阿部・神農，2009 など）．そのような方法が臨床的に有用かどうかは議論を要するが，時代に即した研究といえるのではないだろうか．

3 研究方法の変遷

研究方法の分類結果を年代ごとに示したのが表 5 である．

わが国への輸入当初から現在まで，＜数量化研究＞は研究方法の主流であり，＜質的研究＞は年々増加の傾向にあった．2000 年代に入ると，＜提示・言及＞が大きく数を伸ばしていた（図 3）．したがって，2000 年以降の論文の増加は，上述した＜論考＞の増加だけでなく，＜提示・言及＞の増加にも拠ると考えられた．

＜提示・言及＞の増加は，バウムテストを施行した心理療法の事例研究の増加のみが理由ではない．研究中に

表 6　研究内容と研究方法との関連：論文数

研究内容＼検討方法	紹介	論述	数量化研究	質的研究	提示・言及	その他	計（%）
技法紹介	46	—	—	—	—	—	46（ 6.6）
論考	—	87	—	2	3	17	109（15.7）
基礎研究	—	2	40	12	—	—	54（ 7.8）
心の臨床群	—	—	28	17	26	—	71（10.2）
体の臨床群	—	1	20	8	12	2	43（ 6.3）
心身の臨床群	—	—	5	5	17	2	29（ 4.2）
発達の障害	—	—	14	6	9	—	29（ 4.2）
子どもの不適応	—	—	16	10	6	—	32（ 4.6）
高齢者	—	—	18	4	4	—	26（ 3.7）
青年期	—	1	20	7	7	—	35（ 5.0）
競技スポーツ	—	—	8	3	1	—	12（ 1.7）
検査者・読み手	—	2	4	2	—	—	8（ 1.1）
人類学・生態学	—	2	25	2	3	—	32（ 4.6）
心理的要因	—	—	23	1	1	—	25（ 3.6）
発達の要因	—	1	28	3	—	—	32（ 4.6）
体験の要因	—	—	13	19	24	—	56（ 8.0）
外傷的な体験	—	—	8	2	4	—	14（ 2.0）
分析法	—	—	5	1	—	17	23（ 3.3）
診断・鑑別	—	—	7	2	10	1	20（ 2.9）
計（%）	46（6.6）	96（13.8）	282（40.5）	106（15.2）	127（18.2）	39（5.6）	696

表 7　数量化研究の下位分類結果（重複有）：論文数

	1958–1969（n=7）	1970–1974（n=9）	1975–1979（n=30）	1980–1984（n=44）	1985–1989（n=43）	1990–1994（n=26）	1995–1999（n=41）	2000–2004（n=44）	2005–2009（n=38）	計（n=282）
部分形態指標	7	8	17	28	30	16	18	27	25	176（62.4）
指標関連	—	—	1	—	5	2	1	2	1	12（ 4.3）
類型化	—	1	10	16	3	5	7	5	2	49（17.4）
印象評定	—	—	4	2	1	3	5	5	4	24（ 8.5）
測定	—	1	1	6	4	3	5	6	4	30（10.6）
空間配置	—	—	1	7	9	3	11	5	2	38（13.5）
その他	—	1	1	5	2	1	12	11	10	43（15.2）

他の心理アセスメントと併せてバウムテストを試行し，その 1 例を掲載していた論文が増えているためでもある．この傾向は医学系の研究雑誌で強い．研究内容との関連でみると（表 6），＜心の臨床群＞や＜体験の要因＞で多いことが明らかとなった．このような＜提示・言及＞が単なるバウムの掲載に留まっている場合には，知見の積み重ねのための資料とはなりにくいであろう．ただし，これら＜提示・言及＞は，論文の読み手を納得させる一手段として，バウムを掲載しているとも考えられる．そうであるならば，現代の研究において，また科学的な研究においてさえも，バウムテストが一定の評価を得た技法であることを示唆していよう．

次に，＜数量化研究＞の下位分類結果を年代ごとに示したのが表 7 である．

＜部分形態指標＞はどの年代を通しても多く，＜印象評定＞は数が少ないものの継続的に行われていた．＜類型化＞は 1980 年代前半にピークを迎えたが，その後は低迷していた（図 4）．このことから，バウムテストにおける数量的な研究は，バウムを形態基準，即ち，「一線枝」や「一線幹」などの指標を用いて数量化して検討す

る方法が主流であると考えられた．

しかしながら，論文を吟味すると，指標の基準や数が不明瞭な論文が多かった．＜部分形態指標＞のための整理表は，国吉・林・一谷・津田・斎藤（1980）や石関・中村・田副（1988）などが報告しているが，その有用性は十分検証されてはおらず，それらの指標が選抜された理論的根拠が不明瞭である．同様のことは他の＜数量化研究＞でも認められる．例えば，＜類型化＞は中島（2008）による検討はあるが，武田（1973）や臺・三宅・斉藤・丹羽（2009）の類型で統合されていないものもあり，未だ課題を残している．＜印象評定＞も SD 用形容詞対がいくつも報告されており，＜空間配置＞も空間の分割方法が研究で異なるなど，統一の基準の作成には至っていない．個別性を大切にする臨床心理学において，指標を統一することが必ずしも研究を良い方向に向かわせるわけではない．しかし，一定水準以上の基準は必要であると考えると，既存の整理表は問題を有しているといえよう．

Ⅳ 諸問題の解決に向けて

1 問題の所在

わが国のバウムテスト研究で，基礎的な研究や追試が少ないことはすでに述べたが，これは研究者らの責任感に拠るところが大きく，時を待たなくてはならないであろう．また指標の整理に関しても，大規模なレビューと調査を必要とするため，同じく時間がかかる問題といえる．

以上から，喫緊の課題は，研究知見が未整理であるという点ではないだろうか．膨大な論文を有するにも関わらず，それらが研究の積み重ねとなっているのか，批判的な検証に耐え得るデータを備えているのか，そして再検討を要する知見はどの程度あり，どの知見が普遍性を有しているのかなど，総合的検討や統合化を試みる必要があろう．

2 EBM の方法論

医学の領域でエビデンスが何よりも重視されるようになって久しい．この Evidence Based Medicine（EBM）と呼ばれる動向は，「一人ひとりの患者の臨床判断に当たって，現今の最良の証拠を，一貫性を持った，明示的かつ妥当性のある用い方をすること」（Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg, & Haynes，2000／2003）と定義されている．EBM が科学を冠し，強力で揺るがない信念を備えている（備えてしまっている）だけに，心理臨床家の中には EBM と聞くだけでアレルギー反応を示す者もいるであろう．この反応は，多くの心理臨床家がクライエントとの関係の中ではエビデンスなどあってないようなものということを，経験的に知っているからでもあろう（心理臨床家らの誤解からも生じているであろうが）．とはいえ，エビデンスが皆無であれば，その治療は羅針盤を持たずに大海へと旅立つようなものであり，クライエントと我々の命を危険にする．おそらく，エビデンスに対する態度が，現代医学と心理臨床家とでは異なるのだと考えられる．

批判も受ける EBM だが，その方法論は極めて説得力を有しているし，ある領域では実に有用であると考えられる．そのアプローチは，①解答可能な臨床的問題をあげる，②エビデンスを探す，③エビデンスを妥当性と関連性の点から批判的に吟味する，④エビデンスと自分の臨床的専門技能や患者の価値観を統合し，診察にかかわる判断を決断する，⑤以上の過程を振り返る，の 5 段階モデルで表すことができる（Heneghan & Badenoch, 2006／2007）．このモデルは研究を行う上で自明のことと思われるが，EBM の強みは，本モデルが“科学的”だとの根拠を持つこと，そしてエビデンスのレヴェルを評価する方法やエビデンス精度の高い研究方法が体系化されている点にある．

本稿で言及した研究知見の再検討という点で考えるならば，①は知見が未整理であることを意味し，②は邦文献の一覧（佐渡ら，2010）と本稿で分類された論文と考えることができ，④は臨床家が各々の実践の中で検討すべきことで，⑤は各臨床家とバウムテスト研究者，ならびに臨床心理学界の責務といえよう．本稿で強調したいのは何よりも③の段階である．それは特に，本稿の＜数量化研究＞と分類された論文を精査する上で役立つものである．

EBM の③の段階をバウムテストの＜数量化研究＞の論文を批判的に検討する手続きと考えた場合，以下の点が明確で妥当であるかを検討する必要がある．それは，

≪ｉ≫検討する要因（問題や疑問／仮説／先行研究の参照の程度），≪ⅱ≫研究方法（対象者の属性／ランダム抽出かどうか／研究スタイル／実施法／教示／ブラインド化），≪ⅲ≫数量化の質（評定者間信頼性／分類や指標の基準），≪ⅳ≫統計的分析（信頼区間の設定／検定回数／検定方法の選択），≪ｖ≫解釈（論理的か／飛躍的でないか）である．

以上の観点は，研究を行う上で当然留意すべきものなのだが，先行研究を概観した限り，これらの点に問題を有した論文は少なからずあるように思われる．したがって，≪ｉ≫から≪ｖ≫の観点から＜数量化研究＞を精査すれば，先行研究のデータの精度を捉えることができるであろう．そして，これまでの研究知見が信憑性を有しているか“科学的”に検討することが可能となり，問題の明確化と解決に寄与すると考えられる．

3 今後の課題

＜数量化研究＞を精査する方法を提案してきたが，＜質的研究＞や＜提示・言及＞，＜論述＞は同様の手続きで検討することは困難である．EBM でも質的研究を「サンプルと環境」「研究の視野」「方法」「信用性」「移行性」の観点からに検討するとされてはいる（Heneghan & Badenoch，2006／2007）．しかし，事例研究を重要視する臨床心理学の研究を，これらの方法で精査することは難しいといわざるを得ない．それは，現代科学の観点から対象を分類するだけでは，質的研究のメリットを評価し難いためである．

事例研究の評価について，河合（2001）は「目新しくはなくとも，実は潜在的には何らかの“新しい”要因をもっている」ことへの配慮が必要であると述べている．そのためには，対象を分けて，名付ける作業だけでなく，論文を熟読し，研究者各々の主体性との関連で先行研究を吟味していかなければならないであろう．しかし，現在の筆者らはその方法論を十分有していないので，言及するに留め，今後の課題としたい．

Ⅴ おわりに

近々，Koch の原著の第三版が完全な形で邦訳出版されるという．これをわが国のバウムテスト研究の転回期とするならば，ここで一度，先行研究を振り返ることも必要ではないだろうか．したがって，本稿のような文献レビューは時宜を得た報告であるといえよう．

【付記】

本研究は科学研究費補助金（研究活動スタート支援：21830047）の一部の助成を受けて行われた．

【引用文献】

1) 藤原徹・蔵琢也・宮田周平・阿部麟太郎・神農雅彦（2009）樹木画試験の特徴量と抑うつ性尺度の関係．電子情報通信学会技術研究報告，**108**（479），139-142.
2) 深田尚彦（1958）幼児の樹木描画の発達的研究．心理学研究，**28**（5），286-288.
3) 深田尚彦（1959）学童の樹木描画の発達的研究．心理学研究，**30**（2），107-111.
4) Heneghan，C.，& Bedenoch，D.（2006）*Evidence-based medicine toolkit, 2ed.* London：BMJ Books．斉尾武郎（監訳）（2007）RBM の道具箱（第2版）．中山書店.
5) 一谷忠男（1992）日本におけるバウムテストに関する研究の概観と文献目録．犯罪心理学研究，**30**（2），65-77.
6) 石関ちなつ・中村延江・田副真美（1988）バウムテスト・チェックリスト作成の試み．心理測定ジャーナル，**24**（3），14-20.
7) 河合隼雄（2001）事例研究の意義．臨床心理学，**1**（1），4-9.
8) 岸本寛史（2007）わが国へのバウムテストの導入過程の検討．岸本寛史研究代表，バウムテスト輸入時の問題とコッホの思想の再検討．平成 17-18 年度科学研究費補助金（基盤研究 C2：17530504）研究成果報告．pp. 39-50.
9) Koch，K（2008）*Der Baumtest : Der Baumzeichenversuch als psychodiagnostisches Hilfsmittel. 12. Auflage.* Bern：Verlag Hans Huber.（第三版の出版は 1958 年で，以後，改訂されず版を重ねてはいる）
10) 国吉政一・小池清廉・津田舜甫・篠原大典（1962）バウムテスト（Koch）の研究（1）―発達段階における児童（正常児と精薄児）の樹木画の変遷．児童精神医学とその近接領域，**3**（4），47-56.
11) 国吉政一（1971）補遺―日本におけるバウム・テストの研究．Koch，K.（著）林勝造・国吉政一・一谷

彊（訳）バウム・テスト―樹木画による人格診断法．日本文化科学社．pp．110-150.
12) 国吉政一・林勝造・一谷彊・津田浩一・斎藤通明（1980）バウム・テスト整理表．日本文化科学社.
13) 蔵琢也・藤原徹・宮田周平・阿部麟太郎・神農雅彦（2009）各次モーメントとフーリエ変換を用いた樹木画試験の画像解析．電子情報通信学会技術研究報告，**109**（127），19-24.
14) 村山憲男・井関栄三・藤城弘樹・長嶋紀一・新井平伊・佐藤潔（2009）抑うつ傾向を有する高齢者の脳機能および心理的特徴―バウムテストを含めた検討．精神医学，**51**（12），1187-1195.
15) 中島ナオミ（2008）バウムテストにおける樹型の分類．関西福祉科学大学紀要，**11**，123-137.
16) 落合優・溝口武史・井澤純（1992）パーソナル・コンピューターによるバウム・テスト解釈援助プログラムの作成．横浜国立大学教育紀要，**32**，309-327.
17) Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. M. C., & Haynes, R. B.（2000）*Evidence-based medicine : How to practice and teach EBM, 2ed.* New York : Churchill Livingstone. エルゼビア・ジャパン（編）（2003）Edivence-based medicine―EBM の実践と教育．エルゼビア・サイエンス.
18) 佐渡忠洋・坂本佳織・岸本寛史・伊藤宗親（2010）日本におけるバウムテストの文献一覧(1958-2009年)．岐阜大学カリキュラム開発研究，**28**（1）, 33 - 57.
19) 佐々木直美・小川栄一・柿木昇治（1999）我が国におけるバウムテスト研究の変遷と展望．広島修大論集（人文），**40**（1），1-16.
20) 篠原大典・国吉政一・小池清廉・山口寿雄（1962）Baumzeichenversuch の研究（1）―発達段階における Baumzeichnung の変遷. 精神神経学雑誌, **64**(8), 808.
21) 武田由美子（1973）樹木画の発達段階について―実例からみた錯画期・図式期・写実期の現われ方．林勝造・一谷彊（編著）バウム・テストの臨床的研究．日本文化科学社．pp．56-68.
22) 津田浩一（1992）日本のバウムテスト―幼児・児童期を中心に．日本文化科学社.
23) 臺弘・三宅由子・斉藤治・丹羽真一（2009）精神機能のための簡易客観指標．精神医学，**51**（12），1173-1184.
25) 山中康裕・皆藤章・角野善広（編）（2005）バウムの心理臨床，創元社.