

丹野義彦

(東京大学 総合文化研究科 認知行動科学)

【原典】

Lambert, M. (1992) Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectic Therapists. In Handbook of Psychotherapy Integration, (Eds) Goldfried, M. & Norcross, J., Basic Books, pp. 94-129.

【注】

以下、黒字の部分は、原総説の内容を忠実に紹介した抄訳です。訳文は、丹野義彦・高野慶輔・服部陽介・飯島雄大による共訳です(黒字の部分は、「A Lambert(1992) 心理療法の効果の割合 抄訳」として別のファイルで公表しています)。

以下、赤字の部分は、丹野による批判の部分です。

丹野：はじめに

Lambert(1992)は、心理療法の効果の要因を総説し、「治療外要因」40%、「共通要因」30%、「技法」15%、「期待」15%としています。この総説は、わが国では、科学的な根拠のある分析として引用されることがあり、「共通要因」が「技法」よりも効果が高いので、個別の技法よりも共通要因に力を入れた方がよいと主張されることすらあります。しかし、Lambert(1992)の原文を読んでも、こうした分析には、ほとんど科学的根拠がないことがわかります。

私たちは、この総説の原文を知っていただき、この結論がいかに科学的な根拠を欠いているかを理解していただきたいために、「A Lambert(1992) 心理療法の効果の割合 抄訳」という文書を公表しました。そして、それにもとづいて、原文に即してこの総説の内容を批判したものがこの「B Lambert(1992) 心理療法の効果の割合 批判」という文書です。

ちなみに、丹野は、効果量を用いて、認知療法の個別の技法と心理療法共通の効果量を分けてみました。もとになったのは、『心理師が実施するうつ病への認知行動療法は効果があるか—系統的文献レビューによるメタ分析』という総説です(丹野義彦・奥村泰之・上野真弓・高野慶輔・星野貴俊・飯島雄大・小林正法・林明明・磯村昇太、認知療法研究, 4巻, 8-15頁, 2011)。その結果、認知療法という技法の効果量は $g=0.50$ であり、心理療法の共通要因の効果量は $g=0.38$ と推測されました。Lambert(1992)の結論とは逆に、認知療法という技法は、心理療法の共通要因よりも効果量大きいことがわかりました。心理療法を実施するうえで共通要因はもちろん重要であるが、うつ病に対しては認知療法という技法をもっと重要視するべきであると考えています。こうした分析について、現在、論文として準備中です。丹野は、心理療法の共通要因はきわめて重要なものと考えています。しかし、Lambert(1992)のような不確かな論拠にもとづいて、個別の技法を軽視してよいということにはならないと考えます。

丹野：Lambert(1992) 心理療法の効果の割合 批判 要約

本総説では、心理療法の治療効果を分けると、「治療外要因」40%、「期待」15%、「技法」15%、「共通要因」30%となると結論されている。

1. 治療外変化

この総説では、治療外変化とは、自然回復率 (spontaneous remission) を示す。過去の自然回復率の総説論文 (Lambert, 1976; Bergin & Lambert, 1978) を引用し、自然回復率は、研究によって18%~67%のばらつきがあること、その中央値が43%であることを指摘する。ここから治療外変化は40%であるという結論になるらしい。

2. 期待

この総説では、期待とは、プラシーボ効果のことを示す。しかし、「期待15%」という結論の根拠が全く示されていない。そもそも期待やプラシーボについては、ほとんど言及されていない。

3. 技法

どこを探しても、「技法15%」という結論の根拠は全く示されていない。

4. 共通要因

この総説では、共通要因は、セラピストとクライアントの「治療同盟」のことを示す。「治療同盟」が治療効果の分散のうちどれだけを説明するかについて、11本の実証研究を引用している。その値は0%~51%までさまざまであるが、単純平均を求めると、23.4という値になる。本文には明確に書いていないが、ここから「共通要因30%」としたようである。

批判

技法と期待については、それぞれ15%という数字がどこから出てきたか、根拠が全く示されていない。

おぼろげにでも数量的根拠が示されたのは、「治療外変化」と「共通要因」の2つだけである。

しかし、それらの算出方法は違う次元である。「治療外変化40%」については自然回復率（100名中何人が自然回復するかというパーセンテージ）を示す。これに対し、「共通要因30%」については、治療効果に占める分散の説明率（%）を示す。全く違うレベルの数値を持ってきて同次元で比較している。まともな推論とはいえない。

結論

したがって、「治療外要因」40%、「共通要因」30%、「期待」15%、「技法」15%といった数値は、ほとんど科学的な根拠のないものである。

この総説を引用して、「治療外変化40%、共通要因30%」という結論を科学的に実証されたものとして無批判に受け入れることは問題である。

Lambert(1992)の図は、心理療法の「共通要因」を重視するあまり、「技法」の習得を軽視するという弊害を招いている。これは危険なことである。

提案

こうしたことから、心理療法の効果の要因の実証的研究としてLambert(1992)の図を無批判に引用しないことを提案したい。もし、引用する場合は、統計学的根拠のないイメージ図にすぎないことを明確にすべきである。

1. 序文

心理療法の効果の研究がおこなわれて60年になる。これまでの研究は、各学派の心理療法がどれくらいの効果があるかを調べるものであった。こうした効果研究は、臨床実践にもいろいろな影響を与えている。例えば、行動的介入の効果研究が成功したことによって、行動療法の使用が劇的に増えた。また、特定のクライアントに対して、特定の療法が害になることが明らかとなった。

これまでの研究が各学派の心理療法に限られていたため、折衷的・統合的アプローチの効果はほとんど研究されてこなかった。折衷的アプローチは重要であるにもかかわらず、データにもとづく効果研究は少ない。とはいえ、ここ10年間で折衷的アプローチのデータも出てきた。

そこで、本章では、第1に、心理療法の一般的効果などの論争点をまとめる。第2に、心理療法がうまくいくための諸要因について考える。第3に、今後の研究の方向について提案する。

2. 折衷療法と研究

本書は折衷療法について扱ったものである。折衷派のセラピストは、特定の学派だけに関心が狭まっているわけでもないし、特定の学派への忠誠心もない。逆に、治療効果を高めようという実用的な関心が強い。だから折衷派セラピストは、治療効果のデータについて関心が高い。折衷療法は治療効果研究と相性が良いのである。心理療法の効果研究は、折衷療法の実践に最も役立つだろう。

「折衷的治療」と「統合的治療」とを分けて考える人もいる。前者の「折衷的治療」は、非理論的で、実用的で、経験的であり、多くの技法を並列的に用いる。一方、後者の「統合的治療」は、理論的な関心から発したものであり、諸技法をただ並列的に使うのではなく、新しく統合された技法を作り出そうとする。「統合的治療」の人たちは、治療効果というよりは、理論的優雅さに関心があることが多い。したがって、「折衷的治療」のほうが、「統合的治療」よりも、これまでの治療効果研究を参考にしやすい。

にもかかわらず、「折衷的治療」のアプローチは、もっぱら治療効果をもとに開発されてきたわけではない。折衷的アプローチが望む「研究と実践の調和」（確実に効果があり、経験に基づいたアプローチ）というものは、今のところは、現実というよりは幻想でしかない。どの技法が最も治療効果が大きいかという点で合意が得られないために、これまでの折衷的アプロ

一チでは、多様な技法を並列的に使うことにとどまっている。

折衷療法をとるセラピストはどのくらいいるだろうか。Jensen, Bergin & Greaves (1990)は、800名のセラピスト（臨床心理学、結婚・家族療法、ソーシャルワーク、精神医学の領域の治療者）に対して質問紙調査をおこなった。その結果、68%のセラピストが折衷的なオリエンテーションをとっていると答えた。折衷的アプローチをとると答えた人の理論的なオリエンテーションは、力動論、認知論、行動論であった。セラピストひとりあたりの理論数を計算すると、平均は4.4理論であった。理論の組み合わせで最も多かったのは、心理力動論、認知-行動技法、人間性アプローチ、システムズアプローチであった。

このように多様なために、「標準的」な折衷療法の効果を調べるのは難しい。だから折衷の方法をもっと系統的におこなって、治療効果をきちんと調べるべきだと主張する人もいる。とはいえ、各学派ではつねに新しい技法が次々に開発されてくるので、そうした進歩に折衷法も追いついていく必要があるので大変である。こんなわけで、折衷療法は、古い理論と少ない効果研究にもとづいておこなわれているのが現状である。

これではいけないので、効果研究にもとづいた折衷療法を開発していくことが望まれる。それでは、どのような知見に焦点を当て、折衷療法を作っていけばよいのだろうか？ 治療効果研究は、折衷療法に対して、どのような示唆を与えてくれるだろうか？

3. 治療効果研究の結論と示唆するもの

心理療法の治療効果研究の総説（Lambert, Shapiro & Bergin, 1986）にもとづいて、心理療法の効果を図解したのが図3.1である。ここで用いた治療効果研究は、長年に渡る広範で多様なものである。成人の多様な障害を対象としており、研究デザインもさまざまである（観察法、疫学研究、対照試験、アナログ実験など）。図3.1に書かれたパーセンテージを決める際に、統計的な手法は使っていない。したがって、これらの数字は、やや厳密すぎるものであり、保証の限りではない。この図は、次に述べる4つの「結論」と対応している。

丹野：統計的な手法は使っていないこと。

ここで明確にされているように、「図3.1に書かれたパーセンテージを決める際に、統計的な手法は使っていない。これらの数字は、やや厳密すぎるものであり、保証の限りではない。」数字に科学的根拠がないことは、ここで明確にされている。

***** 図3.1 *****

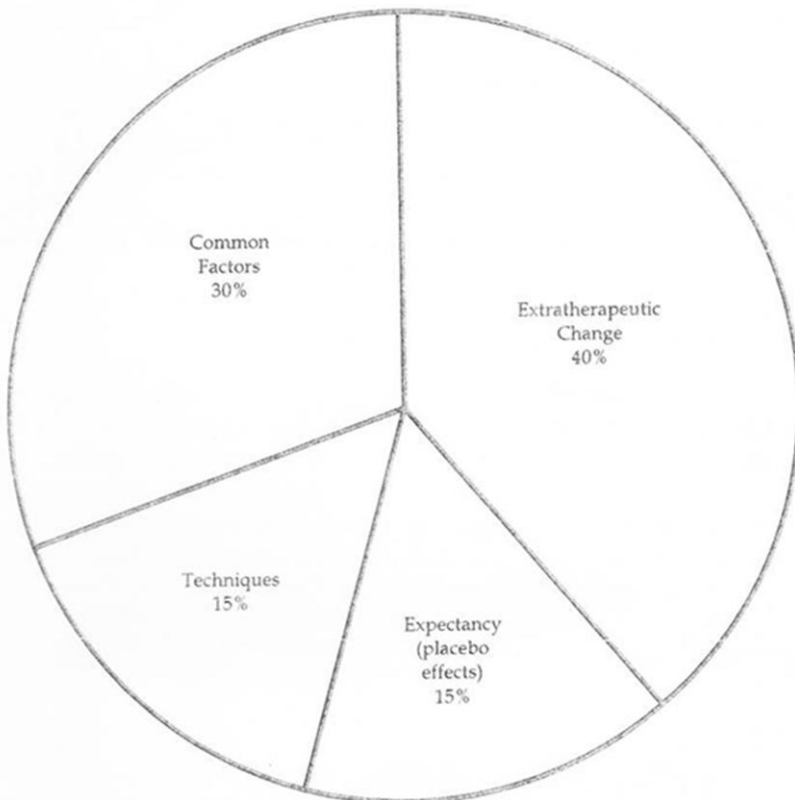


FIGURE 3.1
Percent of Improvement in Psychotherapy Patients as a Function of
Therapeutic Factors.

Figure 3.1. Percent of Change. These factors that are a part of the client (such as ego

図3.1の説明

- a. 治療外変化40%： これらの要因は、一部はクライアント側の要因（例えば、自我の強さや他のホメオスタティックなメカニズム）であり、一部は環境側の要因（例えば、幸運な出来事、ソーシャル・サポート）であり、クライアントが治療に参加しているかどうかにかかわらず、回復に役立つ要因である。
- b. 期待（プラシーボ効果）15%： その治療についてクライアントが持つ知識からくる治療効果の部分と、特定の治療技法・理論についての真実らしさからくる治療効果の部分。
- c. 技法15%： 特定の治療技法（たとえば、バイオフィードバック法、催眠法、系統的脱感作法など）に特異的な要因。
- d. 共通要因30%：セラピストがどんな理論的オリエンテーションを持っているかにかかわらず、いろいろな治療において見いだされる多くの変数を含む。例えば、共感、温かさ、受容、危険を冒すことへの激励などである。

丹野： a. 治療外変化について。

本総説で参考になっている変数は、「自然回復率」のことである。この変数を「治療外変化」と言い換えるのは無理がある。この総説では、「治療外変化」のことを、「クライアント側の要因（たとえば、自我の強さやその他のホメオスタティックなメカニズム）と環境側の要因（たとえば、幸運な出来事、ソーシャル・サポート）」と言い換えている。しかし、自我の強さやホメオスタティックなメカニズム、幸運な出来事についての検討などは、本総説では全くおこなわれていない。にもかかわらず、あたかもこうした要因を検討したかのような書き方は、誤解を招く。事実、本総説を引用する人は、この説明だけを引用し、あたかも「自我の強さやその他のホメオスタティックなメカニズムによる変化が40%である」と、間違っで紹介していることがある。

丹野： b. 期待15%について。

結論を先にいってしまうと、本総説では、「期待」の効果がなぜ15%となるのか、根拠が全く示されていない。期待やプラシーボについては、ほとんど言及されていないのである。

そもそも心理療法に対する期待やプラシーボ効果というものは、心理療法の「共通要因」に含まれると考えるべきではなかろうか。後述のように、この著者の1986年の総説 (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986)では、プラシーボ効果は「共通要因」であると明言されている。それが1992年総説になって、「期待（プラシーボ効果）」と「共通要因」とを分けた。この理由は明らかにされていない。

丹野： c. 技法15%について。

結論を先にいってしまうと、本総説では、「技法」の効果がなぜ15%となるのか、根拠が全く示されていない。したがって、「共通要因」が「技法」の2倍の説明率を持つという図3.1の結論がどのように導かれたのか、全く言及されていない。本総説を引用する人は、「共通要因が技法の2倍の説明率を持つ」ことがあたかも客観的なデータに基づくように紹介していることがある。しかし、本総説のどこを読んでも、客観的なデータによる裏づけはないのである。本総説を読んで、丹野が最も驚いたことはこの点である。

丹野：ひとつ前の総説 (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986)について。

本総説には、「治療効果研究の総説 (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986) にもとづいて、心理療法の効果を図解したのが図3.1である」と書かれている。そこで、Lambert, Shapiro & Bergin(1986)の総説には、数字の根拠が書かれているのではないかと思ひ、こちらの総説も手に入れて調べてみた。

Lambert, M., Shapiro, D. & Bergin, A. (1986) The Effectiveness of Psychotherapy.

In Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 3rd Edition (Eds) Goldfried, S. & Bergin, A., John Wiley & Sons. pp. 1 57-211.

しかし、この1986年総説には、図3.1のような円グラフは載っていないし、「技法15%、期待15%、共通要因30%」という数

量的な根拠は書かれていなかった。この1986年総説でも、治療外変化すなわち「自然回復率」を40%としている。

また、期待（プラシーボ効果）について、1986年総説では、「共通要因」としている。しかし、1992年総説では、「期待（プラシーボ効果）」と「共通要因」とを分けている。なぜ分けたのかもわからないし、まして「期待（プラシーボ効果）」15%、「共通要因」30%という数字を与えたのか、何も根拠を述べていない。

また、「共通要因」については、1986年総説では、治療同盟の研究も引用していないし、それが分散の30%を説明することは全く触れていない。

以上より、1992年総説において、「治療効果研究の総説 (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986) にもとづいて、心理療法の効果を図解したのが図3.1である」と書いているのは、事実と反する。

結論1：かなりの数の外来患者は、正式な心理学的介入がなくても改善する。

第1の結論は、患者の一部は心理療法を受けなくても自発的に回復するということである。

これは自然回復（spontaneous remission）と呼ばれるものであり、これについては筆者らが総説論文を書いた（Lambert, 1976; Bergin & Lambert, 1978）。それによると、自然回復率（100人中何人が治療を受けずに回復するか）は、研究によって18%～67%のばらつきがあるが、その中央値は43%であった。この数字は、患者の3分の2は自然回復するとしたEysenck(1952)やそれを支持したRachman & Wilson(1980)の論文よりはかなり小さい値である。ここでは自然回復率の推定値を43%としておくが、あくまでこれは平均値にすぎず、あらゆる心理的障害の自然回復率をひとつの数字に表すことには無理がある。フォローアップ研究では、自然回復率は0%から90%までのばらつきがある。データによると、自然回復率が低いことは、心理療法が長く難航することを示すわけではない。また、ある障害では自然回復率が高いが、この障害が心理療法によってすぐに改善するというわけでもない。

自然回復を決める要因は、多数の要因がかかわっている。例えば、障害に含まれる器官系統の数、障害の持続期間、パーソナリティ障害が根底にあるかどうか、ソーシャル・サポート（特に夫婦関係）の性質・強さ・質などによって、自然回復は変わってくる。また、神経症においては、診断によって異なる。最も自然回復率が高いのは抑うつ神経症であり、次いで、不安神経症、ヒステリー神経症、恐怖症、強迫神経症であり、心気症が最も低い（Schapira, Roth, Kerr & Gurney, 1972）。

自然回復の研究には限界もある。

多くの患者は正式の心理療法を受けずに回復するが、かといって、Eysenck(1952)らが言うように、自然回復率が心理療法の効果を上回るほどではない。

正式の心理療法を受けずに自然回復したと言っても、実際、環境の中には心理療法と同じようなサポート機能が存在している。家族や友人は本人を助けるだろうし、宗教関係者も心理的なサポートを提供する。

また、アメリカではさまざまなセルフヘルプ本が出版されているし、自助グループもたくさんある。こうした本やグループは、正式の心理療法の技法がもとになっているものもある。セルフヘルプ本が症状を改善させるという実証研究もある。さらには、自助グループの心理療法においては、セルフヘルプ本のような教材を用いて治療をおこなう。このように、「自然回復率」の中には、このような正式でない隠れた心理療法の効果が混じっている。

折衷療法へのヒント1： 正式な心理療法を受けずに回復する患者は多いものの、自然回復率が心理療法の効果を上回るほどではない。環境の中にある豊富なサポート機能をうまく利用できると、心理療法の効果をもっと高めることができるだろう。

結論2：心理療法は全体として効果がある。

現在は250種類もの心理療法の技法がある（Herink, 1980）と言われるが、そのほとんどは治療効果が調べられていない。治療効果研究がおこなわれているのは、一部の技法に限られている。治療効果研究は、治療群と非治療対照群を比べるという「対照研究」として行われる。

そうした対照研究の成果により、心理療法は全体として効果があることがわかっている。いろいろな技法の治療効果については筆者らの総説論文がある（例えば、Lambert, Shapiro & Bergin, 1986）。また、メタ分析の研究でも心理療法全体の効果は証明されている（Smith, Glass & Miller, 1980; Andrews & Harvey, 1981; Shapiro & Shapiro, 1982）。これらの文献で扱われた研究は、全体としては西洋世界の数千名の患者、数百名のセラピストの結果をまとめたことになる。障害の程度もさまざまであり、効果測定の方法もさまざまである。

心理療法のメタ分析研究の効果量を表3.1に示す。

（表3.1には、26本のメタ分析研究が引用され、「患者の診断」「治療技法」「研究数」「効果量」がまとめられている。表の内容は省略する）

表3.1において、効果量の平均値を調べてみると、だいたい1.00となる。これは、非治療対照群の標準偏差を単位として、治療効果は1単位分あることを示している。最初に心理療法の効果量を調べたのはSmithらであった (Smith & Glass, 1977; Smith, Glass & Miller, 1980)。彼らは、治療群と非治療対照群を比較した475本の研究について、それぞれ効果量を調べ、その平均値が0.85であることを見いだした。これは、対照群の標準偏差を1単位とすると、治療効果は0.85単位分あることを示している。治療前には、治療群と非治療対照群の分布は同じであるが、治療が終わる頃には、治療群の平均の人は、非治療対照群の80%の人より良くなっているという計算になる。(ただし、治療群と非治療対照群の分布が正規分布だと仮定してのことだが)。Cohen (1977) の評価基準によると、0.85という効果量は、かなり大きい値である。Smithらの分析によると、治療群と非治療対照群の割付けの効果は、全体の分散の約10%を説明する。Rosenthal(1983)の試算によると、このことは、心理療法によって良くなる人の割合が34%から66%に増えるということに匹敵する。

丹野：Rosenthal(1983)の試算について

「全体の分散の約10%を説明する」というと、ごくわずかの改善にしかすぎない印象がある。しかし、こうした改善が、実はドラマティックなものであることをシミュレーションしたのがRosenthal(1983)の論文である。Rosenthal(1983)によると、治療群と非治療対照群の割付けの効果は、全体の分散の約10%を説明するということが、下記のような仮定の四分割表に相当する。つまり、対照群では34%の人しか良くならなかったのに、治療群では66%も良くなっている。これほど劇的な改善でも、全体の分散の10%にしかすぎない。

	治療効果		計
	良くなった人の割合	良くならなかった人の割合	
治療群	66%	34%	100%
非治療対照群	34%	66%	100%
	100%	100%	

なお、Lambertがこの論文を引用しているということは、実人数比と分散説明率とが全く別の次元の数値であることを理解していることを示している。後述のように「治療外変化40%」については自然回復率(100名中何人が自然回復するかというパーセンテージ)を示すのに対して、「共通要因30%」については、治療効果に占める分散の説明率(%)を示す、といった異次元の比較が無意味であることはきちんと理解しているはずである。

ちなみに、Smith, Glass & Miller(1980)は、心理療法の効果を、教育場面の効果と比べている。例えば、小学校において9か月間、読書指導をした場合の効果量は約0.67である。また、コンピュータ・ベースの指導による数学の成績上昇の効果量は0.40である。(心理療法による効果量0.85がいかに大きい値かを類推できよう)

また、心理療法が薬物療法より優れた効果を示す場合もある。広場恐怖症のクライアントに対して、エクスポージャー法の効果量の中央値は1.30であるのに対し、抗うつ薬の効果量の平均値は1.10であった(Andrews, 1982, 1983)。うつ病に対しては、抗うつ薬の効果量は0.40から0.81であった。これに対し、心理療法による効果量はそれと同等かそれよりも大きい。

心理療法の効果を数量化するというと、「冷たい統計学」であるといった批判を受けることもあるが、しかし、ここで示された効果量の数字は、決して冷たい数字ではなく、実質的な重みを持つものである。また、心理療法の効果は、小さなものではなく、大きなものである。心理療法の前には、「症例」と呼ばれた人たちの多くが、心理療法によって改善し「症例」とは呼ばれなくなるのである。ただし、どのくらいの割合の人々が治療によって不適応から脱するのか、その正確な数字を調べることは今後の課題である。また、心理療法によって悪化するクライアントがいることも明らかになった(Lambert, Bergin & Collins, 1977)。

折衷療法へのヒント2：折衷療法が、これまでに効果が検証された従来の技法と共通する治療法を用いる限り、折衷療法は実証的な基盤に基づいているといえよう。当然のことながら、これまでに効果が検証された治療技法を用いれば、それと同じ程度の効果を持つだろうし、未治療対照群と比べると大きな効果を示すだろう。

結論3：多くの治療技法が作られ、それぞれが独自の理論と技法をもっているが、ある技法が他の技法よりも優れた効果を持つということを示す証拠はほとんどない。

多少の例外はあるが（第4節参照）、技法間には効果の差がないとされている。これは「等価性」の議論と呼ばれる。この結論についてのエビデンスは別の論文にまとめられている（Lambert, Shapiro & Bergin, 1986; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Smith, Glass & Miller, 1980）。

丹野：「心理療法の効果には技法間の差はない」という「等価性」の論調は、1980年代までの治療効果研究ではよく主張された。しかし、後にメタ分析が進歩するにつれて、「一定の疾患には一定の技法が優れている」ということが明確にされた。例えば、アメリカ心理学会の心理療法のガイドラインなどにあらわれている。これによって、「心理療法の効果の等価性」は否定された。このことは、この総説の後の歴史が証明することである。これについては、例えば次の文献が参考になる。

丹野義彦：エビデンス臨床心理学—認知行動理論の最前線。日本評論社。2001。192頁。

そして、1990年代以降の効果研究は、どんな症状にはどんな技法が有効なのかを明らかにする研究が主流となるのである。

こうした議論があるので、折衷療法が意味を持つのである。それでは、なぜ技法間で差がないのだろうか。以下3つの解釈がありうる。

- (a) 治療技法によって治療過程は異なるのだが、結果的に効果量が同じになる。
 - (b) 治療技法によって効果量は異なるのだが、現在の方法論ではそれが検出できないだけである。
 - (c) 治療技法が違って、治療過程が同じであり、こうした「共通要因」があるので、効果量は同じになる。この「共通要因」は、各技法の特異性に隠れてこれまで目立たなかっただけである。
- これらのうちどれが正しいかを判定する実証データはない。

- (a) については、もっともらしいが、現在のところ、十分なデータがないので、議論できない。
- (b) については、Kazdin & Bass(1989)は、治療技法による効果量の差を検出する統計的な検定力がないだけだとしている。また、治療効果を測定する方法が正確でないためだという批判もある。しかし、この説についても、今のところ、十分議論できるデータがない。
- (c) については、これまでよく注目されてきたし、臨床的実践に対して明らかなヒントを与えてくれる。これについては、効果研究だけでなく、臨床現場の研究でも解釈されている。

丹野：ここでの論証の方法はフェアではない。技法の間で差がない理由として、a説、b説、c説の3つをあげ、データが少ないa説とb説を否定し、データが多いc説だけを取りあげている。こうした態度は恣意的であり、都合が良すぎる。実際に、後の治療効果研究が示すところでは、b説が最も妥当である。この総説が描かれた1992年当時は、治療効果を測定する技法が発達しておらず、また効果量の差を検出する方法も発達していなかった。少ない例数で結論を出したり、ランダム割付の方法が明確でなかったり、方法論に問題のある効果研究も多かった。しかし、年代が進むにつれて、そうした技法や差の検出力が上がるにつれて、「心理療法の効果には技法間の差はない」という「等価性」の主張は明確に否定され、「一定の疾患には一定の技法が優れている」ということが明確になった。このことは、この総説の後の歴史が証明することである。例えば、アメリカ心理学会の心理療法のガイドラインなどにあらわれている。

なお、b説とc説は両立する説明である。bの個別技法の効果と、cの共通要因の効果は、それぞれ別の要因としても考えられる。したがって、「c説が正しいから、b説は取り上げるに値しない」という論旨の進め方は恣意的である。本来なら、「bの個別技法の効果と、cの共通要因の効果それぞれ測定して、どちらが大きいかを調べてみよう」という進め方にすべきであった。

この解釈は、図3.1の「プラシーボ」の文献とも関係がある。

丹野：ここで唐突に、この解釈は図3.1の「プラシーボ」の文献とも関係がある、と述べるが、その意味は明らかでない。この総説でプラシーボ効果について述べているのはこの箇所だけであるが、ここでも期待（プラシーボ）の効果が15%であることの説明は全くされていない。

各心理療法に共通する要因は、心理療法による改善のかなりの部分を説明する（図3.1参照）。それでは、第1に、共通要因とはいったい何だろうか？ 第2に、共通要因の寄与についてどんな研究成果があるだろうか？

共通要因とは何か—とくに治療関係について

共通要因とは何だろうかという問いに対しては、いろいろな答えがある（Grencavage & Norcross, 1990）。彼らは、①サポ

一ト要因、②学習要因、③行為要因という3つに分けている(表3.2)。表3.2には、3つの要因ごとに、治療者に着せられる要因、治療手続きに着せられる要因、クライアントに着せられる要因がそれぞれ挙げられている。これらの要素は治療をおこなう過程で生じ、患者の信頼や安心感を向上させ、不安を低め、問題の認知や行動の変化をおこす。

丹野：表3.2では、共通要因は、①サポート要因、②学習要因、③行為要因からなるとしている。この表を見ると、①サポートとは、クライアント中心療法で重視されるような治療者-クライアントの関係性のことである。次に出る治療同盟という概念もここに属する。②学習とは、洞察、治療者の指示、認知的学習などがあげられている。つまり、精神分析療法の洞察や認知療法などで重視される要因が挙げられている。③行為とは、行動的制御とか、モデリングとか、行動療法で重視される要因が挙げられている。この表自体は、共通要因の研究を適切に要約したものとして、高く評価できる。

しかし、ここで共通要因を3つあげているにもかかわらず、以下の文章では、①サポート要因(治療者-クライアントの関係性や治療同盟)だけに限定されてしまう。こうした進め方はフェアではない。②や③の共通要因については無視されてしまうのである。

共通要因の重要性を主張する研究は多い。共通要因の中で、最も研究が進んでいるのはクライアント中心療法である。クライアント中心療法では、「パーソナリティ変化における必要・十分条件」を共感的理解、肯定的配慮、セラピストの暖かさ、一致、純粋性としている。こうした要素は、すべての心理療法の学派において、治療関係の構築において重要だとされている。

治療関係の実証研究についてはいくつか総説がある(Levant & Shlien, 1984など)。こうした総説では、治療者と患者の関係が大切だということに一致しているが、しかし、それを支持する実証的証拠は、かつて考えられていたよりも確固たるものではない。治療関係を評価する場合、①患者が評定する場合、②患者が評定する場合、③第三者が客観的に評定する場合の3種類がある。①については、治療効果と正の相関が見られるが、③についてはなかなか相関は出にくいようである。

例えば、Miller, Taylor & West(1980)の研究では、いろいろな行動療法の技法が、アルコール関連患者の行動に及ぼす効果を調べた。その際に、治療者の患者への「共感」と、治療効果の間に、 $r = 0.82$ の高い相関がみられた。相関係数が0.82ということは、治療効果の分散の67%を説明するということである(相関係数の2乗が分散の説明率を表すため。つまり、 $0.82 \times 0.82 = 0.67$)。行動療法でも治療関係は大切だということを示す。

治療同盟の研究

治療関係の効果は、最近では、「治療同盟」Therapeutic Allianceという用語で研究されるようになった。治療同盟を評価する場合も、①患者が評定する場合、②患者が評定する場合、③第三者が客観的に評定する場合の3種類がある。

治療同盟についての明確な結論を出すのはなかなか難しい状況にある。まず、治療同盟の定義はまだ一致しないところがある。また、治療同盟の測定法も、いろいろな技法が出てきている。さらに、クライアント中心療法では治療同盟という考え方はよく理解されているが、心理力動療法(精神分析学の流れ)では、それほど重要視されていないという学派間の相違もある。それにそもそも治療同盟とは、治療者の行動といった狭い概念ではないはずなので、なかなか測定が難しい。

治療同盟の定義と測定法について、Gaston(1990)は以下の4つの成分に分けている。(a) 患者の治療者に対する感情的関係、(b) 治療における患者の合目的な遂行能力、(c) 治療者の共感的理解と関与、(d) 治療目標と手順についての患者と治療者の合意。

こうして考えると、治療同盟という概念は、ロジャースの「パーソナリティ変化における必要・十分条件」と同じものではない。実際に、Johnson(1988)は、治療同盟の尺度とロジャース流の尺度を調べたところ、両者に相関はなかったのである。

治療同盟の尺度を使った研究結果の例を表3.3に示す。明らかに治療同盟は治療効果と関係がある。ただし、関係がないという結果や、関係が低いという結果もある。

***** 表3.3 *****

表3.3 治療効果に占める治療同盟尺度の説明率

	著者	使用尺度	治療結果	効果の説明率 (%)
1	Gomes-Schwartz (1978)	VPPS (a)	Global ratings of gains	27%—38%
2	Morgan et al.(1982)	PHAS (b)	Composite residualized gain scores	20%
3	Luborsky et al. (1985)	PHAS (b)	Indices of social functioning	25%—51%
4	Marziali (1984)	TARS (b)	Symptomatic change Patient-therapist evaluations	9%—14% 9%—35%
5	Eaton et al. (1988)	TARS (b)	Improvement in symptoms of bereavement	19%—35%
6	Marmar et al. (1989)	CALPAS (bcd)	Symptomatic change, interpersonal functioning	9%—16%
7	Horvath & Greenberg(1989)	WAI (bc)	Variety of outcome measures (e)	18%—27%
8	Tichenor & Hill (1989)	VTAS (a) WAI (a) CALPAS (a) PHAS (a)	Variety of outcome (f)	0%—50%
9	Johnson (1988)	VPPS (a) PHAS (a)	Symptom levels at termination	No Association
10	Gaston et al. (in press)	CALPAS (a)	Symptomatic improvement	36%—57%

Key Terms Defined:

VPPS = Vanderbilt Psychotherapy Process Scale,

VTAS = Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale,

TARS = Therapeutic Alliance Rating Scale,

CALPAS = California Psychotherapy Alliance Scale,

PHAS = Penn Helping Alliance Scale,

WAI = Working Alliance Inventory.

a = Rated by clinical judges

b = Rated by patient

c = Rated by therapist

d = Patient working capacity subscale only, rated by patient and therapist

e = When outcome was based on residual gain scores (initial levels of disturbance accounted for),
no significant relation was found

f = Initial levels of symptoms not accounted for

丹野：「共通要因」の説明率について、具体的に数字を上げて述べているのはこの表だけである。

この表は「治療同盟尺度」が治療効果の分散のどのくらいの割合を説明するかについて、まとめた表である。ここにあげられた「効果の説明率」とは、治療同盟の尺度と治療効果尺度の相関係数の2乗の値を示している。

本総説の冒頭で「共通要因30%」と明言しているにもかかわらず、本文中には全く触れていない。通常の学術論文ではこのようなことはあり得ない。

ただ、うっすらと匂わせていることはある。この表3.3をみると、0%~51%までさまざまであるが、これらの単純平均を求めると、23.4という値になる。本文には明確に書いていないのだが、この値から著者は「共通要因30%」としたのかもしれない。

い。(というより、本総説で共通要因が30%であると言うとしたら、こうした数字をあげるしかないだろう)

たとえ、この表から「共通要因30%」であることを認めたとしよう。それでも深刻な問題がある。つまり、前述のように「治療外変化40%」については自然回復率(100名中何人が自然回復するかというパーセンテージ)を示す。ところが、「共通要因30%」については、治療効果に占める分散の説明率(%)を示す。つまり、全く違うレベルの数値が同次元で比較されている。こんな非科学的な推論があるだろうか。

前述のように、Rosenthal(1983)の論文を引用しているように、Lambert自身は実人数比と分散説明率とが全く別の次元の数値であることを理解しているはずである。にもかかわらずこんな非科学的推論をしているのは理解に苦しむ。

丹野：相関係数の二乗値と説明率の混同

厳密にいうと、相関係数の二乗値がそのまま分散の説明率をあらわすとは限らない。相関係数の二乗値は、確かに2つの変数がどれだけ分散を共有しているかをあらわしている。しかし、「説明率」という場合は、2つの変数間に因果関係が存在することが仮定され、しかも他の変数の影響を除いておく必要がある。例えば、重回帰分析などを用いて、他の変数の影響を取り除きながら、従属変数の分散がどれだけ独立変数によって説明されるかを調べることが必要である。以下に引用されているGaston, Marmar, Thompson & Gallagher(印刷中)の論文ではそのような手続きが取られているので、納得できる。しかし、それ以外の論文は、単に相関係数の二乗値を算出しているだけであり、これがそのまま分散の説明率をあらわすと考えるのは無理がある。例えば、同じような相関係数を持つたくさんの変数があれば、それらの相関係数の二乗値の総和は100%を越えてしまうことになる。そうした場合は、説明率の総和が100%を越えてしまえば、「分散の説明率」と呼ぶのは不合理であろう。

以下、治療同盟の尺度を用いた研究について、いくつかを紹介する。

まず、バンダービルト大学のグループの研究がある(O'Mally, Suh & Strupp, 1983)。この研究では、大学生の外来において、治療同盟の2つの変数、つまり「患者の関与度」と「治療者が提供する関係」と治療効果は相関関係があった。(治療中に「患者の関与度」と「治療者が提供する関係」が良いほど、後の治療効果が高いことを予測した)。なお、治療同盟の測定は、患者と治療者と両方で行われたが、治療効果を予測したのは、治療者による評定であって、患者の評定のほうではなかった。これは彼らにとって意外な結果だったようだ。

これを追試したWindholz & Silberschatz(1988)は、成人の外来患者を対象を広げ、治療者数も増やして研究し、同じ結果を得た。

Gomes-Schwartz(1978)は、バンダービルト心理療法過程尺度(Vanderbilt Psychotherapy Process Scale; VPPS)を用いて、治療者の理論によって治療行動が違うことを明らかにした。精神分析の治療者は、患者に説明する技法を多く用いるのに対して、ロジャース派の治療者は、より暖かく共感的な技法を用いた。一方、しろうとの治療者は、アドバイスを言い、私的な会話が多かった。しかし、技法の差は、治療効果にあらわれなかった。こうした研究からも、治療同盟が、いろいろな治療技法に共通する「共通要素」であると考えられる。

Gaston, Marmar, Thompson & Gallagher(印刷中)は、高齢者のうつ病の3つの心理療法(力動療法、認知療法、行動療法)と治療同盟について調べた。治療同盟を測った尺度は、カリフォルニア心理療法同盟尺度(California Psychotherapy Alliance Scale; CPAS)である。結果の分析には階層的重回帰分析を用いた。治療終了時の症状を従属変数とし、①治療前の症状、②症状変化、③治療同盟を独立変数とした。その結果、治療終了近くに測定された③「治療同盟」の変数は、治療終了時の症状の分散の36%~57%を説明した。これらは①や②の説明率よりも大きいか同等であった。

(この研究については表3.3にも取りあげられている)

Lorr(1965)は、形容詞のチェックリストを使って、患者に治療を評定してもらった。因子分析の結果、5つの因子に分かれた。①理解、②受容、③権威主義、④自立促進、⑤批判・敵対。これらの下位尺度のうち、①理解と②受容は治療効果と相関がみられた。

同様の研究では、セラピスト自身が自分の特徴を評定し、治療効果との相関を見ているが、こちらは有意な相関がないと報告している。

Murphy, Cramer & Lillie(1984)は、認知行動療法において、患者自身が治療効果を得るために何が重要だと思っているかを聞いた。①アドバイス、②理解してくれる人と話すこと、③自分の問題に関心を持ってくれる人と話すこと、④希望を与えてくれること、などが挙がり、初めの2つの項目①と②は、治療効果と相関があった。

患者は、治療が成功したその原因として、治療者の個人的な資質が重要であると考えられる傾向にある。そうした個人的な資質は研究間・方法間で非常に似ていることから、治療効果を得るうえで重要な要因であると考えられている。Lazarus(1971)は、治療後のフォローアップで、治療についての印象を聞いた。その結果、患者が治療者に対して最も使われた形容詞は、①感受性が高い、②優しい、③誠実な、であった。患者は、個別の技法よりも、治療者の個人的な資質を重要だと感じているが、これについての合意はあまりない。

Sloaneら(1975)は、治療者の行動を第三者評定で測定したが、その結果、治療者の共感的な行動は治療効果と相関しなかった。

ただし、患者は、治療的变化をもたらすものとして、治療者の質を強調する傾向があった。

技法間で治療効果に差がないこと

技法間で治療効果に違いがみられないことも、共通要素が重要であるとする論拠になっている（総説として、Bergin & Lambert, 1978; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975）。このことを劇的に示したのは、アメリカの国立精神衛生研究所（National Institute of Mental Health: NIMH）がおこなったうつ病治療の多施設研究である。Elkinら(1989)の報告によると、この研究では、250名のうつ病の患者を対象として、①認知行動療法、②対人関係療法（力動療法の一つ）、③抗うつ薬イミプラミン、④対照群（プラシーボ薬＋通常の臨床管理）の4群にランダムに分けて、その効果を比較した。

心理療法の治療者は、慎重に選ばれた28名の精神科医と心理学者であった。心理療法の方法は、マニュアルで規定され、過程はチェックされた。ひとりの治療者は、1～11名の患者を担当し、平均期間は16.2セッションであった。

結果として最も興味深いのは、2つの心理療法（①認知行動療法と②対人関係療法）の比較である。認知行動療法は、プラシーボと同程度の効果であり、対人関係療法は症状の重い患者でプラシーボよりも効果があった。2つの技法を直接比べると、有意な差はなかった。ここから、この研究の著者らは心理療法の共通要素が重要ではないかと考察している。

Zeissら(1979)も同じような結果を得ている。彼らは、(a)対人スキル訓練、(b)楽しい活動を増やす強化理論にもとづくプログラム、(c)抑うつ的思考の変容を目指した認知的アプローチの3つを比較した。その結果、3つの方法はともに抑うつを低下させたが、3つの方法の間に差はなかった。その説明として、彼らは、スキル訓練による自己効力感の向上、うまくできている感覚や正の強化が共通要素として働いたためと考察している。

折衷療法へのヒント3： 一般に折衷療法は共通要因を強調すべきである。治療者の要因が治療効果を左右する。そのような共通要因は実証研究でも強調されている。共通要素が治療で機能すれば、パーソナリティのポジティブな変化が起こりやすい。

4. 効果研究の結果からどの技法を選ぶべきか

以上のように、治療効果に及ぼす要因として、ホメオスタシス過程、幸運な出来事、ソーシャル・サポート、期待、共通要因があることを見てきた。個別の技法の効果は明らかではない。ではあるが、いくつかの研究では個別の技法が効果があるとしている。これらの研究は再現性が乏しいのではあるが。

丹野：繰り返しになるが、「ホメオスタシス過程、幸運な出来事」や「期待」の検討は、本総説では一切おこなわれていない。

4-1. 効果研究の比較

以前のメタ分析の総説では、特定の治療技法が優れているという結果は出ていなかったが、最近のメタ分析では、特定の技法が優れているという結果が出ている。これについては表3.1を再び参照してほしい。

最近のメタ分析では(例えば、Dashら, 1983)、効果量は小さいながら一貫して、認知行動療法のほうが、伝統的な言語的な関係志向的治療よりも優れた効果を持つことが示されている。複数の治療技法を比べた研究では、認知療法と行動療法は、力動的療法や人間性心理学よりも優れている。

Shapiro & Shapiro (1982)の有名なメタ分析の総説をとりあげてみよう。前述のSmithら(1980)のメタ分析をさらに進めて、彼らは2つ以上の治療技法を対照群と比べた効果研究に絞って分析したのである。したがって、彼らの結論は、Smithら(1980)のものよりも、信頼できるものとなっている。彼らの計算によると、効果量は、認知療法で1.00であり、行動療法は1.06であるのに対し、力動的療法・人間性心理学は0.40である。しかし、彼らによると、これは認知療法や行動療法が効果が高いことを示すのではない。そうではなくて、認知療法や行動療法が、アナログ研究を主体として、軽い症状の患者だけを扱い、効果が出やすい測定を用いたために、大きな治療効果が出やすかっただけだとしている。こうした結果は、大学でおこなわれた実験的研究の結果であって、実際の治療場面を反映したものではない、と考察している。

なお、Shapiro & Shapiro (1982)の研究の副産物として、系統的脱感作療法は、認知行動療法よりも効果が有意に低いという結果となった。ただし、後にBerman, Miller & Massman (1984)の研究では、系統的脱感作療法と認知行動療法の差は出なかった(効果量の差は0.06にすぎなかった)。また、両方の技法を併用しても、単独の時よりも、効果量はあがらないことも明らかにした。

Dobson (1989)は、Beck式の認知療法がうつ病にもたらす効果を調べた28本の研究のメタ分析をおこなった。その結果、認知療法は、非治療対照群と比べると効果量は約2.0であった。また、薬物療法や行動療法、他の心理療法と比べると、効果量は約

0.5であった。

Robinson, Berman & Neimeyer (1990)は、効果研究の範囲を広げて調べた。その結果、認知療法、認知行動療法、行動療法は、他の言語的心理療法と比べて、効果量にして0.5は優れていた。他の言語的心理療法の効果は、プラシーボ対照群と変わらなかった。とはいえ、実験者のallegianceの影響を除くとその差は消えた。

以上のように、メタ分析の結果は一貫しない。時に、ある技法が優れているという結果は出るが、治療技法の間で差が出ないというのが傾向である。

丹野：繰り返しになるが、「治療技法の間で差がない」という「等価性」の論調は、後にメタ分析が進歩するにつれて否定された。1990年代以降は、「一定の疾患には一定の技法が優れている」ということが明確にされた。例えば、アメリカ心理学会の心理療法のガイドラインなどにあらわれている。

4-2. 特定の症状には行動療法

特定の症状に対しては、行動療法が優れた治療効果を示す。このことは多くの研究で確認されている。最も著名なのは、恐怖症に対するエクスポージャー法の効果である。ただし、初期の研究では、この技法でのドロップアウト率は25%である。

恐怖症に対しては、エクスポージャー法の原理にもとづく行動療法の技法が多く用いられている。脱感作療法、フラッディング法などである。また、オペラント技法、モデリング、認知リハーサル、自己調整法などもある。

このようにいろいろな行動療法の技法があるが、基本となるのは恐怖刺激へのエクスポージャーである。エクスポージャーこそが症状の改善の必要条件である。

また、広場恐怖を伴うパニック障害に対しても、エクスポージャー法が効果がある(Balow, 1988; Michelson & Marchione, 1991)。

パニック障害に対しては、エクスポージャー法と認知行動療法の組み合わせが効果がある。この組み合わせは、エクスポージャー法だけの場合や、他の治療法とエクスポージャー法を組み合わせた場合よりも、大きな効果を持つ (Michelson, Marchione & Greenwald, 1989)。

結論4： 近年では臨床群を対象とした多くの研究が行われ、エクスポージャー法が他の治療よりも優れた効果を持つことが実証されている。ただし、エクスポージャー法がどのような疾患に有効か、長期的な効果があるかという点はさらに検討が必要である。

折衷療法へのヒント4： 折衷療法は有効であろうし、実践において推奨されるべきである。折衷療法は、技法の利用における柔軟性があるので、患者に対してネガティブな結果を生じにくく、有効な治療を提供するものであると考えられる。

5. 全体的結論と研究の将来

折衷療法の効果についての研究は少ない。というのも、折衷療法の効果は、それぞれの学派の効果研究を借りるという形でしかおこなわれてこなかったからである。

Garfield(1986)によると、不幸にして、折衷療法の効果は、臨床的観察や逸話でしか語られてこなかった。

代表的な折衷療法

Mahalik (1990)は、4つの折衷療法について総説を書いた。この総説では、①Beutlerアプローチ、②Howaerアプローチ、③Lazarusアプローチ、④Prochaskaアプローチ、の4つを取りあげ、それぞれ5つの観点から評価した。この総説では、これらの折衷療法が著者自身だけでおこなわれており、客観性が乏しいことを指摘する。

Mahalik (1990)によると、折衷療法の効果については、対照群を設けた比較研究がほとんど行われていない。

Lazarus(1992)の折衷アプローチは、効果研究の最前線の成果を利用した「良いとこ取り」を旨とするものである。しかし、どうやって「良いとこ取り」をするかについてのシステムティックな効果研究を行っていないので、残念ながら「効果研究の最前線」というのは絵に描いた餅である。どの患者にどのような技法を用いるのかという本当に知りたいことには、この折衷療法は答えていない。

Beutlerのアプローチは、系統的折衷療法と呼ばれ、実証研究は比較的多いほうである (Beutler & Consoli, 1992)。しかし、患者・治療者・治療法の3つをどうマッチングさせるか、という点で困難に直面した。

Prochaskaのアプローチは、理論横断型のアプローチであり、いくつかの実証研究を生んでいる (Prochaska & DiClemente, 1992)。これは禁煙行動を促進するという臨床現場から生まれた理論であり、これまでの折衷療法が精神病理の治療場面から生まれたのに対して、出自が異なる。効果研究はマニュアルにもとづいておこなわれ、伝統的な技法に比べて、その有効性を示す知見が少しずつ蓄積されている。

最近では、Stilesら(1990)の「多段階モデル」が提案されている。彼らは、治療経過を8段階に分けて、それぞれの段階で適切な技法を用いることを提案する。それによると、力動的療法は治療の初期段階で用い、認知行動療法は後期の段階で用いることを推奨している。

折衷療法の効果研究について

シェフィールド大学でおこなわれた研究 (Shapiro & Firth, 1987) では、同一の治療者により、40名の外来患者に対して認知行動療法と人間性心理学+力動的療法が異なる順序でおこなわれた。その結果、認知行動療法の効果がより大きいという結果が得られたが、実施順序による効果の違いは確認されなかった。つまり、上述のStilesら(1990)の「力動的療法→認知行動療法の順序とすべき」という主張は、実証されなかった。

もうひとつ「治療者効果」と呼ばれるものがあり、折衷療法の難しさを示している。ひとりの治療者は2つ以上の治療技法を同じように実施することが難しいという現象である。Shapiro, Firth-Cozens & Stiles (1989) では、4人の治療者が、それぞれ認知行動療法と力動的心理療法をおこなった。治療法はマニュアルとスーパーヴィジョンにもとづいて厳密に統制された。しかし、治療者によって治療効果は異なった。治療者のなかで多くの患者を担当した2名を見ると、1人の治療者では認知行動療法のほうが効果が大きく、1名の治療者では逆に力動的心理療法のほうが効果が大きかった。

折衷療法をおこなう場合、単に複数の技法が使えるというだけではダメであり、個々の技法のスキルに十分習熟しておかなければならないということである。

折衷療法の有効性を示すための研究は、いまだほとんど行われていない。その有効性を主張するためには、患者群と対照群に無作為に割り付ける効果研究が必要である。

折衷療法の研究の今後 -治療プロセス研究について

折衷療法について、今後どんな研究が必要だろうか。これについて、Wolfe & Goldfried (1988) は、アメリカの国立精神衛生研究所 (NIMH) でワークショップをおこない、23項目を拾い出した。それらの23項目は、さらに以下の4領域に分けられた。つまり、今後の折衷療法に必要なことは、①概念をもっと明確にすること、②治療のプロセスをもっと研究すること、③効果をもっと明らかにすること、④治療者の訓練とスーパーヴィジョンについてもっと明らかにすること、という4つの課題に分けられる。本章では、これまで③の効果について述べてきたので、最後に②治療プロセスについて、2つの研究を紹介しよう。

治療のプロセスについて、Jones, Cumming & Horowitz (1988) は、心的外傷や死別の後のストレス反応に対する力動的心理療法の効果を調べたが、その際に、力動的心理療法の過程を分けてみた。その結果、症状の重症度によって、治療の成功を予測する要因は異なっていた。つまり、重症の患者に対しては、支持的な介入 (直接的な保証、脅威的解釈を避けること、対話を導くこと、防衛を支持することなど) が有効であった。これに対し、軽症の患者にはより攻撃的なアプローチのほうが有効であった。

Jonesらは、この研究結果から、共通要因よりも、個別の技法 (ここでは力動的療法の各技法) のほうが重要だと述べている。しかし、このような解釈は難しいだろう。その理由として第1に、ここで用いられた技法は力動的療法という狭い範囲のものであり、他の療法を含めた共通要素を扱ったわけではないので、共通要素について云々することはできないはずである。第2に、治療効果に関係しない項目を報告していないし、分析方法がポストホック (後付け的) であるために、結果の解釈が正確なのかを判断できないからである。

治療のプロセスについて、もうひとつ、Richards, Burlingame, Barlow & Lambert (1990)の集団心理療法の研究がある。彼らは、患者の対人スタイルこそが、集団心理療法の効果を左右するとした。つまり、治療によって症状が改善した患者は、自省的で、自己受容的であり、治療者は受容的に接していた。これに対して、治療によって症状が逆に悪化した患者は、自省を避け、回避的であり、周りの人と敵意的な関係となっていた。

このような研究はいくつかある (例えば、Henry, Schacht & Strupp, 1986)。このようなプロセス研究は、治療効果を高める方法を示してくれるので有益である。

折衷療法の効果についてのエビデンスは少ない。今後、エビデンスが出てくるまで、折衷療法の優位性を主張するのには謙虚であるべきであろう。

丹野：「5. 全体的結論と研究の将来」の記述については、批判する点は全くない。丹野が批判したいのは、心理療法の効果

の要因についての部分だけである。

誤解のないようにいうと、丹野は、心理療法の共通要因はきわめて重要なものと考えている。だからといって、Lambert(1992)のような不確かな論拠にもとづいて、個別の技法を軽視するのは不当だと言いたいのである。