

丹野義彦¹⁾・高野慶輔^{2,3)}・服部陽介^{1,2)}・飯島雄大¹⁾

1) 東京大学 総合文化研究科 認知行動科学

2) 日本学術振興会 特別研究員

3) 日本大学 文理学部

【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.

【訳者の注】

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」よりも効果が高いため、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。

この論拠については、このホームページで公開されている「[B Lambert\(1992\) 心理療法の効果の割合 批判](#)」という文書をお読み下さい。私たちがこの総説の抄訳を公表する理由は、原文を知っていただき、この総説の結論がいかほど科学的な根拠を欠いているかを理解していただきたいからです。

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。もともとなったのは、『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が大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。

以下は、Lambert(1992)の総説を抄訳したものです。ただし、逐語訳ではありません。治療効果についての部分は比較的詳しく紹介していますが、折衷的治療についての部分はだいぶ省略しています。関心のある方は、ご自分で原典に当たってください。

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、心理療法の一般的效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ーチでは、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。

***** 図3.1 *****

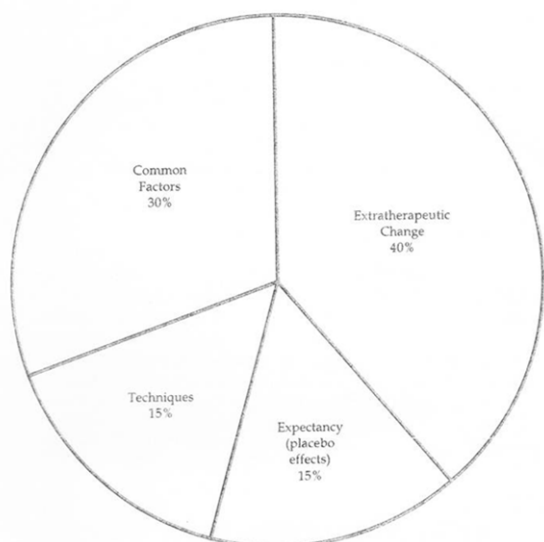


図3.1の説明

a. 治療外変化40%： これらの要因は、一部はクライエン

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

Extratherapeutic Change: These factors that are a part of the client (such as ego

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。

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。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）。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。

- 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。
- 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。
- 治療技法が違ってても、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。

- 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。
- 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。この解釈は、図3.1の「プラシーボ」の文献とも関係がある。

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？

共通要因とは何かー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サポート要因、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。

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で一致しているが、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、治療同盟の定義が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

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、成人の外来患者に対象を広げ、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(力動療法的一种)、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えている。

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。

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。

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また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には謙虚であるべきであろう。