

**WHAT MAKES  
COUNSELLING  
EFFECTIVE?  
THE EVIDENCE BASE  
AND THE UK CONTEXT**

Mick Cooper  
Professor of Counselling  
University of Strathclyde  
[mick.cooper@strath.ac.uk](mailto:mick.cooper@strath.ac.uk)

**カウンセリングは  
本当に効果があるのか？**

**その実証的な研究とイギリスでの産業  
カウンセリングの実情**

Mick Cooper  
Professor of Counselling  
University of Strathclyde  
[mick.cooper@strath.ac.uk](mailto:mick.cooper@strath.ac.uk)

## Aims of presentation

- What is counselling like in the UK context:
  - Training?
  - Workplace counselling
  - Work in the National Health Service
- What makes counselling effective?

## 本講義の目的

- イギリスにおけるカウンセリングの現状
  - トレーニング
  - 職場におけるカウンセリング
  - NHS(イギリス国営医療サービス)におけるカウンセリング
- 何がカウンセリングの効果をもたらすのか?

# **Counselling in the UK**

**イギリスにおける  
カウンセリングの現状**

## Context I

- Around 30,000 counsellors in UK
- Principal professional organisation: British Association of Counsellors and Psychotherapists (BACP):  
<http://www.bacp.co.uk/>
  - Includes an Association for Counselling at Work:  
<http://www.bacpworkplace.org.uk/>
- Counsellors predominantly person-centered/humanistic, psychodynamic or integrative/eclectic

## イギリスの現状 I

- イギリスにおけるカウンセラーの数はおよそ3万人
- カウンセリングに関する中心的な組織は、イギリス  
カウンセリング／心理療法学会:British Association of  
Counsellors and Psychotherapists (BACP):  
<http://www.bacp.co.uk/>
  - この学会は、下位組織としてのイギリス産業カウンセ  
リング学会 (Association for Counselling at Work)を含む:  
<http://www.bacpworkplace.org.uk/>
- カウンセラーの多くは、パーソンセンタード／ヒュー  
マニスティック、力動的療法、もしくは統合／  
折衷アプローチ

## Context II

- Counsellors different from psychologists (as don't need psychological background)
- Counsellors tend to be distinguished from psychotherapists
  - Context-based
  - Less pathology-orientated
  - More wellbeing orientated
  - Briefer training

## イギリスの現状 II

- カウンセラーはサイコロジストとは異なる  
(カウンセラーは心理学の学位や背景を必ずしも必要としない)
- カウンセラーはセラピストとも区別して考えられている
  - クライアントを取り巻く環境を扱う
  - 病理にはそれほどフォーカスをしない
  - 健康な部分により焦点を当てる
  - 専門家としてのトレーニングはより短い

## Regulation

- Counselling (and psychotherapy) currently going through process of government regulation – should be completed by 2011
- In future, only trained counsellors who meet minimum standards of proficiency will be able to use title

## 規制について

- カウンセリングとセラピーは、現在政府による規制設定のプロセスにあり、2011年までにはその規制が決定すると考えられている
- 近い将来、研修を修了し、カウンセラーとしての能力を示す最低限の基準をクリアした者のみが「カウンセラー」と名乗ることができるようになる

①

Training

①

トレーニング

## Current training of counsellors

- Counsellor training at many different levels:
  - Master's
  - Degree
  - **HE Diploma**
  - Certificate
  - No academic level

(Psychotherapy = Master's, Clin./couns. psychology = Doctorate)

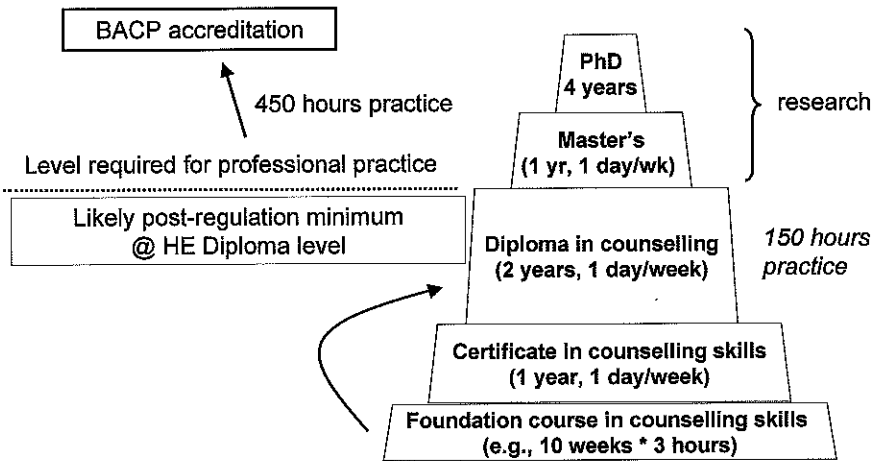
## カウンセラートレーニングの現状

- カウンセラートレーニングの様々なレベル
  - 修士課程
  - **HE ディプロマ**
  - 資格認定
  - アカデミックレベルでの学位無し

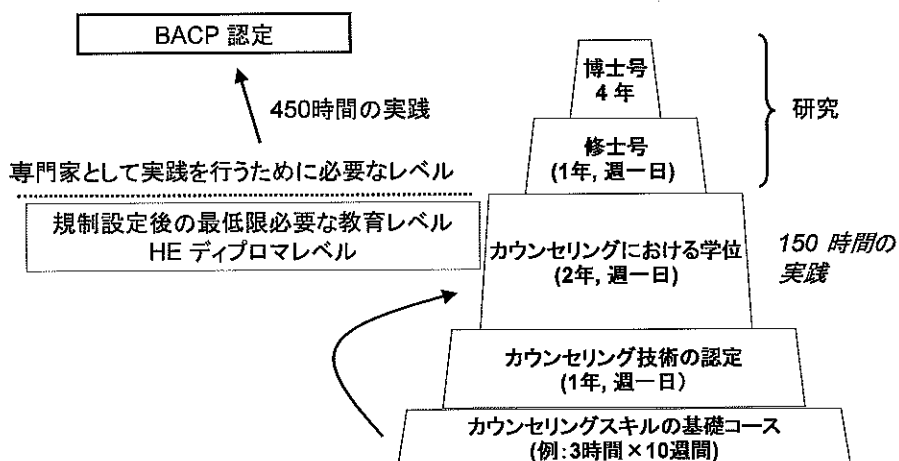
(セラピー= 修士号,  
臨床心理学者、カウンセリング心理学者 = 博士号)



# Typical training



# 典型的なトレーニングモデル



## Orientation

- Counselling training programmes required to have core approach – most commonly:
  - Person-centred
  - Psychodynamic
  - Humanistic (e.g., gestalt, TA)
  - Integrative (e.g., Egan)

## オリエンテーション

- カウンセリングトレーニングのプログラムは、核となるアプローチを擁していることが必須とされている。その主要なアプローチとしては以下の通り:
  - パーソンセンタード
  - 力動的な精神療法
  - ヒューマニスティック (例; ゲシュタルト、交流分析)
  - 統合的 (例; イーガン)

### Typical elements of Diploma training

- Theory (e.g., attachment, ethics)
- Skills practice (esp. 'triads')
- Personal development workshops
- Personal development groups
- Group supervision
- Research/evaluation
- External to course:
  - Placement (2-6 clients/week)
  - Individual supervision

### ディプロマトレーニングの主要な要素

- 理論 (e.g., attachment, ethics)
- 技術の獲得 (esp. 'triads')
- 自己成長のためのワークショップ
- 自己成長のためのグループ
- グループスーパービジョン
- 研究/評価
- 授業外学習:
  - カウンセリング実習 (週に2-6人のクライアントを担当)
  - 個人スーパービジョン

10.00-11.00	Lecture: Person-centered theory of development
Tea break	
11.30-12.30	Workshop: understanding self through person-centred theory
Lunch	
13.30-15.00	Skills groups
Coffee break	
15.00-16.00	Personal development group

10.00-11.00	講義: 人間発達に関するパーソンセンタードアプローチの理論
休憩	
11.30-12.30	ワークショップ: パーソンセンタード理論を通しての自己の理解
昼食	
13.30-15.00	技術習得のためのグループ
休憩	
15.00-16.00	自己成長のためのグループ

②

Counselling  
in the  
Workplace

②

産業カウンセリン  
グの実情

## Context

- All organisations have duty of care to employees, including care for psychological wellbeing
- Employers willing to cover costs of limited amount of counselling
- Some very large organisations (e.g., police, Royal Mail) have own team of counsellors employed on site

## 背景

- 全ての組織は、従業員のケア(精神的健康を含む)を行う義務がある
- 回数の上限つきで、従業員のカウンセリングの費用を積極的に負担する雇用主
- 警察やイギリス郵便局など非常に大きな組織の一部は、組織内にカウンセラーを擁している

## EAPs

- Most others small to medium organisations have contracts with independent Employee Assistance Programme (EAP) providers...

## EAP(従業員援助プログラム)

- 小〜中規模のほとんどの組織は、外部のEAP(従業員援助プログラム)サービス会社と契約を結んでいる

## Referral

- Employees self-refer, or recommended by employer/manager - would not be mandated
- Initial (and sometimes ongoing) contact by phone: 24/7 availability
- Tendency towards problem-orientated counselling approaches
- Often time-limited: 6-8 sessions

## 受診について

- 従業員が自分からカウンセリングに行くこともあれば、上司がカウンセリングを勧めることもある
- 初回(そして時にはその後も継続して)の話は電話で行われる。24時間、毎日受付可能
- 問題解決型のカウンセリングが重視される傾向がある
- 多くの場合、回数制限(6~8セッション)がある



## Practice

- Employees generally not seen on-site, but at convenient, off-site, neutral location
- Work is usually confidential, though employers may receive summary

## カウンセリングの形態について

- 従業員は、通常会社内ではカウンセリングを受けず、社外、かつ利便性の高い、中立的な場所でカウンセリングを受ける
- カウンセリングの内容は通常は他人に開示されることはないが、上司／雇用主に面接の要約が渡されることはあり得る

## Typical issues

- Stress
- Financial problems
- Racial & Sexual Harassment
- Bullying
- Redundancy
- Bereavement
- Domestic Violence
- Mental and emotional Problems
- Trauma

## よく見られる カウンセリングのテーマ

- ストレス
- 財政上の問題
- 人種および性的なハラスメント
- いじめ
- (余剰人員の)解雇
- 死別体験
- ドメスティックバイオレンス
- 心理的・感情的な問題
- トラウマ

## Counsellors

- Trained to Diploma level
- Generally employed on part-time, or *ad hoc*, basis
- Pay: approximately £40-£80/hour (¥6,000 - ¥13,000)

## カウンセラーについて

- 少なくともディプロマ(学位)レベルまでのトレーニングは受けている
- 一般的に、非常勤もしくは臨時職員として雇われることが多い
- 時給は£40-£80(¥6,000 - ¥13,000)

## Limited evidence for counselling in the workplace

- Levels of work-related symptoms return to the normal range for more than half of all clients
- Levels of sickness and absence fall by between 25-50%
- Levels of job commitment and satisfaction rise
- Levels of substance abuse are reduced
- The majority of those who use workplace counselling say they are "highly satisfied" with it.

## 産業カウンセリングの

### 効果に関する実証的データ

- 仕事に関する問題症状に関しては、全てのクライアントのおよそ半数において、カウンセリングの結果、通常範囲まで回復する
- 病気や欠勤に関しては、(カウンセリング開始前の)25-50%まで減少する
- 仕事へのコミットメントと満足度は増加する
- 薬物乱用は減少する
- 産業カウンセリングを利用した大多数の人が「カウンセリングについて「非常に満足している」と答えている

③

# Counselling in healthcare

③

# 医療における カウンセリングの 実情

## Health structures

- ‘Primary care’: first point of contact for patients (mainly community-based doctor’s surgeries)
- ‘Secondary care’: medical specialist intervention (e.g., hospitals, specialist clinics)
- Most healthcare provided by National Health Service (free/taxes)
  - but increasing private healthcare sector (primary and secondary)

## 医療システムの実際

- ‘プライマリーケア’: 患者にとってまず最初の受診先(多くの場合、地域の診療所)
- ‘セカンダリーケア’: より専門性の高い医療サービス(例: 大きな病院や各専門クリニック)
- ほとんどの医療サービスはNHS(イギリス国営医療サービス)によって提供されている(税金によって賄われ、サービスは基本的に無料)
  - 私立の医療サービス機関も増えてきている(プライマリーおよびセカンダリーケア共に)

## Counselling in primary care

- Many doctor's surgeries employ counsellors:
  - One or two per surgery
  - Work relatively independently
  - Moderate rates of pay
  - Referrals come through doctors
  - Minor to moderate mental health problems: stress, depression, anxiety, bereavement
  - Short or long term work
  - Range of approaches

## プライマリーケアにおける カウンセリング

- 多くの診療所がカウンセラーを擁している:
  - 1診療所につき、1～2人のカウンセラー
  - カウンセラーは比較的独立して働く
  - カウンセラーの給料は中程度
  - 医者から紹介で患者が回されてくる
  - 軽度から中程度のメンタルヘルスに関する問題: ストレス、うつ、不安、死別など
  - 短期間もしくは長期間の面接
  - さまざまなカウンセリングのアプローチ

## Counselling outside primary care

- A few secondary care services have counsellors
  - E.g., cancer clinics
- May also be employed in private treatment centres
  - E.g., drug rehabilitation clinics

## プライマリーケア以外での カウンセリング

- セカンダリーケアでは、カウンセラーを雇用している機関は少数
  - ガン専門クリニックなど
- 私立の治療機関でカウンセラーが雇われている場合もある
  - 薬物更正クリニックなど



## NICE and SIGN guidelines

- Increasing expectation in NHS of evidence-based practices
  - Adherence to NICE (National Institute of Clinical Excellence) and SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)
- << Strong emphasis on CBT
- Counselling (e.g., humanistic, psychodynamic) under threat

## NICEおよびSIGNによる ガイドライン

- NHS(イギリス国民医療サービス)において、エビデンスに基づいた医療を行うべきだとする傾向が強まってきている
- NICE (National Institute of Clinical Excellence) および SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)が設定したガイドラインに従うことが求められている  
← 認知行動療法の重視
- ヒューマニスティックアプローチや精神分析にとっては不利な状況

Selected psychological problems	Empirically Supported Treatments
Depression	CBT Behavioural marital therapy Problem-solving therapy Mindfulness-based cognitive therapy Interpersonal therapy Psychodynamic therapy <del>Counseling</del> Process-experiential therapy
Specific phobias	Cognitive therapy Exposure Applied muscle tension
Post-traumatic stress disorder	Exposure EMDR
Bulimia	CBT Interpersonal therapy
Pathological gambling	CBT

心理的問題	実証的に効果が支持された治療法
うつ病	認知行動療法 行動療法的夫婦療法 問題解決療法 マインドフルネス認知療法 対人関係療法 力動的的精神療法 カウンセリング 体験過程療法
特定の恐怖症	認知療法 エクスポージャー法(暴露法) 筋伸張
PTSD(心的外傷後ストレス障害)	エクスポージャー法(暴露法) EMDR
過食症	認知行動療法 対人関係療法
病的賭博(ギャンブル依存症)	認知行動療法

## IAPT

- Concerns over mental illness have led to government funding, in 2007, of 'Increasing Access to Psychological Therapies' (IAPT) Programme:  
<http://www.iapt.nhs.uk/>
- Approximately £173m (¥27.9b) per year
- Rolling out across NHS primary care sites in England and Wales

## IAPT

- 心理的問題への懸念から、2007年に政府が心理療法の利用を促進するための予算を設定 (IAPTプログラム: Increasing Access to Psychological Therapies: 心理療法へのアクセスを改善するプログラム)  
: <http://www.iapt.nhs.uk/>
- 毎年27億9千万円の予算配分
- イングランドとウェールズ地方のNHSプライマリーケアを担当している診療所において展開されている

## IAPT Workforce

- Counsellors moving in to IAPT roles:
- ‘Low intensity’ workers/ ‘Psychological wellbeing practitioners’ (approx 40% of workforce)
  - Guidance on self-help programmes
  - Low level telephone contact
- ‘High intensity’ workers
  - Delivery of specific psychological treatments

## IAPTに関する

### カウンセリングの実状

- IAPTに関わるカウンセラーの内訳:
- ‘比較的軽度な問題を扱う’ カウンセラー  
もしくは‘心理的健康のための対人援助職’ (カウンセラー全体の40%)
  - セルフヘルプのためのプログラムを实践
  - 軽度のクライアントのための電話相談
- ‘重度の問題を扱う’ カウンセラー
  - 各疾患に合わせた専門性の高い治療を行う

## IAPT = CBT

- But, IAPT committed to delivering NICE-recommended treatments
  - Therefore IAPT interventions are primarily CBT
- Counsellors need to re-train and re-orientate their work
- Highly controversial: what about other orientations?
- Government 'statement of intent': commitment to broadening out treatment programme

## IAPT = 認知行動療法

- IAPTはNICEが推薦する治療法を実践することを重視している
  - つまり、IAPTにおけるカウンセリングは、その多くが認知行動療法となっている
- カウンセラーは新たにトレーニングを受け、自分のカウンセリングのアプローチを再設定しなくてはならなくなっている
- 激しい論争が行われている: 認知行動療法以外のアプローチはどうなるのか?
- 政府は今後治療法の幅を広げていくことを意図していると言っているが...

# **The evidence base**

**エビデンス・ベースト  
(根拠に基づいた)  
アプローチとは**

## Background I

- Increasing demands for counselling to be rooted in a body of research evidence
- No longer sufficient to say, 'I think this therapy is effective...'
- Therapists *do* get it wrong: e.g.,
  - 90% of therapists think they are in the top 25% of practitioners

## 背景(その1)

- カウンセリングが研究に裏付けられたデータに基づいて行われるべきだという風潮が強まってきている
- 「このセラピーは効果があると思います・・・」と言うだけでは通用しなくなってきている
- セラピストは実際誤った見方をしていることも事実
  - 90%のセラピストは、自分が上位25%に属していると思っている

## Background II

- Vast body of empirical evidence, built up over last 50+ years, *does* exist...
- But many therapists not aware of it or drawing on it: e.g.,
  - Most useful source of information on how to practise
    - 48%: Ongoing experiences with clients
    - 10%: Theoretical literature
    - 4%: Research literature
- Why not? Research findings seldom communicated in a 'clear and relevant' fashion

## 背景(その2)

- 過去50年以上の間に積み重ねられてきたセラピーの効果に関する実証的な研究データは実際に存在しているのだが...
- 多くのセラピストのそれらのデータを知らないもしくは活用していない
  - 面接行う上で最も有用な情報源は:
    - 48%: クライアントのカウンセリングの経験
    - 10%: 理論的な文献
    - 4%: リサーチに関する文献資料
- なぜ研究データを利用しないのか?
  - 研究データは多くの場合、明確で実践に役立つ形では提示されていないことが多い



①

Overall  
Effectiveness

①

セラピーの全般的  
な効果について

Does therapy work?

**Yes**

(on average)

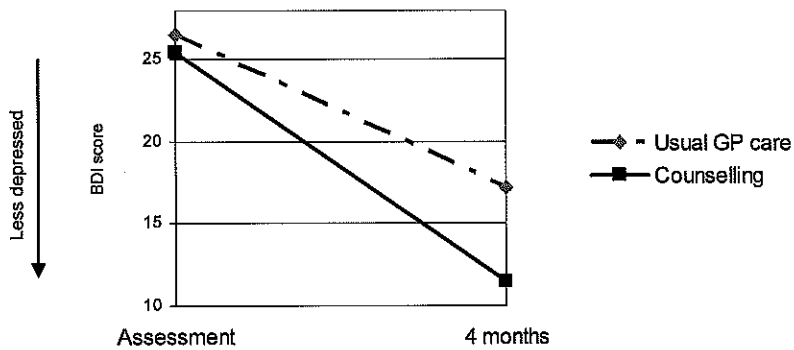
セラピーは効くのか？

**Yes**

(大まかな平均を言えば)

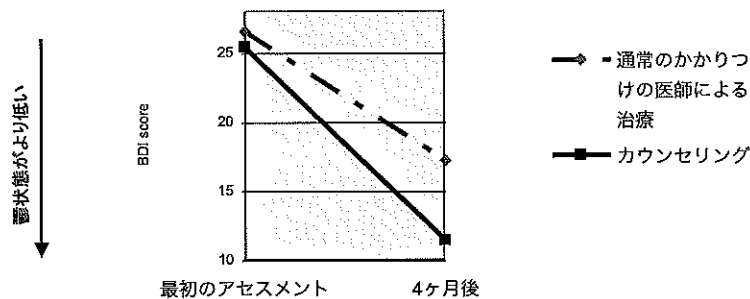
## How do we know?

- Can compare changes in individuals who *do* have therapy with those who *do not*: e.g.,
- King et al., (2000): Rigorous RCT of therapy in primary care
  - Clients: depression & mixed anxiety/depression (n=464)



## なぜ効果があるといえるのか?

- セラピーと受けた人と受けなかった人の変化の差を比較することで効果を見る
- Kingその他 (2000): プリマリーケアにおける心理療法に関する綿密な無作為対照実験
  - クライアント: うつ & うつと不安混合 (対象者数=464)



## Amount of change

- ‘Meta-analyses’ (bringing together findings from different studies) indicate ‘large’ positive effects for therapy
  - ‘Effect size’ ( $d$ ) against control groups approximately 0.7 – 0.8 = ‘large’

ES 0.2 = small

ES 0.5 = medium

ES 0.8 = large

## どの程度変化するのか

- ‘メタ分析’ (複数の異なる研究の結果をまとめる分析方法) は、セラピーの「大きな」肯定的効果を示している
  - 対照群(セラピーを受けなかったグループ)に対する‘効果量’ ( $d$ ) は0.7 – 0.8 = 効果の程度は「大きい」と考えられる

効果量 0.2 = 小

効果量 0.5 = 中

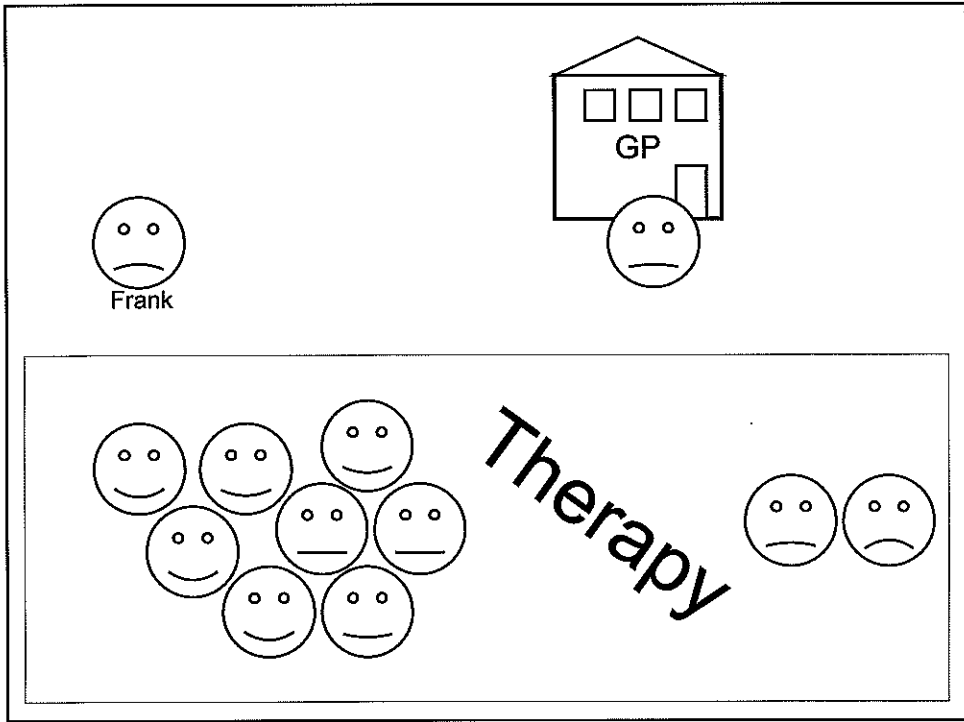
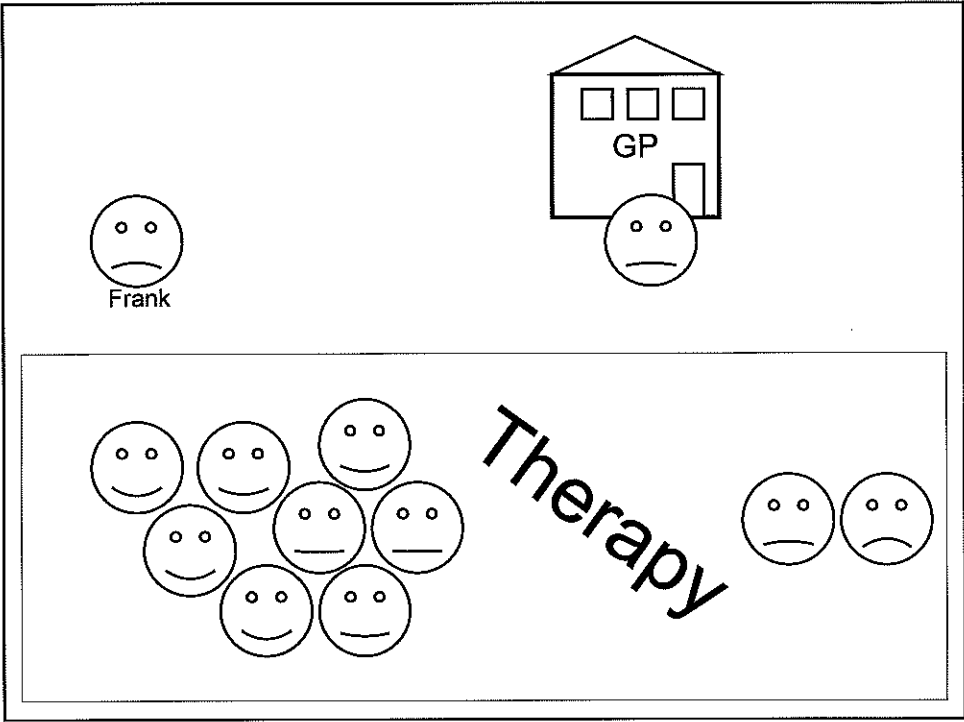
効果量 0.8 = 大

## Amount of change

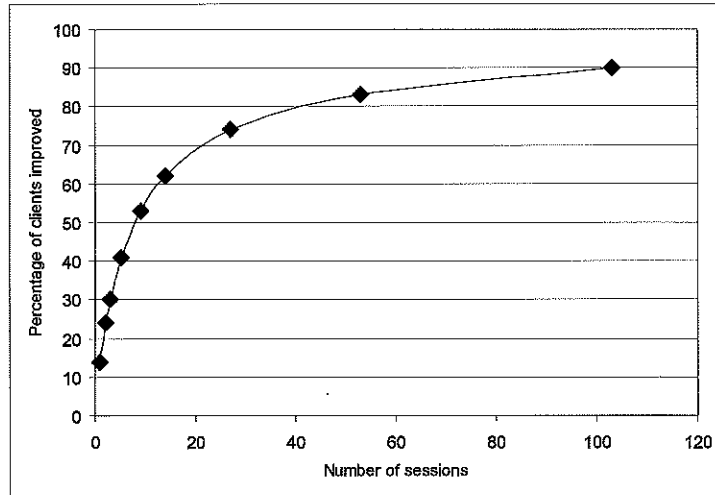
- ES of 0.8 > average effect of medical or surgical procedures, such as sleeping pills for chronic insomnia
- Approximately 8 out of 10 people better off after therapy than average person who does not have therapy

## どの程度変化するのか

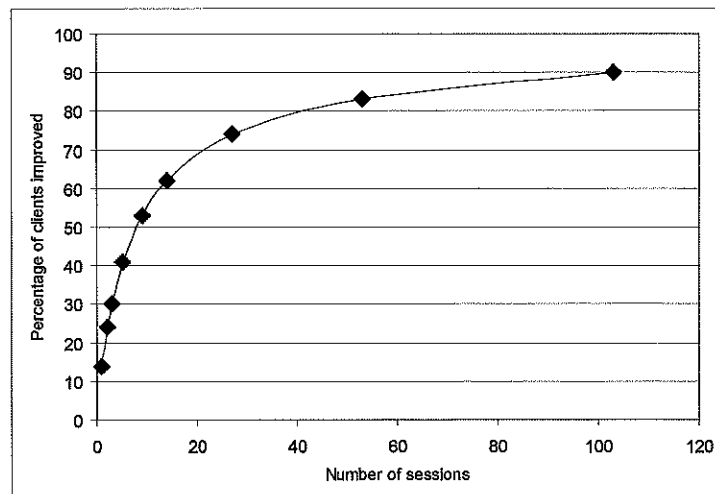
- 0.8の効果量とは、内科もしくは外科の治療方法(例えば、慢性不眠症に対する睡眠薬の処方など)の平均的な効果量よりも大きな値
- おおよそ10人に8人が、セラピーを受けることで、受けなかった人よりも良い状態になるという結果



## More therapy makes it more effective



## より多くのセラピーがより大きい効果を生むのか



## And...

- Therapeutic gains generally maintained over time
- People who do well tend to continue doing well, and vice versa
- Generally as effective as medication, often with less drop-out and relapse
- Cost effective – particularly where savings on in-patient costs (e.g., schizophrenia, older people)
- Approximately five to ten per cent of clients deteriorate as a result of therapy

## さらに...

- セラピーの効果は一般的にセラピー終了後も持続する
- 予後の良いクライアントは、その後もよい状態を維持しやすく、その逆もまたしかり
- 一般的に投薬と同程度に効果があり、投薬よりも治療からの脱落や症状の再発が少ない
- 対費用効果が高い: 特に入院患者に関するコスト節減効果が高い(例: 統合失調症や高齢者など)
- おおよそ5~10%のクライアントが、セラピーの結果、状態が悪化するとされている



Unit costs of counselling (as of 1997-1998) compared with other services and treatments in the UK (adapted from Simpson et al., 2000)

	£211 PER INPATIENT DAY
INPATIENT STAY	
COMMUNITY PSYCHIATRIST	£207 PER HOUR OF PATIENT CONTACT
PSYCHIATRIC OUTPATIENTS	£97 PER ATTENDANCE
SOCIAL WORKER	£83 PER HOUR OF FACE-TO-FACE CONTACT
PSYCHOLOGIST	£56 PER HOUR OF PATIENT CONTACT
HEALTH VISITOR	£52 PER HOUR OF CLIENT CONTACT
PHYSIOTHERAPIST	£31 PER HOUR OF CLIENT CONTACT
COUNSELLOR	£27 PER HOUR OF CLIENT CONTACT
GP CONSULTATION	£10 PER CONTACT
HOME HELP	£8.50 PER HOUR OF FACE-TO-FACE CONTACT
DIAZEPAM (VALIUM®)	APPROX. £0.10 PER TABLET

イギリスにおけるカウンセリングと  
その他の治療サービスに関するコスト比較表  
(1998-1999年時におけるデータ、シンプソン(2000)の論文より抜  
粋)

治療形態	コスト
入院	¥33000(1日あたり)
地域の精神科医	¥32000(1時間の面接あたり)
精神科への通院	¥15000(1回の通院あたり)
ソーシャルワーカー	¥13000(1時間の面接あたり)
サイコロジスト	¥8800(1時間の面接あたり)
保健師(ヘルスピジター)	¥8100(1時間の面接あたり)
理学療法士	¥4900(1時間の面接あたり)
カウンセラー	¥4200(1時間の面接あたり)
家庭医によるコンサルテーション	¥1600(1回あたり)
ホームヘルプ	¥1300(1時間の面接あたり)
ジアゼパム(精神安定剤)	¥16(1錠あたり)

**What  
makes  
therapy  
effective?**

**何がセラピーに  
効果をもたらす  
のか？**

②

Orientation  
and Technique  
Factors

②

オリエンテーションと  
技法の要因

## Does orientation matter?

- Perhaps most controversial question in field
- Depends how you 'cut the cake'?

## 「オリエンテーション」は問題となるのか？

- この分野において一番意見が分かれる質問
- 「ケーキをどのように切り分ける」にかかっている

## Empirically supported therapies perspective

- ‘Which psychological therapies/ techniques are of proven efficacy for particular psychological problems?’  
(i.e., proven through at least one or two rigorously conducted randomised controlled trials)

## 実証的に効果が支持された 心理療法の視点

- 「どの心理療法や技法が、特定の心理的な問題や課題に効果があると証明されているのだろうか？」  
(いくつかの厳密な無作為対照化実験によって証明されたものとして)

Selected psychological problems	Empirically Supported Treatments
Depression	CBT Behavioural marital therapy Problem-solving therapy Mindfulness-based cognitive therapy Interpersonal therapy Psychodynamic therapy Counselling Process-experiential therapy
Specific phobias	Cognitive therapy Exposure Applied muscle tension
Post-traumatic stress disorder	Exposure EMDR
Bulimia	CBT Interpersonal therapy
Pathological gambling	CBT

心理的問題	実証的に効果が支持された心理療法
うつ病	認知行動療法 行動療法的夫婦療法 問題解決療法 マインドフルネス認知療法 対人関係療法 精神力動療法 カウンセリング 体験過程療法
特定の恐怖症	認知療法 エクスポージャー法(暴露法) 筋伸張
PTSD(心的外傷後ストレス障害)	エクスポージャー法(暴露法) EMDR
過食症	認知行動療法 対人関係療法
病的賭博(ギャンブル依存症)	認知行動療法

## Empirically-supported perspective

- Much more evidence for effectiveness of CBT compared with other therapies

But  
more evidence  
≠  
evidence of greater effectiveness

## 実証的に支持された視点

- 他の心理療法と比べて、認知療法の効果を示す証拠がより多く存在する

しかし  
証明される数が増えること  
≠(ノットイコール)  
効果がより高いという証明

‘Perhaps the best predictors of whether a treatment finds its way to the empirically supported list are whether anyone has been motivated (and funded) to test it and whether it is readily testable in a brief manner’  
(Westen et al., 2004, p.640)

「おそらく、ある治療法が実証的に裏付けられた成果を出せるかどうかは、誰かがその方法を実証しようと動機づけられたかどうか(+研究費を得られたかどうか)、その方法が簡単な方法で即座に検証可能なものであるかどうか、を見れば最もよく予測できるだろう。」  
(Westen 他., 2004, p.640)



## Comparative outcomes

- Most studies comparing different orientations, or orientation-specific techniques, show no differences
- Especially where:
  - *bona fide* practices
  - ‘allegiance effects’ controlled for

## 比較の結果

- 様々な心理療法のオリエンテーションや技法に関する比較調査の多くは、結果として違いを見いだせていない
- 特に以下の方法で行われた研究では特に違いが見られない:
  - きちんとした心理療法の実践を基に行われた研究
  - 「忠誠心効果 (allegiance effects)」をコントロールした研究

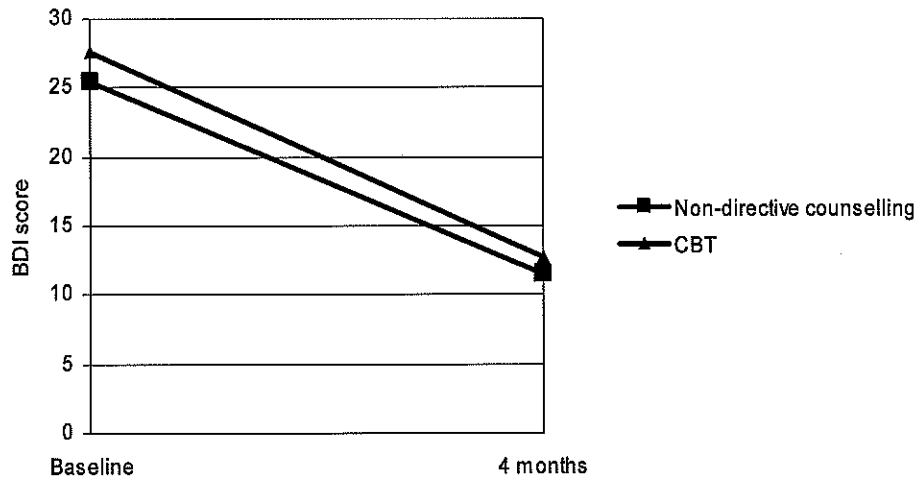
## Allegiance effects

1. 'File drawer problem': 'null' results don't get published
2. Distorted analysis of data
3. Use of outcome measures that are more responsive to particular therapies
4. Control 'counselling' is nothing like real counselling
5. 'Counselling' delivered by practitioners aligned to experimental treatment

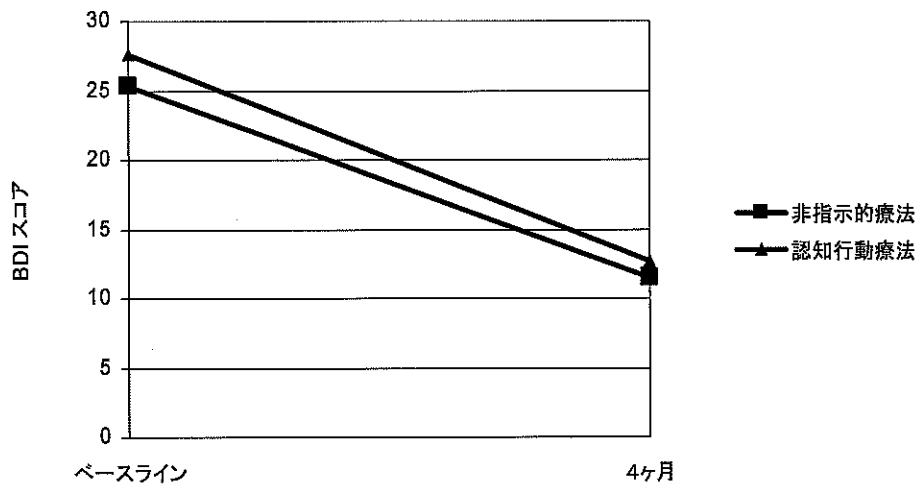
## 忠誠心効果

1. 「お蔵入り問題(出版バイアス)」  
効果が出ていない研究は出版されていない
1. データの歪んだ分析
2. ある特定の心理療法に反応のよい成果測定方法を使っている
3. 対照群における「カウンセリング」は実際のカウンセリングとはほど遠い
4. 実践者によって提供された「カウンセリング」が実験群のカウンセリングとして取り扱われている

Independent study: e.g., King et al. 2000

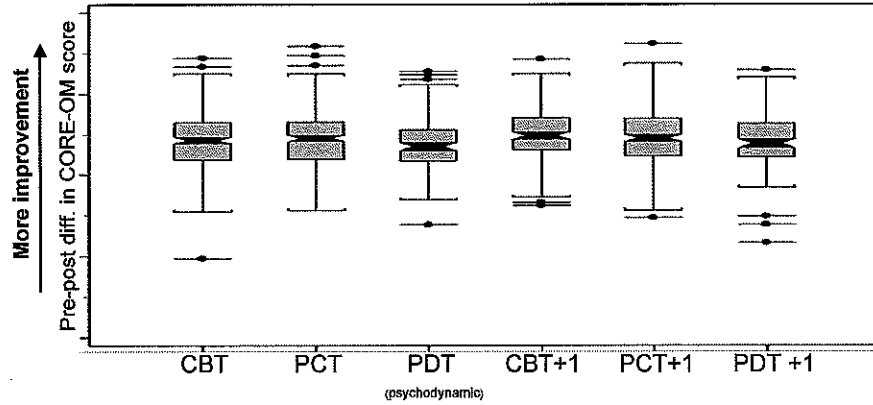


King他 (2000年)による研究



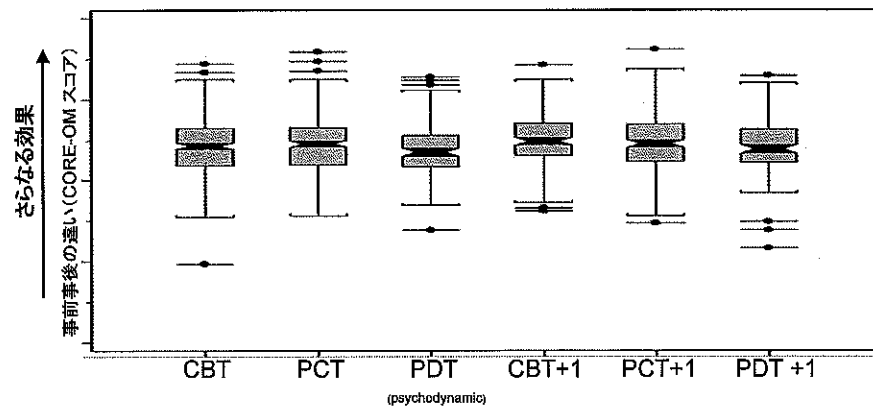
## Stiles et al., 2006

- 1309 clients at 58 primary and secondary care NHS sites



## Stiles他(2006年)による研究

- 58のNHS(国民医療施設)でのプライマリーおよびセカンダリーケアにおける1309人のクライアントによる結果



### ... 'Dodo bird' verdict

- Wampold (2001) meta-analysis: less than 1% of variance in outcomes due to therapists' particular orientation/ techniques
- Dodo bird rules across:
  - Group vs. Individual
  - 'Complete' therapies vs. Components
  - Professional vs. Paraprofessional
  - Self-help vs. Therapist-directed

### ドードー鳥評決

#### 'Dodo bird' verdict

- Wampold (2001) によるメタ分析  
セラピストの特定の心理療法のオリエンテーションや技法は、治療効果のうち1%以下しか説明できなかった
- ドードー鳥評決は以下の比較にも当てはまる
  - グループ 対 個人
  - セラピー全体 対 セラピーの部分的要素
  - 専門家 対 準専門家
  - セルフヘルプ 対 セラピスト主導

③

Therapist  
factors

③

セラピストの要因

## ‘Supershrinks’ and ‘pseudoshrinks’

- Strong indications that some therapists have better outcomes than others
- In one study:
  - clients of *most effective* therapist: average rate of change 10 times greater than normal
  - clients of *least effective* therapist: worsening of symptoms
- 5-10% of variance in outcomes seems due to specific therapist
- But why?

## ‘有能なカウンセラー’と ‘有能でないカウンセラー’

- あるセラピストは他のセラピストよりも、より良い効果をあげていることは明白である
- ある研究では:
  - 最も有能なセラピストのクライアント: 普通のセラピストのクライアントの平均10倍の割合で変化を示している
  - 最も有能ではないセラピストのクライアント: 症状の悪化が見られる
- 治療効果のうち、5-10%はセラピストの違いに依ると言われている
- しかし、なぜ？

## Professional characteristics

- Most professional characteristics only minimally related to effectiveness: e.g.,
  - Professional training
  - Professional status (profession)
  - Experience (as therapist)
  - Life-experience
  - Amount of supervision

## 専門家としての特性

- 専門家が持つ特性の多くは、治療効果に少ししか関係していない: 例えば...
  - 専門家としての訓練
  - 専門家としての地位(専門性)
  - (セラピストとしての)経験
  - 人生経験
  - スーパービジョンの時間数



## Personal characteristics I

- Effectiveness also not strongly linked to:
  - Particular personality characteristics
  - Level of psychological wellbeing (including amount of personal therapy)
  - Gender
  - Ethnicity
  - Age
  - Sexual orientation

## 個人的特性 I

- 同様に、治療効果は以下の特性とも強い関係を示してはいない:
  - 特定の性格的特性
  - 精神的健康の度合い(個人セラピーの体験時間を含む)
  - 性別
  - 人種
  - 年齢
  - 性的指向

## Personal characteristics II

- Some clients from marginalised social groups, and/or with strong values (e.g., highly religious), do seem to do better with matching therapists
- But seems more to do with therapists' actual/expected relational qualities than characteristics *per se*: e.g.,
  - Study of Orthodox Jews:
    - some expressed preference for Orthodox therapist as feared non-Orthodox might judge
    - some expressed preference for non-Orthodox therapist as feared Orthodox might judge

## 個人的特性 II

- 社会的に差別を受けているクライアントや、とても強い価値観(例えば、強い宗教観など)を持つクライアントは、セラピストとの相性によりより効果が表れると言われている
- しかし、この効果の違いは、セラピスト自身の特性というよりもむしろ、セラピストとの実際の、もしくは期待される治療関係の質によるのではないか: 例えば、
  - 正統派ユダヤ教徒についての研究:
    - あるクライアントは、正統派ではないセラピストによって批判されることを恐れ、正統派のセラピストを好む
    - あるクライアントは、正統派のセラピストからの批判を恐れ、正統派ではないセラピストを好む

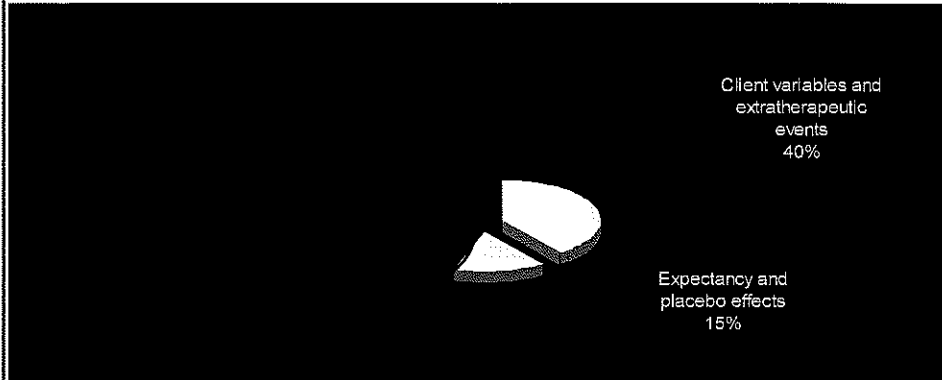
④

Relational  
factors

④

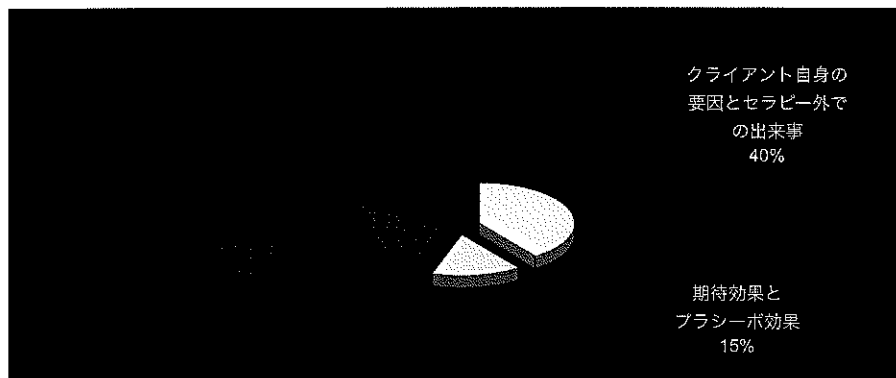
治療関係による要因

### 'Lambert's pie': Estimation of what determines outcomes



- Others give more modest estimates of relational contributions: e.g., 7% to 17% (Equally important in less relationally-oriented therapies)

### 'ランバートのパイ': 治療効果を決定付けるであろう要素の推定



- 他の研究者は、セラピーにおける、治療関係の要素の貢献の度合いをより控えめに評価している: 例、7%から17% (治療関係にあまり重きをおかないセラピーにおいても同様に重要である)

## 'Demonstrably effective' elements of the relationship

(in descending order of magnitude)

- Goal consensus and collaboration
- Cohesion in group therapy
- Therapeutic alliance
- Empathy

## 治療関係における '明らかに効果的'な要素

(降下順に重要度が増す)

- 目標の合意と共同作業
- グループセラピーにおける結束力
- 治療同盟
- 共感

‘Promising and probably effective’  
elements

- Management of countertransference
- Feedback
- Positive regard
- Congruence
- Self-disclosure
- Relational interpretations
- Repair of alliance ruptures

‘かなり、もしくはある程度  
効果的だと思われる’要素

- 逆転移への対処
- フィードバック
- 肯定的配慮
- 自己一致
- 自己開示
- 関係における解釈
- 治療同盟不和の修復

For clients who dropped out of psychodynamic therapy where there was a high transference focus, Piper and colleagues (1999) identified a consistent pattern of interactions in the pre-termination sessions:

1. The patient made his or her thoughts about dropping out clear, usually early in the session.
2. The patient expressed frustration about the therapy sessions. This often involved expectations that were not met and the therapist's repeated focus on painful feelings.
3. The therapist quickly addressed the difficulty by focusing on the patient-therapist relationship and the transference. Links were made to other relationships.
4. The patient resisted the focus on transference and engaged in little dynamic exploration (work). Resistance was often active, for example, verbal disagreement, and sometimes passive, for example, silence.
5. The therapist persisted with transference interpretations.
6. The patient and therapist argued with each other. They seemed to be engaged in a power struggle. At times the therapist was drawn into being sharp, blunt, sarcastic, insistent, impatient, or condescending.
7. Although most of the interpretations were plausible, the patient responded to the persistence of the therapist with continued resistance.
8. The session ended with encouragement by the therapist to continue with therapy and a seemingly forced agreement by the patient to do so.
9. The patient never returned.'

転移に重点をおいた精神力動的療法をやめたクライアントにおいて、Piperら(1999)は、やめる前のセッションに見られるやり取りの一貫したパターンを指摘している:

1. クライアントはやめることについて、通常、とても早い段階で、自己の考えをとても明確にしている。
2. クライアントがセラピーについて不満やフラストレーションを言う。これは、往々にしてクライアントの必要が満たされていないか、あるいは、クライアントが苦痛を感じる感情にセラピストが繰り返し焦点を合わせていることが多い。
3. セラピストが、クライアント-セラピストの関係や転移に焦点を当て、セラピーを行うことの困難をとても早い段階で言及する。また、これらの困難をクライアントの他の関係にも関連付けようとする。
4. クライアントが転移について話すことに抵抗し、あまり積極的に自己探索をしない。抵抗は、言語による不具合など、しばしば積極的であり、またある時は、沈黙など、受動的な場合もある。
5. セラピストが転移の解釈に固執する。
6. クライアントとセラピストが討論してしまう。力争いを起こしてしまう。セラピストがとても辛辣であったり、率直過ぎたり、皮肉を言ったり、強要的で、せっかち、あるいは、恩着せがましかったりする。
7. 殆どの分析は的を得ているのかもしれないが、セラピストの固執に対して、クライアントが抵抗を続ける。
8. セッションが終わる際に、セラピストがセラピーを継続するように勧め、クライアントはセラピーの継続を強要されているように感じている。
9. クライアントがセラピーに戻らない.'

### But...

- *Associations* between relational (or any other) factors and outcomes not evidence that former *causes* latter
- Evidence for self-help therapies indicates that relationship not always necessary
- Quality of therapeutic relationship not determined by therapist alone...

### しかし...

- 治療関係による要因(あるいは、他の要因においても)と、治療効果との間に関連があるとしても、その関連自体は治療関係が治療効果を引き起こす証明になるわけではない
- 自助的なセラピーにおいては、治療関係が常に必要なものではないことが証明されている
- 治療関係の質は必ずしもセラピストのみによって決定されるものではない

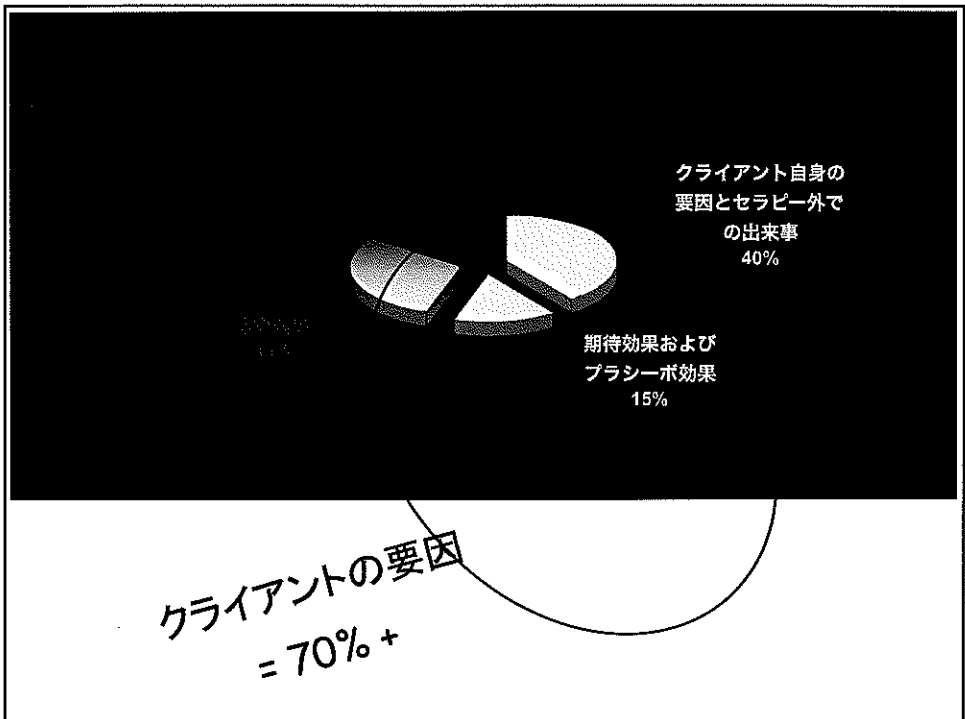
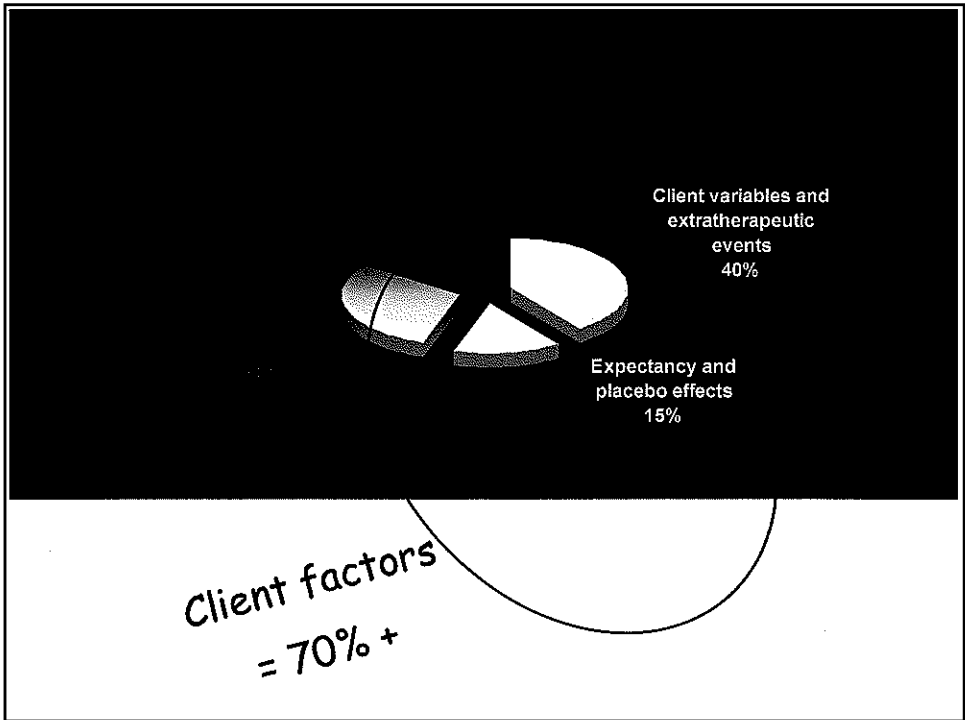


⑤

Client  
factors

⑤

クライアントの要因



## Clients' participation in therapy

- Possibly 'the most important determinant' of outcome (> 20%)
- Positive outcomes associated with clients...
  - Motivation
  - Involvement
  - Active choosing of therapy
  - Realistic expectations

## クライアントのセラピーにおける関与

- 治療効果の'最も重要な決定要因'としての可能性 (20%以上)
- 治療効果に貢献するクライアントの要因...
  - 動機づけ
  - 参加の度合い
  - 積極的なセラピーの選択
  - 現実的な見込み・期待

## Capacity to 'use' therapy

- Better outcomes associated with higher levels of psycho-social functioning:
  - Secure attachment style (can form strong therapeutic alliance)
  - Higher psychological mindedness
  - Absence of 'personality disorders'
  - Lower perfectionism
  - More advanced stage of change
  - Greater social support

## セラピーを'活用'できる素質

- よりよい治療効果は、クライアントのより高度の精神的・社会的機能に依る:
  - 安定した愛着のスタイル(より強い治療同盟を作ることができる)
  - 心理学的な見方が出来る
  - '人格障害'を持たない
  - 完璧主義傾向が低い
  - より進んだ変化の段階にいる
  - 豊かなソーシャル・サポートがある

...‘capitalisation hypothesis’  
VS.  
‘compensation hypothesis’

- Does therapy primarily work by:
  1. helping clients *compensate* for deficiencies, or
  2. *capitalise* on strengths?
- Research tends to support latter hypothesis
- Clients do better in therapies aligned with strengths:  
e.g.,
  - Clients with higher cognitive abilities did better in CBT,  
those with higher levels of social functioning did better in IPT

‘最大活用仮説’  
対  
‘埋め合わせ仮説’

- セラピーは主に以下のどの要素によって作用するのであろうか:
  1. クライアントに欠如しているものを埋め合わせようと援助するか
  2. クライアントの持つ強みを最大活用しようとするか？
- リサーチは第2の仮説を支持している
- クライアントは彼らが持つ強みとなるものをセラピーに活かすことで、より良い結果を生み出すことができる: 例えば、
  - 高い認知力を持つクライアントは認知行動療法に良く反応するが、  
高い社会的能力を持つクライアントは 対人関係療法の方に良く反応する

⑥

Discussion

⑥

考察

## Summarising the evidence

- Extent to which outcomes determined by specific practices and techniques still not clear
  - Need for more independently-conducted comparative studies
- Emerging indications that client motivation, involvement and capacity to engage with therapy is at heart of effective change process

## 実証的結果の要約

- どの効果がどのセラピーの要素や技法によって決定されるについては、未だ明確ではない
  - 更なる比較研究が必要
- クライアントの動機付けやセラピーへの積極的な関わりとその能力が効果的な変化に大きく関わっていることが明らかになってきている

Therapist as healer



Therapy



ヒーラーとしてのセラピスト

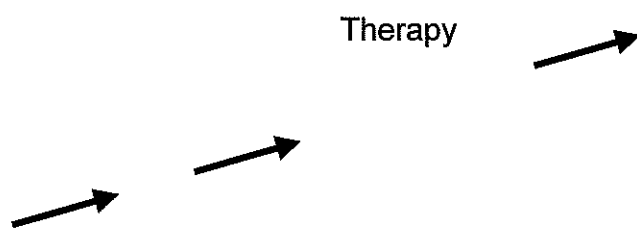


Therapy

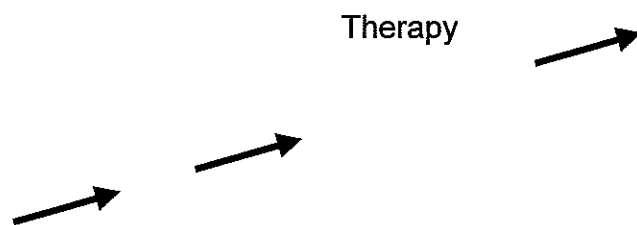




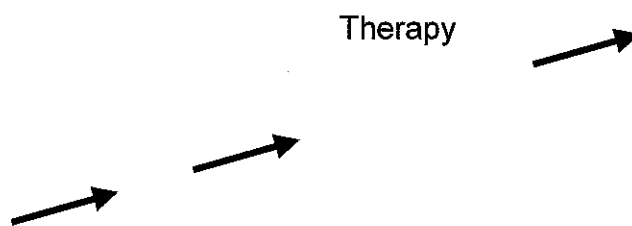
## Therapist as catalyst



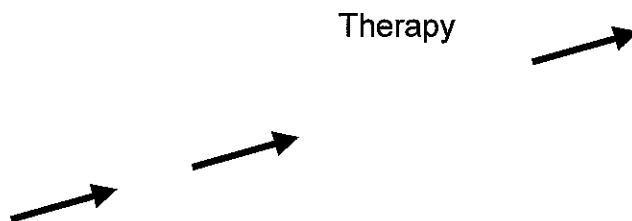
## 触媒としてのセラピスト



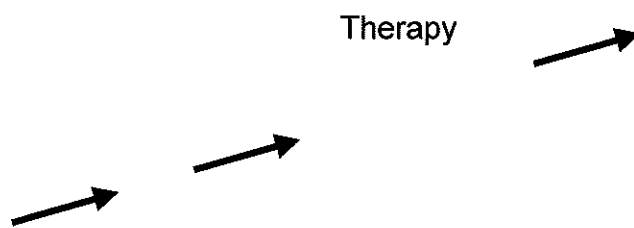
But clients may be more able to capitalise on some therapies than others: Is it consistent with their trajectory?



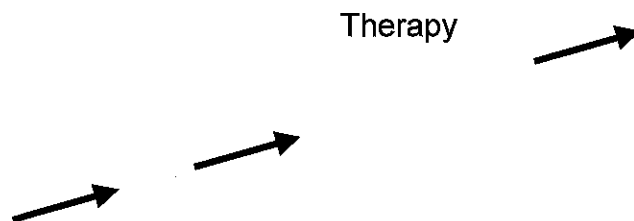
しかし、クライアントはあるセラピーを他のセラピーよりも、うまく活用できる可能性がある。問題は、セラピーがクライアントの道筋に沿っているかどうか。



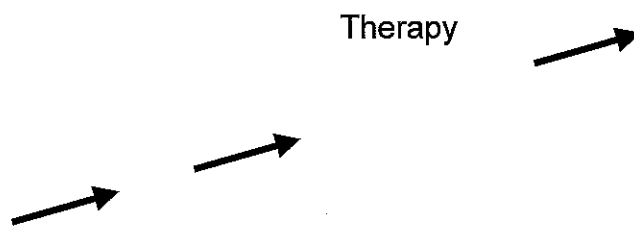
But clients may be more able to capitalise on some therapies than others: Is it consistent with their trajectory?



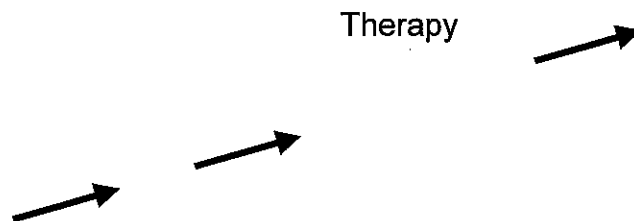
しかし、クライアントはあるセラピーを他のセラピーよりも、うまく活用できる可能性がある。問題は、セラピーがクライアントの道筋に沿っているかどうか。



But clients may be more able to capitalise on some therapies than others: Is it consistent with their trajectory?



しかし、クライアントはあるセラピーを他のセラピーよりも、うまく活用できる可能性がある。問題は、セラピーがクライアントの道筋に沿っているかどうか。



'at the heart of most successful therapies, is a client who is willing and able to become involved in making changes to her or his life. If that client then encounters a therapist who she or he trusts, likes and feels able to collaborate with, the client can make use of a wide range of techniques and practices to move closer towards her or his goals. For different clients, different kinds of therapist input may be more or less helpful; and there may be certain kinds of input that are particularly helpful for clients with specific psychological difficulties; but the evidence suggests that the key predictor of outcomes remains the extent to which the client is willing and able to make use of whatever the therapist provides'

「最もうまくいったセラピーには、動機付けが高く、自分の人生に良い変化を起こそうと積極的に関わられるクライアントの存在があります。このようなクライアントが、信頼でき、好意を持ち、一緒にやっ  
ていこうと思えるセラピストに出会えたなら、セラピストの様々な技法や実践を活用し、クライアントの目標に近づくことが可能になるでしょう。

特定のクライアントによりふさわしいセラピストの組み合わせがあるのかもしれませんが、特定のクライアントの問題により適した技法があるかもしれません。しかし、実証的な研究が示しているのは、治療効果を最もうまく予想する要因は、セラピーの中でセラピストが提示するものを、クライアントがどれくらい主体的に利用しようとするか、またできるか、という点なのです。

Q. 'How many therapists does it take to change a lightbulb?'

A. 'One, but the lightbulb has really got to want to change.'

Q. 「電球を取り替えるのに、何人のセラピストが必要ですか？」

A. 「一人で充分です。ただし、その電球はとても変わりたいと思っている必要があります。」

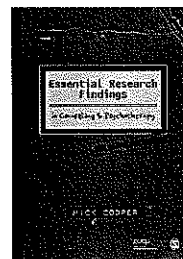
# Thank you



Slides available from [www.strathclydecounselling.com](http://www.strathclydecounselling.com)  
(features/presentations)

[mick.cooper@strath.ac.uk](mailto:mick.cooper@strath.ac.uk)

ご静聴  
ありがとうございました



スライド(英語)は以下のウェブサイトからもご覧になれます  
[www.strathclydecounselling.com](http://www.strathclydecounselling.com) (features/presentations)

[mick.cooper@strath.ac.uk](mailto:mick.cooper@strath.ac.uk)