

## 心理療法における失敗要因とその防止策について

丹治光浩 橋本和明 安藤治 東牧子 小川恭子

心理療法における失敗を論じる意義は大きい、それが正面から取り上げられることはそれほど多くない。そこで、本研究では心理療法における失敗要因とその防止策を探ることを目的に、臨床心理士485名を対象に失敗事例を収集し、その分析を行った。

調査の回収率は、20.8%で、クライアントの平均年齢は、27.3歳±12.5歳であった。回答者の平均年齢は44.2歳±12.5歳で、臨床歴の平均は16.6年±11.2年であった。クライアントの主訴は、身体症状が最も多く、続いて人間関係、うつ状態、不登校の順に多かった。クライアントの診断名は、うつ病性障害が最も多く、続いて境界性人格障害、適応障害の順に多かった。失敗内容で最も多かったのは、セラピーの中断（ドロップアウト）で、全体の約6割を占めていた。失敗の要因は、「間違った介入」、「不適切なアセスメント」、「セラピー構造の崩れ」の順に多かった。中でも逆転移は重要な問題で、その多くはセラピストの未熟さに起因していると考えられる。失敗の防止策は、「適切な介入をする」、「関係部署との連携を図る」、「アセスメントをしっかりとする」の順に多く、いずれも基本的な事柄であった。セラピストは臨機応変に対応するために、常にスーパーヴィジョンやケースカンファレンスなどによって自らの臨床を振り返る必要があるだろう。

キーワード：心理療法、失敗、防止策

So far, few studies have focused on the factors related to the failure of psychotherapy. We tried to collect case examples of therapeutic failures from 485 clinical psychologists to identify contributing factors and to search for measures to prevent future failures. The collection rate was 20.8%, and the mean age of clients was 27.3±12.5 years. The mean age of the respondents was 44.2±12.5 years, and the mean years of professional experience of the clinical psychologists who participated in the study was 16.6±11.2 years.

The most common complaint of the clients was body symptom. Other complaints were, in order, interpersonal relationships, depressive state, and refusal to go to school. The most common diagnosis was depression, and others were, in order, borderline personality disorder and adjustment disorders. The most common therapeutic failure was dropping-out of therapy (about 60%), and the causes of the failures were, in order, "wrong intervention," "irrelevant assessment," and "unstable therapeutic structure." Counter transference is a particularly significant problem, which is thought to result from the immaturity of the therapist. The proposed measures for preventing future failures were, in order, "appropriate intervention," "cooperating with the related organization," and "accurate assessment," all of which are basic principles in psychotherapy. It is recommended that a therapist should always reflect on his/her clinical style by means of supervision, case-conference and so on to take a flexible approach in each case.

Key words : psychotherapy, failure, prevention

## 1. 目的

心理療法における失敗を論じることの意義は、臨床家なら誰もが認めるであろう。それは、我々臨床家が日々失敗から学んでいるという事実によっても容易に推測される。このような中、これまで何冊かの心理療法の失敗を主題とした書籍が発行されているし、「精神療法」「精神科臨床サービス」「心理臨床」などの専門雑誌が特集で失敗を取り上げてきた。たとえば、白石、立木(1991)は、「初心者にとって成功事例をいくら読んでも、すぐさまそのようにできるとは限らず、人によってはそのようにできない自分に自信を失い、逆効果をもたらすことにもなりかねないが、失敗事例なら誰もが経験する失敗をあらかじめ警告できるし、カウンセラーの自信喪失を防ぐことができる」と述べている。しかし、失敗を公表することへの心理的抵抗感の影響もあってか、学会や研究会などで発表される事例は圧倒的に成功事例が多く、失敗が正面から取り上げられることはそれほど多くない。

そこで、今回我々は、心理療法における失敗の要因と防止策について考察することを目的に失敗事例の収集と分析を行った。ただし、心理療法においては、失敗の定義自体がまず難しい。なぜなら、誰の立場で考えるのか、どのくらいの時間軸で判断するのか、どのような理論に立脚するかなどによって一つの事例が成功にも失敗にも成りうるからである(丹治, 2002)。たとえば、それまで自己主張をほとんどしなかったクライアントが、親に初めて反抗したとしよう。これは、家族にとっては好ましくない行動(失敗)かもしれないが、クライアントにとっては望ましい変化(成功)なのかもしれない。また、クライアントはセラピーに十分満足している場合でも、不必要にセラピーが長引いている場合、それは失敗とも考えられる。そこで、本研究では失敗を「セラピストが意図しないクライアントの症状の悪化、危険な行動化、あるいは心理療法の中絶など、クライアントにとって否定的なセラピー的变化、または無変化」と定義し、論を進める。

## 2. 方法

調査対象は、日本心理臨床学会名簿(2006年度版)の中から臨床活動の可能性を鑑み、所属が大学などの研究機関となっている場合を除いた上で、無作為に抽出した臨床心理士300名である。調査は2007年8月～9月にかけて郵送法で行った。また、今回の調査は内容的に回収率の低下が予想されたため、上記の対象とは別に筆者らが所属する臨床心理関係の研究団体などを通じて185名分の調査用紙を配布したので、調査対象は合計で485名となる。

調査内容は、クライアントの年齢と性別、主訴、診断、失敗の内容、失敗の要因、失敗の防止策、および回答者の性別、年齢、臨床歴である(資料1)。

## 3. 結果

101名の臨床心理士から回答が得られたが(回収率20.8%)、そのうち回答の不備が13名に見られたため、最終的には88名の結果を分析の対象とした。

クライアント(88名)の内訳は男性32名、女性56名で、全体の平均年齢は、27.3歳(標準偏差12.5歳)であった。回答者(臨床心理士)の内訳は、男性24名、女性64名で、平均年齢は44.2歳(標準偏差12.5歳)であった。また、回答者の臨床歴の平均は16.6年(標準偏差11.2年)であった。

クライアントの主訴(表1)は、「身体症状」が最も多く、続いて「人間関係」、「うつ状態」、「不登校」の順に多かった。「身体症状」の内訳としては、「頭痛」「腹痛」「胸痛」「失声」「遺尿」「喘息」「動悸」「嘔気」があげられ、「人間関係」の内訳としては、「人とうまく関われない」「他者に対する不信感」「夫婦関係」「友達ができない」「いじめ」などがあげられる。

表2は、クライアントの診断名である。基本的にDSM-IV-TRでの回答を求めたが、一部「心因反応」「神経症」といった回答があった。「その他」

表1 主訴一覧 (複数回答)  
( )内は%

主訴の内容	人数
身体症状	18( 17)
人間関係	15( 15)
うつ状態	12( 12)
不登校	11( 11)
イライラ	7( 7)
不安	5( 5)
考え方を変えたい	4( 4)
対人緊張	4( 4)
強迫症状	4( 4)
虐待	3( 3)
過食・拒食	3( 3)
パニック発作	3( 3)
家庭内暴力	2( 2)
希死念慮	2( 2)
大量服薬	2( 2)
外傷後ストレス障害	1( 1)
自己愛	1( 1)
不明確	6( 6)
計	103(100)

は、「不登校」「対人関係の問題」「不明」といった内容であった。

失敗内容については自由記述で回答を求めたため、多種多様な回答が寄せられた。回答をカテゴリー化したところ、表3のように分類することができた。最も多かった失敗が「セラピーの中断(ドロップアウト)」で、全体の約6割を占めている。「危険な行動化」の主な内容としては、「自殺企図」「大量服薬」「無断離院」「暴力」があげられる(自殺既遂者2名を含む)。

次に、「失敗の要因」についてまとめたものが表4である。「間違った介入」が最も多く、全体の3割を占めている。次に「不適切なアセスメント」「セラピー構造の崩れ」が続いている。「間違った介入」の内容が個々の事例で異なるのは当然であるが、その代表例としては、「セラピストの防衛的反応」「早すぎた直面化」「行き過ぎた介入」「不十分な介入」などがあげられる。次の「不適切なアセスメント」と「間違った理解」には共通している部分があるが、前者は「病理水準を軽く見すぎていた」「主治医と見立てが食い違っていた」などで、後者は「クライアントの攻撃性の背景にある不安を受け止めることができなかった」「行動化の真の意味が理解できていなかった」な

表2 クライアントの診断名一覧  
(複数回答)  
( )内は%

診断名	人数
うつ病性障害	13( 15)
境界性人格障害	12( 13)
適応障害	8( 9)
身体表現性障害	4( 4)
外傷後ストレス障害	4( 4)
摂食障害	4( 4)
広汎性発達障害	4( 4)
強迫性障害	3( 3)
統合失調症	3( 3)
妄想性人格障害	2( 2)
双極性障害	2( 2)
不安障害	2( 2)
気分変調性障害	2( 2)
自己愛性人格障害	1( 1)
演技性人格障害	1( 1)
回避性人格障害	1( 1)
統合失調症性人格障害	1( 1)
パニック障害	1( 1)
心因反応	1( 1)
自律神経失調症	1( 1)
反応性愛着障害	1( 1)
神経症	1( 1)
その他	4( 4)
無回答	13( 15)
計	89(100)

表3 失敗の内容一覧  
( )内は%

内容	人数
セラピーの中断(ドロップアウト)	56( 64)
危険な行動化	19( 22)
症状の無変化	6( 7)
症状の悪化	5( 6)
クライアントの不满	2( 2)
計	88(100)

表4 失敗の要因 (複数回答)  
( )内は%

要因	人数
間違った介入	29( 31)
不適切なアセスメント	19( 20)
セラピー構造の崩れ	13( 14)
間違った理解	12( 13)
連携不足	7( 7)
クライアントの特性	4( 4)
面接への動機付けの不足	3( 3)
経済的問題	2( 2)
環境的問題	2( 2)
不明	4( 4)
計	95(100)

表5 失敗の防止策（複数回答）  
（ ）内は%

失敗防止策	人数
適切な介入をする	43( 43)
関係部署との連携を図る	19( 19)
アセスメントをしっかりとする	10( 10)
セラピストの考えを説明する	6( 6)
しっかりと傾聴する	6( 6)
スーパーヴィジョンを受ける	3( 3)
セラピー契約・セラピー構造を見直す	3( 3)
情報を収集する	1( 1)
その他	4( 4)
わからない	4( 4)
計	99(100)

どである。

「失敗の防止策」としては、「適切な介入をする」が最も多く、次に「関係部署との連携を図る」「アセスメントをしっかりとする」「セラピストの考えを説明する」と続いている。「適切な介入」の内容が多種多様であることは「失敗の要因」と同様であるが、その代表的なものとしては、「家族面接を導入する」「解決策を提案する」「薬物療法を依頼する」「他機関を紹介する」「解釈を急がない」「セラピーへの動機付けを高める」などである。

#### 4. 考察

当初予想したとおり、調査の回収率は20.8%と、かなり低いものとなった。その理由については、自由記述の項目が多いという形式上の問題だけでなく、回答者の多くが「内容的に答えにくい調査だった」と感想を述べているように、自らのセラピーの失敗を振り返ることへの心理的抵抗が考えられる。一方で、「セラピーを振り返る良い機会になった」といった調査に対する肯定的な感想も少なくなく（11名）、失敗を振り返ることの意義も同時に見出された。

クライアントの主訴と診断名の内訳は、疾病の罹患率、セラピーの困難性、対象クライアントの特性などを反映していると考えられる。つまり、うつ病性障害や境界性人格障害などは、現代の社会病理を反映していることと共に、臨床心理士が

こうした疾患をセラピーの主な対象にしていることを示しているのではないだろうか。

失敗内容については、圧倒的にセラピーの中断（ドロップアウト）が多かったが、既にHaygood, J.M. (1981) が指摘しているように、セラピーの中断は必ずしも失敗とはいえない場合がある。岡野 (2002) が、「終結について話し合うことはないが、徐々にセラピーの間隔が空き、いつの間にか終結を迎える場合が意外に多い」と述べているように、主訴の解消によってクライアントが通院の必要性を感じなくなった事例は少なくない。その他、セラピストに対する不満からセラピーを中断して、自力で問題を解決した場合なども考えられる。もちろん、だからといって「(意図しない) セラピーの中断」が決して望ましいわけではないし、その他の「危険な行動化」や「症状の悪化、あるいは無変化」を含め、心理療法の失敗は何とかして防止しなければならない。

心理療法の失敗要因については、Hadley, S.W. & Strupp, H.H. (1976) や Strupp, H.H., et al. (1977) が、①アセスメントの失敗、②訓練・技術の不足や病的パーソナリティといった援助者の特性、③動機付けや自我機能の低さといったクライアントの特性、④技法上の誤り、⑤過度のラポールやその欠如、あるいは逆転移などのクライアントとセラピストの関係上の問題、⑥意思疎通上の問題、⑦治療の流派に特有な問題、⑧その他、の8つに分類しているように、今回の調査でも実に多種多様であった。さらに一步踏み込んで、なぜそうした間違った介入や理解をしてしまったのかについて考察した回答はそれほど多く得られなかったが、その中でもセラピストの逆転移は極めて重要な問題である。Robertiello, R.C. & Schoenewolf, G. (1987) が、主に逆転移の観点から失敗事例を分析しているように、心理療法の失敗には「セラピストの防衛的反応」はもちろんのこと、「早すぎた直面化」や「行き過ぎた介入」など多くの「間違った介入や理解」の原因に逆転移が関連していると考えられる。もちろん予想不可能な事故やクライアントの特性の問題もあるだろうが、そうした意味では、心理療法の失敗の多くはセラピストの未熟さに起因していると考えても

よいのではないだろうか。

次に、こうした心理療法の失敗を防ぐ方法について考えるとき、今回の調査で得られた失敗の防止策は、各々の失敗内容に即した具体的な対応なので、これらを一般化して「適切な介入をする」とか「関係機関との連携を図る」といった記述ではその本質は見えてこない。また、「アセスメントをしっかりとする」とか「スーパーヴィジョンを受ける」などの防止策も至極当然のことであり、何ら新たな視点を与えるものではない。しかしながら、言葉を変えればこれらは、「基本に忠実であれ」ということでもある。我々は日常業務の中で往々にして初心を忘れ、慢心してしまうことがある。特に、逆転移については単なる教科書的な学習では乗り越えることが難しい。その点では、どんなにベテランのセラピストであろうとも、常にケースカンファレンスなどを通じて自らの臨床を振り返る必要がある。また、東山（1998）が「失敗が続いたり、取り返しのつかないような失敗をすると自信を喪失し、落ち込む。失敗から学ぶには支えがいる。ある程度の強さもある。」と述べているように、共に学ぶ仲間との関係やスーパーヴィジョンを大切にすべきだろう。

その他、遠藤（2003）は、逆転移をセラピーに生かす方法として「自己開示技法」を提唱し、さらに「五感を使って面接を振り返ること」「論文を書くこと」「心の成長イメージを明確にしておくこと」「心理療法家を選んだ動機を自覚しておくこと」「決して一人で臨床をしないこと—信頼できる仲間と師との出会い—」の5点をあげている。また、白石、立木（1991）は、失敗を防ぐ上でセラピストとクライアントが互いの役割について一致したイメージをもつことの重要性を指摘している。このように、失敗の防止策は決して一つではなく、臨機応変に対応を変えることが重要であり、その意味でも我々臨床家はセラピーに対して柔軟な考え方を持つ必要があると考えられる。

日本には失敗から学ぶことを目的とした「失敗学会」というNPO法人があり、機械工学を専門とする畑村洋太郎氏を会長にさまざまな分野の人々が集まり、いかに失敗を防ぐかを研究している。畑村（2000）は、失敗を「人間が関わって行うひ

とつの行為が、初めに定めた目的を達成できないこと」と定義している。しかし、既に述べたように、我々臨床家は「心」という非常に漠然としたものを対象としており、失敗の定義そのものが難しい。岡野（2007）は、「人との感情の行き違いは不可抗力として常に起きることなのであり、それ自体を過剰に問題視したりはせずに、むしろそのような自分の持ち味を生かせるような治療はできないかと考える道もある」と述べている。もちろん、心理療法において失敗を絶対に防ぐべきものとする考え方は現実的ではないし、本論の主旨である「失敗から学ぶ」という意味から考えてもこの点は十分に納得できるものである。しかし、だからといって失敗が許されるものではない。我々臨床家は常に自らの失敗を避けることなく、向かい合うことで成長できると言っても過言ではない。

今回の調査では、その性質上どうしても表層的な考察にならざるをえなかった。今後、臨床の原点である事例研究を重ねることによって、よりその本質を追及していきたいと考えている。

#### 付記

本研究は、平成18年度花園大学特別共同研究費の助成を受けて行ったものである。

#### 引用文献

- 遠藤裕乃（2003）：ころんで学ぶ心理療法 日本評論社
- Haygood JM (1981) A multivariate Approach to Treatment Failures in Individual Psychotherapy, Unpublished Doctoral Dissertation, The university of Alabama.
- Hadley SW, Strupp HH (1976) : Contemporary Views of Negative Effects in Psychotherapy : An Integrated Account. Archives of General Psychiatry, 33.1921-1302.
- 畑野洋太郎（2000）：失敗学のすすめ 講談社
- 東山紘久（1998）：心理療法における終結について 京都大学教育学部紀要44, 53-64
- Hollis F (1968) : Continuance and Discontinuance in Marital Counseling and Some Observation on Joint Interviews. Social Casework, 49, 167-174.
- 岡野憲一郎（2002）：「自然流」精神療法のすすめ—治療の終結 プシコ, 3 (6), 60-69.
- 岡野憲一郎（2007）：「患者から学ぶ」というより、「現実」

心理療法における失敗要因とその防止策について

から学ぶ「失敗心理学」の提唱 精神療法、33（6），  
766-770.

白石大介 立木茂雄編（1991）：カウンセリングの成功と  
失敗 創元社

Robertiello RC, Schoenewolf G (1987) : 101 Common  
Therapeutic Blunders : Countertransference and  
Counterresistance in Psychotherapy, Northvale NJ :  
Jason Aronson 小嶋達美・武藤晃子・高田夏子（訳）  
（1995）：ありがちな心理療法の失敗例101 星和書店

Strupp HH, Hadley SW, Gomes-Schwartz B (1977) :  
Psychotherapy for Better or Worse : An Analysis of the  
Problem of Negative Effects. NY : Jason Aronson.

丹治光浩（2002）失敗から学ぶ心理臨床 星和書店

資料1

## 「心理療法の失敗要因に関するアンケート調査」のお願い

花園大学社会福祉学研究科臨床心理学領域

丹治光浩

橋本和明

安藤 治

東 牧子

小川恭子

私たちは現在、心理療法の失敗要因に関する研究を行なっています。本研究の目的は、心理療法における失敗要因を検討することを通して、心理療法を成功に結びつける鍵を見つけることにあります。

そこで、臨床現場で実際に心理療法に従事されている臨床心理士の方々を対象にアンケート調査をすることになりました。内容的に回答しにくい部分もあるかと思いますが、趣旨をご理解の上、ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

なお、本アンケートの回答から個人が特定されることのないこと、及び回答内容を本研究以外に使用しないことをお約束いたします。

——(注)失敗の定義について——

一般に、セラピーの中断、症状の悪化、自殺企図など危険を伴う行動化は失敗の代表例といえますが、誰の立場で考えるのか、どのくらいの時間軸で判断するのか、どのような理論に立脚するかなどによって一つの事例が成功にも失敗にもなりえます。そこで、本研究では失敗を「セラピストが意図しないクライアントの症状の悪化、危険な行動化、あるいは心理療法の中断など、クライアントにとって否定的なセラピー的变化、または無変化」と定義します。

問1 あなたが経験された心理療法における失敗事例(最も新しい1事例)について以下の問いにお答えください。なお、家族療法の場合はIPを想定して下さい。

- (1) クライアントの年齢 ( )歳
- (2) クライアントの性別 ( 男 ・ 女 )
- (3) 主訴 ( )
- (4) 診断名(可能であればDSM-IV-TRで)  
( )

(5) 失敗の内容(できるだけ具体的に)

[ ]

(6) 考えられる要因(できるだけ具体的に)

[ ]

(7) 今回のような失敗を防ぐためには今後どのような対応が必要だと思われますか。

[ ]

問2 今回のアンケートについてお気づきの点などありましたら、ご自由にご記入ください。

[ ]

性別:(男・女) 年齢: \_\_\_ 歳 臨床歴 \_\_\_ 年目



なお、本調査の結果については今年度の花園大学社会福祉学部研究紀要にて報告させていただきますが、別途報告を希望される方は下記に連絡先をご記入下さい。まとまった段階でご報告させていただきます。

住所: 〒 \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

ご協力いただきまして、ありがとうございました。

★本研究に関する問い合わせ先(責任者)

花園大学社会福祉学研究科臨床心理学領域

丹治光浩 TEL(075)811-5181(内線301)