

慢性化したうつを抱えた日本人クライアント「太郎」に対する アクセプタンス&コミットメント・セラピー： トリートメント評価による再現可能性検証

武藤 崇^{a,c} ・ 三田村 仰^b

^a同志社大学心理学部

^b関西福祉科学大学社会福祉学部

^c連絡先 610-0394 京都府京田辺市多々羅都谷 1-3 同志社大学心理学部
Email: takamuto@mail.doshisha.ac.jp

要約

本研究は、慢性化したうつを抱えた日本人クライアント「太郎」に対して、アクセプタンス&コミットメント・セラピー（Acceptance and Commitment Therapy: ACT）の効果を実証的に検討したものである。クライアントは30才代の男性であった。ベースラインの後、毎週1時間のACTのトリートメント・セッションを9セッション、隔週1時間のブースター・セッション（ACTのセルフ・ヘルプ本を使用した読書療法）を3セッション、そして1ヵ月毎のフォローアップ・セッションを4セッションというデザインで援助を行った。また、ACTトリートメントは、各コア・プロセスに対応した特定の介入手続きを段階的に導入することによって、その特定の効果の有無を検証することを行った。その結果、日本人の慢性うつ患者にもACTが有効であることが示され、かつACTの各コア・プロセスに対応した介入手続きの効果を明確にすることができた。ただし、そのACTの介入効果は、ブースター・セッションまでは非常に顕著であったものの、フォローアップにおいては、ある程度維持に止まった。クライアントの職場での状況が悪化するのに伴い、いくらか状態が後退した。今後は、ACTの効果を維持させる要因の同定が必要であることが示唆された。

キーワード: アクセプタンス&コミットメント・セラピー; 慢性うつ; 日本人クライアント; トリートメント評価; 事例研究, 臨床事例研究

1. 事例の背景と方法

(a) 研究目的とクライアントの選択理由

日本の臨床心理学は、臨床アプローチを「スピリチュアル（ただし、汎神論的な）」なものか「科学的」なものかのどちらかに二分化する傾向にあり、それによってアカウントビリティ（accountability）、科学の実効性から恩恵を受ける力を減じている。本研究のデザインは、心理療法の臨床事例を、詳細にわたる複雑な質的データおよび臨床理論を標準化された量的方法や統計法と組みあわせ、しかも必要に応じてスピリチュアルの視点も排除せずに取り込む一例である。実際に、本事例において援用された理論モデルとその手続きは、「マインドフルネス」と体験への開放性を含み、それらは、日本の「スピリチュアルな」伝統の一部である仏教の考えや実践と一致している。

学術雑誌に掲載された、日本人を対象にし、日本語を用いて実施されたアクセプタンス&コミットメント・セラピー（ACT）の事例研究は、現時点では2件のみである。最初のACTの事例研究（ただし、実施された場所は米国であった）は、増田・武藤・ヘイズ・リリス（2008）である（詳細は後述する）。もう1件の事例研究は武藤（2012）である。この2件の研究は、共に、時系列デザインを用いたトリートメント評価法を用いており、心理療法の異なる段階におけるプロセスおよびアウトカムの変化を追跡している。

武藤（2012）の事例研究は、日本国内で実施され、その対象者は約10年間、うつ病により休職を繰り返す48才の男性であった。ACTを適用した結果（アセスメントから介入までのセッション数は12回）、ACTのプロセス測度である日本版 Acceptance and Action Questionnaire-Second Edition（AAQ-II；木下・山本・嶋田，2008）がセッション10で著しく改善したことが確認され、それ以降、そのまま安定した。一方、うつ病のアウトカム測度である日本版 Beck Depression Inventory-Second Edition（BDI-II；ベックうつ病調査表：小嶋・古川，2003）がセッション9で初めてカットオフポイントを下回り、それ以降、そのまま安定した。さらに、実際の行動活性（behavioral activation）に対するアウトカム測度として、クライアントの新規活動の頻度と歩数（万歩計により測定）が用いられた。その結果、新規活動数はACT介入が実施されていた期間のみ増加した。一方、歩数はACT介入によって増加することはなかった（ただし、ACT介入期におけるクライアントの1日の平均歩数は、日本人の同年齢男性の平均歩数と同等であった）。その後のフォローアップにおいても、AAQ-IIの評点は介入期と同程度で安定し、BDI-IIの評点は介入期と比較してさらに改善していた。また、復職約5ヵ月後においても病気以外は欠勤なく仕事をしていた。

以上のように、武藤（2012）は、臨床的に意味のあるアウトカムを得ることができ、かつそのプ

プロセスも時系列的に記述することができた。

しかしながら、武藤（2012）には、「研究」としての科学性を向上させるために改善すべき点がいくつか存在していた。その改善すべき点とは、少なくとも、a) 介入前の安定した状態を客観的に記述すべきである、b) セッティング、セラピスト、そしてコストに関する情報を記載すべきである、c) 社会的妥当性（クライアントの満足度を含む）に関するデータを掲載すべきである、d) トリートメント整合性（Treatment Integrity）と忠実性（adherence）に関するデータを掲載すべきである、という点である。

そこで、本研究では、武藤（2012）の対象者と酷似した（数年間にうつ病により休職を繰り返す男性）クライアントを対象にして、a) ～d) の点を改善することで、より科学性を向上させた臨床的再現可能性検討（clinical replication）（本論文では、トリートメント評価の再現可能性検討（replicate treatment-evaluation）と呼ぶ）を実施することを目的とした。

(b) 介入の行われた臨床現場

①面接実施機関：セラピーが実施された機関は、総合大学の心理学部内に設置された、臨床心理士の養成を目的とした大学院の教育・研究機関（以下、心理臨床センターと呼ぶ）であった。本機関は、市街地の中心にあり、交通アクセスの良い場所に立地し、開所曜日と時間は月曜～金曜日の11時～19時である。また、本機関は、スーパーバイザー兼セラピストである大学院担当教員が5名、専属セラピストが2名、事務員が1名で運用されている。さらに、その大学院担当教員は、週1～2回、当心理臨床センターに勤務することが求められている（ただし、ケースを担当したり、スーパーバイズを実施したりすることで、付加的な報酬が支払われることはない）。当心理臨床センターが受理するクライアントは、当該大学生・大学院生以外の者である。1セッションの料金は、セッション1（インテイク面接）のみ3500円、セッション2以降は毎回2500円である。ただし、本料金は、健康保険の適用外である。

②面接場面：2.4（H）×3.0（W）×4.0m（D）の部屋に、第一著者とクライアントが入室し、テーブル（0.7×1.8×0.9m）を挟んで互いに90度の位置になるように座った。面接時間は毎回90分間であった（質問紙の回答時間を含む）。会話は、クライアントが承諾後に、ICレコーダーで記録された（ただし、機器の不調や操作ミスにより録音されなかったセッションが2回あった）。

③面接頻度：インテイク・セッションおよびトリートメント・セッションの面接頻度は週1回、ブースター・セッションの面接頻度は隔週1回、復職後のフォローアップ・セッションは3～4週間に1回であった。ただし、トリートメント・セッション期間中に年末年始の休暇が重なったため、

セッションが2回実施できなかった。また、予定外のキャンセルは1回のみで、その理由はクライアントの子どもが風邪を引き、看病をする必要があったため、外出できなかったというものであった。

(c) 方法：介入・時系列デザインを取り入れたトリートメント評価

本研究は、トリートメント評価（トリートメント研究ではなく）として実施された。Hayes, Barlow, & Nelson-Gray (1999) による「科学者実践家—管理医療時代の研究とアカウントビリティ (*The Scientist practitioner: Research and accountability in the age of managed care (2nd Ed.)*)」の第10章（プログラム評価）に、「トリートメント評価」と「トリートメント研究」に関する特性の差異が記述されている。その記述によれば、両者に同一である点は、系統的にデータ収集する、介入を特定する、介入を評価する、結果を公表する、という4点である。一方、両者に相違がある点は、対象者を選定する方法、リサーチ・クエスチョンを選定する方法、研究デザインを選定する方法の3点である。トリートメント「研究」は、この3点を「科学的な」基準で判断する。一方、トリートメント「評価」は、この3点を「臨床的な」基準で判断する。つまり、トリートメント「評価」では、制御変数を詳細に同定することより、クライアントの問題を解決することやニーズを満たすことを優先させ、研究をデザインし、実施するということである。具体的には、以下の7つの質問でチェックしていく。それらの質問とは、(a) そのクライアントはどのような経緯でトリートメントを受けることになったか（回答：日常診療の経路）、(b) なぜそのクライアントはセラピーにとどまっているのか（回答：クライアントのニーズに応えるため）、(c) なぜそのターゲットとなる行動が選択されたか（回答：クライアントのニーズに応えるため）、(d) なぜこれらの尺度が採用されたか（回答：クライアントの進行を見定めるため）、(e) なぜ介入がそのような時間的流れで導入されたのか（回答：クライアントのニーズに応えるため）、(f) なぜその介入が採用されたのか（回答：クライアントを援助すること、加えてクライアントのニーズを明確化するため）、(g) 統制条件はなぜ使われたか（回答：クライアントのニーズの理解を助けるため）というものであった（括弧内に、トリートメント評価である場合の回答を示した）。

研究デザインは、A/B/A' 中止デザイン (A/B/A' withdrawal design) であった (A はベースライン、B は ACT トリートメントを表す)。つまり、2回目の A 条件は、自然発生的に設定されることとなった (クライアントが復職したため、心理臨床センターに頻繁に通所できなくなったからである)。

(d) セラピスト

セラピストは第一著者であり、40代の男性セラピストであった。また彼は、総合大学（大学院博士後期課程までを担当）の教授（専門は臨床心理学）であった。面接が実施された心理臨床センターでは、スーパーバイザー兼セラピストとして、週1~2回勤務していた。臨床実践は、臨床行動分析（Clinical Behavior Analysis）に基づくアプローチであり、約15年の臨床経験と実証的実験・臨床研究をもつ（ただし、この年数は大学院における訓練期間を含んでいない）。また、本セラピストは、本事例が開始される3年前に、ネバダ大学リノ校の客員研究教授（visiting research professor）として、Steven C. Hayes 教授（ACTの主唱者の一人である）の研究室に1年間所属していた。さらに、本セラピストは、帰国後、研究活動を実施する傍ら（たとえば、Muto, Hayes, & Jaffcoat, 2011）、継続してACTのマニュアルや自助本の翻訳を年平均2冊公刊し、日本人臨床家向けのワークショップを年平均5回開催している。

(e) 手続き

①ベースライン（セッション1~3）：主訴の聞き取り、精神疾患簡易構造化面接法（M.I.N.I.: The Mini-International Neuropsychiatric Interview; Sheehan & Lecrubier, 2002）や各種質問紙の実施、現病歴、既往歴、生育歴の聞き取りを行った。また、活動のセルフ・モニタリングを行うのみとした。セッションの間隔は1週間であった。

②トリートメント（セッション4~12）：ACTのトリートメントのコア・プロセスを段階的に導入した。「いま、この瞬間（マインドフルネス）」はセッション4から導入した。「脱フュージョン」はセッション6から導入した。「アクセプタンス（ウィリングネス）」はセッション7から導入した。「価値の明確化」はセッション8から導入した。「コミットされた行為」はセッション9から導入した。「文脈としての自己」はセッション11から導入した。セッションの間隔は1週間であった。

③ブースター（セッション13~15）：今後のセルフ・マネジメントに向けて、Hayes & Smith (2005)のセルフ・ヘルプ本を使って、セッション4~12までの復習を行った。ホームワークとして、3~4章分を読んで、そこに記載されているエクササイズを実際に自宅で実施することを求めた。セッションの間隔は2週間であった。

④フォローアップ（セッション16~19）：1カ月に1回の予定でフォローアップを設定した。セッション内容は、1カ月間の振り返りを行うこととした。

1回のセッションの流れ：各回の構成は、質問紙への回答、ホームワークの振り返り（設定した場合のみ）、当該セッションのトピック、当該セッションのまとめ、ホームワークの提示であった。

(f) アウトカム尺度

①活動の種類と頻度：活動セルフ・モニタリング・シート（5時～24時までの活動を1時間ごとに記録し、その1週間分の記録を記入するA4版1枚で作成された表形式のシート）に記載された活動の種類と頻度が記録された。

②活動量：活動量計（活動量計 HJA-306-BW カロリスキャン：オムロンヘルスケアによって製造される小型で精度の高い活動モニターであり、さまざまな生活場面での活動を測定する新たに開発されたアルゴリズムを使用する）による活動カロリーが記録された。活動量計（万歩計ではなく）が選択された理由は、上半身のみで行われる家事（炊事など）といった活動も、捕捉することが可能であると考えたからであった。

③午睡量：活動のセルフ・モニタリング・シートに記載された午睡時間の量が記録された。

④質問紙：うつ状態を評価するために日本版 BDI-II（小嶋・古川，2003）が使用され、不安を評価するために日本版 STAI（水口・下仲・中里，1991）が使用され、生活全般の健康を評価するために日本版 GHQ30（中川・大坊，1996）が使用された。

(g) プロセス尺度

①Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)：この質問紙は、アクセプタンスの対極である「体験の回避 (experiential avoidance)」を測定するために開発された自己報告式の尺度である。この質問紙は、ACTにより概念化される望まない内的体験を回避し、それを取り除き、抑制し、それから逃げようとする努力を測定する (Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt, Waltz, & Zettle, 2011)。本研究では、木下・山本・嶋田 (2008) の日本版が使用された。

②Cognitive Fusion Questionnaire-28 (CFQ-28)：この質問紙は、ACTにおいて概念化される「認知的フュージョン (cognitive fusion)」を測定するために開発された自己報告式の尺度である。(Dempster, 2009)。本研究では、森本・熊野・宇留鷲・佐々木・金谷・野村 (2011) の日本版が使用された。

③Five Fact Mindfulness Questionnaire (FFMQ)：この質問紙は、「マインドフルネス」を測定するために開発された自己報告式の尺度であり、観察、描写、気づきを向けた行動、体験を評価しないこと、内的体験に反応しないこと、という5つの下位尺度からなる (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006)。本研究では、Sugiura, Sato, Ito, & Murakami (2012) の日本版 FFMQ が使用された。

(h) トリートメントの整合性

トリートメントの整合性は、Plumb & Vilardaga (2010) の Appendix にある「忠実性の評定者用マニュアル (Adherence Raters' Manual)」に基づき実施された。しかしながら、その尺度が強迫性障害 (OCD) のトリートメント研究用に作成されたものであったため、本研究では「面接中のエクスポージャー (In Session Exposure)」と「プロジェクト全体への忠実性マニュアル (Overall Adherence to Project Manual)」の評価項目を使用しなかった。

評定者は第二著者であり、研究が実施されていた当時は心理臨床センターの専属セラピストであった。臨床実践は、臨床行動分析に基づくアプローチであり、約 2 年の臨床経験と実証的実験・臨床研究をもつ（ただし、この年数は大学院における訓練期間を含んでいない）。

具体的には、Twohig, Hayes, and Masuda (2006) に従い、トリートメントの整合性をトリートメントの整合性尺度を使って、録画した心理面接の評定を行うことによって評価した。評定結果は、Table 1 に示したが、行には面接数、列には ACT の具体的な項目および関連項目を加えた。面接ごとに、ACT の構成要素をどの程度網羅したのか、その量と質を以下のように評定した。評点が 1 の場合、その変数は明確に扱われることはなかった。評点が 2 の場合、その変数は少なくとも一度は扱われたが、深くは扱われなかった。評点が 3 の場合、変数は数度にわたり見られ、少なくとも一度は、深く扱われた。評点が 4 の場合、その変数は、比較的高い頻度で見られ、かなり深く扱われた。評点が 5 の場合、その変数は、高い頻度で見られ、とても深く扱われた（評定されなかった面接は、「--」と表示されている）。

評定結果は、Table 1 に示した。セッション 1~15 のうち 10 セッション、つまり 66.7% が評価された。セッション 1~3 (アセスメント)、セッション 5 (創造的絶望と脱フュージョン)、セッション 8 (価値の明確化) の会話記録がなかったため、評定できなかった。忠実性については、評定の対象外となった 5 セッションで扱ったトピックの項目は評定結果が低いものの、それ以外の項目の評点はすべて 3.0 以上であった（評点の満点は 5.0）。また、セラピストのコンペタンスの評点は 4.80 であった（評点の満点は 5.0）。以上の結果は、Twohig, Hayes, & Masuda (2006) のトリートメントの整合性の評定結果と比較しても、同等かあるいはそれ以上の結果であると言える。

(i) 守秘義務

太郎には、セッション 1 の開始前に、当センターの機関的な役割を説明し、面接中の録音やその録音に基づいて作成される事例研究の公開について説明し、書面にサインするという方法で、その同意を得た。また、実際に録音を開始する場合には、再び同意の撤回がないことを口頭で確認した。

また、本事例研究を公表する場合は、作成後に太郎にその内容に相違がないことを確認した。

2. クライエント

1) **クライアント**: 30才の男性で、正規会社員（以下、インタビュー面接時を X 年とする。また、クライアントを「太郎」と表記する）。心療内科の医師による診断はうつ病であった。また、勤務している会社は、従業員約 3500 人、拠点数 500 件規模の金融関係の業種であった。太郎は、過去 4 年間のあいだほぼ 50%は、情緒的問題のために休職していた（参照 Figure 1）。メンタルヘルスに対する対策は同様規模の会社と比較すると立ち遅れており（たとえば、現在一般的になりつつある「リハビリ出勤」という出勤スタイルがまったく設定されていない、あるいは予防的配慮も存在しない）、社内での「うつ病」に対する理解も低い。そのため、上司の対応も、その個人の裁量に任されており、会社全体における対処の一貫性は著しく欠如していた。

心理臨床センターで実施した精神疾患簡易構造化面接法（M.I.N.I.）では「大うつ病エピソード現在および過去」に該当した。来所経緯は、本センターに既に通所していた友人から ACT を紹介されて、ACT の適用を希望し、来所した。

2) **家族構成**: 妻（30 才、正規会社員）、子 1 人（3 歳）の 3 人暮らし。来所時の太郎によれば、夫婦関係は良好であり、妻がうつ病による休職に対して不満を口にすることはない、ということであった。

3) **医療機関への通院と服薬**: 来所時、心療内科に隔週で通院し、投薬のみによる加療が行われていた。太郎は、アミトリプチリン（amitriptyline；抗うつ薬）錠剤 25mg を 1 日 3 錠、アモキサピン（amoxapine；抗うつ薬）カプセル 25mg を 1 日 4 錠、ブロマゼパム（bromazepam；抗不安薬）錠剤 2mg を 1 日 3 錠、ロフラゼパ酸エチル（ethyl loflazepate；抗不安薬）錠剤 1mg を 1 日 2 錠、フルニトゼパム（flunitrazepam；睡眠薬）錠剤 1mg を 1 日 1 錠、服用していた。

3. 理論的指針およびそれを支える実証研究知見や臨床経験知

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

アクセプタンス&コミットメント・セラピー（ACT）とは、「第三の波」と呼ばれる行動療法である。このセラピーは、「アクセプタンスとマインドフルネス」と「コミットメントと行動変容」という 2 つの介入群を有機的に使用し、クライアントがより有意義な生き方を送ることができるように援助するものである。つまり、不快な思考や感情の形態や生起頻度を変容しようとする「従来の」認知行動療法とは、その目的において大いに異なる。ACT の第一義的な目的は「心理的柔軟性

(psychological flexibility)」を促進することである。この心理的柔軟性とは、言語に過度に囚われることなく（特に、過去や未来、自己や他者）、事実や現実そのものを過不足なく受け止め、どのような状況においても自らの価値に基づいて現実的で活動的な生活や人生を送ることができる、ことを意味する。実際のセラピーにおいては、この心理的柔軟性を促進するために、いま、この瞬間 (*present moment*)、脱フュージョン (*defusion*)、アクセプタンス (*acceptance*)、文脈としての自己 (*self as context*)、価値の明確化 (*value clarification*)、コミットされた行為 (*committed action*) という6つのコア・プロセスに便宜的に分類したトリートメント・モデル（ヘキサフレックス (*hexaflex*)・モデルと呼ばれている）を使用している。Harris (2009) は、これらを以下のように説明している。(1) 「いま、この瞬間」との接触は、この瞬間に起こっていることへつながり、埋没していくことを意味する、(2) 脱フュージョンは、自分の内的な出来事から距離を置くか、それを切り離し観察できるようになることを意味する、(3) アクセプタンス、または意志は、苦痛を伴うような内的出来事にこころを開き、そのための時間をとることを意味する、(4) 文脈としての自己は、どんな瞬間においても、自分が考え、感じ、感じ取り、行動していることに気づく観察する自己を意味する、(5) 価値は、自分が継続的にどんな行動をとるのかということの意味する、(6) コミットされた行為は、自身の価値に導かれた効果的な行動をとることを意味する。

うつに対する ACT

うつに対する ACT の適用は、すでに 1980 年代に開始された (Zettle & Hayes, 1986; Zettle & Rains, 1989)。その後、ACT は、うつばかりではなく、心理的柔軟性が低く、かつ生活機能が低下している個人に対して適用されるようになった（たとえば、慢性疼痛、強迫性障害、摂食障害など； Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006）。2000 年以降で、うつに対する ACT の効果を検討した研究は、8 件存在し（ただし、他の疾患との併存も含めた場合）、従来の認知行動療法と同様、あるいはそれ以上の効果が示されている (Bohlmeijer, Fledderus, Rokx, & Pieterse, 2011 ; Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007; Forman, Shaw, Goetter, Herbert, Park, & Yuen, 2012; Gaudiano, Nowlan, Brown, Epstein-Lubow, & Miller, 2013; Hayes, Boyd, & Sewell, 2011; Petersen & Zettle, 2009; Walser, Karlin, Trockel, Mazina, & Taylor, 2013; Zhao, Zhou, Liu, & Ran, 2013)。また、アメリカ心理学会第 12 部会（臨床心理学）の実証的支持を得た心理学的トリートメント (Research-Supported Psychological Treatments) というウェブサイトにおいて、ACT はうつに対して適度の実証的支持を受けた (modest research support) の心理学的トリートメントであるとされている (<http://www.psychologicaltreatments.org/>)。

日本人クライアントに対する ACT

日本では、2010 年になって初めて、うつ病に対して認知療法・認知行動療法が健康保険の適用となった。その背景には、認知療法・認知行動療法の効果が日本においても科学的に実証されたということが大きい。医師に対する診療報酬は 1 回につき 4200 円と決められ、そのうちの 30%（つまり、1260 円）を患者が自己負担する。また、保険診療が認められる条件は、①うつ病など気分障害の患者を対象とすること、②認知療法・認知行動療法に習熟した医師が治療に関する計画を作成し、患者に詳細な説明を行うこと、③診療に要した時間が 30 分を超えること、④一連の治療につき 16 回を限度とすること、⑤厚生労働省作成のマニュアルに準じて行うことの 5 つである。現時点の問題としては、①厚生労働省のマニュアルどおりにセラピーを実施できるスキルをもった医師が非常に少ない、②診療報酬が低く、医療経済的に採算がとれない、という理由で、実際に保険診療を行う医療機関は非常に少ないことである。さらに、臨床心理士は国家資格ではないため、保険診療に当たることが現状ではできない（現在、その国家資格化に向けて、国会にて審議されるようにロビー活動をしている最中である）。

このように認知療法・認知行動療法に対する注目が集まっている状況下にあって、従来の認知療法・認知行動療法よりも「長期的な」効果が期待できる ACT にも注目が集まっている。さらに、ACT が森田療法と類似している部分があると言われているため (Hofman, 2008), その点からも日本では注目されている。

上述した武藤 (2012) 以外の ACT の事例研究は、現時点で増田ら (2008) のみである。その研究の症例は、特定不能の摂食障害と診断された 23 才の女子大学生であった。ACT を適用した結果 (全セッション数は 26 回)、ACT のプロセス測度である Acceptance and Action Questionnaire-16 (AAQ-16; Bond & Bunce, 2003) の評点がセッション 8 以降に改善し始め、そのまま安定した。一方、摂食障害に関する認知を測定する (つまり、アウトカム測度) Mizes Anorectic Cognitions Questionnaire-Revised (MAC-R; Mizes, Christiano, Madison, Post, Seime, & Varnado, 2000) の評点は、セッション 16 で初めてカットオフポイントを下回り、それ以後、そのまま安定した。さらに、18 カ月のフォローアップでは、AAQ-16 と MAC-R の評点がさらに改善していた。

4. クライアントの問題のアセスメント, 治療目標, 強み, 個人史

現病歴

Figure1 は、太郎の勤務する企業での履歴の概要をまとめている。この企業は、全国に 500 以上の

支店をもつ従業員 3500 人が勤務する金融系の企業である。図から読み取れるように、太郎は ACT によるセラピーを開始する以前何度か休職しているが、これは過去 4 年間の約 50% も占める。

うつ病によって初めて休職するまでのプロセスについて、セラピストが尋ねたところ、「実は、最初のころ、直属の上司から仕事をずいぶん押しつけられていた、ということにあまり気づいていなかったんです。あのときは、単に、自分に能力がないと思い詰めてしまっていたんです」と答えた。その内容を具体的に言ってほしいと言ったところ、以下のように答えた。「その直属の上司はとても温和な人でした。入社したばかりの私を『太郎、太郎』と言って、かわいがってくれました。だから、その上司からの『頼まれ仕事（本来は自分の仕事ではなく、上司の仕事；シャドーワークのこと）』を断れませんでした。進んで、その上司の仕事も請け負ったところもありました。その上司のことが好きだったし、自分の評価も下げたくない、弱みを見せられない、と考えていましたから。ただ、そのような『頼まれ仕事』を断らないでいたら、気がつくとも仕事量がかかりかさんで、結果的にノルマを達成できないことが徐々に増えていきました。そのことで、別の上司から叱責されることが多くなりました。正直、焦りました。でも、焦れば焦るほど、仕事ははかどらず、だんだんと自信をなくしていったんです。そのことで悩むことが多くなって、眠れない夜が増えてきました。そのとき、その直属の上司に、その悩みを打ち明けたんです。とても親身になって聞いてくれました。そのときは、とても励まされました。でも、その上司からの『頼まれ仕事』は減りませんでした。でも、どうしても、断れなかった。嫌われたくない、ぶつかるのが怖かったからだったと思います。そのときは、あまりそう思わなかったんですが・・・それから、結局、日中もボーとするようになって、『これは、おかしい』と思って、心療内科に行きました。そこで、初めてうつ病と診断されたんです。」

X-4 年 6 月～X-3 年 3 月(休職 1 回目:休職期間 9.5 ヲ月):初回の休職中の様子を尋ねたところ、「最初は身体が重くて、何もやる気が起こらず、ほとんど寝床で過ごす、という感じでした。薬が効いてきたころから、少しずつ『早く復職しなくちゃ、遅れを取り戻さなきゃ』と焦っていたのを思い出します。ただ、会社の産業医がなかなか復職許可を出してくれなくて・・・休職期間を 2 回延長させられました」と答えた。このときは、休養と薬物療法による加療後に復職した (Figure 1)。

2 回目の休職に至るプロセスを尋ねたところ、「9 ヲ月くらい経って復職してみると、同期入社の仲間がどんどん高度な仕事を任されたりしていて、焦りや自分に対するふがいなさを感じました。同期の仲間もよそよそしくて、話す相手がほとんどいなくなっていました。また、復職しても、前と同じ業務（外勤の営業職）はさせてもらえなくて、内勤の書類整理ばかりで・・・そしたら、いろいろと悩むようになり、眠れなくなりました。すぐに、遅刻、早退、欠勤をするようになって、

出勤しても応接室にこもるといったことを繰り返したりしていました。主治医に見てもらおうと、1週間の休養が必要との診断書が出て、休職することになりました」と答えた。

X-2年9月～X-2年10月(休職2回目:休職期間1ヵ月):休職期間中の過ごし方を尋ねると「特に何かをしたということはありません。お薬を飲んで、ちょっと休養する程度だと考えていたので。でも、会社の産業医が休職延長と診断したため、結局、1ヵ月後に復職することになりました」と答えた。

3回目の休職に至るプロセスを尋ねたところ、「復職して4ヵ月経ったときに、慕っていた上司が転勤となりました。赴任してきた新しい上司とは反りが合いませんでした。とても事務的な人で、うつ病に対して理解を示そうとはしませんでした。3回目の休職に至るようなプロセスは、2回目の時と同じだったと思います。主治医からは、3ヵ月の休養が必要であるとの診断書が出されました。ただ、とてもショックだったのは、休職届を提出した際に、その新しい上司から、『君はこの仕事に向いていないのではないか』、『他の道も考えてはどうか』、『転勤するにしても、毎週金曜日の朝、心療内科に通院後、出社するようなら、他店でも引き取り手がない』と言われたことでした」と答えた。

X-2年4月～X-1年9月(休職3回目:休職期間5ヵ月):休職期間中の過ごし方を尋ねると「休職中、今後の転勤に備えて、土曜日に通院できる精神科を探して、転院しました。6月末には(休職2ヵ月後)、その新しい主治医から復職可能との診断が下りました。しかし、会社(産業医や人事担当者)からは、復職許可がなかなかおりませんでした。また、復職交渉のときに、人事担当者から『今度また休職するようであれば退職しますという誓約書を書くように』と言われ、それにサインしました。このころからウォーキングをするようになりました」と答えた。

4回目の休職に至るプロセスを尋ねたところ、「復職を機に別の支店に転勤となりました。その支店は以前の勤務先よりも自宅に近いところでした。しかし、復職してから数週間後には、前回の休職前に生じたのと同じプロセスとなり、結局2ヵ月しか保ちませんでした」と答えた。

X-1年12月～X年9月(休職4回目:休職期間11ヵ月):休職期間中の過ごし方を尋ねると「数ヵ月の自宅療養後、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構の職場復帰支援プログラムに参加することにしました。そこでは、7コラム法、活動記録表といった認知療法や、アサーショントレーニングを行いました。また、うつに関する本や認知療法の本なども数冊読みました。それ以上に良かったのは、同じ悩みを持つ人たちと話す機会があり、何人かとは親しくなったことでした。そのプログラムは6ヵ月間で終了しました。また、プログラムが終了してすぐに復職が決まりました」と答えた。

5回目の休職に至るプロセスを尋ねたところ、「今回は3ヵ月間定時退社（残業なし）という配慮をしてもらったのですが、その反面、自分のさせてもらえる仕事は入社1年目の人と同じようなレベルのものでしかありませんでした。同期入社の仲間はどんどん出世するし、後輩も自分よりレベルの高い仕事をしていて、引け目を感じてばかりいました。それでも、職場復帰支援プログラムで教わったことをやってみたり、そこで知り合った人に相談にのってもらったりしながら、何とか出社していました。とはいえ、ものには限界というものがあります。さすがに、半年以上も同じようなレベルの仕事ばかりだったので、だんだんと今までの同じような悪いパターンになって、とうとう9ヵ月で耐えられなくなってしまったんです」と答えた。

X年9月～X年12月（休職5回目：本相談室に来所までに3ヵ月が経過していた）：この期間中の過ごし方を尋ねると「少し動けるようになってから、職場復帰支援プログラムの時に仲良くなった鈴木さんという方と会って話を聞いてもらったんです。そのとき、鈴木さんは復職なさっていました。鈴木さんは、一緒に参加していた職場復帰支援プログラムの後に、自分で探して、ACTという心理療法を見つけて、それを4ヵ月程度受けて（本相談室にて）、それがとても良かったという話をしてくれました。それで、興味を持ったので、自分もそのACTをしてみたいと思ったんです」と答えた。

主訴

「ACTによって、再燃・再発するうつ病を解決したい」というものであった。太郎は、投薬や職業復帰支援プログラムについて一定に効果があったと評価していた。しかし、それらにない効果がACTにはあるのではないかという期待を持っている、ということを話した。

生育歴と既往歴

原家族は両親（来所時、ともに50歳代）と太郎のみであった。小学校までは、両親の言いつけをよく守るタイプで、両親から叱られたという記憶がないということであった。何でも親に話して、意思決定は親の意向を反映したものになりがちであったようである。また、中学校までは、人を笑わせることが得意で、文武両道のため、クラス代表や生徒会副会長を務めるなど、クラスや学校の中心的存在であった。高校入学後は、部活動は入学後数ヵ月所属したのち、すぐに退部した。退部の理由は、週3回の学習塾通いをするために物理的に両立が難しいと判断したからであった。大学入学後は、通学に往復5時間要したこともあり、サークルには所属せず、課外活動は週3回の学習塾のアルバイトのみであった。しかし、一人暮らしをしてみたいと思ったことはなかったそうである。また、学習塾のアルバイトはとてもやりがいがあり、将来学校の先生になろうかと漠然と考え

ていた。しかし、具体的に進路を明確にしようとした大学2年生のときに、「モンスターペアレント」や「学級崩壊」などの話題が世間を騒がしていたため、学校の先生になるという進路を断念した。太郎はこのことを「やりたいことがあっても、嫌なこともあると結局は逃げるが多かった」ことの象徴的な例として述べた。また、金融関係の仕事を選んだのは父親からのアドバイスが強く影響していたようである。結局、地元の金融関係の会社に就職した。入社数カ月でその所属会社の同僚（現在の妻）と新入社員歓迎会で知りあい、1年後には結婚することを決めた。

既往歴はなかった。ただし、失恋を契機に始まった不登校状態が、高校2年生時に1週間だけあった、ということである。そのとき、学校に行けなかったのは、気まずい関係となった相手の女性と顔を合わせるのが嫌だったからというものであり、うつ状態になったわけではなかったそうである。

ベースラインにおけるアセスメントの結果

セッション1～3（ベースライン）で実施されたアウトカム測度の評定結果によれば、全体的な健康度は低く、うつ症状の重篤度は中程度であり、特性および状態不安も非常に高いレベルであると評価された。また、太郎のベースラインの活動カロリーは平均500kcal（SD=94.60）であり、日本人の同年代の平均活動カロリーである750kcalを大きく下回り、1日の平均午睡時間も2時間であったことから、活動性の低さが著しかった。

プロセス測度の評定結果によれば、「体験の回避」は平均的な値であったが、「認知的フュージョン」が1SD以上高い値で、かつ「マインドフルネス」が1SD以上低い値であった。また、価値に関する質問に関する回答は、抽象的かつ社会規範的に正しいものが非常に多かった。

セッション3の終了直後に、心理的柔軟性評定シート（Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012; pp. 127-128）を用いて、ACTの6つのコア・プロセスについて第一著者が評定した。そのシートは、6つのコア・プロセス毎に、3～5つの質問項目があり、評定は10点（なだらかで柔軟である）～0点（まったくないかめったにない）で行うものである。その結果、各コア・プロセスの平均評定点は、「いま、この瞬間」が2.0、「文脈としての自己」が1.8、「アクセプタンス」が1.0、「脱フュージョン」が0.2、「価値の明確化」が0、「コミットされた行為」が0.6であった。

5. ケースフォーミュレーションと介入計画

ベースラインにおけるアセスメントの結果、太郎は「心理的柔軟性」が著しく低いと評価され、ACTの適用による効果が非常に期待できる、と判断された。また、信頼できる他者から言われたこ

とを「鵜呑みにする（認知的フュージョン）」、あるいはたとえ自分のしたいことでも不快な状況が随伴することが予測された場合には、それを回避する傾向（体験の回避）があることも、個人史や現病歴からも示唆された。さらに、上記の結果において、心理的柔軟性の6つのコア・プロセスが一律に低いため、特定のコア・プロセスから介入すべきある、ということは示されなかった。しかし、太郎が自ら回答した質問紙の評定結果のみで判断すれば、「脱フュージョン」あるいは「いま、この瞬間（マインドフルネス）」から介入を開始するのが適当であることが示唆された。そこで、本事例では、太郎が興味を持っていた「マインドフルネス」から介入を開始し、その後、Hayes, Strosahl, & Wilson (1999, 2012) に基づき、他のコア・プロセスを有機的に導入していくこととした。また、Ciarrochi & Bailey (2008), Harris (2009), Hayes & Smith (2005) に掲載されているエクササイズやシートを利用することとした。

6. 心理療法の流れ

セッション1～3（ベースライン）

セッション1～3では、太郎に対するアセスメントとして、主訴の聞き取り、精神疾患簡易構造化面接法（M.I.N.I.）や各種質問紙の実施、現病歴、既往歴、生育歴の聞き取りを行った。初対面の様子は、清潔感のある服装で、人当たりがよく、やや緊張気味ではあったものの、質問に対しては明瞭かつ簡潔に応答した。

セッション1において、太郎がACTの適用を希望していたため、その概略を説明するとともに、アセスメントの結果に基づいてACTを適用するか否かを決定することを伝えた。また、セッション2から、ホームワークとして、活動量計の装着と記録（毎日）、活動セルフ・モニタリング・シートを用いた1日の活動記録（毎日）を毎回提示した。これらのホームワークに対する遂行は非常に良好で、その記録は常に次回のセッション時に持参してきた。このような忠実性の良好さは、セラピストとの治療関係が早期に確立したというよりはむしろ、友人からACTの効果を聞かされていたことによる期待感によるものであったと考えられた。セッション3の終了時に、太郎に対して、アセスメントの結果、ACTの適用が適切であり、次回からトリートメントを開始すること伝えた。太郎は、それに対して素直に喜んで「一生懸命に、がんばります」と言った。

上記のホームワークに加えて、“Your Suffering Inventory”の作成というエクササイズ（Hayes & Smith, 2005; pp. 12-13）を提示した。具体的には、当該エクササイズの目的とその内容を説明し、専用の記入シートを譲渡した。治療関係を構築するために傾聴を心がけた。太郎の行動傾向として、目上の者に対する従順さがあり、セラピストに対しても同様であった。

セッション4

太郎は、ホームワークとして提示した“Your Suffering Inventory”の作成というエクササイズを遂行し、自分で記入したシートを持参した。そのため、Your Suffering Inventory に対する検討を行った。そのホームワークを実施して「意外と、言葉で表現するのが難しい、深く考えすぎなかった、悩みは出し切った」とコメントした。また、作成されたリストには 32 項目の問題が列挙されていた。これらの問題の状況を分類し、重篤度の順で並び替えると、仕事、子どもや家族、友人、自分の過去というジャンルに配列された。そして、そのような状況に対する太郎のリアクションは、罪悪感、不安、焦燥感、苛立ちという感情が喚起し、その状況から逃避・回避するというものであった。太郎本人も、その連鎖について「困難があると、その場から逃げてしまう、というパターンがあるというのが再確認できた」とコメントした。セラピストは、そのようなパターンがあることに気づいていることは重要なことであると応答した。

セッション4の主要なトピックは「いま、この瞬間（マインドフルネス）」であった。エクササイズは、『「お茶の」エクササイズ（Drinking Tea）』（Hayes & Smith, 2005; pp. 111-112）を行った。具体的には、実際に、煎茶のティーバッグでお茶を入れて、さまざまに五感を働かせて注意深く観察することをセラピストが促しながら、お茶を味わうことをセラピストも一緒に行った。その際、日本における茶道は、禅僧によって確立されたこと、「マインドフルネス」と禅とは深い関係があることを説明した。実施後、太郎は「今まで、このようなことをしたことがない」とコメントした。

セラピストが、この『「お茶の」エクササイズ』をホームワークとして実施することを提案したところ（エクササイズの教示文が書かれたシートを譲渡し）、それに同意した。その他のホームワークとしては、活動記録、1日30分程度のウォーキング（太郎本人からの提案で追加された）であった。また、年末年始の休暇期間のため、2回分のセッションをお休みすることになった。

セッション5

ホームワークとして提示した『「お茶の」エクササイズ』は18回遂行し、自分で記入したシートを持参した。そのシートには、常に2~3つのコメントがメモ書きされていた。年末年始という行事の多い時期において、週2~3回のエクササイズを実施してきたことは、太郎の動機づけの高さを示すものとセラピストは捉えた。セッション5の冒頭で太郎に回答してもらった FFMQ の総評点が、前セッションと比較して7点向上し、5つの facet のうち「注意を向けながらの行動（acting awareness）」の評点のみが7点向上した（ただし、その他の4つの facet は、4点以下の増減に留まった。FFMQ は、評点の増加が改善したことを意味する）。一方、AAQ-II の評点は2点増加し、

CFQ28 の評点は変化なしであった (AAQ と CFQ は評点の減少が改善したことを意味する)。

セッションの冒頭で、『「お茶の」エクササイズ』のシートを振り返り、さらに「マインドフルネス」の用語とその概念について、「念」という漢字（「今」と「心」の組み合わせ）を提示しながら説明を行った。まず、セラピストは「マインドフルネスを漢字で表現すると、『これ』になります」と言って、「念」という漢字を紙に書いた。太郎は「念（ねん）ですか」と言ったので、セラピストは「ねんと読むと、日本語ではちょっと恨みがましい思いといった意味に誤解されやすいのですが・・・」と言いながら、「今」と「心」という構成要素それぞれ円で囲んでみせた。そして、セラピストは「マインドフルネスは『いまのころ』という意味なんです。つまり、いま、この瞬間に、どのようなことが生じているのか、どのように感じるのか、ということに注意深く、あるがままに観察することなんです」と説明した。

セッション5の主要なトピックは、「創造的絶望 (creative hopelessness)」と「脱フュージョン」であった。セッション4で使用した *Suffering Inventory* の中にある仕事に関連する話題（後輩が昇進した噂を耳にする）を取り上げ、「思考抑制の逆説的効果 (ironic effect of thought suppression)」、*「体験の回避 (アクセプタンスの対概念)」* が効果的でないことを体験的に説明した (Hayes & Smith, 2005; pp. 24-31)。さらに、同じ話題を使って、記述と評価の違い（事実と解釈の違い）という「脱フュージョン」を促進させるエクササイズを行った (Hayes & Smith, 2005; pp. 81-82)。太郎は「なんとなく、伝えたいことは分かったような気がします」とコメントした。そのコメントに対して、セラピストは「すぐに理解できなくて当然なので、今後もいろいろと体験的にやってみましょう」と応じた。

ホームワークは、『「写メール」エクササイズ』、つまり、ウォーキング中に見つけた「新しい発見」を携帯電話に付属するカメラで写し、それをセラピストに送信する、というエクササイズを提示した（このエクササイズはセラピストのオリジナルである）。このエクササイズの目的は、「マインドフルネス」の「観察 (observing)」と「描写 (describing)」という2つの因子を向上させ、記述と評価の違いを促進させることであった。その際、セラピストは「なんとなく毎日通っている道でも、実は、さまざまな変化や見落としている興味深いモノやコトがあるものです。それを見つけたら、写真に撮って、私にメールで送ってください。どんな面白いものがあるのか、楽しみにしています」と申し添えた。それに対して、太郎は「それは面白そうですね。いろいろと探してみます」とうれしそうに答えた。セラピストは、送られてきたメールと写真に対して、1日以内にメールにて返信をした。その返信は、写真に対するセラピストの感想と、次の写真も期待している旨の内容で構成された。その他のホームワークとしては、活動記録、1日30分程度のウォーキング、『「お茶の」エクササイズ』（実施頻度は少なくともよい）であった。

セッション6

ホームワークとして提示した『「写メール」エクササイズ』は5回、『「お茶の」エクササイズ』は2回遂行した。セッション6の冒頭で太郎に回答してもらったFFMQの5つの因子のうちの「観察」の評点は、前セッションと比較して3点向上、その他は変化なし、あるいは評点が減少した。一方、CFQ28の評点は28点減少し、AAQ-IIの評点は2点減少した。

セッションの冒頭で、ホームワークで実施した各エクササイズを振り返ったところ、記述と評価の違いについては頻繁に試してみた（たとえば、電車の到着までの待ち時間に）ことが報告された。セラピストは、頻繁にエクササイズを行っていることを賞賛し、「習慣になるまで続けてみてくださいね」と申し添えた。

セッション6の主要なトピックは、脱フュージョン（特に、距離をとる（distancing）を強調する）と「マインドフルネス」であった。エクササイズは、『「ミルク」のエクササイズ（Say the Word “Milk” as Fast as You Can）』（Hayes & Smith, 2005; pp. 72-73）、『「ラベル化」のエクササイズ（Labeling Your Thoughts）』（Hayes & Smith, 2005; pp. 75-76）、『「葉っぱ」のエクササイズ（Floating Leaves on a Moving Stream）』（Hayes & Smith, 2005; pp. 76-77）を行った。「ミルク」のエクササイズとは、40秒間程度、「ミルク」という単語を何度もスピーディに繰り返すというものであった（エクササイズは、日本人向けに「ミルク」ではなく「お茶」という単語を繰り返した）。「ラベル化」のエクササイズは、頻出する自分の思考や感情に「ラベル（擬人化するために“もやっど”ちゃんなどラベルにする）」をつけて、思考や感情を外在化するものである。最後の「」のエクササイズは、まず小川に一枚一枚流れていくことを想像してもらい、次にその葉の一つひとつに自分がいま考えていることや感じていることを乗せて、それを小川の岸から眺める、というものである。そのときの注意点として、自分と葉っぱの距離は一定に保つことであり、距離が近くなってしまった場合は、最初から想像をし直すことが求められた。

ホームワークは、『「葉っぱ」のエクササイズ』を提示した。このエクササイズの目的は、「マインドフルネス」の「観察」と「描写」という2つのfacetを向上させ、記述と評価の違いを促進させることであった。その他のホームワークとしては、活動記録、1日30分程度のウォーキング、『「お茶の」エクササイズ』、『「写メール」エクササイズ』（実施頻度は少なくともよい）であった。

セッション7

ホームワークとして提示した、『「葉っぱ」のエクササイズ』は3回、『「写メール」エクササイズ』は5回、『「お茶の」エクササイズ』は3回遂行した。セッション7の冒頭で太郎に回答してもらっ

た各プロセス測度における変化は、前セッションと比較して、ほとんど見られなかった。一方、アウトカム測度の STAI-S (状態不安) の評点が急激に低下し (7 点下がる), 初めてレベルIV (46 点) になった。この結果から、『「葉っぱ」のエクササイズ』が、不快感情の低減方法として太郎に使用されている可能性が示唆された。そのような使用法は、『「葉っぱ」のエクササイズ』の目的とまったく異なっていたため、セッションの冒頭において、当該エクササイズの目的が不快感情の低減ではないことを太郎に説明した。太郎は、実際に、不快の低減方法として使用していたということをコメントした。この『「葉っぱ」のエクササイズ』が本来の目的とは異なってしまっていた。しかし、この誤解は頻繁になされるものであり、太郎が特別であったわけではない。

セッション7の主要なトピックは、「アクセプタンスと意志 (acceptance or willingness)」であった。エクササイズは「冷水に自分の手を入れ続ける」というものを行った。これは、高橋・武藤・多田・杉山 (2002) の研究でも使用された身体的な痛みの耐性を測定する実験課題を基にしたオリジナルなエクササイズである。高橋ら (2002) では『「葉っぱ」のエクササイズ』を行った被験者群の耐性時間が有意に長くなったため、臨床場面においてエクササイズとして転用できると考えたためである。また、Flaxman, Blackledge, & Bond (2011) においても、「アクセプタンス」を促進するエクササイズとして「氷を握る (Holding an ice cube)」という類似のエクササイズが存在したため、「冷水に自分の手を入れ続ける」というエクササイズを導入した。エクササイズを実施したところ、太郎は90秒間しか自分の手を入れ続けることができなかった。そこで、セラピスト自身がトライして、300秒間手を冷水に入れ続け、その後「不快な感覚、感情、思考から逃げずに、その善悪を判断せずに、『いま、この瞬間』に起こっている体験を十分に味わう」というスタンスで、冷水に手を入れ続けていたことを説明した。太郎は「痛みを味わうというのは、考えたこともなかった」というコメントをした。

ホームワークは、セッション6と同じであった。しかし、『「葉っぱ」のエクササイズ』は、1回につき15分以上を実施することを提案した。その提案に対して、「ちょっと長いような気もしますが、やってみます」と快諾した。

セッション8

ホームワークとして提示した、『「葉っぱ」のエクササイズ』は3回 (ただし、各5分間)、『「写メール」エクササイズ』は7回、『「お茶の」エクササイズ』は3回遂行した。

セッション8の冒頭で太郎に回答してもらった FFMQ の総評点が、前セッションと比較して11点向上し、5つの facet の全評点が1~3点向上していた。一方、AAQ-II と CFQ28 の評点はほとんど変

化が見られなかった。一方、アウトカム測度の STAI-S (状態不安) の評点は、セッション6における評点と同レベルまで上昇した。

セッション8の主要なトピックは、「価値の明確化」であった。エクササイズは「100個の基本動詞カードを分類する (Ciarrochi & Bailey (2008) にある“Survey of life principles”エクササイズをアレンジしたもの)」というものであった。カードの分類は、以下のような工程で実施された。それは、①生起頻度の高い順に5段階に分類する、②①の分類でもっとも高いレベル5と4に分類された動詞カードのみを使い「その動詞を実際に行ったときに、ワクワクしたトピック、行ってみたいと感じる」動詞を5段階で分類する、③②の分類でレベル5と4に分類された動詞カードに対して、具体的にどのような活動が考えられるかをあげてもらい、④③で挙げられた具体的な活動から、そこに含まれる共通要素を抽出する (その共通要素がクライアントの価値と捉える)、という手続きである。その結果、価値は「自ら調べたり学んだりしたことを他人に話したり教えたりして楽しませる」ということに集約された。クライアントは悩みながらも、丁寧にカードを分類していった。セラピストは、その分類に対する評価は一切せずに、『この山』と『この山』はどのような関係にありますか?あるいは関係はまったくないですか?という集約への促しを行うだけの対応を行った。

ホームワークは、セッション7のホームワークに加えて、本セッションで明確化された価値に基づく行動を自覚的に実際に行い、それを記録してくる、ということを提案した。

セッション9

セッション9は、1週間延期となって実施された。ホームワークとして提示した、価値に基づく行為の実施は14回、『「葉っぱ」のエクササイズ』は8回、『「写メール」エクササイズ』は5回、『「お茶の」エクササイズ』は6回遂行した (ただし、2週間の合計回数)。

セッション9の冒頭で太郎に回答してもらったプロセス測度の評点のうち、FFMQの総評点が初めて標準平均値より高い値になった。一方、すべてのアウトカム測度に改善が見られた。特に、BDI-IIの評点は9点となり (セッション8の評点は、17点であった)、初めてカットオフポイントを下回った。B

セッション9の主要なトピックは、「コミットされた行為」の実施およびその行動の拡大であった。ホームワークで記録してきた活動記録を基に、価値に基づく行動の生起が可能な状況を話し合い、それをスモールステップで行える具体的な行為に分解していくことを行った。さらに、コミットメントの要素、つまり、計画を言語化→実行→結果の吟味→計画の再検討→その再検討された計画に基づく実行、というサイクルを強調して説明した。

ホームワークは、セッション8のホームワークに加えて、本セッションでコミットメントに力点をおいた価値に基づく行動（コミットされた行為）を実施し、それを記録してくる、ということをも提案した。

セッション10

ホームワークとして提示した、「コミットされた行為」の実施は21回（1日に3つの行動をコンスタントに実施した）であった。しかし、その行為は、セラピストが例示として前回提示したものと酷似していた。セラピストは、このような結果を太郎がもっている柔軟性の弱さを反映したものであると捉えた。また、『「葉っぱ」のエクササイズ』は3回、『「写メール」エクササイズ』は6回、『「お茶の」エクササイズ』は2回遂行した。

セッション10の冒頭で太郎に回答してもらった各プロセス測度の評点にはあまり変化がなかった。一方、アウトカム測度のBDI-IIの評点は4点となり、前回よりさらに低くなった。また、STAI-S（状態不安）の評点がレベルIV（高い）まで低下した。

ホームワークの結果を受けて、セッション10の主要なトピックは、前回と同一のものとした。その際、前回の活動記録と「コミットされた行為」に関する記録を題材に、自分の価値に関連する新たな行為のアイデアを誘導的に発見していくことを行った。

ホームワークは、セッション9と同一のことを提案した。

セッション11

ホームワークとして提示した、「コミットされた行為」の実施は21回（1日に3つの行動をコンスタントに実施した）であった。その行為は、自らの価値に基づくものの、自分にとっては不快なことだと考えていたことも含まれおり、改善が見られた。また、『「葉っぱ」のエクササイズ』は3回、『「写メール」エクササイズ』は6回、『「お茶の」エクササイズ』は2回遂行した。

セッション11の冒頭で太郎に回答してもらった各プロセス測度のうち、CFQ28の評点が14点低下し、初めて標準平均点以下となった。また、AAQ-IIの評点も3点低下し（今までの中で「下げ幅」の最大値）、初めて標準平均点以下となった。一方、アウトカム測度のBDI-IIの評点は3点となり、前回よりさらに低くなった。また、STAI-T（特性不安）の評点が初めてレベルIV（高い）まで低下した。実際に、相談室での太郎の表情にも余裕が感じられるようになり、いままでセラピーで行ってきたことが統合されていっているような気がする」とコメントした。

セッション11の主要なトピックは、ヘキサフレックス（つまり、コア・プロセス全体）であった。

セッション4~10まで扱ってこなかった「文脈としての自己」もあわせて、このセッションで扱うこととした。エクササイズは“The Hexaflexercise” (Harris, 2009; pp. 43-49) を行った。そのエクササイズは、呼吸や瞑想的な要素を持つ体験的なものである。このエクササイズの後に、今後、ヘキサフレックスを利用しながら、セルフ・マネジメントをしていく、という方針を伝えた。

ホームワークは、セッション10と同一のことを提案した。

セッション12

ホームワークとして提示した、「コミットされた行為」の実施は21回（1日に3つの行動をコンスタントに実施した）であった。その行為は、今までに実施したことのない新規な行動も3つ含まれていた。また、『「葉っぱ」のエクササイズ』は3回、『「写メール」エクササイズ』は7回、『「お茶の」エクササイズ』は2回遂行した。

セッション12の冒頭で太郎に回答してもらったプロセス測度の評点のうち、FFMQの総評点が初めて標準平均点より1SD以上の値になった。一方、アウトカム測度ともに、あまり変化が見られなかった。

セッション12の主要なトピックは、ヘキサフレックスに基づくセルフ・マネジメントであった。1日の終わりに、活動記録をつけているときに、うまく活動できないことがあった場合、6つのコア・プロセスのうち、どの部分に弱みがあって、どの部分の強みを活かすことができるかを検証するという方法を、例を交えながら説明した。また、ACTの集中的なトリートメントは今週までとし、今後は隔週のブースター・セッションに切り替え、ヘキサフレックスに基づくセルフ・マネジメントの実行、およびHayes & Smith (2005)の翻訳本による読書療法 (bibliotherapy) に移行することを提案した（その翻訳本の効果は、Muto, Hayes, & Jaffcoat (2011)によって検証済みである）。その提案に対して、太郎は快諾した。

ホームワークは、セッション11のホームワークに加えて、Hayes & Smith (2005)の翻訳本の第1~3章までを読んでくることを提案した。

セッション13 (ブースター・セッション1)

ルーティンのホームワークは前セッションと同程度の安定した遂行状況であった。また、Hayes & Smith (2005)の第1~4章までを読んできた。

日中は、自宅の近くにある図書館に行き、Hayes & Smith (2005)を読むことを中心に、デスクワークをすることを行っていた。また、この2週間に、現在の状況報告をするために所属会社に行っ

た（セラピストが作成したBDIのグラフを持参した）。その折、上司から「顔色がよくなった」と言われ、自信がついたと報告した。

セッション13の冒頭で太郎に回答してもらったプロセス測度の評点のうち、FFMQの総評点がさらに向上し、CFQ-28の評点がさらに改善した。一方、アウトカム測度ともに、あまり変化が見られなかった。

セッション13の主要なトピックは、Hayes & Smith (2005) の第1~4章の内容に関する質疑応答と心理的柔軟性評価シート (Hayes et al., 2012) の導入であった。そのシートの導入は、ヘキサフレックスに基づくセルフ・マネジメントの実行を促進するためであった。

まず、太郎から「ウィリングネスの概念が理解できず、どのようなものなのか説明してほしい」という要望があった。そのため、実際に椅子からジャンプすることとステップすることを試してもらい、その違いについて検討することを行った (Hayes & Smith, 2005; p. 136)。

心理的柔軟性評価シートの導入については、具体的に、当該シートの各質問項目に対して1つひとつ解説を加え、評定してもらっていった。なぜなら、当該シートは専門家用に作成されていたため、文言の理解が難しかったからである。

その結果、太郎による心理的柔軟性の各コア・プロセスの平均評定点は、「いま、この瞬間」が8.7、「文脈としての自己」が8.0、「アクセプタンス」が8.7、「脱フュージョン」が8.4、「価値の明確化」が9.2、「コミットされた行為」が9.0であった。一方、セッション開始前に実施したセラピストによる当該シートによる評定は、「いま、この瞬間」が7.3、「文脈としての自己」が7.0、「アクセプタンス」が8.7、「脱フュージョン」が8.6、「価値の明確化」が9.8、「コミットされた行為」が9.2であった。評点が1.0点以上食い違ったコア・プロセスは、「いま、この瞬間」と「文脈としての自己」となった。

ホームワークは、セッション11のホームワークに加えて、Hayes & Smith (2005) の第5~8章までを読んでくることを提案した。

セッション14 (ブースター・セッション2)

ルーティンのホームワークは前セッションと同程度の安定した遂行状況であった。また、Hayes & Smith (2005) の第5~8章までを読んできた。この2週間に、所属会社において復職を検討するための面談があり、そこで自分の希望を述べることができたと報告した。ただし、その結果がすぐにわからないことが不安であるとコメントした。

セッション14の冒頭で太郎に回答してもらったプロセス測度の評点のうち、FFMQの総評点がさ

らに向上し、CFQ-28の評点がさらに改善した。一方、アウトカム測度の評点のうち、STAI-T（特性不安）の評点が、初めてレベルⅢ（普通）にまで低下した（一方、STAI-S（状態不安）はレベルⅣ（高い）のままであった）。

セッション14の主要なトピックは、Hayes & Smith（2005）の第5～8章の内容に関する質疑応答であった。質問としては、「体験の回避」と「脱フュージョン」の違い、「文脈としての自己」の意味についてであった。前者の質問については、Hayes & Smith（2005）の第2章、特に図2.4（p.31）を振り返りながら、その差異について説明した。その図は、中心に自然の痛みを表す黒い円があり、その周囲をより大きな円が取り囲み、言語がこれらの困難をより大きな苦しみの型へと増幅させることを表した同心円が描かれている。図2.4の黒い円を取り巻く輪のように、認知的もつれ（cognitive entanglement）と回避のパターンと中核的痛みを表した（p.31）。後者の質問については、Hayes & Smith（2005）の第7章の「チェスのメタファー（The Chess Metaphor）（pp.96-97）」を実際の駒を使って説明した。このメタファーでは、チェスの駒は、それぞれ異なる感情、認知、記憶、感覚を表している。幸福、喜び、快感情、愛しい記憶など、肯定的な駒がある。それらは、一つのチームとなってまとまる。そして、痛み、恐怖、失敗などを表す駒もあり、これらの状況も一つのチームになる・・・「これらの駒が戦いを始めることを想像してください。それは長い流血戦であり、あなたの周囲で駒がこなごなに粉碎されます（p.96）。」このメタファーが続くとクライアントは、駒同士の戦いという見方を広げて、自分自身がチェス盤にいることを想像できるようになる。言い換えると、チェス盤の視点から物事をみて、観察する自己に接触することができる（p.97）。

ホームワークは、セッション11のホームワークに加えて、Hayes & Smith（2005）の第9章～最終章までを読んでもらうことを提案した。

セッション15（ブースター・セッション3）

ルーティンのホームワークは前セッションと同程度の安定した遂行状況であった。また、Hayes & Smith（2005）の第9章～最終章までを読んできた。この2週間に、所属会社において復職する日程（セッション15実施の5日後）が決まったことを報告した。それに対して、セラピストは「やはり不安ですか」と質問したところ、太郎は「不安はもちろんあるが、ACTでやってきたように、不安との距離を置くことができているので、大丈夫だろうと思う」と答えた。

セッション14の冒頭で太郎に回答してもらったプロセス測度の評点のうち、AAQ-IIの評点とCFQ-28の評点がさらに改善し、それぞれ標準平均点より1SD低い値とほぼ同等までとなった。一方、Figure 2に見られるように、アウトカム測度の評点はほとんど変化しなかった。つまり、STAI-

S (状態不安) の評点のみが、セッション終了時まで、標準レベルまでに改善するに至らなかった。

セッション15の主要なトピックは、復職後のACTの活かし方であった。具体的には、心理的柔軟性評価シート (Hayes et al., 2012) を使って、毎週金曜日にその週の生活を振り返り、軌道修正する、ということを提案した。太郎もその提案に賛成した。

復職後は、月1回程度、フォローアップ・セッションを実施することとなった。

セッション16 (フォローアップ・セッション1)

太郎は復職したものの、職場で行うことのできる業務がほとんど与えられなかった (たとえば、職場で使用するパソコンが与えられなかった)。そのため、ふさぎ込むようになり、復職してから4日後に、体調不良を理由に欠勤した。その知らせをメールで連絡してきたため、また太郎からの申し出もあり、フォローアップ・セッションの実施予定を2週間早めることとした。実際に、フォローアップ・セッションは、メール連絡があった翌日に実施されることとなった。

セッション開始時に、全てのアウトカム測度、プロセス測度を評定してもらった。その結果、評点は、セッション11と同程度の状態であった。つまり、うつ気分や不安が高まってはいるが、心理的柔軟性が低くなったわけではなかった。このセッション中、セラピストは、復職後の5日間の始業から終業までの状況を細かく聞いていった。その話を基に、職場において、価値に基づく行動の生起が可能な場面を探索し、職務状況の改善を上司にどのように訴えるかを具体的に考えることを行った。具体的な方法を考えことで、太郎の表情は明るくなり、「しょげていても仕方ないので、やれることをやってみます」と話した。次の面接は、1ヵ月後に設定した。

セッション17 (フォローアップ・セッション2)

面接は予定通り、前回の1ヵ月後に行われた。全てのアウトカム測度、プロセス測度ともに、前回の結果とほぼ同程度であった。

来談日の10日前に、虫垂炎で5日間、手術入院していた、ということが太郎からまず報告された。また、太郎は、その虫垂炎の執刀医から、「今まで心療内科で処方されていた多種多量の薬によって、便秘になりやすく、虫垂炎の遠因になっていた可能性がある」と言われたとのことであった。さらに、手術後初日の出勤日の朝に、上司から「入院してしまったために、残りの有給休暇が3日しかなくなり、それを消化すると自動的に休暇勧告が出されることなる」との警告を受けた、とのことであった。

職場では、以前と変わらず、行うことのできる業務がほとんど与えられなかった (その時点でも、

使用可能な自分のパソコンが与えられていなかった)。もちろん、復職を許可したにもかかわらず、このようにほとんど仕事らしい仕事を与えないということは非常に奇異な状況である。このような事態はハラスメントに相当すると考えられるものの、この会社にそのようなハラスメントを訴える仕組みは存在していなかった。

セッション中、セラピストは、前回と同様に始業から終業までの状況を細かく聞いていき、前回と同様に、価値に基づく行動の生起が可能な場面を探索し、職務状況の改善を上司にどのように訴えるかを具体的に考えることを行った。セッションの間隔を2週間に一度に戻すことを提案したが、残りの有給休暇が3日しかなく、来所は難しいと答えた。そのため、次の面接は、約1ヵ月後に設定した。

セッション18 (フォローアップ・セッション3)

面接は予定通り、前回の約1ヵ月後に行われた。全てのアウトカム測度、プロセス測度ともに、改善が見られず、前回の結果とほぼ同程度であった。

職場では、少しずつ行うことのできる業務が増えてきたが、同僚や後輩の仕事内容や仕事ぶりや自分の状態を比較するなどの反すうが生じるようになった、と太郎から報告を受けた。また、かかりつけの心療内科では、1日2錠(1錠は25mg)のセルトラリン(sertraline; 抗うつ剤)が追加された、ということであった。投薬の種類が増えたことで体調の変化があるかと質問したところ、少しだるさがあると答えた。しかし、セラピストからみた太郎の変化は特に感じられなかった。

セッション中、セラピストは、反すうが回避反応であることを説明し、それに対するACT的な方法を再確認した。また、前回と同様に始業から終業までの状況を細かく聞いていき、価値に基づく行動の生起が可能な場面を探索した。次の面接は、1ヵ月後に設定した。

セッション19 (フォローアップ・セッション4)

予定の面接日は、風邪のため、キャンセルとなった。本セッションは、前回のセッションから約1ヵ月半後に行われた。また、本セッション実施日の1週間前から、再び休職となっていた。休職の理由は、病欠したため、有給休暇をすべて消化してしまい、休職を勧告されたということであった。つまり、今回の復職は3ヵ月間しか継続しなかった。全てのアウトカム測度、プロセス測度ともに、評点は悪化し、セッション8と同程度の状態まで戻っていた。

その時点では、今まで心療内科で処方されていた多種多量の薬が逆に倦怠感の原因である可能性が疑われ、減薬のために入院治療を受ける予定である、ということであった。退院後、再び、当セ

ンターでの定期的な面接を希望した。このような太郎からの提案に対して、セラピストは驚いたものの、それを受け入れた。なぜなら、減薬に取り組むことは試す価値のあることと考えられたからであった。

7. 経過観察とフィードバックの使用

このセラピーは、ヘキサフレックスのモデルに基づいてセラピーの進行を修正し、よりよく導くための情報を得るために上記のプロセス尺度およびアウトカム尺度を用いて毎回の面接でその進展をモニターした。第一著者であるセラピストは、面接2回に一度のペースで第二著者とピアスーパービジョンを行い、進捗状況について振り返り話し合った。

8. 心理療法プロセスと成果の全体的評価

プロセスとアウトカム評定の結果

Figure2は、アウトカム測度の質問紙の評定点の推移を表している。上図がBDIとGHQ、中図がSTAI (Trait)、下図がSTAI (State)の結果である。上図におけるBDIとGHQの値は、トリートメントが開始された直後(セッション4)から低下した。さらに、「価値の明確化」や「コミットされた行為」に関する援助が導入されて以降に(セッション8, 9)急激な低下がみられ、その後ブースター・セッションでも、安定したままであった。復職後のフォローアップでは、再び値が上昇したものの、その水準はセッション9の値の以上には戻らなかった。しかし、再び休職したセッション19では、BDIとGHQの値がカットオフ値を上回ってしまった。中図のSTAI (Trait)の値は、トリートメントが開始されてからセッション8まではあまり変化がなかった。しかし、セッション8以降から徐々に値が低くなり、セッション11でレベル4まで低下した。ブースター・セッションにおいて、さらにレベル3まで低下した。復職後のフォローアップでは、再び値が上昇したものの、その水準はセッション9の値の以上には戻らなかった。その値は、再び休職したセッション19でも同様であった。下図のSTAI (State)の値は、トリートメントが開始されてからセッション6まではあまり変化がなかった。セッション7で急激に低下したものの、セッション8で再び上昇した。その後は、以降から徐々に値が低くなり、セッション10でレベル4まで低下した。ブースター・セッションにおいて、そのまま安定した。復職後のフォローアップでは、再び値が上昇したものの、その水準はセッション9の値の以上には戻らなかった。以上の結果から、ACTのトリートメントによって、全般的な健康、うつ症状、不安が改善された。また、その改善は、復職後も、職場の状況が良くなかったにもかかわらず、ある程度維持された。さらに、再び休職となった場合においても、うつ症

状、全般的な健康、そして特性不安は、来所当初の水準と比較して、良好なままであった。

Figure3 は、プロセス測度の質問紙の評定点の推移を表している。上図が FFMQ（マインドフルネス）、中図が CFQ（認知的フュージョン）、下図が AAQ-II（体験の回避）の結果である。上図の「マインドフルネス」については、そのトリートメントが開始されてから徐々に改善していき、ブースター・セッションに入ってから、1SD 以上高い値を維持した。復職後のフォローアップでは、その値が多少低下したものの、その水準は高い水準を維持していた。再び休職したセッション 19 でも、平均レベルを維持していた。中図の「認知的フュージョン」については、そのトリートメントが開始されてから急激に改善していき、ブースター・セッションに入ってから、1SD 程度まで改善していった。復職後のフォローアップでは、その値が多少上昇したものの、その水準は平均レベルを維持していた。下図の「体験の回避」については、そのトリートメントが開始される前から徐々に改善されていき、トリートメントが開始されてからも、そのまま低下しつづけていった。ブースター・セッションに入ってから、その値が低下し続け、セッション 15 には 1SD 程度まで改善した。復職後のフォローアップでは、その値が多少上昇したものの、その水準は平均レベルを維持していた。以上の結果から、ACT の「マインドフルネスとアクセプタンス」の側面は、トリートメントによって改善し、それが維持されたことが示された。また、各コア・プロセスに応じたトリートメントが特定の影響を及ぼしていることが示唆された。さらに、再び休職となったセッション 19 の時点でも、3 つの評定点は平均レベルを維持していたことが、Figure2 で示されたうつ症状や不安の急激な悪化を食い止めた要因であることが示唆された。

Figure4 は、1 日の平均活動量の推移を表している。セッション 2~15 における活動量の変化をラン検定（ノンパラメトリック検定の一つ）で検討したところ、漸近有意確率 0.000 となり、統計的に有意にトレンドがあることが示された。本図が「右肩上がり」であることが視認できるため、介入期に活動量が有意に増加したことが示唆された。また、ベースライン期では 1 日の活動量が約 500kcal だったのが、ブースター・セッション期では約 600~750kcal となった。この活動量の増加分は、料理を約 2 回分作る、ピアノを約 30~40 分演奏する、あるいはジョギングを約 15~20 分行うことに相当する。さらに、活動の増加や拡大に焦点化したセッション 8 以降で変化している可能性があったため、セッション 8 の前後の区間を固定因子に、時間を共変量にとり、一般線型モデルによって、回帰直線の傾きの差を検定した。しかしながら、 $F(1, 131) = 0.226$, $p = 0.635$ となり、2 つの直線の傾きに統計的に有意な差がみられなかった。つまり、価値に基づいた活動に焦点化したトリートメントが、特定の活動量を増加させたわけではない、ということが示唆された。

Figure5 は、1 日の午睡量の累積を表している。セッション 2~15 における午睡量が、価値に基づ

く活動の増加や拡大に焦点化したセッション 8 以降で変化している可能性があったため、セッション 8 の前後の区間を固定因子に、時間を共変量にとり、一般線型モデルによって、回帰直線の傾きの差を検定した。その結果、 $F(1, 131) = 210.51$, $p < 0.01$ となり、2つの直線の傾きに統計的な有意差がみられた。つまり、価値に基づいた活動に焦点化したトリートメントが、特定の午睡量を減少させたことが示唆された。

Table 2 は、Reliable Change Indexes (RCI) を示している（ただし、その値は、介入直後、ブースター・セッションの 3 回目（復職直前）、フォローアップ・セッションの 4 回目（再休職直後）の 3 点との比較である）。まず、介入直後の RCI (T2-T1) は、AAQ-II を除く全ての測度において有意に望ましい変化がみられた。特に、BDI-II, GHQ-30, そして FFMQ は、2SD 以上の得点の変化がみられた。この結果から、介入直後には、抑うつ状態と全般的な健康が改善し、その改善は少なくとも「マインドフルネス」の促進によって生じた可能性が示唆された。

次に、ブースター・セッションの 3 回目（復職直前）の RCI (T3-T1) は、すべての測度において有意に望ましい変化がみられた。特に、BDI-II, GHQ-30, STAI-T, FFMQ そして CFQ-28 は、2SD 以上の得点の変化がみられた。この結果から、ブースター・セッションの 3 回目において、抑うつ状態と全般的な健康に加え、特性不安も改善がみられ、その改善は、少なくとも「マインドフルネス」、「アクセプタンス」、そして「脱フュージョン」の促進によって生じた可能性が示唆された。しかし、フォローアップ・セッションの 4 回目の RCI (T4-T1) において、有意に望ましい変化が維持していたのは、BDI-II, STAI-T, FFMQ そして CFQ-28 であった。逆に、GHQ-30 においては、有意に望ましくない変化がみられた。抑うつ状態と特性不安の改善、また「マインドフルネス」や「脱フュージョン」の改善がある程度維持しているにもかかわらず、全般的な健康が悪化していることから、復職した職場環境の問題と過剰な投薬による影響が大きい可能性が考えられた。

武藤 (2012) との一事例比較

本研究と武藤 (2012) は、同じ臨床家が、同じセッション・ルームで、同じ主訴をもつクライアントに対して、同じ ACT をほぼ同じ頻度と期間で適用し、同じ測度（ただし、BDI-II, GHQ-30, AAQ-II のみ）を使用した。武藤 (2012) のクライアントにおける Reliable Change Indexes (RCI) は、以下の通りであった。まず、BDI-II は、5.63 (T2-T1), 4.22 (T3-T1), 6.57 (T4-T1) であった。次に、GHQ-30 は、10.13 (T2-T1), 5.06 (T3-T1), 10.97 (T4-T1) であった。最後に、AAQ-II は、4.03 (T2-T1), 5.29 (T3-T1), 4.28 (T4-T1) であった。武藤 (2012) のと本研究の共通点は、介入直後から BDI-II と GHQ-30 に有意に望ましい変化がみられ、その BDI-II の変化が復職 3 ヶ月後の

フォローアップにおいても維持している点である。つまり、この2事例の結果から言えば、ACTがうつ改善に対して一定の効果をもつことが示されたと言えるだろう。一方、本研究のクライアントと異なるのは、武藤（2012）のクライアントでは、復職3ヵ月後のフォローアップにおいても、GHQ-30とAAQ-IIにおける有意な改善が維持している点、そしてAAQ-IIにおける有意な改善が介入直後からみられている点である。前者の結果が異なる理由は、武藤（2012）のクライアントが所属している会社がメンタルヘルスの改善に熱心であり、会社の産業医や上司が復職後も段階的な仕事の増加や定期的な面談が行われていたためであると考えられる（一方、本研究のクライアントが所属する会社は、そのような配慮が一切ないばかりか、デスクの上にパソコンや電話すら与えなかった）。一方、後者の結果が異なる理由は不明である。ただし、本研究において「アクセプタンス」の促進が不十分であった可能性がある。今後は、「アクセプタンス」に対する促進の程度とアウトカムの維持の関係について検討する必要があるかもしれない。

社会的妥当性

STAI 及び全てのプロセス測度について、日本人の一般的な成人の社会的妥当性（規範）データとして、各質問紙の平均値と $\pm 1SD$ を Figure 2, 3 に示した（Kendall, Marrs-Garcia, Nath, & Sheldrick, 1999）。その結果、セッション 12 までに各質問紙の評点がすべてほぼ平均レベルあるいは 1SD 以上の良好なレベルに変化した。

ブースター・セッション期間中に、所属会社の産業医に対して、本センターにおけるセラピーの概要とその経過（BDI の評点をグラフ化した図も含む）に関する報告書を、太郎の求めに応じて、作成・提出した。太郎によれば、その報告に対する産業医のコメントは「きちんとしたセラピーを受けてきたようですね」というものであった。

ブースター・セッションが終了してから 1 年後、太郎とその妻に対して、5 段階評価による満足度調査（5；非常に満足している，4；満足している，3；どちらでもない，2；不満である，1；非常に不満である）をメールにて実施した。その質問項目は、a) アクセプタンス&コミットメント・セラピー（ACT）の進め方や内容に満足していたか、b) セラピストの対応に満足していたか、c) 1 回のセッション料金（2500 円）に満足していたか、d) セッションの期間や頻度に満足していたか、e) アクセプタンス&コミットメント・セラピー（ACT）を同じような状態にある人にも薦めたいと思うか（5；強く勧める，4；勧める，3；どちらでもない，2；あまり勧めない，1；まったく勧めない），であった。太郎の回答は、順に、4, 5, 5, 5, 4 であった。妻の回答は、順に、4, 5, 5, 4, 3 であった。妻の e) に対する回答結果に関する理由は「自分はセラピーを実際に受けていないから」

というものであった。

以上の結果を総合的に判断すると、本トリートメントは社会的に妥当なものであったことが示唆された。

限界と今後の展望

本研究は、事例研究における科学性の質の向上を図った上で、ACTの各コア・プロセスの変化を時系列的に評価し、コア・プロセスの変化がうつや不安症状の改善に直接的に寄与していることを示すことに成功した。一方、本研究の限界は、その改善の維持を生じさせられなかったことと、そして、その原因が面接回数不足によるものなのか、職場の対応の悪さ（たとえば、職場復帰しても、作業に必要な個人パソコンも使用できない）によるものなのか、あるいはそのほかの要因であったのかを同定できなかったことである。

また、本研究は、日本人に対しても、ACTトリートメントが効果を発揮することを示した。つまり、ACTが文化的にユニバーサルなトリートメントであることが示されたと言えよう。しかし、本研究の限界は、日本人に対するACTトリートメントを実施する場合に、日本人特有の配慮としてどのような手続きが必要なのかを「実証的」に検証することはできなかった点である。

今後は、上記の限界点を（事例研究の中では実証的検討は難しいため）アナログ研究の文脈で検討していく（Levin, Hildebrandt, Lillis, & Hayes, 2012）ことが必要である。

文献

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, **13**, 27-45.
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A., & Pieterse, M. E. (2011). Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, **49**, 62-67.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, **88**, 1057-1067.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K., M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, **42**, 676-688.
- Ciarrochi, J. & Bailey, A. (2008). *A CBT-Practitioner's guide to ACT: How to bridge the gap between cognitive behavioral therapy and Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Dempster, M. A. (2009). *The development and initial validation of a scale to measure cognitive fusion*. The university of Edinburgh.
- Flaxman, P. E., Blackledge, J. T., & Bond, F. W. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The CBT distinctive features series*. Hove: Routledge.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, **31**, 772-799.
- Forman, E. M., Shaw, J. A., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Park, J. A., & Yuen, E. K. (2012). Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing acceptance and commitment therapy and standard cognitive behavior therapy for anxiety and depression. *Behavior Therapy*, **43**, 801-811.
- Gaudio, B. A., Nowlan, K., Brown, L. A., Epstein-Lubow, G., & Miller, I. W. (2013). An open trial of an acceptance-based behavioral psychotherapy for major depression with psychotic features. *Behavior Modification*, **37**, 324-355.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hayes, L., Boyd, C. P., & Sewell, J. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Adolescent Depression: A Pilot Study in a Psychiatric Outpatient Setting. *Mindfulness*, **2**, 86-94.
- Hayes, S. C., Barlow, D. H., & Nelson-Gray, R. O. (1999). *The Scientist practitioner: Research and accountability in the age of managed care (2nd. Ed.)* Boston: Allyn & Bacon.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy:

- Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, **44**, 1-25.
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hayes, S. C., Strosahl, K.D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C, Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd edition)*. New York: The Guilford Press.
- Hofman, S. G. (2008). Acceptance and commitment therapy: New wave or Morita Therapy? *Clinical Psychology: Science and Practice*, **15**, 280-285.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **59**, 12-19.
- Kendall, P.C., Marrs-Garcia, A., Nath, S. R., & Sheldrick, R. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **67**, 285-299.
- 木下奈緒子・山本哲也・嶋田洋徳 (2008). 日本語版 Acceptance and Action Questionnaire-II 作成の試み. 日本健康心理学会第 21 会大会発表論文集, 46.
- 小嶋雅代・古川壽亮 (2003). 日本版 BDI- II. 日本文化科学社.
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component study. *Behavior Therapy*, **43**, 741-756.
- 増田暁彦・武藤 崇・スティーブン ヘイズ・ジェイソン リリス (2008). アクセプタンス&コミットメント・セラピーの実際 : 日本人クライアントへの適用事例. 行動療法研究, **34**, 137-148.
- Mizes, J. S., Christiano, B., Madison, J., Post, G., Seime, R., & Varnado, P. (2000). Development of the Mizes Anorectic Cognitions Questionnaire-Revised: Psychometric properties and factor structure in a large sample of eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*, **28**, 415-421.
- 水口公信・下仲順子・中里克治 (1991). 日本版 STAI. 三京房.
- 森本克明・熊野宏昭・宇留鷺美紀・佐々木里恵・金谷順弘・野村 忍 (2011). 認知的フュージョン質問紙(Cognitive Fusion Questionnaire-28;CFQ-28)の日本語版の作成及び信頼性・妥当性の検討. 日本行動療法学会大会発表論文集, 464-465.
- 武藤 崇 (2012). アクセプタンス&コミットメント・セラピー(ACT)のトリートメント評価の実際 : サイコセラピーがさらに「社会を動かす」ために何が必要か. 心身医学, **52**, 810-818.
- Muto, T., Hayes, S. C., & Jeffcoat, T. (2011). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy bibliotherapy for enhancing the psychological health of Japanese college students living abroad. *Behavior Therapy*, **42**, 323-335.

- 中川泰彬・大坊郁夫 (1996). 日本版 GHQ30. 日本文化科学社.
- Petersen, C. L. & Zettle, R. D. (2009). Treating inpatients with comorbid depression and alcohol use disorders: A comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual. *The Psychological Record*, **59**, 521-536.
- Plumb, J. C. & Vilardaga, R. (2010). Assessing treatment integrity in Acceptance and Commitment Therapy: Strategies and suggestions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, **6**, 263-295.
- Sheehan, D. V. & Lecrubier, Y. (2002). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (5.0.0). Jacksonville, FL: Medical Outcome Systems, Inc.
- Sugiura, Y., Sato, A., Ito, Y., & Murakami, H. (2012). Development and validation of the Japanese version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire. *Mindfulness*, **3**, 85-94.
- 高橋 稔・武藤 崇・多田昌代・杉山雅彦 (2002). 痛み耐性の増大に及ぼす acceptance rationale の効果: acceptance エクササイズと FEAR エクササイズの比較. *行動療法研究*, **28**, 35-46.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy*, **37**, 3-13.
- Walser, R. D., Karlin, B. E., Trockel, M., Mazina, B., & Taylor, C. B. (2013). Training in and implementation of Acceptance and Commitment Therapy for depression in the Veterans Health Administration: Therapist and patient outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, **51**, 555-563.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *Analysis of Verbal Behavior*, **4**, 30-38.
- Zettle, R. D., & Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, **45**, 438-445.
- Zhao, W., Zhou, Y., Liu, X., & Ran, L. (2013). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression. [Chinese]. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, **21**, 153-157.

Table 1. 本研究および Twohig, Hayes, & Masuda (2006) における ACT トリートメント整合性の評定結果

Session No.	ACT Items					Other Items	Anti-ACT Items				Global Rating of Adherence	
	Deliteralization / Defusion	Willingness / Acceptance	Creative hopelessness/ Workability/ Control is Problem	Values & Goals	Committed Action	General Assessment	Challenging Cognitions	Experiential Avoidant Change Strategies	Cognitive Therapy Rational	Thoughts and Feelings Cause Action	Overall Competence of Therapist	
This Study	# 1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	# 2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	# 3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	# 4	1	5	1	1	2	2	1	1	1	1	
	# 5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	# 6	5	5	2	2	2	1	1	2	1	1	
	# 7	5	5	3	4	1	1	1	1	1	1	
	# 8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	# 9	1	1	1	5	5	1	1	1	1	1	
	# 10	1	1	1	2	5	2	1	1	1	1	
	# 11	5	5	1	4	5	5	1	1	1	1	
	# 12	5	2	1	1	2	1	1	1	1	1	
	# 13	1	5	2	2	2	1	1	1	1	1	
	# 14	4	3	3	3	2	1	1	1	1	1	
	# 15	3	3	1	4	4	1	1	1	1	1	
Mean	3.10	3.50	1.60	2.80	3.00	1.60	1.00	1.10	1.00	1.00	4.80	
SD	1.81	1.63	0.80	1.33	1.48	1.20	0.00	0.30	0.00	0.00	0.40	
Towing et al.	Mean	2.50	2.80	3.30	2.40	1.80	3.10	—	—	—	—	4.40
	SD	1.30	1.20	1.70	1.70	0.90	0.80	—	—	—	—	0.50

Table 2. 4 時点におけるプロセスとアウトカム尺度の結果と信頼変化指標 (RCI)

Measure	SD	Sdiff	α	Scores				RCI		
				T1	T2	T3	T4	T2 - T1	T3 - T1	T4 - T1
BDI-II	6.84	2.16	0.95	21	4	4	14	7.86	7.86	3.24
GHQ-30	2.65	1.19	0.90	14	0	0	17	11.81	11.81	-2.53
STAI-T	9.20	4.11	0.90	65	48	41	55	4.13	5.83	2.43
STAI-S	8.80	4.13	0.89	56	45	45	54	2.67	2.67	0.48
AAQ-II	8.10	3.97	0.88	28	24	18	24	1.01	2.52	1.01
FFMQ	13.03	8.24	0.80	96	129	135	117	4.00	4.73	2.55
CFQ-28	20.14	9.87	0.88	141	101	91	114	4.05	5.07	2.74

尺度に関する注：

BDI-II = ベックうつ質問表 (第2版) Beck Depression Inventory-Second Edition
 GHQ-30 = GHQ 精神健康調査 30 問 General Health Questionnaire-30 items
 STAI-T = STAI 特性不安尺度 State Trait Anxiety Inventory-Trait
 STAI-S = STAI 状態不安尺度 State Trait Anxiety Inventory-State
 AAQ-II = 日本語版 Acceptance and Action Questionnaire-Second Edition
 FFMQ = 日本語版 Five Facts Mindfulness Questionnaire
 CFQ-28 = 日本語版 Cognitive Fusion Questionnaire-28 items

統計情報に関する注：

Sdiff = 標準誤差
 α = クロンバックのアルファ
 T1 = 介入前の得点
 T2 = 介入直後の得点 (12セッション)
 T3 = 3 回目のブースター・セッション後 (合計 15 セッション)
 T4 = 4 回目のフォローアップ時 (合計 19 セッション)
 T2 - T1 = 介入前後の差の RCI
 T3 - T1 = 介入前と 3 回目のブースター・セッション後の差
 T4 - T1 = 介入前の 4 回目のフォローアップ時 の差
 RCI = 信頼変化指標は, Jacobson & Truax (1991) による計算式をもとに算出。The RCI 値 ≥ 1.96 が統計的に有意

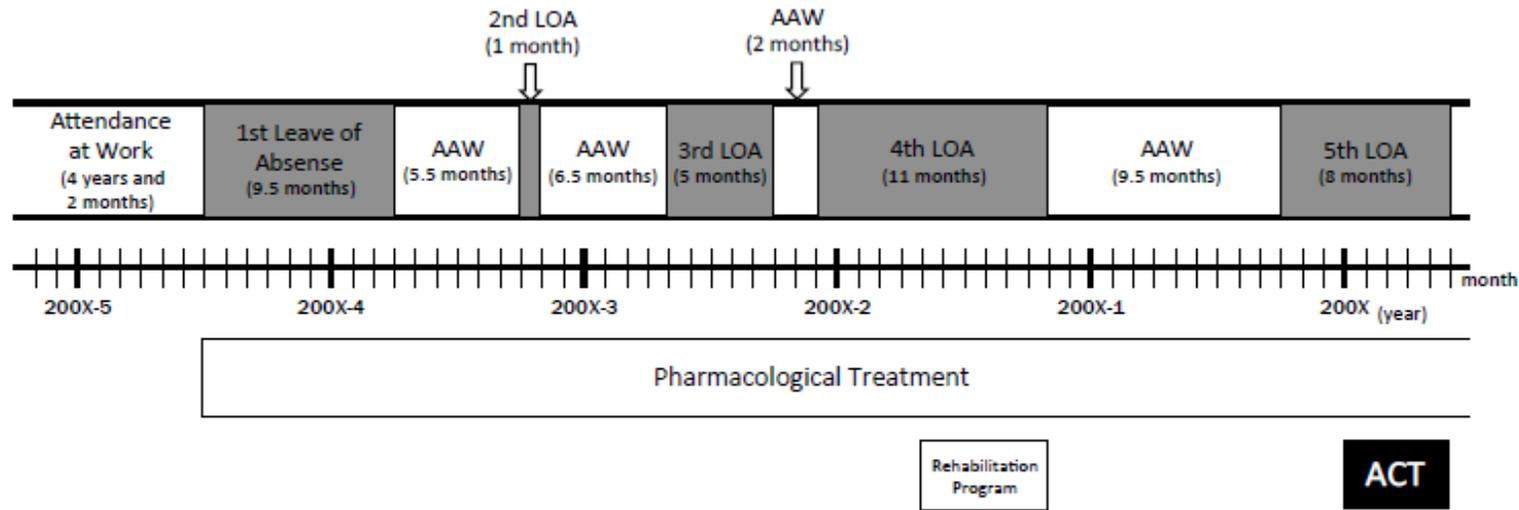


Figure 1. クライエントの休職および復職とトリートメント期間

注：

Attendance at Work (AAW) = 就業期間

Leave of Absence (LOA) = 休職期間

Pharmacological Treatment = 薬物治療期間

Rehabilitation Program = リハビリテーションプログラム参加期間

ACT = ACT による心理療法

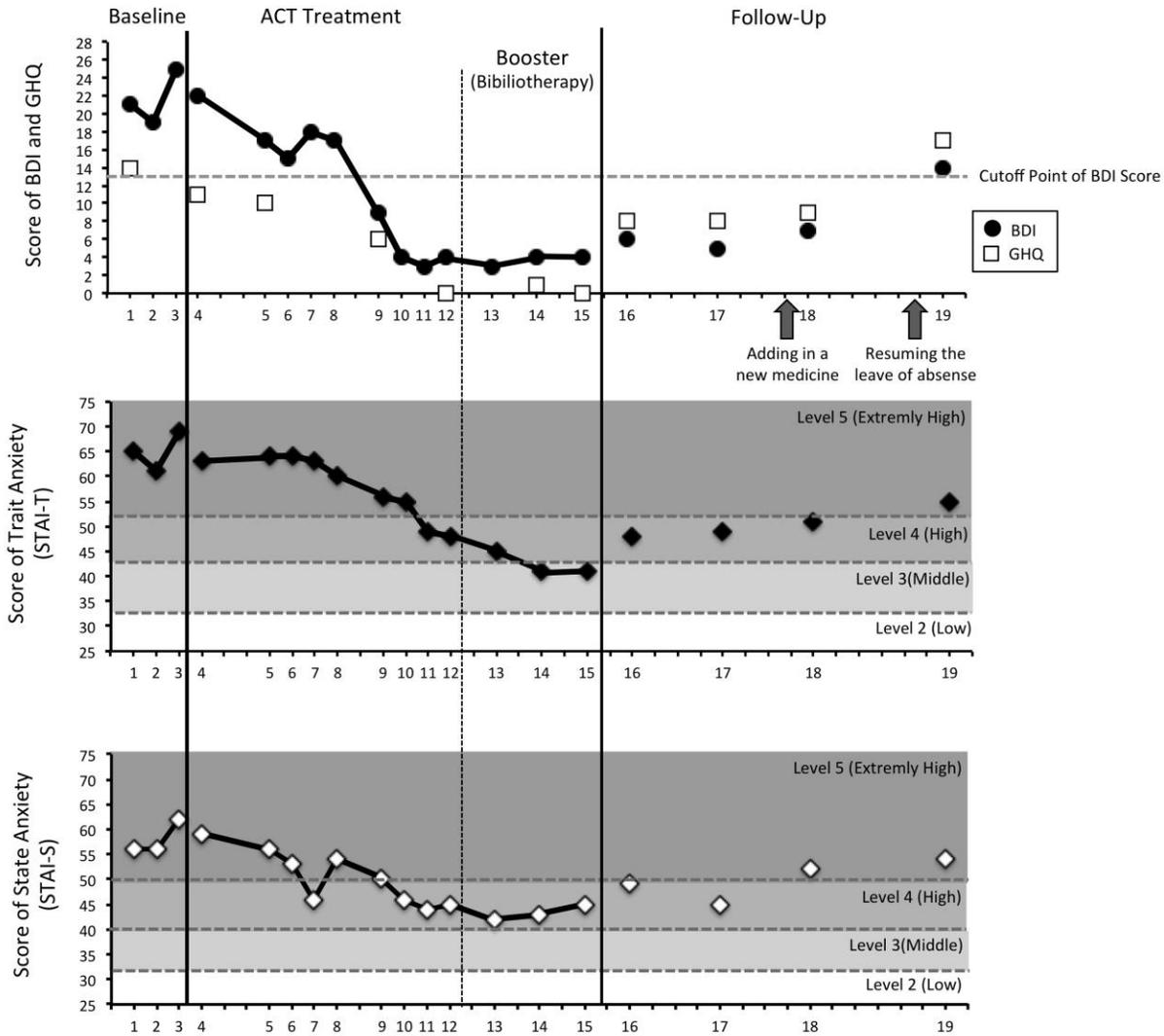


Figure 2. ベースライン, ACT, フォローアップ時のアウトカム尺度得点 (BDI-II, GHQ 30, STAI)

注:

上段の図は, BDI-II と GHQ 30 の得点を示す。

中段の図は, STAI-Trait の得点を示す。

下段の図は, STAI-State の得点を示す。

T. Muto & T. Mitamura

Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, <http://pcsp.libraries.rutgers.edu>

Volume 11, Module 2, Article 2, pp. J-55-J-95, 06-12-15 [copyright by authors]

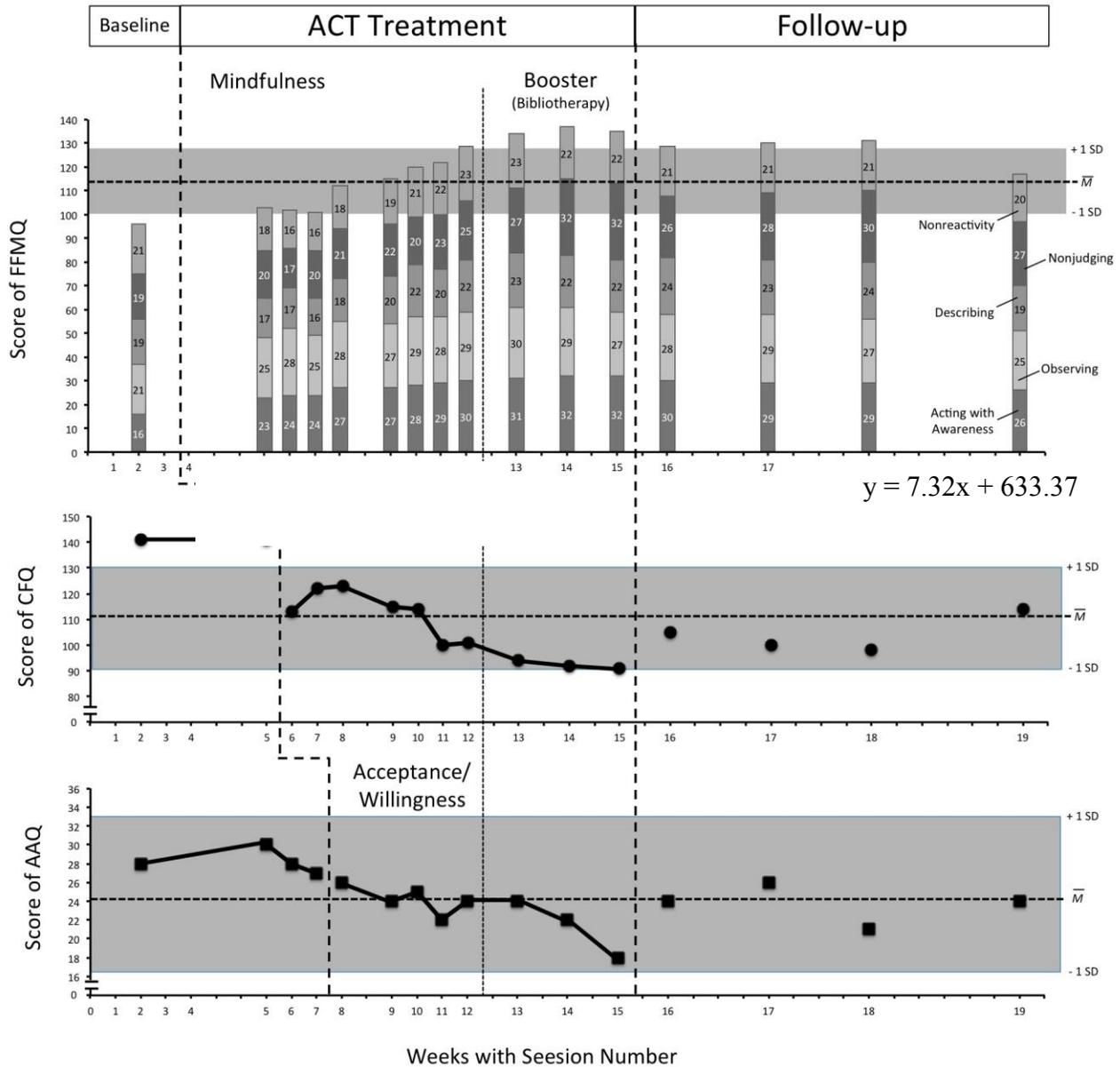


Figure 3. ベースライン, ACT トリートメント, フォローアップフェーズのアウトカム尺度得点 (FFMQ, CFQ-28, and AAQ-II)

注:

上段の図は、FFMQ 得点を示す (棒グラフの下から、気づきを向けた行動 (Acting with Awareness)、観察 (Observing)、描写 (Describing)、体験を評価しないこと (Nonjudging)、内的体験に反応しないこと (nonreactivity) の順); 中段は、CFQ-28 の得点; 下段は、AAQ-II の得点。Mindfulness = マインドフルネス; Booster = ブースター・セッション期間; Acceptance/Willingness = アクセプタンスと意志; Weeks with Session Number = 週と面接回数。

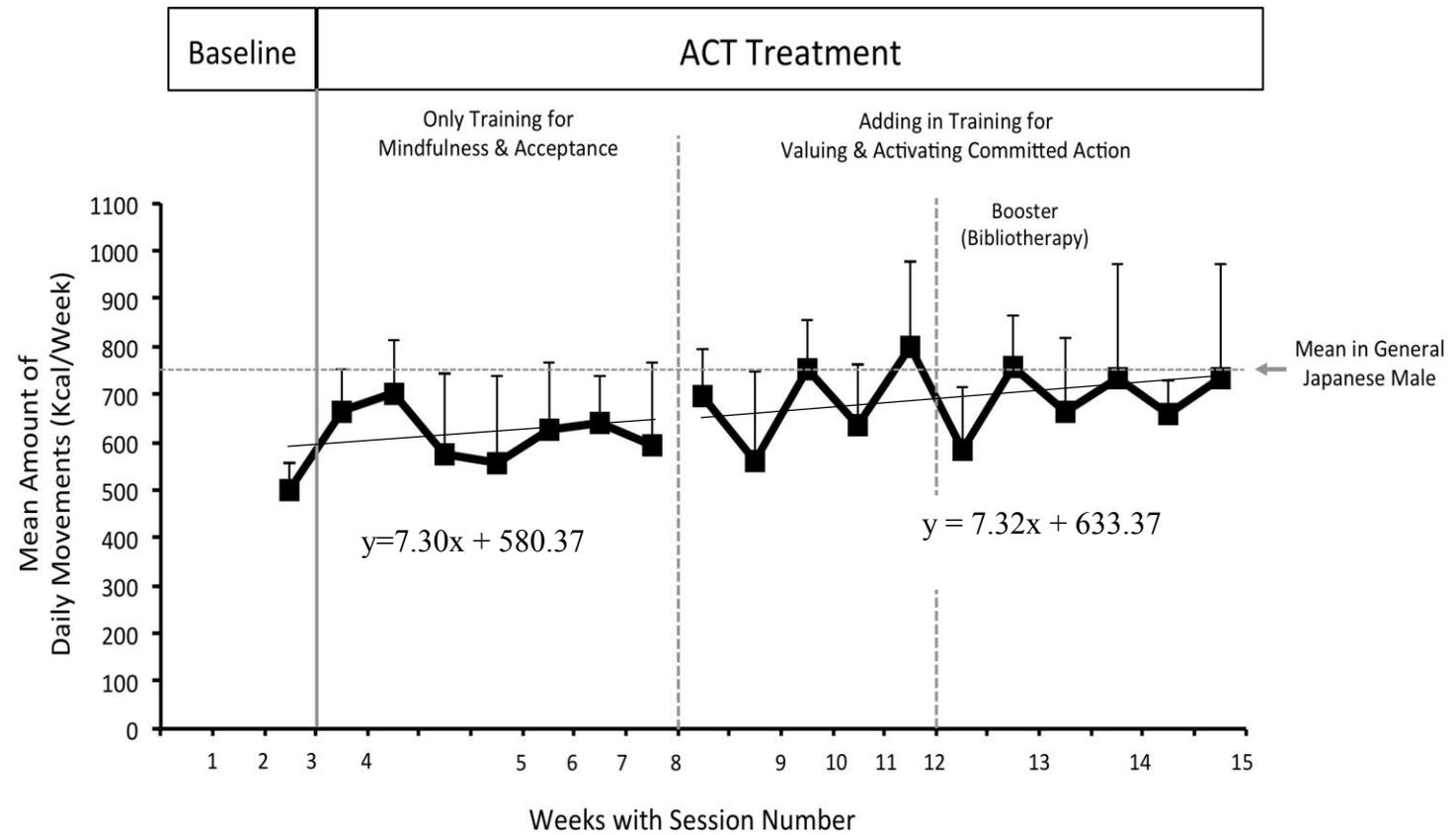


Figure 4. ベースラインとトリートメント期における1日の活動量の平均値 (ACTのコミットメントのアウトカム尺度)

注:

誤差の棒グラフは、標準誤差を示す。

グラフ中の実線は、3つのトリートメントフェーズ「ベースライン」「マインドフルネスとアクセプタンスの訓練のみ」と「価値とコミットされた行為の活性化を加えた訓練」の回帰直線を示す。

回帰直線は統計的に導かれた。

点線は、平均的日本男性の一日の活動量平均を示す。

Mean Amount of Daily Movements = 一日の活動量平均; Only Training for Mindfulness & Acceptance = マインドフルネスとアクセプタンスの訓練のみ; Adding in Training for Valuing & Activating Committed Action = 価値とコミットされた行為の活性化を加えた訓練; Weeks with Session Number = 週と面接回数。

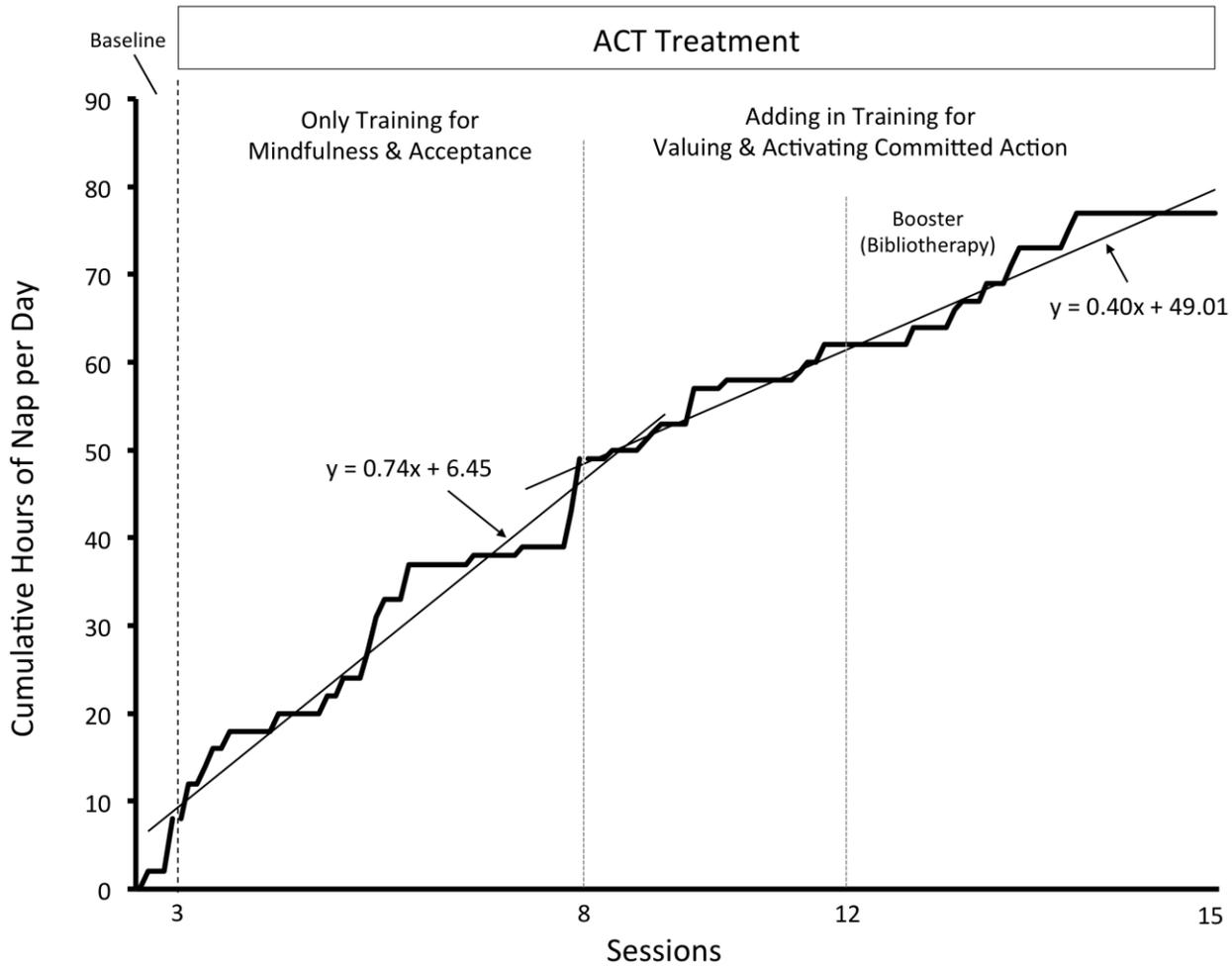


Figure 5. 一日の累計午睡時間
 (ACTの「コミットメント」のアウトカム尺度の一つ)

注:

2本の実線は、ベースラインと「マインドフルネスとアクセプタンスの訓練のみ」と「価値とコミットされた行為の活性化を加えた訓練」という2つのフェーズの回帰直線を示している。回帰直線は、統計的に導かれた。

Cumulative Hours of Nap per Day = 一日の累計午睡時間

Only Training for Mindfulness & Acceptance = マインドフルネスとアクセプタンスの訓練のみ

Adding in Training for Valuing & Activating Committed Action = 価値とコミットされた行為の活性化を加えた訓練