

研究論文 (Articles)

# 発達障がい児をもつ保護者への心理的支援<sup>1)</sup>

—ACT ワークショップによる効果から—

菅野 晃子・谷 晋二

(立命館大学大学院応用人間科学研究科)

## Mental Support for the Parents of Children with Developmental Disorders: The Efficacy of the ACT Workshop

SUGANO Akiko and TANI Shinji

(Graduate School of Science for Human Services, Ritsumeikan University)

The present study used the Acceptance & Commitment Therapy (ACT) Workshop as mental support for the parents of children with developmental disorders. The purpose of this research was to show by means of evidence the efficacy of the ACT Workshop (hereinafter, "WS"). The WS was planned for two days, and each day consisted of five hours. The second day was conducted a week after the first day, and was held for a group of 14 parents of children with developmental disorders. Participants answered questions of several scales four times (three weeks before the WS, one week before the WS, one week after the WS, and one month after the WS). Those results were analyzed as the effect of the WS. In Analysis 1, these results were examined per group. Their psychological problems, for example, depression, were solved. However, whether the ACT processes, for example, "mindfulness," contributed to this result was unknown. In Analysis 2, the point levels of the analyzed participants before the WS were over the cut-off point (i.e., the point level of the depression scale was over 12 and that of the mental health scale was over 7). The results of these participants were examined from the view of clinical significance. The improvement rate was 50%. To examine this rate, setting a control group was needed. From these analyses, the WS acted as mental support for the parents of children with developmental disorders. In the future, the desire is to continue the experimental studies in keeping with the research methods, for instance, "research design and evaluation method," regarding whether the ACT processes, contributed to this result. Moreover, the role of the ACT study as mental support for families with disorders or diseases should be discussed from the standpoint of human services.

**Key Words** : developmental disorders, parents, Acceptance & Commitment Therapy

キーワード : 発達障がい, 保護者, アクセプタンス&コミットメント・セラピー

---

1) 本研究は、科学研究費基盤研究 (C) (23530930) 「発達障がいのある子どもを持つ家族へのメンタルサポートプログラムの開発」(代表者 谷晋二) の助成を受けて実施された。また、2011 年度立命館大学大学院応用人間科学研究科修士論文の一部である。

## I. はじめに

これまで自閉症児の保護者への支援としてさまざまな支援が取り組まれてきた。子どもとの接し方などスキルを教える行動的支援は不連続試行法 (Discrete Trial Teaching: DTT) をはじめとする行動分析の理論と技法を取り入れた支援である。これらの行動的支援は自閉症児の様々な行動問題の解決や新たなスキルの獲得に成果をあげている。

ところが、これまで実践されてきた行動的支援が家族への包括的な援助として有効であるかは検討されていない (谷, 2002)。さらに、自閉症児をはじめとする発達障がい児をもつ保護者への心理的支援として効果が実証されたより具体的な介入プログラムは存在しない。

そこで河合 (2010) は発達障がい児をもつ保護者への心理的支援として、アクセプタンス・コミットメント・セラピー (Acceptance & Commitment Therapy: 以下, ACT) に基づいた介入プログラムを先駆的に取り入れた。ACT に基づいた介入プログラムは発達障がい児をもつ保護者が置かれている現在の社会環境に適合した介入プログラムだと考えられる。環境にとらわれることなく、保護者自身が大切にしたい価値にコミットメントした行動の増加を目指す ACT は発達障がい児の保護者への心理的支援として機能すると考えられる。

ACT (Hayes Strosah, & Wilson 1999) は「アクト」と読み、第三世代の認知行動療法の1つである。第三世代の認知行動療法の特徴は第一世代である行動療法、第二世代である認知療法／認知行動療法の要素を包括的に取り入れ、さらにマインドフルネスの要素が追加されていることである。本研究におけるマインドフルネスは基本的にマインドフルネス瞑想を指す。ネガティブな思考や認知はそのままにして、そこから距離をおく介入技法である。ACT で重視する

ことは、自分の情動を回避する傾向を低減するアクセプタンスと自分の大切にしたい価値に向かって行動するコミットメントを同時にすることである。アクセプタンス (acceptance) とは私的事象 (private event: 思考, 気分, 感情, 身体感覚, 記憶, イメージ) をそのまま体験する行動のプロセスである (武藤, 2006)。コミットメント (commitment) は責任をともなう実質的な関与を意味し、さまざまな行動を積極的に取り組むことが含まれる (Luoma, Hayes, & Walser, 2009)。ACT ではアクセプタンスによって思考や感情を抑制しようとする行動を減らしながら、自分が進みたい方向性を明らかにする。同時にそれにコミットした行動を増やすような働きかけをする、2 方面からの介入を行っていくセラピーである (熊野, 2009)。

ACT を自閉症児や発達障がい児の保護者へ適用した研究がある。まず、Blackledge & Hayes (2006) の研究は ACT ワークショップの介入効果を検討することを目的とした。自閉症児をもつ保護者 20 名に計 14 時間のワークショップを実施した。介入効果はワークショップの 3 週間前 (pre1), 1 週間前 (pre2), 1 週間後 (post), 3 か月後 (follow-up) の計 4 回の質問紙から検討された。Pre2 と post で、抑うつ尺度である BDI-II, 一般健康調査質問紙である GHQ-12, 不安・恐怖などの簡易症状評価尺度である GSI に改善が見られた。また pre2 と follow-up でも BDI-II・GSI・GHQ12 において有意な改善が見られた。ACT の特徴である体験の回避と認知的フュージョンの尺度も一部変化した。これらの結果から、ACT ワークショップが自閉症児の養育において保護者が感じる困難さに適した心理的支援であると報告している。

また、河合 (2010 前出) は上記研究を参考にして、発達障がい児をもつ保護者に対して ACT が有効な心理的支援となり得るかを検討した。研究デザインは上記の先行研究と同様であった。

質問紙は日本語訳が存在しないものについては類似した質問紙を使用した。結果としてはBDI-II・GHQ-28でpre2とpostに顕著な変化が見られ、follow-upでも効果が維持した。ワークショップ終了後のアンケート結果と合わせて、保護者への心理的支援としてのACTワークショップの有効性を示した。しかし、体験の回避尺度が変化しなかったことからACT特有のプロセスが促進されたとはいえないと結論づけている。これらの先行研究からは発達障がい児をもつ保護者への心理的支援として、ACTワークショップの有用性が十分に確認されていない。いずれの研究でもマインドフルネスの尺度が使用されていないことは留意点である。「今」と接触する技法でもあるマインドフルネスは「今」をありのまま体験しようとしていくアクセプタンスを促進するために非常に重要なプロセスである。

よって、本研究では発達障がい児をもつ保護者の心理的支援として、ACTに基づいた介入プログラム（以下、ACTワークショップ）を導入した。河合（2010前出）の研究に基づいて、ACTワークショップの有用性を実証することを目的とする。

## II. 方法

### 1. 研究協力者

A・B県内在住で、発達障害と診断された子どもをもつ保護者14名であった。女性13名、男性1名、平均年齢は44.07歳（ $SD=6.69$ ）であった。子どもの性別は女児3名、男児11名であった。平均年齢は9.21歳（ $SD=4.06$ ）であった。Table1に研究協力者の概要として、保護者の性別・年齢、子どもの性別・年齢・学年・診断名、療育手帳・精神保健福祉手帳の有無、子どもの在籍状況を示した。

### 2. 調査手続き

研究協力者には同意書、フェイスシート、質問紙、返信用封筒を送付した。同意書が得られた応募者14名に、その後の質問紙も送付した。

**実施日時・場所** ワークショップ（以下、WS）は2日に分けられ、2日目は1日目の1週間後に実施した。1回のWSは10時間（5時間/日×2日、内1時間は昼食時間）であった。

**研究デザイン** 複数指標による1群事前事後テストデザイン（Improving the One-Group pretest-Posttest Design Using a Nonequivalent Dependent Variable：Shadish, Cook, & Campbell, 2002）とした。本研究ではACTのプロセスを測定する尺度（以下、過程尺度）と認知の変化を測定する尺度（以下、認知尺度）の2つの要因を検討する。WSが過程尺度に対してのみ効果があるならば、事前事後テストにおいて過程尺度に変化は見られるが、認知尺度に変化が見られないはずである（安田・渡辺, 2008）。

**プログラム内容** 河合（2010前出）の研究で用いられたプログラムを参考にして作成した。1日目はエクササイズやメタファーを使用して、ACTを体験することを中心とした。2日目はエクササイズやメタファーを使用して、日常生活の具体的場面を想定した。

**WSの効果** 計4回測定される6種類の尺度によって測定した。1回目（Phase1）はWS実施の3週間前、2回目（Phase2）はWS実施の1週間前、3回目（Phase3）はWS実施の1週間後、4回目（Phase4）はWS実施の1か月後に実施した。

**WSの質** ACTワークショップの介入効果を検討する前提として、本WSがACTとして介入できたかを確認する必要がある。そこで、ACTに精通する研究者1名にコア・コンピテンシー評価フォームに沿ってワークショップ（1日目）の評価を依頼した。

### 3. 効果測定尺度

保護者の心理的变化を測定する尺度（以下、効果尺度）は Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) 日本語版（小嶋・古川，2003）と The General Health Questionnaire28 (GHQ-28) 日本語版（中川・大坊，1985）を、認知尺度は Locus of Control (LOC) 日本語版（鎌原・樋口・清水，1982）と Japanese Irrational Belief Test-Revised (JIBT-R) 日本語版（福井，2003）を、過程尺度は Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS) 日本語版（兩宮・吉津，2009）と Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) 日本語版（木下・山本・嶋田，2008）を用いた。Table 1 は質問紙の内容と WS 後の予測される値の変化を示した。

**Table 1 質問紙の内容、WS 後の予測される値の変化**

種類	測定内容	予測されるWS後の値の変化
BDI-II	抑うつ状態	改善
GHQ28	精神的健康度	改善
JIBT-R	不合理な信念の中核的な要素	変化なし
LOC	内的-外的統制	変化なし
PHLMS	マインドフルネス	向上
AAQ-II	心理的柔軟性	向上

**参加アンケート** WSの社会的妥当性（研究協力者を始めとする社会にとって、今回のWSの目的や手段が受け入れられるかどうか）を検討するため、WS2日目終了後に無記名式の参加アンケートを配布した。設問1は「WSに参加してよかったか」、設問2は「WSが今後あなたに役に立つか」、設問3は「WSにまた参加したいか」、設問4は「WSを誰かに紹介したいか」の4項目である。5件法で回答を求めた。

### 4. 倫理的配慮

本研究は立命館大学における人を対象とする

研究倫理審査委員会による承認を得たうえで行われた。研究協力者に対して、WSの目的と内容、研究から得られた結果は終了後に学術論文で発表すること、個人情報元データをデータベースに登録する時点で匿名化を行うなどの倫理的配慮について書面で説明した。研究同意書へ署名と捺印を得た。また、終了後に研究結果の報告を行った。

## Ⅲ. 分析 1

ACTワークショップによる介入効果をグループとして検討した。分析対象者は14名であった。

### 1. コア・コンピテンシー評価

コア・コンピテンシー評価の検討は、各コア・プロセスの質問項目の平均点を用いた。「ACTセラピー・スタンス」は4点、「ウィリングネス・アクセプタンスの育成」は3点、「脱フュージョン」は3点、「「今、この瞬間」との接触」は5点、「概念としての自己と文脈としての自己を区別する」3点、「価値づけられた方向性を定義する」は5点、「コミットされた行為のパターンを形成する」は5点であった。

### 2. グループにおける検討

各尺度において、反復測定1要因の分散分析を実施した。要因はPhase（質問紙の回答時期）であり、水準は4であった。計画された比較は、Phase1と2、Phase1と3、Phase1と4、Phase2と3、Phase2と4、Phase3と4であった。分散分析の結果、Phaseの主効果が見られたものは、Ryan法による多重比較（10%水準）を行った（Table 2）。多重比較を10%水準で実施したのは研究協力者数が少ないためであり、第2種の過誤（帰無仮説が間違っているときに、間違っている帰無仮説を棄却できない誤り）を防ぐためである。以下にはPhaseの主効果が見られた

尺度を示した。

**効果尺度** 効果尺度では、BDI-IIに見られた ( $F(3, 39) = 5.22, p < .001$ )。多重比較で有意差が見られたのは、Phase1と3、Phase1と4であった。WS実施前の回答であるPhase1と、WS実施後の回答であるPhase3及びPhase4で有意に、BDI-II値が改善した。次に、GHQ28でも有意差が見られた ( $F(3, 39) = 4.86, p < .05$ )。多重比較で有意差が見られたのは、Phase1と2、Phase1と3、Phase1と4であった。BDI-IIと同様に、WS実施前の回答であるPhase1と、WS実施後の回答であるPhase3及びPhase4で有意にGHQ28値が改善した。また、WS実施前の回

答であるPhase1と2でも、有意にGHQ28値が改善した。

**認知尺度** 認知尺度については、いずれの尺度においても主効果は見られなかった。

**過程尺度** 過程尺度については、いずれの尺度においても主効果は見られなかった。

### 3. 考察 1

分析1ではACTワークショップの介入効果をグループ単位で検討した。まずコア・コンピテンシー評価の結果から、WSがACTの各コア・プロセスに沿って最低限行われたことが示唆された。また、分散分析において効果尺度でPhaseの主効果がみられた。そしてWSのアンケートのすべての設問において「とてもそう思う」「そう思う」という回答が過半数を超えたことから、WSの社会的妥当性も確認された。これらの結果から、本研究においてACTワークショップの介入は効果があったと考えられる。一方で、認知尺度でも過程尺度でもPhaseの主効果が確認されなかったため、介入のプロセスは不明確である。今後、プロセスを明確にしていくためには次の3点を改善していく必要がある。1点目はワークショップの質と評価方法である。評価の結果は、各コア・プロセスの平均点の範囲が3～6点であり、1点（「まったくあてはまらない」）の質問項目はなかったことからACTの治療スタンスに沿って、各コア・プロセスを最低限導入できたと考えられる。だが、評価尺度の最高得点は7点であり、2点（「ほとんどまったくあてはまらない」）の評価をされた項目が複数あったことから、内容は決して十分ではなく改善の余地があることが示唆される。WSの質の問題は河合（2010前出）でも考察されている。グループ間の効果の違いはファシリテーターの技術力や経験歴の差である可能性を推測している。本評価フォームの自由度は高く、フォームの評価内容の追加などの独自の改変も

Table 2 分散分析の結果

尺度	Phase	N	Mean	SD	F値	多重比較	t値
BDI-II	1	14	13.36	7.49	5.22***	1>3 1>4	2.84 3.34
	2	14	10.57	6.62			
	3	14	9.00	9.57			
	4	14	6.50	4.94			
GHQ28	1	14	9.50	6.30	4.86**	1>2 1>3 1>4	3.27 2.63 2.61
	2	14	5.14	5.18			
	3	14	5.43	6.57			
	4	14	4.71	5.51			
JIBT-R Self-expectation	1	14	21.93	7.50	1.48		
	2	14	23.71	5.79			
	3	14	22.07	6.40			
	4	14	20.29	4.57			
JIBT-R Dependence	1	14	24.29	5.79	1.09		
	2	14	24.57	6.47			
	3	14	24.64	6.00			
	4	14	23.00	5.44			
JIBT-R Avoidance	1	14	19.79	5.07	1.80		
	2	14	17.71	4.45			
	3	14	18.79	5.24			
	4	14	19.14	4.55			
JIBT-R External sense of helplessness	1	14	17.50	3.52	0.06		
	2	14	17.71	2.60			
	3	14	17.50	4.75			
	4	14	17.21	4.30			
JIBT-R Internal sense of helplessness	1	14	15.64	3.70	0.82		
	2	14	14.57	2.38			
	3	14	15.07	3.90			
	4	14	14.64	2.50			
LOC External control	1	14	24.57	3.08	0.16		
	2	14	24.07	2.79			
	3	14	24.14	3.09			
	4	14	24.07	3.04			
LOC Internal control	1	14	23.50	2.61	0.24		
	2	14	23.36	3.33			
	3	14	23.50	3.13			
	4	14	23.00	3.67			
PHIMFS Awareness	1	14	20.43	4.53	1.16		
	2	14	19.36	6.24			
	3	14	22.21	8.06			
	4	14	20.29	6.97			
PHIMFS Acceptance	1	14	23.07	7.66	0.80		
	2	14	25.00	7.98			
	3	14	22.14	12.37			
	4	14	24.71	8.66			
AAQ-II	1	14	39.90	6.31	0.97		
	2	14	40.14	7.61			
	3	14	40.36	8.29			
	4	14	43.14	7.59			

\*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

推奨されている (Luoma, Hayes, & Walser, 2009)。熊野 (2011) は ACT の面接や介入プロセスの適切さを評価するシステムの必要性を、潜在意味解析 (latent semantic analysis : LSA) というテキストマイニングの解析方法を用いた例と合わせて示唆している。つまり、WS の質の向上のためのファシリテーター個人の努力と、一貫性のある評価方法や仕組み作りが不可欠である。

2 点目は研究デザインである。分析 1 の結果からは効果尺度の改善が ACT による効果なのか、また別の要因があるのかは分からない。年齢が近くて発達障がい児を育てる保護者として類似した体験をもつ者同士が集まって話をする事によるワークショップという形式による要因の可能性も考えられる。また、GHQ28 において Phase1 と 2 での変化が見られた。このことは Blackledge & Hayes (2006) と河合 (2010 前出) でも報告されていない。この変化は時間的経過や統計的回帰 (statistical regression) による変化と考えられる。統計的回帰とは、テストの得点が極端に低い人や高い人は、その時に偶然にそのような点数を取った可能性があり、介入の有無に関わらず、次テストでは通常通りの点数をとる確率が高くなるという現象である (安田・渡辺, 2008)。また、ワークショップへの期待が考えられるが、指標をとっていないので断定することができない。このようなバイアスを統制するためには研究デザインを吟味する必要がある。最適なデザインはランダム化比較試験 (randomized controlled trial: 以下, RCT) である。RCT では、ランダム割り付けによって作られた 2 つまたはそれ以上の数の群のうち、1 つまたはそれ以上の数の群に対してはある介入を行い (実験群)、他の群 (比較群またはコントロール群) には別の措置を行うか、何もしない。介入の効果は両群に生じた結果を比較することによって観察される (Torgerson & Torgerson,

2008)。また、RCT を用いることでカヴァレッジ (coverage) の問題も同時に解決できる。カヴァレッジとは、実施した介入がどの程度や範囲で意図された参加に届いているかを示すものである (Wholey, 2004)。つまり、本研究の研究協力が心理的支援として ACT ワークショップを真に必要としていたかどうかである。研究協力者は自発的に E-mail を送ることのできた者である。BDI-II の値 (Phase2) が 12 点以下の人は 14 人中 10 人であったことから、心理的支援自体が不必要な人もいたかもしれない。よって、ACT による介入効果であることを証明するためには統制群を設定することが必要である。さらに、統制群として通常の処置群 (treatment as usual: 以下, TAU) や確立された治療群 (established treatment) を設けることで、それらよりも ACT の方が有効であることを証明できる。

3 点目は測定尺度の妥当性である。心理的柔軟性を測定する AAQ-II では Phase の主効果が見られなかった。河合 (2010 前出) の研究でも同様の結果が見られていることから、発達障害児をもつ保護者に合わせた尺度の改訂の必要性を指摘している。日本語版 AAQ-II を作成する際、大学生を対象に尺度の因子構造や信頼性及び妥当性を検討している (木下・山本・嶋田, 2008)。つまり、保護者などの大学生以外を対象とした尺度の妥当性は確認されていない。また、原版 AAQ-II が 2 点変更されていることから (Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt, Waltz, & Zettle, 2011)、日本語版 AAQ-II の改訂は急務である。最近、幼児をもつ母親向けの育児に関する自動思考尺度も開発された (岡島・佐藤・鈴木, 2011)。Blackledge & Hayes (2006 前出) では、過程尺度として自動思考を測定する ATQ-B を採用している。また、マインドフルネス尺度である、日本語版 Five Facet Mindfulness Questionnaire (Sugiura, Sato, Ito, & Murakami, 2012) も開発された。引き続き新たな尺度の開

発を行っていくことは必須である。

#### IV. 分析 2

ACT ワークショップによる介入効果を個々の研究協力者において検討した。特に臨床的意義という視点を踏まえた。ACT ワークショップの介入によって、個人に臨床的な改善がみられたかどうかである。分析1で問題が見られるものの、このような検討を行うのは従来の  $p$  値や効果量 (Effect Size) では、介入による特定の個人の効果を直接に示しているわけではない (Jacobson, Roberts, Berns, & McGlinchey, 1999) からである。

**分析対象者概要** 分析対象者は4名, Subject2(以下 Sub2), Subject7 (以下 Sub7), Subject13 (以下 Sub13), Subject14 (以下 Sub14) であった。分析対象者として, Phase2 の値が Cut-off 値, BDI-II は 12 点以上と GHQ28 は 7 点以上であった者を選定した。BDI-II と GHQ28 を選択した理由は, この2尺度が日本語版かつ標準化された尺度であり, 臨床的な Cut-off 値が明確に設定されているためである。標準化された尺度の Cut-off 値を採用したのは正常に戻ったことを介入効果があったと定義することができるからである。

##### 1. 個人における検討

各尺度 (LOC 以外) の Phase2 と 3 の変化を検討した。効果尺度の BDI-II 及び GHQ28 において Cut-off 値を下回った (ポジティブな変化をした) のは, Sub7 と Sub14 であった。Cut-off 値を下回らなかった (ネガティブな変化をした) のは, Sub2 と Sub13 であった。

**Subject7** 効果尺度でポジティブに変化した (BDI-II : 14 から 4, GHQ28 : 9 から 0)。いずれの過程尺度でもポジティブに変化した (PHIMFS (awareness) : 20 から 24, PHIMFS (acceptance) : 19 から 28, AAQ-II : 37 から 43)。いずれの認知尺度でも変化は見られなかつ

た。Figure 1 に, Sub7 の Phase ごとの効果尺度と過程尺度の変化を示した。

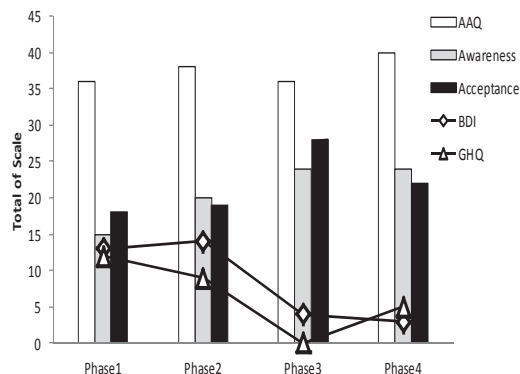


Figure1 Sub7 の Phase ごとの効果尺度と過程尺度の変化

**Subject14** 効果尺度でポジティブに変化した (BDI-II : 19 から 7, GHQ28 : 8 から 2)。過程尺度では AAQ-II と PHIMFS (acceptance) ではポジティブに変化した (AAQ-II : 25 から 40, (PHIMFS (acceptance) : 29 から 35))。PHIMFS (awareness) のみネガティブに変化した (PHIMFS (awareness) : 22 から 20)。認知尺度では JIBT-R (依存) でポジティブな変化 (JIBT-R (依存) : 38 から 33) がみられたが, 他の下位項目では変化は見られなかった。Figure 2 に, Sub14 の Phase ごとの効果尺度と過程尺度の変化を示した。

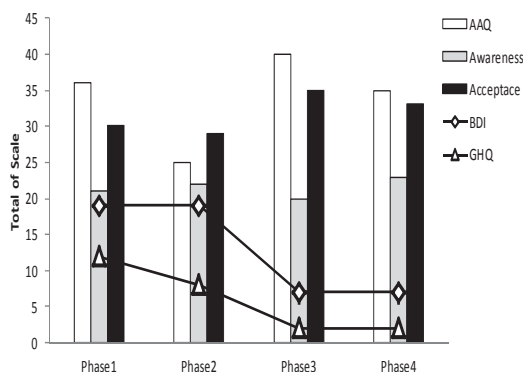


Figure 2 Sub14 の Phase ごとの効果尺度と過程尺度の変化

**Subject2** 効果尺度でネガティブに変化した (BDI-II : 23 から 37, GHQ28 : 15 から 21)。いずれの過程尺度でもネガティブに変化した (AAQ-II : 36 から 23, PHIMFS (awareness) : 22 から 19, PHIMFS (acceptance) : 14 から 17)。認知尺度では JIBT-R (外的無力感) でネガティブな変化がみられた (JIBT-R (外的無力感) : 22 から 26)。他の下位項目では変化は見られなかった。Figure 3 に, Sub2 の Phase ごとの効果尺度と過程尺度の変化を示した。

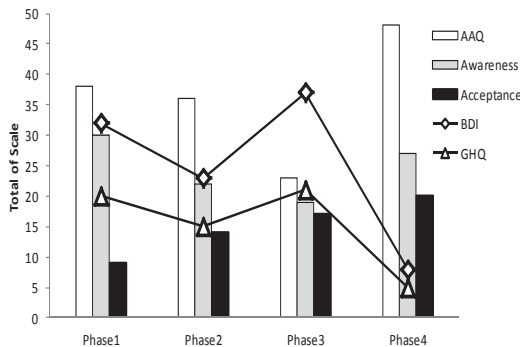


Figure 3 Sub2 の Phase ごとの効果尺度と過程尺度の変化

**Subject13** 効果尺度でネガティブに変化した (BDI-II : 18 から 22, GHQ28 : 16 から 20)。過程尺度では AAQ-II と PHIMFS (acceptance) ではネガティブに変化した (AAQ-II : 36 から 27, PHIMFS (acceptance) : 13 から 3)。PHIMFS (awareness) のみポジティブに変化した (PHIMFS (awareness) : 23 から 29)。いずれの認知尺度でも変化は見られなかった。Figure 4 に, Sub13 の Phase ごとの効果尺度と過程尺度の変化を示した。

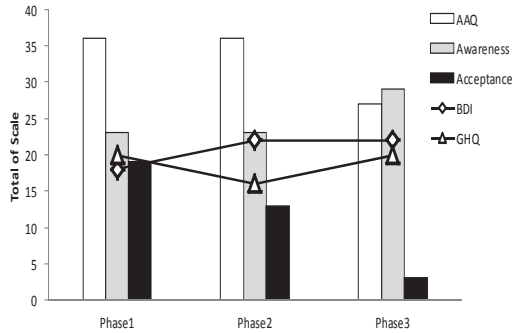


Figure 4 Sub13 の Phase ごとの効果尺度と過程尺度の変化

## 2. 考察 2

分析 2 では ACT ワークショップの介入効果を個人単位で検討した。Phase2 で Cut-off 値以上であった 4 名のうち, 2 名が Cut-off 値以下になったが, 残り 2 名は Cut-off 値以下にならなかった。個人における介入のプロセスが, Phase2 と 3 において予測プロセス (効果尺度が改善, 過程尺度は向上, 認知尺度は変化しない) に一致すれば ACT ワークショップによる効果である。効果尺度が改善をした Sub7 と Sub14 は過程尺度も向上した。一方で, 効果尺度が変わらなかった Sub2 と Sub13 は過程尺度でも変わらなかった。これらの結果から, 効果尺度における改善は ACT ワークショップによる効果であると推測される。

近年, 介入効果の評価方法において臨床的意義 (Clinical Significance) が注目されている。従来の統計的検定や効果量では指標も個人に治療の効果があつたのか, 個々の研究協力者が改善または回復したのかどうかは示されていないという指摘がある (Jacobson et al., 1999 前出; Kazdin, 1999)。臨床的に有意な変化基準はいくつか考え方があつた。Jacobson et al. (1999 前出) は, (a) 統計的に信頼される大きさであり, (b) 治療終了までに, クライアントが正常範囲 (うまく機能している) になって終了することであると示している。Kazdin (1999 前出) は介入が,



日常生活においてクライアント自身やクライアントとの関係に変化をもたらしたかどうかであると、それぞれに規定している。

ここで、分析2の結果を Jacobson et al. (1999 前出) の基準に当てはめる。14人のうち、4人に ACT ワークショップによる介入の変化が見られた。その4人のうち2人が改善し、残り2人は改善しなかった。つまり、今回の介入によって改善が見られたのは2人だけであった。つまり、ACT ワークショップによる改善率は50%であった。しかし、この改善率の是非を評価することは、本研究の研究デザインでは出来ない。なぜなら、対照群を設定していないからである。特に、ACT ワークショップが有効であることを示すためには対照群として TAU を設けることが最善である。両群の改善率を比較することで、その改善率の是非を評価することが可能になる。研究デザインの重要性を訴えるのは、エビデンス (Evidence) に基づいた医療という考え方が重要視されつつあるからである (丹野, 2011)。さらに、治療として心理療法を提供することの社会的責任も高まっているためである (金沢, 2001)。心理療法の役割を積極的に社会に位置づけるためにも、介入効果におけるエビデンスの追求が重要である (三田村, 2011)。

一方で、Kazdin (1999 前出) の基準を満たすか確認するには、日常生活において変化が見られたかなど、行動などの具体的な指標が必要になる。例えば、発達障がい児をもつ保護者であれば、一日に子どもと一緒に過ごす時間、家族旅行の回数、保護者自身の趣味の時間、パートナーと2人だけの時間、相談機関やレスパイトなどの社会的資源の利用頻度が指標として挙げられる。今後、ACT による介入を実施した際には、協力者自身の価値にコミットメントした行動を明確にした上で、それらを指標とすることを考慮すべきであろう。Kazdin (1999 前出) も、治療目標は、環境へのコーピング、自分の視点

の変化、そして、状況をマネージメントするための行動も含まれると述べている。引き続き、評価方法の議論を重ね、吟味していく必要がある。

## V. 総合考察

本研究の目的は発達障がい児をもつ保護者に対して実施された ACT ワークショップの有用性を検討することであった。ACT ワークショップの有用性を証明するため、得られた結果が予測プロセス (効果尺度は改善、過程尺度は向上、認知尺度は変化しない) に一致するかどうかを検討した。

分析1ではグループ全体を対象として分析をおこなった。効果尺度は改善したが、認知・過程尺度ともに変化しなかった。分析2では特定の研究協力者を分析対象者として検討をおこなった。分析対象者は Phase2 における効果尺度の値が臨床的な Cut-off 値 (BDI-II は 12 点、GHQ28 は 7 点以上) を上回った者であった。効果尺度と過程尺度において予測プロセスに一致する結果が得られたが、分析対象者4人と少ないためにこの結果を一般化することはできなかった。ACT ワークショップが発達障がい児をもつ保護者への心理的支援として有効であることが示されたが、ACT が目標とするアクセプタンスとコミットメントが結果に寄与したかは明確にならなかった。今後は研究デザインや評価方法をはじめとする課題を検討した上で、継続して実証研究を重ねていく必要がある。ここでは、対人援助の観点から ACT と家族への心理的支援の問題について論じていく。

望月 (2007) は対人援助の実践作業における機能を3つ挙げている。援助 (assist)・援護 (advocacy)・教授 (instruction) である。まず、援助とは当事者の行動を成立させるために新たな物理的・人的な環境設定をする作業を示す。次に、援護とは援助作業によって設定された新

たな環境を社会の中に浸透させる作業を示す。そして、教授とは当事者に対する教えるや治すという作業である。

これまで家族への心理的支援の多くは教授の機能をもった介入が行われてきた。例えば、精神障がい者をもつ家族を対象として保健所や病院で家族教室が開かれている（後藤，1998）。家族教室は心理教育（松岡・川俣・井上・浅見，2004）や SST などのスキルを教える（東京 SST 経験交流会（編），2002）場としての役割を担っている。香月・佐々木・竹内・橋本・内藤・吉松・今泉・古川（2009）はうつ病家族に対して実施された家族心理教育が家族の心理社会的負担を軽減し得るかについて予備的検討を行った。実施された家族心理教育は計4回のグループ療法であった。1回は2時間のセッションであった。前半30分は情報提供を行い（疾患の知識・治療方法・社会的資源・家族の接し方），残り90分は問題解決法を行った。介入の効果測定は4つの尺度を用いた。精神的健康度を測る K6，介護家族の負担を測る Zarit 介護負担尺度日本語版，家族の感情表出（EE）評価を行う Family Attitude Scale（以下，FAS），家族機能の障害の程度を測る生活困難度尺度であった。家族に1回目開始前と4回目終了後にこれらの尺度へ回答を求めた。対応のある t 検定を用いて介入前後の平均得点を比較した。結果では K6 得点にのみ有意差が確認され，その他の尺度得点では確認されなかった。しかし介護家族の負担を測る Zarit 介護負担尺度日本語版と家族機能の障害の程度を測る生活困難度尺度の得点は介入前後で下がっていた。このことから，介護負担感や生活困難感が軽減する傾向があることを示唆している。また FAS 得点では男女差が確認されたので，今後の分析には性別や続柄による心理社会的負担感の程度やその種類の違いも踏まえる必要があると考察している。しかし参加家族が11名であったため，家族心理教育は家族の

心理社会的負担を軽減する効果を期待できるという示唆にとどまっている。

精神障がい者をもつ家族への心理的支援も発達障がい児をもつ親と同様に，情報の提供やコミュニケーションの仕方などのスキルを教える教授活動に留まっている。さらに援助・援護活動を行う必要がある。今後，当事者の家族と関わる対人援助職者は当事者の自己決定に基づく行動の成立に対するサービスの供給者として，その活動を連環的にすすめていくことが重要である（望月，2007 前出）。

さらに，支援の在り方において ACT と対人援助がどのような点で類似しているかを考えていく。対人援助では当事者（被援助者）の自己決定を，ACT では当事者が自ら選んだ大切にしたい価値を支援の基軸としている。また，対人援助では当事者自身ではなく，ツールを導入するなどの当事者の周りの環境設定を変えようとし，ACT では言葉の内容を変えるのではなく，言葉のもつ機能を変えようとする。このように従来の支援とは異なる視点で介入していく。加えて，対人援助では成立した援助活動を定着させるために社会（環境）に向けて要請する援護活動をおこない，ACT では言葉のもつ機能を変えるだけでなく，それと同時に価値にコミットした行動を増やすための介入も行う。そして，対人援助に関する研究は教授活動や援助活動の有効性を，学会などによって信頼性や妥当性を裏付けした上で社会へ向けて公表していく作業である（望月，2007 前出）。ACT は行動分析の理論に基づいており，それぞれのプロセスを行動分析の用語で説明することも可能である。これらの基礎研究も継続的に推進されている。このように研究におけるスタンスが科学的である。対人援助の活動は基本的には対人援助職者が行っていくことである。当事者が ACT を実践することで，当事者自身がこれらの活動を行う，または対人援助職者へこれらの活動を要望して

いく行動が増えることが予測される。ACT を介入するという教授活動によって、当事者の周りで援助活動や援護活動が増えていく可能性が考えられる。

最後に今後の家族への心理的支援としてのACT 研究の展望を述べる。理論的に家族への心理的支援としてACT が有効になりうる可能性を示す研究がいくつかある。例えば Coyne & Wilson (2004) はACT の根幹理論である関係フレーム理論 (Relational Frame Theory) を障がい児の保護者への支援に適用することの実用性を示唆している。また Greco & Eifert (2004) は思春期の子どもをもつ親とその子どもが置かれている現状を体験の回避やアクセプタンスに当てはめ、マインドフルネスや価値づけられた方向性をはじめとするアクセプタンスをベースとした方略を提案している。

さらに本研究では実践的に家族への心理的支援としてACT を介入した。本研究の結果からACT ワークショップによって発達障がい児をもつ保護者の心理的問題が改善されることは明らかになった。Blackledge & Hayes (2006 前出) と河合 (2010 前出) の研究でもACT ワークショップの効果は確認され、follow-up で効果が維持していた。いずれの研究でも認知尺度の変化は確認されていない。このことは認知の内容は変化していないことを示しており、悩みや考えの内容などの形態を変容しようとしないうるACT の特徴を示している。

今後は継続的に実証研究を重ね、これまで明らかになっていない介入のプロセスを実証的に見出していくことが求められる。あわせて、メタ分析 (meta-analysis) に耐えうるデータを蓄積していくことも入用である。将来的には病気や障がいをかかえる家族への心理的支援の1つとしてACT が用いられることが期待される。

## 謝辞

本研究に際して、常に温かく、丁寧にご指導とご助言を賜りました、本学応用人間科学研究科の先生方に心から厚く御礼を申し上げます。

また、ワークショップを実施するにあたって快く協力してくださった保護者の皆さま、先生方にも感謝いたします。誠にありがとうございました。

## 引用文献

- 兩宮俊彦・吉津潤 (2009) 日本語 Mindful Attention Awareness 尺度. 日本感情心理学会第17回大会抄録, p26.
- Blackledge, J. T. & Hayes, S. C. (2006) Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child & Family Behavior Therapy*, 28, 1-18.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. C., 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 flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Coyne, L. W. & Wilson, K. G. (2004) The role of cognitive fusion in impaired parenting. *An RFT Analysis International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 469-486.
- 福井至 (2003) JIBT と DACS および DASi の改訂版の開発. 東京家政大学臨床相談センター紀要, 3, 29-34.
- 後藤雅博 (1998) 「家族教室のすすめ方」. 金剛出版.
- Greco, L. A. & Eifert, G. H. (2004) Treating parent-adolescent conflict: is Acceptance the missing link for an integrative family therapy?. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 305-314.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K.G. (1999) Acceptance and Commitment Therapy. *An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B., & McGlinchey, J. B. (1999) Methods for defining

- and determining the clinical significance of treatment effects. *Description, Application, and Alternatives Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 300-307.
- 鎌原雅彦・樋口一辰・清水直治 (1982) Locus of Control 尺度の作成と、信頼性、妥当性の検討. *教育心理学研究*, 30, 302-307.
- 金沢吉展 (2001) 効果研究とプログラム評価. 下山晴彦・丹野義彦 (編) 「講座臨床心理学 2 臨床心理学研究」. 東京大学出版会.
- 香月富士日・佐々木恵・竹内浩・橋本玲奈・内藤敦子・吉松由子・今泉祐治・古川壽亮 (2009) うつ病家族に対する家族心理教育の心理社会的負担軽減効果: 予備研究報告. *名古屋市立大学看護学部紀要*, 8, 17-23.
- 河合悦子 (2010) 発達障害の子どもをもち、育児に悩みや苦悩を持っている親を対象にした ACT (アクト: アクセプタンス&コミットメント・セラピー) の効果. 大阪人間科学大学大学院修士論文学位請求論文 (未公開).
- Kazdin, A. E. (1999) The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 332-339.
- 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*, p46.
- 小嶋雅代・古川壽亮 (2003) 「日本版 BDI-II 手引」. 日本文化科学社.
- 熊野宏昭 (2009) アクセプタンス&コミットメント・セラピー Q&A 集. *こころのりんしょう a・la・carte*, 28, p12.
- 熊野宏昭 (2011) ACT の面接過程の適切さを自動判定するデータベース構築の試み. 武藤崇 (編) 「ACT (アクセプタンス&コミットメント・セラピー) ハンドブック 臨床行動分析によるマインドフルなアプローチ」. 星和書店.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007) *Learning Act: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger. 高橋史・熊野宏昭・武藤崇 (監訳) (2009) 「ACT (アクセプタンス & コミットメント・セラピー) をまなぶセラピストのための機能的な臨床スキル・トレーニング・マニュアル」. 星和書店.
- 松岡治子・川俣香織・井上ふじ子・浅見隆康 (2005) 精神障害者の家族支援に関する研究 (I): 家族のための心理教育に対する迷いと期待. *群馬保健学紀要*, 25, 165-174.
- 三田村仰 (2011) ACT における治療効果の評価. 武藤崇 (編) 「ACT (アクセプタンス&コミットメント・セラピー) ハンドブック 臨床行動分析によるマインドフルなアプローチ」. 星和書店.
- 望月昭 (2007) 「対人援助の心理学」. 朝倉書店.
- 武藤崇 (編) (2006) 「アクセプタンス & コミットメント・セラピーの文脈—臨床行動分析におけるマインドフルな展開」. プレイン出版.
- 中川康彬・大坊郁夫 (1985) 「日本版 GHQ 精神健康調査票手引」. 日本文化科学社.
- 岡島純子・佐藤容子・鈴木伸一 (2011) 幼児を持つ母親の育児自動思考尺度の開発とストレス反応の関連. *行動療法研究*, 37, 1-11.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002) *Experimental and Quasi-Experimental Design for Generalized Casual Inference*. (p.110). Boston: Houghton-Mifflin.
- 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.
- 谷晋二 (2002) 乳幼児期の発達障害への援助とその実際. 小林重雄 (監修)・今野義孝・藤原義博 (編) 「講座臨床心理学 2 発達臨床心理学」. コレール社.
- 丹野義彦 (2011) 「エビデンス臨床心理学—認知行動療法の最前線」. 日本評論社.
- 東京 SST 経験交流会 (編) (2002) 「事例から学ぶ SST 実践のポイント」. 金剛出版.
- Torgerson, D. J. & Torgerson, C. J. (2008) *Designing Randomised Trials in Health, Education and the Social Sciences: An Introduction*. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan. 原田隆之・大島巖・津富宏・上別府圭子 (監訳) (2010) 「ランダム化比較試験 (RCT) の設計 ヒューマンサービス, 社会科学領域における活用のために」. 日本評論社.
- Wholey, J.S. (2004) Evaluability Assessment. J.S. Wholey, H. P. Hartry, & K. E. Newcomer (Eds.) *Handbook of Practical Evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass. (p.33-62)
- 安田節之・渡辺直登 (2008) 実験的手法を用いたプログラム評価. 下山晴彦 (編) 「臨床心理学研究の技法」. 福村出版.

(2012. 7. 17 受稿) (2012. 11. 21 受理)