

Emotion Focused-Therapy のうつ病に対する効果研究の動向

野田 亜由美 お茶の水女子大学大学院 人間文化創成科学研究科
岩壁 茂 お茶の水女子大学大学院 人間文化創成科学研究科

要約

エモーション・フォーカスト・セラピー（以下、EFT と略記）は、心理療法における感情の変容促進的な役割に注目した統合的アプローチであり、近年、世界的広がりを見せている。その理由の1つに、EFTには、厳密な効果研究のエビデンスが、うつ病、複雑性トラウマ、全般性不安障害、などを対象として蓄積されてきたことがある。これらの研究には、クライエント中心療法や認知行動療法との比較も含まれており、EFTの治療効果の特徴について理解することが可能となる。また、それらの研究の手順や成果について細かに検討することで、今後日本におけるEFTの効果研究の実施のための示唆を得ることが期待できる。そこで、本稿ではEFTの領域でこれまでに最もエビデンスの多い、うつ病に対するランダム化比較試験を用いた代表的な3つの効果研究に焦点をあて、レビューを行った。

キー・ワード : Emotion Focused-Therapy, 効果研究, ランダム化比較試験, 心理療法統合

I はじめに

1. EFTについて

Emotion Focused-Therapy (以下、EFT と略記) は、来談者中心療法やゲシュタルト療法、実存療法など、ヒューマニスティックアプローチの人間観に基づき、その効果について実証的な支持を得ている統合的な心理療法アプローチである (Elliott, Greenberg, Watson, Timulak, & Freire, 2013)。EFT は、感情心理学や認知科学、情動神経科学などの知見と、構築主義の認識論・機能論に基づいて、感情は生物的な基盤をもち、人を適応的な行動に導くものであり、人間の機能の中心であると捉える。そして、過去のトラウマなどから、本来感情が持つ適応的な機能が失われ、様々な心理的問題がひき起こされると考える。EFT の治療目標は、不適応な感情の反応を変容すること、適応感情に接触することによって、個人の心

理的適応および成長を促進することにある (Greenberg, 2010/2013)。そのために、EFT のセラピスト (以下、Th と略記) は、共感的関係性を基盤として、クライエント (以下、Cl と略記) の瞬間ごとの体験に共感的に波長を合わせ、空の椅子の対話などの積極的な技法を用いながら、感情変容を促進していく。

2. EFT の効果研究の概要

これまでに行われた EFT の効果研究から、うつ病 (Greenberg & Watson, 1998) をはじめ、複雑性トラウマ (Paivio & Nieuwenhuis, 2001)、カップルセラピー (Greenberg & Goldman, 2008) における EFT の効果が示されてきた。さらに、全般性不安障害 (Timulak et al., 2018) や、むちゃ食い障害 (Glisenti, Strodl, King, & Greenberg, in print) に対する EFT の効果研究も現在進行中で

ある。

Elliott と Greenberg (2016) は、EFT に関する 34 件の効果研究のメタ分析を行った。その結果、研究全体での介入前後の変化に関する効果量 (Hedges の g) の平均値は、1.16 から 1.20 と大きいことが示された。34 の研究のうち、EFT を治療なしまたは待機リスト対照群と比較した 12 の研究でも、1.05 という大きな効果量が得られた。また、EFT と他の心理療法 (ヒューマニスティック体験療法以外のアプローチ) を比較した 11 の研究では、効果量の平均値が 0.57 となり、EFT が比較した他の心理療法よりも中程度に効果が高かったことが示唆された。

3. アメリカと日本のガイドライン

EFT では、うつ病に対する効果を検証するランダム化比較試験 (以下 RCTs と略記) を用いた効果研究が複数回実施され、介入による効果が示されてきた。加えて、これらで集められたデータを用いた事例研究によって、変容に関する細かなプロセスを明らかにし、臨床に役立つ視点も提示してきた。このような背景から、現在 APA (American Psychological Association : アメリカ心理学会) の第 12 部会 (臨床心理学部会; Division of clinical psychology) が web で公開している、実証研究に支持される心理介入 (Research supported psychological treatments : RSPTs) のリストに、うつ病に対するおそらく効果のある治療法 (effective treatments) としてガイドラインが掲載されている (<https://div12.org/treatment/emotion-focused-therapy-for-depression/#clinical-trials>)。

しかし、これまで EFT の効果研究はいずれも北アメリカやヨーロッパで実施されており、日本を含めアジアでは行われていない。本邦の心理療法に関する効果研究は、主に認知行動療法 (以下、CBT と略記) の領域で取り組まれてきた。佐藤と丹野 (2012) による系統的レビューから、国内で行われた 12 のうつ病に対する CBT の効果研究の

効果量 (Cohen の d) は、CI の抑うつ程度を測る自己評価尺度のベック抑うつ質問票 (Beck Depression Inventory : BDI) (Beck, 1972) の平均が $d = .78$ となり、中程度以上の改善効果があったことが示された。現在日本では、CBT と認知療法のみがうつ病など 4 種の精神疾患に対する治療法として診療報酬点数化されており、厚生労働省が治療者用マニュアルを作成している (<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/01.pdf>)。

前述した APA のリストには 2020 年 10 月現在、RSPTs として 63 種類の介入法が掲載されている。これらの介入法は、臨床上の専門知識と患者の特性や価値観を組み合わせ、その上で理想的なアプローチを決定することが重要であると述べられている (<https://div12.org/psychological-treatments/>)。

他方、日本で厚生労働省によって現在までにガイドラインが作成されているのは、CBT と認知療法のみであり、患者の特性に合った選択肢が豊富にあるとは言い難い。したがって、これら 2 つ以外の心理療法の実効性について検討し、様々な選択肢が増えることは重要である。

4. 本論文の目的

本稿では、EFT の効果研究の領域で、これまで最も多く知見が蓄積され、その効果が認められてきたうつ病に対する EFT の 3 件の RCTs を発行年順に概観し、アウトカム指標として用いられてきた尺度構成、手続き、得られた結果、問題点についてレビューを行う。また最後に、日本で効果研究を実践する上での示唆について述べる。これによって、今後国内で RCTs をはじめとした効果研究を行うために必要な情報が整理されることを目指す。

II EFT のうつ病に対する代表的な RCTs

本稿で取り上げる3つのRCTsの概要をTable1に示す。また、Table2にこれらのRCTsでアウトカム指標として用いられた尺度と、介入前後のそれぞれの得点の平均値と標準偏差、効果量 (Effect Size) を示した。以下に、これらの研究について個別に手続きや結果、考察と問題点についてまとめる。

1. EFT と CCT のうつ病に対する効果の比較 (Greenberg & Watson, 1998)

Greenberg & Watson (1998) は、うつ病に対するクライアント中心療法 (client-centered psychotherapy : CCT) と EFT の以前の呼称であるプロセス体験療法 (process-experiential psychotherapy : PET) の効果を比較した。治療終了時と6ヵ月後のフォローアップ時でのそれぞれの介入による効果について、CI の抑うつ症状、その他心理的症状、自尊心、対人関係機能、介入の目標となる主訴を変数として、その差が検討された。さらに、6ヵ月後のフォローアップ調査時のCIの報告に基づき、治療終了時から6ヶ月後までの改善の維持率についても評価された。本研究の目的は、CCTの介入で行われるCIを中心とした共感的な応答に、PETの介入で用いられる積極的な介入を追加することによって、共感的な応答だけを行うよりも成果が高いかどうかを検証することであった。

この研究では、新聞記事、ラジオの告知、地元紙の広告などを通じてCIが募集され、電話でスクリーニング後、面接でうつ病の診断に該当すると

判断された34名を無作為にPETもしくはCCTの介入に割り当てた。週1回、15~20回のセッションが行われ、すべて録音・録画がなされた。

11名のThは事前に計24時間のPETとCCTのトレーニングを受け、PETとCCTで同数のCIを担当した。こうすることによって、本研究ではTh効果が統制された。また、ケースを担当している間は、毎週スーパービジョンを受け、それぞれの介入方法を遵守しているか検討された。本研究で、変化を測定するアウトカム指標として用いられた尺度は以下の通りである。BDI、ローゼンバーグ自尊感情尺度 (Rosenberg Self-Esteem Inventory : RSES) (Bachman & O'Malley, 1977)、対人関係の問題を測定する対人関係診断目録 (Inventory of Interpersonal Problems : IIP) (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño, & Villaseñor, 1988)、一般的な症状の苦痛を測定する Symptom Check List-90-R (SCL-90-R : Derogatis, Rickels, & Rock, 1976)、CIが考えている3つの問題を特定し、各問題の不快感の程度を自己評価する Target Complaints (TC : Battle et al, 1966) の5つである。これらの尺度は、治療開始の1週間前、8回目のセッション後 (TCを除く)、治療終了時、治療後の面接時、6ヵ月後のフォローアップ時に実施された。この他にも毎回のセッションを評価するためのプロセス尺度として、作業同盟を評価する Working Alliance Inventory (WAI : Horvath & Greenberg, 1989)、Thからの共感についての知覚を評価する Barrett-Lennard Perceived Empathy (BLRI : Barrett-Lennard, 1962) をCIとTh双方が回答

表1 うつ病に対するEFTの効果を検証した代表的な3つのRCTsの概要

著者 (発行年)	対照群	サンプル数 (性別)	セッション 数	Thの人数	Thの平均臨床 経験年数
Greenberg & Watson(1998)	CCT	34 (M:9, F:25)	16~20	11	5.5
Watson et al.(2003)	CBT	66 (M:22, F:44)	16	15 (CBT:8, PET:7)	5.2
Goldman, Greenberg and Angus(2006)	CCT	38 (M:14, F:24)	16~20	14	6

注) CCT : 来談者中心療法, CBT : 認知行動療法, PET : プロセス体験療法 (EFTの以前の呼称), M : 男性, F:女性

した。また、Thのそれぞれの介入に対する忠実性 (adherence) を測定するために、同じThのセッションデータからPETとCCTそれぞれ4つのセッション(2回目、および後半の面接から3回分を無作為に選択)のうち20分が抽出された。Thが正確な共感をしているか評価する Truax Accurate Empathy Scale (Truax, 1967) と、PETで特定の問題のマーカが現れた際に用いられる、3つの積極介入(自己分離のための二つの椅子の対話、重要な他者との未解決の課題のための空の椅子の対話、問題反応への系統的喚起展開法)が行われたかどうかを確認するチェックシートを用いて、2名の評定者が評価した。

その結果、両方の介入で共感が十分に高く、2群に有意差はなかった。また、PETのセッションの70%で積極介入が行われていた。さらに、CCTのセッションでの積極介入は約10%となり、2つのアプローチは積極的介入の点で明確に区別されていた。

前述した5つの尺度の介入前・中・後の両群の得点について共分散分析を行ったところ、BDI ($p=.013$), SCL-90-R ($p=.017$), RSE ($p=.013$),

IIP ($p=.027$) で有意差が見られた。一方、介入前後のみ評定をおこなったTC ($p=.279$) には有意な差が見られなかった。また、介入前後の効果量は、両群ともに全ての尺度で非常に高い値となった。また、介入前後の変化をPET群とCCT群で比較したところ、BDIとTCについては有意差がなかったが、RSE ($p\leq .02$) とIIP ($p\leq .0001$) とSCL-90-R ($p\leq .01$) については有意差が認められた。つまり、PET群はCCT群よりも有意に自尊心、症状、対人関係の問題が改善していた。加えて、治療中期の両群のアウトカム尺度の平均値を比較したところ、すべての尺度において両群間に有意差 ($p<0.05$) が認められ、PET群の方がCCT群よりも介入に対するCIの反応が早かったことが示された。しかし、6ヶ月後のフォローアップ調査では、いずれの指標においても両群間に有意差は無かった。本研究で得られた両群の効果量は、CBTなど他の心理療法によるうつ病への効果量と同等の値であったことから (Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990), どちらの心理療法もうつ病の治療に有効であることが示唆された。

限界としては、第一著者がPETの創始者の1人

表2 3つのRCTsで採用されたアウトカム指標および介入前後の得点の平均値と標準偏差、効果量

Measure	Pre-treatment <i>M(SD)</i>				Post-treatment <i>M(SD)</i>				Effect Size Pre-Post	
	n	CCT	n	PET	n	CCT	n	PET	CCT	PET
Greenberg & Watson(1998)										
BDI	17	22.69(5.04)	17	25.38(6.85)	17	9.12(5.38)	17	8.39(5.69)	2.6	2.82
RSE	17	20.59(6.28)	17	20.44(6.48)	17	25.35(6.74)	17	29.28*(6.23)	.73	1.39
SCL-90-R	17	1.39(.38)	17	1.53(.40)	17	.65(.22)	17	.50**(.28)	2.47	3.03
IIP	17	1.86(.43)	17	1.64(.37)	17	1.31(.45)	17	.81**(.32)	1.25	2.4
TCD	17	10.24(1.32)	17	10.39(1.28)	17	5.47(2.61)	17	4.83(2.32)	2.66	3.09
Watson et al.(2003)										
BDI	33	26.00 (9.03)	33	23.24 (7.81)	33	10.27 (9.62)	33	9.03 (8.63)	1.69	1.73
RSE	29	31.28 (7.32)	31	33.06 (6.64)	29	36.45 (7.76)	31	38.74 (6.11)	.68	.89
SCL-90-R	29	1.11 (0.49)	30	1.07 (0.37)	29	0.71 (0.61)	30	0.67 (0.72)	.72	.69
IIP	29	1.33 (0.51)	30	1.40 (0.38)	29	1.18 (0.53)	30	1.05* (0.54)	.30	.74
DAS	28	144.04 (27.90)	28	132.57 (32.32)	28	121.93 (30.75)	28	112.21 (34.18)	.75	.61
PF-SOC										
Reflective	28	2.85 (0.88)	31	2.89 (0.86)	28	3.21 (0.87)	31	3.06 (0.96)	.41	.17
Suppressive	31	2.88 (0.79)	33	3.33 (0.78)	31	2.33 (1.05)	33	2.39 (1.00)	.61	1.04
Reactive	28	3.21 (0.75)	31	3.34 (3.34)	28	2.57 (0.76)	31	2.62 (0.86)	.83	.91
Goldman, Greenberg and Angus(2006)										
BDI	19	26.26(7.35)	19	26.21(7.10)	19	9.89(9.10)	19	4.95*(5.69)	2.23	2.99
RSE	19	22.34(6.38)	19	21.42(5.62)	19	27.35(6.93)	19	28.25(5.36)	.81	1.21
SCL-90-R	19	1.42(.60)	19	1.42(.62)	19	.75(.61)	19	.42*(.36)	1.16	2.40
IIP	19	1.41(.56)	19	1.47(.44)	19	1.14(.65)	19	1.05(.59)	.53	.95

Note. CCT=client-centered therapy; CBT=cognitive-behavioral therapy; PET=process experiential therapy; EFT=emotion-focused therapy; BDI=Beck Depression Inventory; RSE=Rosenberg Self-Esteem Inventory; SCL-90-R= Symptom Checklist-90-Revised; IIP=Inventory of Interpersonal Problems; TCD=Target Complaints Discomfort; DAS=Dysfunctional Attitudes Scale; PF-SOC=Problem-Focused Style of Coping

* $p<.05$. ** $p<.01$.

であり、協力したセラピストのスーパーバイザーの1人でもあったことなどから、研究者の理論アプローチである PET に有利な結果が出やすい忠誠心バイアス (allegiance effect) が影響していた可能性があることが指摘された。また、アウトカムの評価が自己報告式の尺度に限られていたことも限界として挙げている。

2. EFT と CBT のうつ病に対する効果の比較

(Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos, & Steckley, 2003)

Greenberg ら (1998) によって、PET のうつ病への効果が CBT など他の心理療法の効果と同等であることが示されたが、直接の比較ではない。それまでの CBT の比較研究は、研究者のオリエンテーションが CBT であったために、アプローチの比較に適しているとは言えない CBT の変化とかかわる尺度が使われていた。以上を踏まえ、本研究はうつ病に対する PET と CBT の有効性を両者に公平な条件のもとで比較することを目的とした。研究者の忠誠心バイアスの影響を考慮し、各アプローチに共通して重要と考えられる複数のアウトカム指標を用いた。

協力者の募集は、Greenberg ら (1998) と概ね同じ手順で行われた。66 名が協力者として選ばれ、無作為で PET もしくは CBT の介入が割り当てられた。週 1 回、16 回のセッションが行われ、すべて録音・録画された。Th は、合計 15 名で、CBT の Th が 8 名、PET が 7 名という構成であった。この点は、Th が CCT と EFT の両方の介入を行った Greenberg ら (1998) と異なる点である。なお、CBT と PET の Th の年齢、治療経験、教育レベル、性別に差はなかった。

アウトカム尺度は、Greenberg ら (1998) で用いられた BDI, RSE, IIP, SCL-90-R-GSI に加え、うつ病への脆弱性を評価する Dysfunctional Attitudes Scale (DAS : Weissman & Beck, 1978), コーピングスタイルを同定する Problem-Focused

Style of Coping (PF-SOC : Heppner, Cook, Wright, & Johnson, 1995), の 6 つであった。

また本研究では、忠誠心バイアスの影響に配慮し、いくつかの工夫がなされている。Th は週に 2 時間、4 ヶ月間にわたりそれぞれの介入法に熟達した Th から訓練を受けた。訓練の終盤に、Th は本プロジェクトに参加する臨床コンピテンシーがあるのか評価された。介入期間中、Th は週 2 時間のグループスーパービジョンを受けた。さらに、それぞれの治療モデルに合致するセラピストの反応を識別するためのチェックリストを用いて、Th の介入の忠実性が確認された。評定者 2 名によって CI ごとにセッション 1-4, 5-11, 12-15 から各 1 回ずつ、中間 20 分が抽出され、評定された。その結果、Cohen のカッパ係数 (Cohen, 1960) を用いた 2 人の評価者間の合意は十分高かった ($k=0.801$, $p<0.01$)。また、CBT と PET の Th は各々の治療モデルに必須の応答を、それぞれ 70% と 71% の割合で行っていた。

介入前後のアウトカム指標について分散分析を行なった結果、PET と CBT どちらの介入群も、治療後に全ての指標において大きな改善が見られた。中でも BDI, SCL-90-R, IIP, RSE の得点が介入前と比較して顕著に改善していた。また、PET と CBT の比較では、PET 介入群の IIP の得点が CBT 介入群よりも有意に大きく減少していた。さらに、IIP の 8 つの下位尺度について事後検定を実施したところ、以下の 5 つの下位尺度で PET 介入群の得点が CBT 介入群よりも有意に改善していた。IIP の下位尺度では、アサーティブさが有意に高まり ($p=.04$)、支配的な対人関係 ($p=.04$)、過度な親密さ ($p<.00$)、自己犠牲的な対人関係 ($p=.05$)、対人的な要求がましさ ($p=.03$) が CBT 介入群より有意に改善していた。一方、CI のコーピングのスタイルを同定する PF-SOC の得点の分析からは、両群の CI とも介入の前後でコーピングスタイルが変化し、抑制的、反動的な対処が有意に減少し、内省的な対処が優位に増加した。なお、

CBT と PET の群による有意差はみられなかった。

これらの結果から、これまでに行われた研究と同様に、PET と CBT が共にうつ病の治療に効果をもたらすことが示された。また、介入後の対人関係の問題について、PET の介入を受けた CI がより自己主張できるようになり、支配的、自己犠牲的、あるいは過度に親密な対人関係が軽減し、他者への要求がましさを、などといった対人関係の問題が和らいでいた。この点について著者らは、以下に述べる PET の 2 つの特徴が影響したのではないかと考察している。まず 1 つ目は、共感、受容、肯定的配慮を強調した治療関係をモデル化していることである。2 つ目は、空の椅子の対話などの作業を通じて、CI が重要な他者や自己に対して自身の感情や欲求を表現したり、相手の反応に耳を傾けながら、葛藤の解決や交渉を成功させるための対人的行動を学んだりすることで、面接外での対人関係にも適用できるようになったという推察である。

本研究の限界として、著者らはサンプルの小ささ、協力者の BDI の基準が軽度であったことなどを挙げている。さらに大規模で、症状が重度のサンプルに限定して同様の研究を行うことで、それぞれのアプローチ特有の効果と、共通の効果がより明確に示されるであろうと課題を示している。

3. EFT と CCT のうつ病に対する効果の比較 2 (Goldman, Greenberg, & Angus, 2006)

本研究は、Greenberg ら (1998) の研究を再現したものである。Greenberg ら (1998) や Watson ら (2003) によって、EFT がうつ病の治療に CCT や CBT と同等あるいはそれ以上に有効であることが示されてきた。他方、他の研究から、EFT の介入によって感情処理過程 (emotional processing) が深められること (Watson & Greenberg, 1996)、また感情処理過程が深まることで抑うつの症状が軽減することが示された (Goldman, Greenberg, & Pos, 2005 ; Pos, Greenberg, Goldman, &

Korman, 2003)。EFT は、CCT の基盤を成す共感的な関係性に、特定のポイントで感情に焦点化した特有の介入を加えた治療法である。このことから、本研究では、共感的な関係性に、感情に焦点化した介入を追加することによる効果を探るために、うつ病に対する EFT と CCT の効果の比較が行われた。

協力者の募集は Greenberg ら (1998) と同じ方法で行われ、セッション頻度、回数、録音・録画についても同じ条件であった。その結果 38 名が選ばれ、無作為で EFT もしくは CCT の介入が割り当てられた。

Th が EFT と CCT で同数の CI を担当することによって Th の違いによる Th 効果を統制した点も、Greenberg ら (1998) と同様である。Th は事前に EFT と CCT 両方について 1 年以上トレーニングを受けており、さらに本プロジェクトに参加するために 48 時間の追加トレーニングを受けている。加えて調査中は、それぞれの治療のプロトコルに沿った介入が行えているか忠実性をチェックするために、週 1 回スーパービジョンを受けた。なお、本研究で用いられたアウトカム指標と Th の介入方法への忠実性を評価するための第三者評定尺度も、Greenberg ら (1998) と概ね同じである (アウトカム指標の TC と、プロセス指標の複数の尺度は採用されていない)。

アウトカム指標 (BDI, RSE, IIP, SCL-90-R) について、EFT と CCT それぞれの治療群の介入前後の得点で共分散分析を行った結果、BDI ($p = .039$) と SCL-90-R ($p = .031$) で、それぞれ有意差があり、CCT よりも EFT のほうが抑うつと一般的な症状の改善が有意に大きかったことが示された。一方、IIP と RSE についてはグループ間に有意な差は見られなかった。また、EFT と CCT それぞれのアウトカム指標の効果量は 1.16~2.99 といずれも大きく、どちらもうつ病の症状緩和に有効であることが示唆された。さらに、BDI の得点が臨床的に有意な変化 (Reliable Change

Index : RCI) (Jacobson & Truax, 1991) の基準を上回った CI についても算出され、CCT 群では 89% (17 人)、EFT 群では 95% (18 人) がこの基準を満たしていた。

本研究で得られた結果は、Greenberg ら (1998) で得られた結果と一致しない点があった。Greenberg ら (1998) の研究では、RSE, IIP, SCL-90-R で EFT 群が CCT 群よりも有意に大きく変化していたが、本研究では、BDI と SCL-90-R でのみ有意差が見られた。この点について著者らは、サンプルが小さいことによる検定力不足が原因ではないかと推論した。そして、本研究と Greenberg ら (1998) の研究のサンプルを足して再分析を行った。その結果、共通して用いた 4 つのアウトカム指標全てにおいて、CCT 群よりも EFT 群の方が変化が有意に大きかった (BDI, $p = .05$, SCL-90-R, $p = .004$, IIP, $p = .000$, RSE, $p = .000$)。また、BDI の得点の変化が RCI の基準を満たしていた CI は、CCT 群では 86%、EFT 群では 89%であった。この結果は、他のアプローチ以上の好結果であった。例えば Ogles ら (1995) は、うつ病の効果研究において CBT を受けた CI の 50% と対人関係療法を受けた CI の 64% が RCI の基準を満たしていたと報告している。また、分析結果は、うつ病の治療において、共感的な関係に EFT 特有の介入を加えることで、治療効果がある程度高まるという仮説を支持するものであった。

限界としては、他の研究と同様に、研究者および Th の EFT への忠誠心バイアスが影響していた可能性があり、この点についての検証がされていないことが挙げられた。また、Th の介入の忠実性をチェックするために無作為に 20 分のセグメントを 2 カ所選んだが、合計 17 時間に及んだ全介入を正確に評定するには不十分だったと指摘している。

III 考察

うつ病に対する EFT の効果を検証した上記の

3 件の RCTs について、尺度構成、手続き、結果、問題点の点から考察を述べる。まず、うつ病の効果研究、そしてアプローチの比較について論じる。次に、日本における効果研究の実現とその必要性について焦点を当てる。

1. 尺度構成について

まず、アウトカム指標について 3 つの研究で共通して用いられた尺度は、BDI, SCL-90-R, RSE, IIP であった。うつ病に関連する症状の変化を直接的に捉えるための BDI と SCL-90-R に加え、自尊心に関する尺度 (RSE) と対人関係の問題 (IIP) が二次的成果指標として採用されていた。この点について、共にヒューマニスティックアプローチの人間観をもつ CCT と EFT では、介入を通じて他者である Th から共感、肯定されることで、やがて自分自身への肯定的な見方を発展させられると考える。したがって、介入が効果的に行われることで自尊心は向上すると仮定される。また、EFT では、介入のプロセスが進むと Th との間に修正感情体験が起これ、これによって過去の対人関係での傷つきが癒され、対人パターンが修正されると考えられている。したがって、介入が成功することで対人関係の問題も改善すると仮定される。このような理由から、アウトカム尺度に RSE と IIP が採用されていると考えられる。なお、CBT と EFT の比較を行った Watson ら (2003) の研究では、これらに加えてうつ病患者に特有の認知について評価する尺度と、コーピングスタイルを同定する尺度が採用された。CBT の介入が効果的であれば、これらの尺度得点に変化があるだろう。

以上のことから、アウトカム尺度を選択する際、重要な点として以下の 2 点が考えられる。まず、ターゲットとする心理障害や心理的問題の変化を捉える上で、症状そのものを測る尺度に加え、関連して心理的苦痛を生む周辺の課題の程度を測定する尺度を併せて用いることが重要である。また、比較する心理療法がある場合、それぞれに特有の

効果を捉えられる尺度を採用することが肝要と言える。

2. 手続きについて

今回3つの研究の手続きに共通した点として、Thの介入に対する忠実性への対応が挙げられる。具体的には、事前のトレーニングにはじまり、介入中の定期的なスーパービジョンでの指導、それぞれの介入法に沿った実践が行えているか、チェックシートや尺度を用いて評定者がビデオを評価するなどの対策が取られていた。Thの忠実性については様々な議論があり、必ずしもそれぞれの介入プロトコルに忠実であることよりも、CIに合わせて柔軟な介入をおこなうことが重要であるとの指摘もある(Owen & Hilsenroth, 2014)。しかし、異なる心理療法の効果を比較する際には、それぞれの介入に対する忠実性を考慮する必要がある。

また、Greenbergら(1998)とGoldmanら(2006)の研究では、CCTとEFTを同じThが同じ人数担当していた。これは、それぞれのThがもつ特性や接し方の違いが結果に影響することを統制するための研究デザインである。このセラピスト効果(therapist effects)についてはこれまでに数多くの議論がなされており、Wampold(2001)によれば、効果の約8%をセラピスト効果が占めっているとされている。したがって、このような形でセラピスト効果が統制されることは、EFT独自の効果を検討するために、極めて優れた研究条件である。

3. 結果について

3つのRCTsで得られた結果は、EFTだけでなく、CCTについても有意義な知見を提示した。これまでうつ病に対してCBTが効果的であると言われてきたが、CCTとEFTの比較、CBTとEFTの比較から、CCTとEFTのどちらも有効な介入法であることが明確に示された。また、EFTは、CBT以上の効果を挙げる可能性も示されている。

CCTをはじめとしたヒューマニスティックアプローチは、個人の成長を目的としているために、心理障害の改善を第一目標とはしてこなかった。しかし3つの研究結果から、CCTの治療関係を中心とした援助が、うつ病に対してCBTやEFTとほぼ同程度の効果を示しており、CCTの治療関係がそれ自体で高い治療的効果を持ちうることを示している。Elkinらによるうつ病に対する対人関係療法と認知療法の比較効果研究では、この2つの介入法の効果の違いは見つからず、どちらにおいても作業同盟の高さがうつ病の改善と関係をもっていることが示されている(Elkin, 1994)。また、作業同盟、共感、などが治療効果ともっとも高い相関をもっていることが、これまでメタ分析によって示されてきた(Norcross & Lambert, 2011)。

また、3つの研究結果からEFTは、CCTやCBTと比べて、うつ病の症状自体への効果はほとんど変わらなかったが、うつ病と関連する二次的な指標(RSE, IIP)でより高い効果が示された。特に、対人関係の問題に対しての効果が際立っていた。Watsonら(2003)では、CBTを受けたCIと比較して、EFTを受けたCIはより自己主張できるようになり、支配的、自己犠牲的、過度な親密さ、他者への要求がましさ、などといった対人関係の問題が和らいでいた。EFTで用いられる「空の椅子の対話」などといった積極的技法では、感情的傷つきとかかわる他者が椅子に座っていることを想像して、その傷つきや、満たされなかった欲求をその相手に向かって表す。多くの場合、それまで表すことがなかった、そうすることを恐れていた感情である。これらの介入の目標は、感情の気づきを高めて、それまで未完了のままであった感情体験を十分に許すことにあるが、実際のところ、感情を表すという行為を通して対人的学習も起きていることが推測される。このような椅子の対話においてその体験が奨励される感情の一つは、一次適応的怒りである。これはアサーティブな怒り

とも言われる。その理由は、自分の欲求を他者に向かってひるむことも和らげることもなく、もう一方で、動揺して怒鳴り散らしたり、我を失ったりもせず、伝える力となっているからである。過度な親密さ、自己犠牲、支配的というように一見矛盾した対人関係が同時に改善されるのは、対人関係においてより自分らしくなり、またそうすることに自信や気持ちよさを体験出来るのではないかと推察される。EFT では怒りだけでなく、悲しみ・グリーフの体験も促進される。悲しみやグリーフの感情は接近感情と呼ばれ、他者と近づき、関係を調整することに役立つことが知られている。面接内でこれらの感情を表現し、体験することを通じて、他者とのつながりへの欲求があることに気づき、それが面接外での対人関係に影響することもあると考えられる。

4. 限界について

本稿で取り上げた RCTs に共通する限界点について 4 点述べる。まず、これらの研究が全て EFT を支持する研究者によって行われたことから、忠誠心バイアスが働いていた可能性についてである。忠誠心バイアスについてはこれまでに広く議論されており (Leykin, 2009 ; Munder, 2013), RCT の成果の内的妥当性に対する最大の脅威の一つであるともされている (Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004)。この問題への対処法として、今回の 4 研究では、Th が指定された治療法を遵守しているか、スーパーバイザーが動画をチェックしたり、評定者が尺度を用いて検証を行ったりするなどの工夫をしていた。しかし、実際にどの程度の影響があったかは示されていない。

次に、サンプル数についてである。今回取り上げた効果研究のサンプル数の平均は $n=46$ であり、範囲は 34-66 であった。Greenberg ら (1998) と Goldman ら (2006) は概ね同じ条件で研究を行っていたが、得られた結果には相違があった。Goldman ら (2006) は、これをサンプルの小ささ

による検定力不足が原因と仮定して、2 つの結果を合わせて分析をしておいた。その結果、共通して用いられた 4 つの尺度 (BDI, SCL-90-R, IIP, RSE) 全てが、介入前後で EFT 群が CCT 群よりも有意に大きく変化していたことが示された。このように、サンプルの大きさは結果に影響するため、今後より大きな規模で効果研究を行うことが求められる。

もう一点、サンプルに関連して、参加者の症状の程度が一定でないという点についても限界点として挙げられていた。例えば、Watson ら (2003) では、参加者の BDI の得点に幅があり、軽度に該当する参加者が多かったことなどが指摘されている。こうした参加者の症状の程度を一定にすることや、症状が重い CI に限定することで、介入の有効性がより強調されるだろう。

最後に、用いられたアウトカム尺度がいずれも CI の自己報告式の尺度のみであったという点も共通した問題点として述べられていた。外部の観察者によって独立して評定が行われる尺度を取り入れることで、より多面的に効果をとらえることが重要である。

5. 日本で効果研究を行う上での示唆

今後、日本で効果研究を実施する上で、本稿から得られる示唆を述べる。まずサンプル数について、今回レビューを行った研究の平均は $n=46$ であったが、現在国内で同等のサンプル数を確保するためには、協力者を募集する際の工夫が不可欠であろう。今回紹介した研究では、ラジオや地元紙の広告などを使い募集していた。心理療法を受けることがまだ一般的ではない日本では、さらに積極的な情報発信が必要だと考えられる。例えば、研究への参加に興味を持ちそうな層が目にする雑誌等への広告や、SNS の活用などが必要と考えられる。

また、EFT の介入を、一定のコンピテンシーを伴って実施できる Th を増やすための訓練が進む

ことも欠かせない。今回取り上げた3件の研究では平均13.3名、平均臨床経験年数5.6年のThが参加していた。彼らは事前に24~48時間のトレーニングを受け、介入期間中は週1回のスーパービジョンを受けていた。さらに、Thが指定された介入法を遵守しているか、忠実性が第三者によってチェックされていた。このような体制を整備することも重要な課題と言える。

この他にも、尺度やプロトコルの翻訳の問題や、研究資金の確保の問題など、国内で効果研究を行うことへの困難さは多くあると考えられる。また、日本で行われた効果研究の数が少ないため、その実施と関わる問題についての経験則が不足しているという課題もある。特に、尺度の使用や面接の録音や録画が、心理療法のプロセスを阻害するという見方も少なくない。

こうした現状に鑑みると、国内で欧米と同等の規模で効果研究を行うことは容易ではないだろう。したがって、より小規模の効果研究を積み重ねることによって、研究の手続きや尺度、分析方法などに関する知見が蓄積されることが重要だと考えられる。効果研究を実施する土壌が国内で築かれることが、やがては心理的問題に苦しむ方々の治療の選択肢を増やすことにつながっていくと考える。

<付記> 本論文の作成にあたり、温かく励ましてくださった皆様方に心より感謝申し上げます。

文献

- Bachman, J. G., & O'Malley, P. M. (1977). Self-esteem in young men: A longitudinal analysis of the impact of educational and occupational attainment. *Journal of personality and social psychology*, 35(6), 365.
- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological monographs: General and applied*, 76(43), 1.
- Battle, C. C., Imber, S. D., Hoehn-Saric, R., Stone, A. R., Nash, E. R., & Frank, J. D. (1966). Target complaints as criteria of improvement. *American Journal of Psychotherapy*, 20(1), 184-192.
- Beck, A.T. (1972). *Measuring depression: The depression inventory*. Washington: Government Printing Office.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Elkin, I. (1994). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 114-149). New York: Wiley.
- Elliott, R., & Greenberg, L.S. (2016). Humanistic-Experiential Psychotherapy in Practice: Emotion-Focused Therapy. In A.J. Consoli, L.E. Beutler, & B Bongar (eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (2nd ed.) (pp. 106-120). New York: Oxford University Press.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J. C., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (6th ed., pp. 495-538). New York, NY: Wiley.
- Glisenti, K., Strodl, E., King, R., & Greenberg, L. (in press). Emotion-Focused Therapy for Binge-Eating Disorder: A Pilot Randomized Control Trial. *Behavioral Economics*.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16, 537-549.
- Goldman, R., Greenberg, L., & Pos, A. (2005). Depth of emotional experience and change. *Psychotherapy Research*, 15, 248-260.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy research*, 8, 210-224.
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2008). *Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love, and power*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2010). *Emotion-focused Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

- (グリーンバーグ, L. S. 岩壁 茂・伊藤 正哉・細越 寛樹 (訳) (2013). エモーション・フォーカスト・セラピー入門 金剛出版)
- Heppner, P. P., Cook, S. W., Wright, D. M., & Johnson, W. C., Jr. (1995). Progress in resolving problems: A problem-focused style of coping. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 279-293.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of consulting and clinical psychology, 56*(6), 885.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology, 36*(2), 223-233.
- 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.
- Leykin, Y., & De Rubeis, R. J. (2009). Allegiance in psycho-therapy outcome research: Separating association from bias. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*, 54-65.
- Munder T, Brutsch O, Leonhart R, Gerger H, Barth J. (2013). Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: an overview of reviews. *Clinical Psychology Review, 33*, 501-511.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy, 48*(1), 4-8.
- Ogles, B. M., Lambert, M. J., & Sawyer, J. D. (1995). Clinical significance of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 321-326.
- Owen, J. & Hilsenroth, M. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology, 61*, 280-288.
- Pos, A., Greenberg, L., Goldman, R., & Korman, L. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 1007-1016.
- Robinson, L., Berman, J., Neimeyer, R. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin, 108*, 30-49.
- Paivio, S. C., & Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 115-133.
- 佐藤 寛・丹野 義彦 (2012). 日本における心理士によるうつ病に対する認知行動療法の系統的レビュー行動療法研究, *38*, 157-167.
- Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., & Irwin, B. (2018). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials, 19*(1), 1-11.
- Truax, C. (1967). A scale for the measurement of accurate empathy. In C. R. Rogers, E. T. Gendlin, D. J. Kiesler & C. B. Truax (Eds), *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics* (pp. 72-96). Madison: University of Wisconsin Press.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Watson, J. C., Gordon, L.B., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 773-781.
- Watson, J., & Greenberg, L. (1996). Pathways to change in the psychotherapy of depression: Relating process to session change and outcome. *Psychotherapy, 33*, 262-274.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the 86th Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.
- Westen, D., Novotny, C.M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin, 130*, 631-663.