

青年期における過敏性腸症候群へのアクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT) による介入の可能性

The possibility of Acceptance and Commitment Therapy
for adolescents with irritable bowel syndrome

中谷結花¹ 武藤 崇²

Yuuka NAKATANI Takashi MUTO

要約

本稿の目的は、1) 青年期の過敏性腸症候群の定義、診断基準、およびその特徴、そして現在までに行われてきたその援助方法を概観すること、2) 現時点までの援助方法の問題点を述べ、3) 新たな心理的介入としてアクセプタンス&コミットメント・セラピーを提案することであった。現在までに青年期の過敏性腸症候群に対して、薬物療法、食事療法、心理療法などのさまざまな治療法が取り組まれている。しかし、その効果が認められているのは心理療法のみである。さらに、具体的に効果が確立された介入方法はいまだ明確になっていない。また、これまでの心理的介入は症状の除去や緩和に焦点を当てたものが大半であり、これはさらなる苦痛を生じさせることも考えられた。そこで、新たな心理的介入として、症状の除去や緩和に焦点を当てず、症状があっても意義ある人生を送れるようにすることを目的としたアクセプタンス&コミットメント・セラピーの導入を提案した。そのうえで、青年期の過敏性腸症候群に特化したモデルも提案した。

キーワード：過敏性腸症候群 (IBS)、青年期、アクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT)

はじめに

過敏性腸症候群 (irritable bowel syndrome: 以下、IBS) は機能性消化管疾患 (functional gastrointestinal disorders) の代表的な疾患のひとつであり、子どもから高齢者まで、すべての年代において起こるとされる。機能性消化管疾患とは、器質的疾患や内分泌異常を認めない慢性的、もしくは頻発する消化管

症状を示す機能性の消化管疾患群のことを指す。その代表とされる IBS の症状は、腹部の痛みや不快感に伴う便秘異常である (Rasquin et al., 2006)。

現在までに、青年期に発症する IBS (以下、青年 IBS) に対して、薬物療法、食事療法、心理療法などのさまざまな治療法が取り組まれている。しかし、その効果が認められているのは心理療法のみである。さらに、具体的に効果が確立された介入方法はいまだ明確になっていない。

そこで本稿では、1) 青年 IBS の定義、診断基準、およびその特徴、そして現在までに行わ

¹ 同志社大学大学院心理学研究科 (Graduate School of Psychology, Doshisha University)

² 同志社大学心理学部 (Faculty of Psychology, Doshisha University)

れてきたその援助方法を概観すること, 2) 現時点までの援助方法の問題点を述べ, 3) 新たな心理的介入としてアクセプタンス&コミットメント・セラピーを提案すること, 3点を目的とした。

青年期の過敏性腸症候群

青年 IBS は, 成人と同様に, 腹痛や腹部不快感とともに下痢または便秘などの便通異常があり, その原因として器質的疾患や内分泌異常を認めない症候群である (Rasquin et al., 2006)。青年 IBS の診断基準としては, 現在4歳から18歳を対象とした子ども向け Rome III 基準 (Rasquin-Weber et al., 1999) が一般的に用いられている (Rasquin et al., 2006)。Table 1 に子ども向け Rome III 基準を記す。これは1999年に導入された子ども向け Rome II 基準をもとに改良されたものである。その改良点は, 症状を呈している期間が3ヶ月以上から2ヶ月以上と変更された点である。なお成人 IBS では, 下痢型 IBS (IBS with diarrhea : IBS-D) や便秘型 IBS (IBS with constipation : IBS-C) などの排便パターンによってサブタイプがある (Longstreth et al., 2006)。しかし, このようなサブタイプが子どもにおいても存在するか否かについては, 信頼できるデータはまだ存在していない (Chiou & Nurko, 2010)。

上記のような診断基準をもとに, 青年 IBS の有病率に関する疫学的調査がなされてきた。基準の変更による変動も見込まれるため, 前基

準であった Rome II 基準に基づく調査と, 現基準である Rome III 基準に基づく調査の両方の結果を以下に示す。本邦で中学生を対象に Rome II 基準に基づいて, 行った調査においては, 2004年に14.6%, 2009年に19%の有病率がみられた (Endo et al., 2011)。また, 遠藤他 (2007) が高校生を対象に行った調査では, Rome II 基準に基づいて10.8%の有病率がみられた。さらに, Sagawa et al. (2013) の調査では, Rome III 基準に基づいて, 中学生で6.3%, 高校生で12.8%の有病率がみられた。しかし上述した3つの調査は特定の地域の学校のみで実施されたことから, Yamamoto et al. (2015) は, Rome III 基準に基づいて中高生を対象に全国的な調査を行った。その結果, 18.6%の有病率がみられた。この結果は, Miwa (2008) による Rome III 基準に基づく成人 IBS の全国的インターネット調査での有病率13.1%を上回った。診断基準や調査対象者の違いにより, 6.3%から19%とばらつきはあるが, 本邦での青年 IBS の有病率は成人 IBS の有病率と同等であると考えられる。

青年 IBS の特徴

IBS はその腹部症状のみではなく, さまざまな併存疾患が生じるとされる。青年 IBS においては, たとえば, 睡眠障害が合併することが明らかとなっている (Yamamoto et al., 2015 ; 遠藤他, 2007)。また, 不安や抑うつなど精神症状も青年 IBS と合併する。Hyams, Burke,

Table 1 子ども向け Rome III 基準による IBS の診断基準

以下の全てを満たしていること :
1, 少なくとも25%以上の確率で, 以下の項目のうち2項目以上に関連して腹部の不快感 (痛みとして説明できない不快な感覚) や痛みがある
a, 排便によって改善する
b, 排便頻度の変化で始まる
c, 便形状の変化で始まる
2, 主観的な症状を説明する炎症, 身体の構造, 代謝, 腫瘍などの確証がない

Note : 少なくとも2ヶ月間, 週に1回以上, この基準を満たすこと

Davis, Rzepski, & Andrulonis (1996) の調査によると、青年 IBS 患者の不安や抑うつ得点は健康青年と比較して有意に高かった。また、Yamamoto et al. (2015) の調査でも、不安や抑うつが青年 IBS と強く関連することが明らかとなっている。加えて、遠藤 (2010) は、健康青年と比較して、青年 IBS 患者はより高い主観的ストレスを感じていることを報告した。このことから、青年 IBS において、抑うつや不安への介入も重要となると考えられる。

また一般的に、IBS は、患者の「生活の質」(quality of life: 以下, QOL) を著しく低下させ、社会に適応できない重大な原因となりうる。系統的レビューによると13の研究のうち11の研究で健康群と比較して成人 IBS の患者における健康関連 QOL の低下がみられた (El-Serag, Olden, & Bjorkmen, 2002)。そして、青年 IBS においても同様の結果が得られている (Varni et al., 2006; Endo et al., 2011)。また、青年期においては「学校生活の質」(quality of school life: 以下, QOSL) の低下も問題となる (Sagawa et al., 2013)。このような QOL や QOSL の低下は、IBS の症状によって、行動が制限されていることが原因として考えられる。行動制限については、青年 IBS 患者は、健康青年に比べて学校に行けない日が有意に多い (Varni et al., 2006) ことから推測できる。よりよい学校生活を送ることは、青年期の人格形成や教育、将来の人生のために重要である。そのため、このような障害は青年期において大きな問題といえる。

このような青年 IBS については、軽度の場合、医師からの励ましや時間経過によって自然治癒することが多いと考えられている。しかしこれは一時的な改善である。頻発する機能性の腹痛を主訴として来院していた子どもたちの予後を調査した研究 (Pace et al., 2006; Walker, Guite, Duke, Barnard, & Greene, 1998) では、成人になっても腹部症状が続いていることが示されている。またその腹部症状が改善した場合でも、成人になって精神疾患やほかの身体的症

状などの問題がみられることも多い (Campo et al., 2001; Hotopf, Carr, Mayou, Wadsworth, & Wessely, 1998)。このことから青年期における早期介入の必要性が示唆される。

上記のように、IBS は、さまざまな影響をもたらす疾患であるにもかかわらず、その罹患者は医療機関を受診しないことが多いと指摘されている (Kanazawa et al., 2004)。Hyams et al. (1996) の調査によれば、青年 IBS では、症状を呈する半数以上の人々が、医療機関を受診していない。この調査では受診者と非受診者の違いは症状の重篤度、頻度、期間、普段どおりの生活を送る上での困難 (例: お腹の痛みのせいで活動が阻害される) が関連していた。つまり、重症でない限り、医療機関を受診する行動がみられないことが考えられる。本邦における遠藤 (2010) の調査においても、対象者が医療機関非受診者であったにもかかわらず、14.6% の有病率がみられた。また、医療機関非受診者であっても、QOL の障害や高い主観的ストレスが生じていることが報告されており (遠藤, 2010; 遠藤他, 2007)、高い不安や抑うつ得点も報告されている (Hyams et al., 1996)。つまり、軽度の青年 IBS 患者でも症状による何らかの障害が起こっており、適切な介入が望まれる。

青年 IBS に対する治療の現状

本邦においては、日本消化器病学会 (2014) によって IBS の治療ガイドラインが制定されており、それに沿う形で IBS の治療が行われる。それは主に3段階で構成されている。その段階を以下に示す。

第1段階では、食事と生活習慣改善の指導がまず行われる。その後、消化管の状態に合わせ、消化管主体の治療が行われる。具体的には、消化管の症状に合った薬物療法が行われる。この段階での改善がなければ、次の段階へと移る。第2段階では、ストレスや精神疾患が関与するか判断し、これらが関与する場合、その状態に

合わせて抗うつ薬や抗不安薬が処方される。関与が認められない場合、精密臨床検査が行われ、器質的疾患の有無が再度査定される。この段階でも改善がみられなければ、さらに次の段階に移る。第3段階では、専門的な心理療法が行われる。ここでも改善がみられなければ経過観察あるいは診断が再考される。

つまり、食事療法、薬物療法、心理療法がIBSの治療法として用いられていることになる。これは青年IBSでも同様となる。しかし、青年IBSにおいて食事療法や薬物療法を支持する科学的なデータはほとんどない (Chiou & Nurko, 2010)。

コクラン・レビューによると、IBSを含む機能性消化管疾患 (functional gastrointestinal disorders: 以下, FGIDs) の児童や青年に対しての食事療法の研究は7件認められた (Huertas-Ceballos, Logan, Bennett, & Macarthur, 2010)。そのうち2件の研究は、食物繊維のサプリメントとプラセボを比較したものであった。また、残りのうち2件は下痢を引き起こす可能性のあるラクトースを摂取しない食事とプラセボを比較したもので、3件は腸内環境を整えるバクテリアを作り出す乳酸菌のサプリメントとプラセボを比較したものであった。しかし、食事療法の有効性について、高い質のエビデンスはなかったとされる。

薬物療法に関しては、コクラン・レビューにおいて、IBSを含むFGIDsの子どもたちに対する薬剤使用の有効性のエビデンスは弱いとされる (Huertas-Ceballos, Logan, Bennett, & Macarthur, 2008a)。上記した本邦のIBSの治療ガイドラインにもあるように、FGIDsに対する薬剤の使用は、1) 身体症状への対処、2) 精神的症状への対処の2点に用いられる。前者に対しては、ハッカ油を服用する2週間の治療が子どもたちにとって効果があるかもしれないという限られたデータしかなく (Lorenzo et al., 2005)、これは臨床においてFGIDsの子どもたちに薬剤を使用する根拠はほとんどないことを示す。さらに、後者に関しては、成人IBS

で抗うつ剤やセロトニン性の薬の効果が良く示されているものの、子どもに関しては逸話的な報告しかない (Rasquin et al., 2006)。

一方で、心理療法に関しては、メタ分析により、FGIDsの子どもたちにおいて、標準的な治療や治療を受けないことよりも痛みの減少に効果的であることが示されている (Sprenger, Gerhards, & Goldbeck, 2011)。現在までに青年IBSに対する心理療法として、親教育、認知・行動療法 (cognitive-behavioral therapy: 以下, CBT)、リラクゼーション、気どらし、催眠療法、イメージ療法、バイオフィードバックなどが行われてきた (Chiou & Nurko, 2010)。

なかでもCBTは、青年IBSにおいて最も多く研究がなされてきた。たとえば、Robins, Smith, Glutting, & Bishop (2005) は、IBSを含むFGIDsの6歳から16歳の子どもを対象に標準的な治療法 (standard medical care: 以下, SMC) と認知行動家族療法 (cognitive behavioral family therapy: 以下, CBFT) とSMCの組み合わせの治療法を比較した研究を行った。SMCは、フォローアップ時の来院、疾患に関連する教育、声掛けなどによる支持、食物繊維を多く取る食事の維持、必要に応じて薬やサプリメントの使用が実施された。また、CBFTはTable 2の手順に沿って実施された。その結果、SMCにCBFTを組み合わせた治療群では、SMCのみ群と比較して、治療終了時、その1年後において、腹部の痛みが減少し、学校の欠席率が減少した。コクラン・レビューによると、青年期を対象としたFGIDsに関連するCBTは3件認められ (Table 3)、青年IBSの治療に役立つ可能性があるとされる (Huertas-Ceballos, Logan, Bennett, & Macarthur, 2008b)。しかし、そのエビデンスは弱く、より大規模なRCTの実施が望まれる。また青年IBSに対するCBTの研究は、ほかの療法 (例: 食事療法) と組み合わせられて実施されることも多く、その単独での効果は明確ではない (Chiou & Nurko, 2010)。

Table 2 CBT での介入プロトコル

Session and Who	Objectives	Activities
1. 子どもと親	a) 子どもの痛みについて理解を深める b) 痛みをマネジメントする方法のレパートリーを増やす c) ストレスと痛みの関係の理解を深める	a) 子どもや親へのインタビューや尺度を用いて、頻度、期間、場所、重篤度、先行する条件、結果を査定する b) 呼吸法やイメージ法、リラクゼーション法の練習 c) ストレスと痛みの関係モデルを提示する d) 宿題：1日に2回、痛みのマネジメント法の練習、腹部の痛みの記録
2. 子ども	a) 痛みをマネジメントする方法のレパートリーを増やす b) 腹痛を「コントロールする」よう励ます	a) 痛み記録、先行する条件、結果を見直す b) 「セルフトーク」について話し合い、ネガティブな予期に挑戦することを学び、ポジティブな自己状態を学ぶ c) 宿題：痛みマネジメントの練習、痛みと自己状態の記録
3. 子ども	ポジティブ、ネガティブな「セルフトーク」や痛みの影響に対する気付きを増やす	a) 「セルフトーク」とポジティブな自己状態についての復習 b) 「スノーボウリング」と「破局化」について教える c) 宿題：痛みマネジメントの練習、「スノーボウリング」をやめ、ポジティブな自己状態になるようにする、気ざらし技法を使う
4. 子どもと親	痛みをマネジメントする行動における子どもと親の「パートナーシップ」を増やす	a) 親が子どもの行動を励ましによって「保護者」から「指導者」になるようにする
5. 子どもと親	a) 査定 b) 今まで得たことを強化し、これからのコーピングにむけて準備する	a) 初めに査定したものを再度実施 b) リラクゼーション、認知的技法、気ざらしの復習 c) 3ヶ月後の電話でのフォローアップに向けて準備

Note : Robins et al. (2005) を参考に和訳

ほかに、いくつかの研究においては、催眠療法が子どもの IBS 患者に対して少なくとも5年間は効果的であると示されている (Paul, Barnard, Bigwood, & Candy, 2013)。たとえば、Vlioger, Menko-Frankenhuis, Wolfkamp, Tromp, & Benninga (2007) は、8歳から18歳の IBS を含む FGIDs の子どもたちを対象に、SMC と腸指向 (gut-directed) の催眠療法

(gut-directed hypnotherapy : 以下, HT) を比較した研究を行った。SMC は CBFT の研究例と同じく標準的な治療法が実施された。HT は、一般的なリラクゼーション、腹痛や腸機能のコントロール、自尊心を向上するための自我を強くする暗示 (ego-strengthening suggestions) の組み合わせで実施された。具体的には、初めのセッションでは、1) 身体的

Table 3 青年期のFGIDsを対象としたCBT

著者	介入	年齢	症状関連アウトカム	結果
Duarte et al. (2006)	CBFT vs. SMC	5.1~13.9歳	1) 痛みの頻度 2) 痛みの強度 3) 圧通閾値	1) CBFT>SMC 2) CBFT=SMC 3) CBFT=SMC
Hicks et al. (2006)	ICBT vs. WL	9~16歳	1) 痛みの頻度・強度 2) QOL	1) ICBT>WL 2) ICBT=WL
Robins et al. (2005)	CBFT+SMC vs. SMC	6~16歳	1) 痛み 2) 身体化 3) 機能障害 4) 登校日	1) CBFT>SMC 2) CBFT=SMC 3) CBFT=SMC 4) CBFT>SMC

Note: CBFT: 認知行動家族療法, SMC: 標準的な治療法, ICBT: インターネットを用いた認知行動療法, WL: ウェイティング・リスト, QOL: 生活の質 結果は効果の大小を示す。

な機能を統制するための精神の能力と「心身相関」についての情報が与えられ、2) 腹痛をコントロールしたり、必要であれば腸の機能の正常化を目指したりする詳細な方法を紹介された。他のセッションでは、腹部に両手を置くよう求め、腹部の不快感の肯定的な効果の暗示を行った。そのうえで、ほかにもさまざまな鎮痛性の暗示（例：リラクセーション、自我を強くする暗示）が行われた。その結果、痛みの頻度、重篤度について、治療終了時、治療1年後ともに、HT群のほうがSMC群よりも有意に減少した。系統的レビュー (Rutten, Reitsma, Vlieger, & Benninga, 2013) によると、5歳から18歳

の子どものFGIDsを対象に催眠療法を実施した3つのRCTが認められ (Table 4), この3件の研究すべてにおいて、FGIDsの子どもたちにおける催眠療法のポジティブな効果がみられた。しかし、比較された統制群の介入内容が3件の研究で異なること、サンプルサイズが小さいこと、結果の不一致など問題点は多く残っており、そのエビデンスは弱いとされる。

このように青年IBSに対する治療の研究は、世界中で発展途中であり、利用可能な確立された介入はまだ存在していない。そのため今後さらなる検討を続けていく必要がある。

Table 4 青年期のFGIDsを対象とした催眠療法

著者	介入	年齢	症状関連アウトカム	結果
Weydert et al. (2006)	GI vs. BE	5~18歳	1) 痛みの頻度 2) 活動頻度	1) GI>BE 2) GI>BE
Vlieger et al. (2007)	HT vs. SMC	8~18歳	1) 痛みの強度・頻度 2) 腹部以外の症状	1) HT>SMC 2) HT=SMC
Van Tilburg et al. (2009)	GI+SMC vs. SMC	6~15歳	1) 腹部の痛みと不快 2) QOL 3) 医療機関への来院 4) 登校日	1) GI+SMC>SMC 2) GI+SMC>SMC 3) GI+SMC>SMC 4) GI+SMC=SMC

Note: GI: イメージ療法, BE: 呼吸法, HT: Gut-directed 催眠療法, SMC: 標準的な治療法, QOL: 生活の質 結果は効果の大小を示す。

青年 IBS への新たな介入方法の可能性

上記で述べたように、青年 IBS への効果的な介入方法は心理療法に限られており、その内容も不明確なままである。さらに、これまで検討されてきた心理療法には共通する問題点があると考えられる。それは多くの療法が、腹部症状への直接的な効果と子どもが症状を自分でコントロールするよう促進することを目的としていることである。以上で例示した CBT や催眠療法においても、その介入内容の中心は痛みをコントロールしたり、鎮痛させたりしようとするものであった。つまり、これまでの心理療法は、痛みや不快感を除去したり緩和させたりすることに焦点をおいているのである。

Wenzlaff & Wegner (2000) によると、人が身体的な痛みを経験したときに、痛みに関する考えや感情を抑制したり除去したりしようとするのは、さらにその苦痛の強さや頻度を強めることがわかっている。つまり、青年 IBS に対して、痛みを除去したり、緩和させたりすることに焦点を当てた介入は、さらに苦痛を強める可能性がある。

以上により、青年 IBS の新たな心理的介入において、症状の緩和を目的としない介入を実施することが重要であるだろう。つまり、症状があってもその人が意義ある人生を送れるようになるアプローチを実施する方法が考えられる。そこで、そのような視点をもったアクセプタンス&コミットメント・セラピー（以下、ACT）の導入を提案したい。

青年 IBS を対象とした ACT の可能性

ACT とは、「心理的柔軟性 (psychological flexibility)」を増加させることを全般的目標とした心理的介入である。心理的柔軟性とは、より全面的に今の瞬間と接触し、価値づけされた目標に適うように、状況がもたらすものごとに基づき行動を変化あるいは持続させる能力である (Hayes, & Strosahl, 2004)。

心理的柔軟性は、6つの相互に関係するコア・プロセス（「今、この瞬間 (present moment)」, 「文脈としての自己 (self as context)」, 「アクセプタンス (acceptance)」, 「脱フュージョン (defusion)」, 「価値の明確化 (value clarification)」, 「コミットされた行為 (committed action)」) を通じて確立される。Figure 1に6つのコア・プロセスのモデルを図式化したものを示す (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012 武藤・三田村・大月訳 2014)。

Figure 1からわかるように、この6つのコア・プロセスは2つのグループにまとめられる。1つは、アクセプタンス、脱フュージョン、文脈としての自己を含むマインドフルネスとアクセプタンスのプロセスである。これは、ネガティブな内的事象 (身体感覚, 感情, 思考, 記憶など) の内容を修正したり, 除去したりするのではなく, ありのままに過不足なく受け止めることを意味する。もう1つは、今、この瞬間、価値の明確化、コミットされた行為を含むコミットメントと行動活性化のプロセスである。これは、ネガティブな内的事象を逃避・回避するのではなく、自分の価値 (人生において大切にしたいと思っている物事) に基づいた具体的な向社会

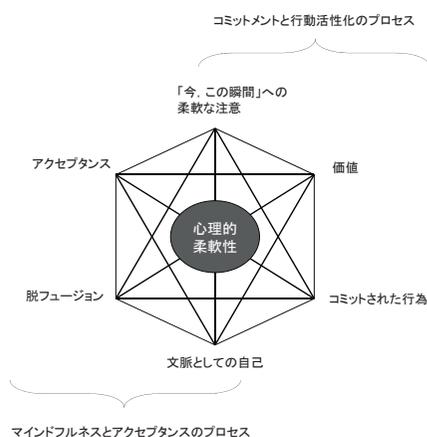


Figure 1. ACT のコア・プロセスモデル (Hayes et al., 2012 武藤他訳 (2014) を参考に筆者が作成)

的な行動を構築していくことを意味する。

ACTは、成人を対象として、多くの研究や実験によって、その有効性が支持されている。さらに、概念的な研究および実践的な研究によれば、子どもの発達段階に合わせて適切な形でACTを子ども向けのものへと作り替えることは可能であり(e.g., Murrell, & Scherbarth, 2006), 現在では、青年期を対象としたACTもさまざまな領域においてその適応に成功している(Murrell, & Scherbarth, 2006; Coyne, McHugh, & Martinez, 2011)。たとえば, Coyne et al. (2011) のレビューによると, 青年期を対象とし, 不安や抑うつ(Brown & Hooper, 2009; Hayes, Boyd, & Sewell, 2011), 慢性疼痛(Wicksell, Dahl, Magnusson, & Olsson, 2005; Wicksell, Melin, Lekander, & Olsson, 2008; Wicksell, Melin, & Olsson, 2007), 神経性無食欲症(Heffner, Sperry, Eifert, & Detweiler, 2002), リスクの高い性的行動をとる青少年(Metzler, Biglan, Noell, Ary, & Ochs, 2000)と幅広い領域での効果が支持されている。

このように, ACTは青年期における問題にも適応可能であるものの, 現在までに青年IBSを対象とした研究は実施されていない。しかし, ACTを用いた介入が青年IBSに適している可能性は高い。これまでに述べたように, ACTにはマインドフルネスとアクセプタンスのプロセス, コミットメントと行動活性化のプロセスがある。青年IBSを対象としたACTの場合, 前者で痛みや不快感, それに伴う考え, 感情などのネガティブな内的事象をコントロールせず受け入れることを目指し, 後者で症状によって制限されていた自分にとって価値のある行動を増やすことを目指すこととなる。これらのプロセスは, 従来の療法とは異なり, 痛みの除去や緩和に焦点を当てず, 症状を持ちながらも意義ある人生を送れるようになる介入といえる。また, 以上のように, ACTは, 症状の除去や緩和に焦点を当てていないことを強調してきた。しかし, Harris (2009)によると, 他の療法

と比較して発生は遅いものの, 実際のところ症状の緩和は起こることが多いとされる。つまり, ACTで通常の機能への回復を目的とした介入は, 最終的には症状の緩和へとつながる可能性もある。

また, 現時点において, 青年IBSと類似した症状を対象としたACTの研究は実施されており, その効果が支持されている。以下に, その研究例を明示する。Ferrerira (2011)は, 成人IBSを対象としたACTの研究を実施した。この研究は, 成人IBS患者に対してACTに基づく介入を実施し, 介入前後でのIBSに関連する結果の変化と回避行動の頻度の変化を検証することを目的とした。その結果, 消化管症状, QOL, 回避行動, 消化管症状に特化した不安の減少がみられ, ACTの効果が支持された。さらに, 青年IBSと類似した症状である小児慢性疼痛に対するACTの有効性を支持する実証研究は数多く存在し, 青年期においてもその有効性が支持されている(Wicksell et al., 2005; Wicksell et al., 2007; Wicksell et al., 2008)。これらの研究から, IBSに対するACTの有効性, 子どもにおける痛みとそれによって派生する障害へのACTの有効性が示唆され, 青年IBSを対象としたACTの有効性は大きく期待できるものと考えられる。

青年IBSを対象としたACTの配慮事項

このような介入を実施する場合, 子どもの発達段階に合わせて, またその症状に合わせてACTの具体的なプログラムを作成する必要がある。その際, 青年期を対象とした場合, IBSを対象とした場合の2つの特有の課題を考慮しなければならない。

まず, 青年期を対象とした場合の特有の課題として, 発達的に確立すべきものである, 自分にとって必要な言語に基づくルール(例:「授業中は静かにしなければいけない」)までも切り崩してしまう可能性があげられる(Greco & Hayes, 2008 小川訳 2013)。ACTのコア・

プロセスのひとつである脱フュージョンにおいて、クライアントは言語のもつ意味的な影響力を弱めることを学ぶ。そうすることで、マインドフルネスとアクセプタンスのプロセスを促進するのである (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012 武藤・三田村・大月訳 2014)。大人はこのプロセスが有益に働く場面 (例：「自分はダメである」という自分ルール) と有益に働かない場面 (例：「法律は守るものだ」という社会的ルール) を区別することができる。しかしこの区別が難しい子どもにとって、このようなプロセスが有益に働かないこと (必要なルールの崩壊) が起こりうるのである。ルールの生成、ルールに沿った行動は、子どもがさまざまな状況にうまく適応していくために不可欠な存在である。そこで、成人を対象とした場合よりもさらに、言語的なコントロールを確立することと、それを切り崩すことのバランスへの配慮が求められる。実際に、青年期を対象とした ACT の研究において、脱フュージョンのプロセスは行われている。しかし、その内容の多くは成人対象でよく用いられるような、直接に言語的意味を崩壊させるようなもの (例：お茶エクササイズ (Hayes & Smith, 2005 武藤・原井・吉岡・岡嶋訳 2010)) を用いない。言語的意味の崩壊ではなく、言語と距離をおく方法をとるのである。たとえば、小児慢性疼痛を対象とした ACT の研究 (Wicksell et al., 2005) では、脱フュージョンのプロセスにおいて、「痛みのモンスター」のメタファーが用いられた。痛みを外在化したモンスターに語らせることで、クライアントと苦痛との間に距離をとり、言語がクライアントに及ぼしている影響を弱めているのである。このように脱フュージョンのプロセスで用いる内容の工夫によって、青年期特有の発達の課題に対応していくことができる。また、青年期における ACT では、そもそも脱フュージョンのプロセスにあまり重きをおかない。つまり、そのプロセス以外から、マインドフルネスとアクセプタンスを促進するのである。その具体的な方法として、青年期を対象とした

ACT では、「しなやかスキル」を身につけることを目標とする (Ciarrochi, Hayes, & Bailey, 2012 大月・石津・下田監訳 2016)。しなやかスキルとは、1) 深呼吸をして、心を整える、2) 何が起きているか観察する、3) やりたいこと・大切にしたい価値に耳を傾ける、4) 価値に沿った行動を決めて、実行するといった4つのスキルの最初の一文字をつなげたものである。このなかで、マインドフルネスとアクセプタンスのプロセスの促進につながるものは、1) と2) のスキルである。つまり、脱フュージョンのプロセスももちろん含まれるが、その重きは「自分を観察する」ことにあり、脱フュージョンというより文脈としての自己 (思考や感情を観察する視点) のプロセスであるといえる。これらのことから、青年期を対象とした ACT プログラムでは、マインドフルネスとアクセプタンスのプロセスにおいて、脱フュージョンのプロセスの取り扱いに注意を払う必要があり、そのために上記のような工夫をしていくことが望まれるだろう。

さらに青年期を対象とした場合、しばしば ACT の概念は子どもにとって難しいのではないかと述べられる (Greco & Hayes, 2008 小川訳 2013)。しかし、実際に ACT の概念を教えるときに用いられる方法は、子どもが理解しやすいような方法となっている。具体的には、ACT のプロセスでは、他の介入方法と比較してメタファーや体験的エクササイズがよく用いられる。Heffner, Greco, & Eifert (2003) は、子どもたちに漸進的筋弛緩法を獲得するための教示として、字義通りの教示とメタファーを用いた教示のどちらが受け入れやすく、好みやすいかを検証した研究を実施した。その結果、メタファーを用いる方が好みやすく、教示として効果的であることが示唆された。この研究の対象年齢は3歳から6歳と幼いものの、このような方法は、すでに教育の現場で用いられているものとよく似ている (Greco & Hayes, 2008 小川訳 2013)。学校では体験活動を通じた学びや、難しい概念に対するメタ

ファーが用いられているのである。つまり、ACTは青年期にとって難しいというよりもむしろ青年期に特化し、適合した方法であると考えられる。

青年 IBS という症状を対象とした場合の特有の課題も存在する。それは痛みを受け入れることは、その症状の緩和が生じない限り子どもたちにとって抵抗が大きいということである (Greco & Hayes, 2008 小川訳 2013)。しかし、症状のコントロールは、それを悪化させてしまうことはこれまでに述べてきた。そこで、この課題に対応するために、小児慢性疼痛の領域でよく使われるように、価値を初めのセッションから導入していくことが求められる。Wicksell et al. (2005) が実施した小児慢性疼痛を対象とした ACT では、まず価値のアセスメントからセッションが始まった。これは、クライアントがマインドフルネスとアクセプタンスのプロセスに発展できるような動機づけのためである。青年 IBS を対象とした ACT では、小児慢性疼痛を対象とした ACT (Greco & Hayes, 2008 小川訳 2013) を参考に、1) いかなる犠牲を払おうとも腹痛のコントロールに取り組むことと、2) 腹痛やそれに伴う不快な感情があ

るときでも意義ある人生を送ることを区別させ、後者を達成できる動機づけを高めさせることが必要である。そのために価値は大きな役割を果たすだろう。

以上のように、青年 IBS に特化した ACT プログラムでは、その独自の配慮が考えられる。そこで、従来の ACT のコア・プロセスモデルを参考に、その青年 IBS に特化した介入モデルのイメージ図を Figure 2 に示す。

つまり、価値やそれに伴う行動を最重要に考え、マインドフルネスとアクセプタンスの促進をしていく。そして、マインドフルネスとアクセプタンスのプロセスの中では、脱フュージョンのプロセスを他のプロセスで補完していくのである。今後は、この青年 IBS に特化した ACT モデルに基づき、実際の介入効果を検討していく必要性が考えられる。

文 献

- Brown, F. J., & Hooper, S. (2009). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with a learning disabled young person experiencing anxious and obsessive thoughts. *Journal of Intellectual Disabilities, 13*, 195-201.
- Campo, J. V., Lorenzo, C. D., Chiappetta, L., Bridge, J., Colborn, D. K., Gartner, C., ... Brent, D. (2001). Adult outcomes of pediatric recurrent abdominal pain: Do they just grow out of it? *Pediatrics, 108*, E1.
- Chiou, E., & Nurko, S. (2010). Management of functional abdominal pain and irritable bowel syndrome in children and adolescents. *Expert Review of Gastroenterology and Hepatology, 4*, 293-304.
- Ciarrochi, J. V., Hayes, L., & Bailey, A. (2012). *Get out of your mind & into*

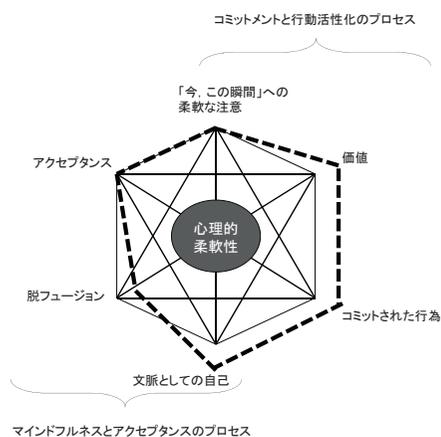


Figure 2. 青年 IBS に特化した ACT モデル (Hayes et al., 2012 武藤他訳 (2014) を参考に筆者が作成)

- your life for teens: A guide to living an extraordinary life.* Oakland, CA: New Harbinger Publications. (チャロッキ, J. V., ヘイズ, L., & ベイリー, A. 大月 友・石津 憲一郎・下田 芳幸 (監訳) (2016). セラピストが10代のあなたにすすめる ACT ワークブック——悩める人がイキイキ生きるための自分のトリセツ——星和書店)
- Coyne, L. W., McHugh, L., & Martinez, E. R. (2011). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Advances with children, adolescents, and families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20, 379-399.
- Duarte, A. M., Penna, J. F., Andrade, E. M. G., Cancela, C. S. P., Neto, J. C. A., & Barbosa, T. F. (2006). Treatment of nonorganic recurrent abdominal pain: Cognitive-behavioral family intervention. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 43, 59-64.
- El-Serag, H. B., Olden, K., Bjorkman, D. (2002). Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: A systematic review. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 16, 1171-1185.
- 遠藤 由香 (2010). 思春期におけるストレスと過敏性腸症候群 心身医学, 50, 733-740.
- 遠藤 由香・佐竹 学・福土 審・庄司 知隆・唐橋 一人・相模 康宏 … 本郷 道夫 (2007). 高校生における過敏性腸症候群の特徴 心身医学, 47, 641-647.
- Endo, Y., Shoji, T., Fukudo, S., Machida, T., Machida, T., Noda, S., & Hongo, M. (2011). The features of adolescent irritable bowel syndrome in Japan. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 26, 106-109.
- Ferrerira, N. B. (2011). Investigating the role of psychological flexibility and the use of an Acceptance and Commitment Therapy based intervention in irritable bowel syndrome (Doctoral dissertation). The University of Edinburgh, Edinburgh.
- Greco, L. A., & Hayes, S. C. (2008). *Acceptance & Mindfulness Treatments for Children and Adolescents: A Practitioner's Guide.* Oakland, CA: New Harbinger Publications. (グレコ, L. A., ヘイズ, S. C. 小川 真弓 (訳) (2013). 子どもと青少年のためのマインドフルネス & アクセプトランス——新世代の認知/行動療法実践ガイド 明石書店)
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on Acceptance and Commitment Therapy.* Oakland, CA: New Harbinger Publications. (ハリス, R. 武藤 崇 (監訳) (2012) よくわかる ACT——明日からつかえる ACT 入門——星和書店)
- 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., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind & into your life: The new Acceptance & Commitment Therapy.* Oakland, CA: New Harbinger Publications. (ヘイズ, S. C., スミス, S. 武藤 崇・原井 宏明・吉岡 昌子・岡嶋 美代 (訳) (2010). ACT (アクセプトランス&コミットメント・セラピー) をはじめる——セルフヘルプのためのワークブック——星和書店)
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). A

- practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer-Verlag.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press. (ヘイズ, S. C., ストローザル, K. D., & ウィルソン, K. G. 武藤崇・三田村 仰・大月 友 (監訳) (2014). *アクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT) 第2版——マインドフルな変化のためのプロセスと実践——* 星和書店)
- Heffner, M., Greco, L. A., & Eifert, G. H. (2003). Pretend you are a turtle: Children's responses to metaphorical versus literal relaxation instructions. *Child & Family Behavior Therapy, 25*, 19-33.
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., & Detweiler, M. (2002). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa; A case example. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 232-236.
- Hicks, C. L., von Baeyer, C. L., & McGrath, P. J. (2006). Online psychological treatment for pediatric recurrent pain: A randomized evaluation. *Journal of Pediatric Psychology, 31*, 724-736.
- Hotopf, M., Carr, S., Mayou, R., Wadsworth, M., & Wessely, S. (1998). Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based cohort study. *British Medical Journal, 316*, 1196-1200.
- Huertas-Ceballos, A. A., Logan, S., Bennett, C., & Macarthur, C. (2008a). Pharmacological interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD003017
- Huertas-Ceballos, A. A., Logan, S., Bennett, C., & Macarthur, C. (2008b). Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD003014
- Huertas-Ceballos, A. A., Logan, S., Bennett, C., & Macarthur, C. (2010). Dietary interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood (Review). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal, 5*, 758-788.
- Hyams, J. S., Burke, G., Davis, P. M., Rzepski, B., & Andrulonis, P. A. (1996). Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: A community-based study. *The Journal of Pediatrics, 129*, 220-226.
- Kanazawa, M., Endo, Y., Whitehead, W. E., Kano, M., Hongo, M., & Fukudo, S. (2004). Patients and nonconsulters with irritable bowel syndrome reporting a parental history of bowel problems have more impaired psychological distress. *Digestive diseases and science, 49*, 1046-1053.
- Longstreth, G. F., Thompson, W. G., Chey, W. D., Houghton, L. A., Mearin, F., & Spiller, R. C. (2006). Functional bowel disorders. *Gastroenterology, 130*, 1480-1491.
- Lorenzo, C. D., Colletti, R. B., Lehmann,

- H. P., Boyle, J. T., Gerson, W. T., Hyams, J. S. … Walker, L. S. (2005). Chronic abdominal pain in children: A technical report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 40, 249-261.
- Metzler, C. W., Biglan, A., Noell, J., Ary, D. V., & Ochs, L. (2000). A randomized controlled trial of a behavioral intervention to reduce high-risk sexual behavior among adolescents in STD clinics. *Behavior Therapy*, 31, 27-54.
- Murrell, A. R., & Scherbarth, A. J. (2006). State of the research & literature address: ACT with children, adolescents and parents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2, 531-543.
- Miwa, H. (2008). Prevalence of irritable bowel syndrome in Japan: Internet survey using Rome III Criteria. *Patient Preference and Adherence*, 2, 143-147.
- 日本消化器病学会（編）（2014）. 機能性消化器疾患診療ガイドライン2014——過敏性腸症候群（IBS）—— 南江堂
- Pace, F., Zuin, G., Giacomo, S. D., Molteni, P., Casini, V., Fontana, M., & Porro, G. B. (2006). Family history of irritable bowel syndrome is the major determinant of persistent abdominal complaints in young adults with a history of pediatric recurrent abdominal pain. *World Journal of Gastroenterology*, 12, 3874-3877.
- Paul, S. P., Barnard, P., Bigwood, C., & Candy, D. C. (2013). Challenges in management of irritable bowel syndrome in children. *Indian Pediatrics*, 50, 1137-1143.
- Rasquin, A., Di Lorenzo, C., Forbes, D., Guiraldes, E., Hyams, J. S., Staiano, A., & Walker, L. S. (2006). Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/adolescent. *Gastroenterology*, 130, 1527-1537.
- Rasquin-Weber, A., Hyman, P. E., Cucchiara, S., Fleisher, D. R., Hyams, J. S., Milla, P. J., & Staiano, A. (1999). Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut*. 45. II 60- II 68.
- Robins, P. M., Smith, S. M., Glutting J. J., & Bishop, C. T. (2005). A randomized controlled trial of a cognitive-behavioral family intervention for pediatric recurrent abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 397-408.
- Rutten, J. M. T. M., Reitsma, J. B., Vlieger, A. M., & Benninga, M. A. (2013). Gut-directed hypnotherapy for functional abdominal pain or irritable bowel syndrome in children: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 98, 252-257.
- Sagawa, T., Okamura, S., Kakizaki, S., Zhang, Y., Morita, K., & Mori, M. (2013). Functional gastrointestinal disorders in adolescents and quality of school life. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 28, 285-290.
- Sprenger, L., Gerhards, F., & Goldbeck, L. (2011). Effects of psychological treatment on recurrent abdominal pain in children — A meta-analysis.

- Clinical Psychology Review*, 31, 1192-1197.
- Van Tilburg, M. A. L., Chitkara, D. K., Palsson, O. S., Turner, M., Blois-Martin, N., Ulshen, M., & Whitehead, W. E. (2009). Audio-recorded guided imagery treatment reduces functional abdominal pain in children: A pilot study. *Pediatrics*, 124, e890-e897.
- Varni, J. W., Lane, M. M., Burwinkle, T. M., Font-aine, E. N., Youssef, N. N., Schwimmer, J. B. ... Easley, D. J. (2006). Health-related quality of life in pediatric patients with irritable bowel syndrome: A comparative analysis. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27, 451-458.
- Vlieger, A. M., Menko-Frankenhuys, C., Wolfkamp, S. C. S., Tromp, E., & Benninga, M. A. (2007). Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Gastroenterology*, 133, 1430-1436.
- Walker, L. S., Guite, J. W., Duke, M., Barnard, J. A., & Greene, J. W. (1998). Recurrent abdominal pain: A potential precursor of irritable bowel syndrome in adolescents and young adults. *The Journal of Pediatrics*, 132, 1010-1015.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.
- Weydert, J. A., Shapiro, D. E., Acra, S. A., Monheim, C. J., Chambers, A. S., & Ball, T. M. (2006). Evaluation of guided imagery as treatment for recurrent abdominal pain in children: A randomized controlled trial. *Bio Med Central Pediatrics*, 6(29), 1-10.
- Wicksell, R. K., Dahl, J., Magnusson, B., & Olsson, G. L. (2005). Using Acceptance and Commitment Therapy in the rehabilitation of an adolescent female with chronic pain: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 415-423.
- Wicksell, R. K., Melin, L., Lekander, M., & Olsson, G. L. (2008). Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain: A randomized controlled trial. *Pain*, 141, 248-257.
- Wicksell, R. K., Melin, L., & Olsson, G. L. (2007). Exposure and acceptance in the rehabilitation of adolescents with idiopathic chronic pain: A pilot study. *European Journal of Pain*, 11, 267-274.
- Yamamoto, R., Kaneita, Y., Osaki, Y., Kanda, H., Suzuki, K., Higuchi, S. ... Ohida, T. (2015). Irritable bowel syndrome among Japanese adolescents: A nationally representative survey. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 30, 1354-1360.