

成人期の吃音に対するアクセプタンス& コミットメント・セラピーによる心理・社会的介入の可能性

Acceptance & commitment therapy for stutter in adulthood: A review

松岡里紗¹ 武藤 崇²

Risa MATSUOKA Takashi MUTO

要 約

本稿の目的は、吃音をもつ成人に対する心理・社会的介入の効果に関する研究動向を示し、アクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT) の有効性について展望を行うことであった。従来の吃音に対する心理・社会的支援では、吃音の流暢性、および二次的症状の改善を同時に行うことは困難であることが示唆された。しかし、近年注目されている ACT による吃音の支援では、流暢性や二次的症状の改善が認められており、改善の効果が期待できる。今後の展望として、無作為化比較試験の実施、効果的なエクササイズの特定、ACT の構成要素と吃音の関係性、以上3点の検討の必要性が議論された。

キーワード：吃音、成人の吃音者、心理・社会的支援、アクセプタンス&コミットメント・セラピー (ACT)

はじめに

吃音とは、話し言葉がスムーズに出てこない、流暢性にまつわる障害である。吃音をもつほとんどの児童が成長するにつれて自然回復するとされているが (Månsson, 2000)、問題が慢性化し、継続して吃音症状により生活に困難を示す成人の吃音者も多い (Sheehan, 1970)。また、発話症状だけでなく、それに伴う心理的な問題に悩まされる傾向にある。そのため、発話症状のみならず、吃音による心理的な症状にアプローチすることが必要になるが、成人の吃音者のニー

ズに沿った心理・社会的支援が十分に検討されているとは言い難い。

そこで本稿では、まず、吃音の定義、診断基準、およびその特徴について概観し、これまでに実施されてきた成人期の吃音に対する支援方法および諸問題について指摘した上で、吃音に対する新たな支援方法としてアクセプタンス&コミットメント・セラピー (Hayes, & Strosahl, 2004) を提案することを目的とする。

吃音の定義

吃音とは、「精神障害の診断と統計マニュアル、第5版 (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013)」において神経発達障害群に分類される小児期発症流暢性および小児期発

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)

症流暢障害のことを指し、発話の流暢性に困難を示すような障害である。吃音の有無を診断する際は、「吃音検査法」(小澤他, 2016)を用いて中核症状の生起頻度を確認するが、持続時間、緊張性、随伴症状、工夫・回避の生起する割合を含めた重症度に関する所見も考慮し診断されることになる(小澤他, 2016)。吃音は発生時期によって、発達性吃音と獲得性吃音の二種類に分類され、前者は発達早期に発症した吃音に悩まされ、後者は事故等による器質的な損傷や心的外傷によって後天的に吃音に悩まされる。成人の中では、吃音者の9割は発達性吃音であることが指摘されている(Yairi & Serry, 2014)。本稿では、主に発達性吃音について言及していく。

吃音の症状

吃音の症状は、とりわけよく知られている「連発」、「伸発」、「難発」等の発話の症状だけでなく、随伴症状や二次的の症状など様々な症状が挙げられる(Table 1)。先に挙げた「連発」等の症状は、吃音に特徴的な非流暢性とされる中核症状のことを指し、一方で、非吃音者にも多く見られる非流暢性である「語句の繰り返し」や「間」等はその他の非流暢性として分類される(小澤他, 2016)。また、発話行動に伴う四肢、体幹、顔面、頸部に現れる身体症状として随伴症状や、吃音に対する否定的な自己認識から現れる症状として二次的の症状が挙げられる。これらの症状を専門家が捉える際は、吃音者が意図的に使用しているものか、あるいは意思とは無関係に自然に生じるものか分けて捉える必要があると指摘されている(都築, 2015)。

吃音症状の進展は、第一層-第四層の4つに分かれており、症状が進展したり戻ったりする。第一層と第二層は中核症状によって特徴づけられており、この二つの層にかけて中核症状に悩まされることが多いとされる。この層の間を行き来している場合は自然回復が見込まれる(森, 2018)。しかし、第二層の後半部分になると中核症状だけでなく、随伴症状や音がうまくで

こないブロックが生じるようになり、その結果、吃音に関する否定的な感情が芽生え始めるが、このタイミングでは、否定的な認識はまだ弱いものであるため、適切な支援を受けることができれば第三層に移ることはないとされている(都築, 2015)。一方、第三層や第四層にまで進展すると、二次的の症状が発現し、発話や特定の場所に対する回避傾向が認められるようになるため、進展段階が進むにつれ症状の種類が増えて悩みが深くなり、生活への支障が大きくなることから、吃音の症状が「悪化」していると判断されることもある(都築, 2015)。

成人の吃音について

成人期の吃音では、発話症状のみならず、それに伴う心理・社会的問題に対して支援する必要があるとされる。例えば、Craig, Blumgart, & Tran (2009)は吃音者のQuality of Life (QOL)について調査しており、発話症状が原因で活力、社会的機能、情緒的機能、精神的健康の各領域において影響を及ぼすことが明らかにされている。また、Blood (1995)は、Van Riper & Emerick (1984)の定義を踏まえた上で、吃音の本質的な問題として発話症状以外のものも取り上げており、心理的ストレスによる感情の突出、吃音に対する否定的態度、それによる生活スタイルの制限、発話のセルフコントロールの困難さ、以上3点についてもアプローチすることが必要であると指摘している。実際に、社会に出てからも吃音に悩まされることで、転職を繰り返したり、職業につかず引きこもったりすることも指摘されている(太田・長澤, 2004)。そのため、成人期の吃音者に対する心理的・社会的支援は必要不可欠であることが考えられる。次の章では、現時点で把握されている成人の吃音者に対する治療や支援について概観し、問題点についても同時に取り上げる。

Table 1
吃音の主な症状（小澤他（2016）、都筑（2015）を一部改変）

発話症状	中核症状	各症状	説明	例	備考
連発		音や音節の反復		「みみみみみかん」	自分の意思とは無関係に生じる症状
伸発		子音部・母音部またはモーラの不自然な伸び		「み〜かん」	
難発		構音運動の停止		「み かん」	
その他の非流暢性		語句の繰り返し		「これは これは みかん」	非吃音者にも認められる
		挿入	文脈から外れた意味上不要な語音、語句の挿入	「えーと、あの一」	症状
		中止	語、文節または句が未完結に終わる	「み かの みかんが」	
		とぎれ	語中や文節中の音の連続性の瞬間的な遮断と把握されるもので、緊張性を伴わない	「み、みかんが」	
		間	語句間の不自然な間	「みかんの たいようが」	
		言い直し	助詞等の変更を伴って既發文節の修正・反復	「みかんを いや、みかんを」	
身体症状	随伴症状	呼吸器系の運動や緊張	異常呼吸やあえぎ		正常な発語に必要とされる以上の身体運動で自分の意思とは無関係に生じる
		口腔・顔面の運動や緊張	舌打ち、開口、目を閉じる、鼻腔を膨らませる等		
		頭部・頸部の運動や緊張	首を前後方向、側面などへ動かす		
		四肢の運動や緊張	手足を振る、手で顔や体を叩く、足で床を蹴る等		
		体幹の運動や緊張	硬直させる、前屈、のけぞり等		
二次的状況	行動	意図的操作	解除反応、助走、延期等のももらないための工夫		吃音者の QOL に影響を及ぼすような要因
		回避	発話や場面を避ける行動		
		注目	語音、発話、身体の状態、発話の結果等への注目		
		意図的発話	意図して言葉を出そうとする行動		
	情緒性反応・思考	否定的情動反応	自覚できる辛い、悲しいなどの感情や情動反応		
		吃音に対する否定的価値観	吃音の症状は価値の劣るものだとする考え		
		否定的自己認識	自分は価値の劣る人間だとする考え		

成人期の吃音に対する治療の現状

日本における成人期の吃音例に対する主要な治療法として、直接法と間接法が挙げられる。児童への吃音に対する指導方法を検討した前新・磯野・寺尾(2002)によると、直接法は子どもへの発話行動自体への介入を中心とする言語指導であり、間接法は心理的圧力を除去するために発話行動以外の側面や環境面を対象とする方法とされる。また、上記以外の治療法として近年では認知行動療法やマインドフルネスも注目されるようになった。そこで以下では、直接法の代表的な例である流暢性形成法(flucency shaping)、吃音緩和法(stuttering modification)と、間接法の代表的な例であるメンタルリハーサル法、そして認知行動療法、マインドフルネスを概観する。

流暢性形成法・吃音緩和法

流暢性形成法とは、吃音が生じにくい話し方を訓練室内で確立し、スムーズに話せるように般化していく方法で、言語聴覚士が比較的理理解しやすしい介入方法である(坂田, 2012)。流暢性を形成するステップは認知行動療法のエクスポージャーと類似しており、流暢性のある発話を訓練によって確立させてから、徐々に特定の場面で練習し、日常で流暢性を維持できるように訓練していく(小林・川合, 2013)。流暢性形成法を用いたプログラムは世界的に多く実施されており、流暢性形成法には一定のエビデンスの蓄積があることが指摘されている(坂田, 2012)。

例えば、Onslow, Casta, Andrews, Harrison, & Packman (1996)は、集中的な引き伸ばし発話(prolonged speech)治療の効果検討を平均年齢が21.0歳(範囲10.7~41.6歳)の吃音者に対して実践した。その結果、2-3年間にプログラムを継続した参加者の吃音は、症状がゼロ、もしくはゼロに近い値まで達成したことが報告された。また、このプログラムの中では目標とされるような発話率が設定されて

いなかったものの、ほとんどの参加者が一般的に指定されている発話率を上回ったことが明らかにされた。

一方、吃音緩和法は流暢性形成法とは異なり、力が入った吃音を楽な吃音にしてわざとどもることによって吃音症状に慣れていく方法である(森, 2018)。Yairi & Seery (2014)によると、どもる経験を増やすことで、どもっても大丈夫という考えを発生させ、その結果過敏な情緒反応が減少し、自然とコミュニケーションが楽になることを目指していく方法とされる。流暢性形成法では主に発話に関する介入が多かったものの、吃音緩和法では吃音に対する認知的・心理的な反応についても扱う場面もある。

例えば、Blomgren, Calister, & Merrill (2005)は、3週間にわたって19人の吃音の成人に吃音緩和法を行ったところ、吃音の中核症状および、吃音に対する情緒的な反応において訓練後に有意な改善が認められたことを報告した。しかし、6ヶ月後のフォローアップでは、吃音に対する内的な特徴を検査する Perception of stuttering Inventory (PSI: 吃音認知目録)の回避と予期、および Multicomponent Anxiety Inventory IV (MCAI-IV)の精神と体性不安以外の項目は維持されていなかった。そのため、二次的な心理的問題に対する介入が行われていたとしても、十分な改善が長期的に認められるとは言い難い。以上のことから、吃音緩和法において情緒的側面に介入するとはいえ、直接法である流暢性形成法と吃音緩和法は、主に発話症状の改善に焦点が当てられていると言える。成人の吃音者に対する流暢性形成法や吃音緩和法の効果は認められているように窺えるが、二次的に発生する心理・社会的問題への介入を同時に扱うことは難しいと考える。

メンタル・リハーサル法

メンタル・リハーサル法(以下、M・R法とする)はすでに概観した直接法とは異なり、意図的なコントロールを行わずに発話の流暢性を

目指す間接法に分類される方法である。M・R法を使用する際は、過去の発話や行動における失敗場面に対して、自然な発話や適した行動をイメージしリハーサルすることで、その場面に対する恐れを脱感作し、自然で無意識な発話を再学習させるという訓練を行う（福永他，2019）。M・R法の中で系統的脱感作が使用されることから認知行動療法と類似する点があると指摘されるものの、吃音者に発話症状を発生させる脳活動の存在を前提としている点が認知行動療法と異なると都筑（2015）は指摘している。

M・R法の実施例として、都筑（2002）は吃音をもつ12～68歳の39人に対して系統的脱感作を組み込んだM・R法を使用し効果検討を行った。その結果、全症例における36%が日常生活で吃音に悩まされないレベルまで改善したことが報告された。また、都筑・酒井・坂田（2010）は、年表方式のM・R法を使用した成人発達性吃音の2例の治療例を報告している。その際、幼児期から中学生までの吃音にまつわるエピソードを取り上げ、それらに関わる恐怖に対して系統的脱感作を行なった。その結果として、日常生活場面への般化に必要な条件がこの症例研究から示されたが、臨床場面の発話結果だけで吃音が治癒したと判断することは難しいと結論付けられた。加えて、福永他（2019）は、成人の吃音者1例に対して年表方式のM・R法を用いて流暢性や随伴症状等の変化を前後比較している。その結果、日常生活における非流暢性の改善が認められたものの、吃音検査場面における工夫や随伴症状が維持されたこと、自己評定において回避が示されたことから、吃音の全般的な改善については検討する必要があると指摘している。

このようにM・R法によって発話症状の改善が認められている例があるものの、長期的な症状の経過や心理・社会的問題に関する効果についても検討する必要があると考えられる。

認知行動療法パッケージ

認知行動療法とは、クライアントの持つ行動や情動の問題に加えて、認知的な問題を治療の標的とし、効果が実証されている行動的技法と認知的技法を組み合わせて用いることで問題の改善を目指す治療アプローチである（嶋田，2005）。アメリカ心理学会の第12部会が認定する心理療法を紹介するサイト（<http://www.psychologicaltreatments.org/>）において認知行動療法が紹介されており、うつ病、パニック障害、社交不安障害、摂食障害、統合失調症等のさまざまな問題に対して適用が可能であることが指摘されている。他の疾患と同様に、吃音に対する認知行動療法の効果も検討されるようになっていく。

例えば、Menzies et al. (2008) は臨床心理士とともに認知的再構成法、エクスポージャー、行動実験を含む吃音者に適するCBTのプログラムを検討し、そのパッケージが社交不安や吃音に効果があるかどうか30人の成人について調査した。無作為化比較試験（Randomized Controlled Trial：以下、RCT）によって検討した結果、対照群において社交不安の低減は認められなかったが、CBT群では社交不安の低減が認められ、不安と回避に関する心理学的な項目についても改善が見られた。そのため、認知行動療法が吃音における心理的機能の改善に繋がることが示唆されたが、一方で流暢性の改善までには至らなかったことが報告されている。

また、成人の吃音者の中には、社交不安障害を併発している人も多いため、Menzies et al. (2019) はその点を考慮しオンライン型のCBTプログラム介入の実現性を検討した。具体的には、Helgadóttir, Menzies, Onslow, Packman, & O'Brian (2009) で開発されたクライアントに臨床心理士との個人的な接触を直接求めないようなオンラインプログラムを参考に、吃音に対するオンラインのCBTプログラムの効果検討を実施した。その結果、対照群と比べてオンラインCBT群において自己評価

による吃音の重症度と生活の質が統計的に有意に高かったことが報告された。しかし、実際のカウンセリング場面でも同様の効果が期待されるかどうかは検討されていないため、オンライン型の介入プログラムだけではなく、対面でも適用できるようなCBTプログラムの検討を続けていく必要がある。

一方、本邦では、富里・矢田・白石・和佐野(2020)が吃音の成人11人に対して低強度認知行動療法を用いた効果検討を行なった。低強度認知行動療法とは、提供する人を専門家に限定せず、支援者・実践者が個人々の患者に使う時間を減らすために集団を利用したり、短い時間の面接で認知行動療法を提供したりすることでより多くの人が容易にサービスを受けられるようになる方法である(大野, 2012)。この方法を使用した結果、吃音症状に伴う社交不安や、クライアントが抱える吃音に対する心理的な問題の軽減は認められたが、発話症状については改善傾向にあったものの有意差は認められなかった。

以上のような研究から、認知・行動療法は成人の吃音における心理・社会的側面に効果があることが期待される。しかし、本邦における吃音への認知・行動療法の効果を検討した報告は少なく、富里他(2020)の研究はRCTで実施されていないため、すべての吃音者に効果があるとは言い難い。また、Menzies et al. (2008)や富里他(2020)のように発話症状と心理・社会的側面を同時に改善させることは困難であることが予想される。そのため、発話症状と心理・社会的側面に対して同時に効果をもたらすような心理・社会的支援が必要とされる。

マインドフルネス

マインドフルネスとは、今この瞬間に対する価値判断をしないような積極的な気づきのことを指す(Kabat-Zinn, 1994)。マインドフルネスを用いたトレーニングがさまざまな疾患に対して行われる中、吃音の分野においてもその有用性について検討されるようになってきた。

Boyle (2011) は、マインドフルネストレーニングにより、感覚運動的な側面と吃音に対する心理・社会的な側面の両側面において回復されることを指摘している。そのため、発話症状と心理・社会的側面の両方に同時にアプローチできることが期待される。

例えば、De Veer, Brouwers, Evers, & Tomic (2009) は、37人の成人の吃音者に対しマインドフルネスを応用したマインドフルネス低減法を使用した効果検討を行なった。その結果、プログラム直後と4週間後において発話状況に対する不安やストレス・緊張の減少が認められた。また、発話状況に対する自己効力感も認められ、発話状況に対して前向きな行動を取るようになることが指摘された。

灰谷・佐々木・熊野(2015)は、成人の吃音者8人に対して2週間にわたるマインドフルネスエクササイズを実施し、発話やコミュニケーションに与える影響について検討している。上記の研究では、マインドフルネスエクササイズとしてレーズン・エクササイズと15分間の呼吸に気づきを向けるエクササイズを行っていた。研究を完遂した5名のうち2名が、自身が苦手とする発話場面にマインドフルネスエクササイズを活用することができたこと、また、5名のうち3名の参加者においてマインドフルネスエクササイズによる日常生活での変化が見られたことが示された。ただし、灰谷他(2015)は、個々の吃音問題に対するマインドフルネスエクササイズの活用の仕方や、実施するエクササイズの種類や、エクササイズの実施期間によって効果が変化するかどうかについて更なる検討をする必要があることを指摘している。

上述したように、マインドフルネスは発話症状と心理・社会的問題に同時にアプローチすることが期待されるが、直接的にマインドフルネスエクササイズを取り入れた実践的研究は非常に少ない。そのため、成人の吃音に対する心理・社会的支援として理想的な支援方法であるものの、エビデンスを蓄積することが最優先であると考えられる。

成人期の吃音に対する 新たな介入方法の可能性

発話の流暢性を改善させる流暢性形成法や吃音緩和法は、主に発話症状の改善に焦点が当てられていた。また、M・R法と認知行動療法は発話症状の改善と二次的の改善の両立が難しいことが示唆された。マインドフルネスにおいては、その両立が期待できるもののエビデンスが不足していることが明らかとなった。そのため、成人期の吃音への効果的な治療法は未だ確立されていないと考えられる。

これまでの成人期の吃音者に対する効果検討においては、(a) 流暢性を正常の範囲まで改善させること、(b) 二次的の改善を改善させることを目標に研究が行われてきたように考えられる。しかし、上記で述べたように (a) と (b) の目標を同時に達成させることは困難であることが考えられる。また、これらの目標に対する弊害として、吃音を減らす介入を行うと、一時的に症状は回復するが長期的な改善は認められないことが指摘される (水町, 2005)。そのため、(a) の目標に集中的に取り組むことは、かえって逆効果になる可能性が考えられる。また、吃音者の当事者によるセルフヘルプグループは1967年に「吃音者宣言」を出しており、吃音を治すのではなく、吃音と共に社会参加するということを掲げている (伊藤, 1976)。このことから、認知や行動をあえて修正するのではなく、吃音がある状態を受け入れた上で豊かな生活を送ることが今後の目標になることが考えられる。

以上のことを踏まえると、対処的に吃音に取り組むのではなく、吃音の症状があってもその人が意義のある人生を送ることができるアプローチを検討する必要がある。そこで、以上のような視点を持つとされるアクセプタンス&コミットメント・セラピー (以下、ACT とする) を吃音の心理・社会的支援に導入することを提案する。

成人期の吃音者に対する心理的支援としての ACT

ACT とは、第三世代の認知行動療法と呼ばれるもので、「心理的柔軟性 (psychological flexibility)」を増加させることを主たる目標とした心理的な介入方法である。「心理的柔軟性」とは、十分な気づきと開かれた心を持って、「今の瞬間」に存在し、自分の価値に従って行動する能力のことを指す (Harris, 2009 武藤監訳 2012)。その「心理的柔軟性」は6つのコア・プロセスから構成されており、「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 (Hayes, & Strosahl, 2004)。ACT では、ネガティブな私的事象 (認知・思考・記憶・身体感覚等) を無理やり除去したり、修正したりするのではなく、それらの内的体験をありのままに受け止めるようなエクササイズを行い、自分の価値 (人生における大切なこと) に基づいた行動を活性化させることを目指す。

成人を対象とした ACT の研究は広く行われており有効性が支持されている。特に、A-Tjak et al. (2015) のメタ分析では、不安症やうつ病に対して、一般的な治療よりも ACT が効果的であることが明らかにされた。成人の吃音者に対しても ACT を使用した効果研究がいくつか実施されているため、Table 2 に研究デザインや介入内容等についてまとめた。

Beilby, Byrnes, & Yaruss (2012) は、(a) 吃音に対する心理的な機能、(b) ACT という新たなプログラムに対する受容、(c) 心理的柔軟性やマインドフルネススキルの活用、(d) 流暢性の程度の4点に焦点を当てて ACT の効果検討を行った。発達性吃音を持つ男女各10人を対象に、全8回のオリジナル ACT プログラムを実施した。その結果、介入前から介入後にかけて、吃音の頻度、吃音に対する心理的な反応、マインドフルな気づき、アクセプタンス、使用された全ての指標において有意な改善が認

Table 2
ACT による吃音介入の先行研究

著者	年齢	人数	デザイン	結果
Beilby et al. (2012)	19-65歳 ($M=28.75$)	20人	前後比較 グループ介入	介入後, 吃音に対する心理的な反応, アクセプタンス, 流暢性が有意に改善した。治療後3ヶ月のフォローアップの調査においても, 継続的に効果が維持されていることが示された。
藤原 (2016)	26歳	1人	症例研究	介入前に見られなかった余暇活動の増加が介入後に見られた。介入後に主観的な吃音の回数の減少が報告され, 3ヶ月後のフォローアップまでその効果は維持された。

められた。また, 藤原 (2016) は ACT を用いた症例研究を行っている。この事例では, ACT を用いる前段階として, クライエントの「吃音をなくしたい」という主訴を尊重し治療が進められていた。しかし, 一時的に発話症状は軽減したものの, その後悪化したことが示されたため, ACT を適用した。直接的に発話症状をなくすというアプローチをせず, ACT の枠組みのもと治療を行ったところ, クライエントの生活は改善され, 結果的に発話症状が軽減されたことが報告されている。

このように, 成人の吃音者に対して ACT を適用することは効果的であると考えられる。しかし, 吃音者に対して ACT を実施した研究が圧倒的に少ないことが問題点として挙げられる。Beilby et al. (2012) も, 吃音の臨床場面における応用可能性を検討するために, 参加者人数を増やし, エビデンスを蓄積することの重要性を指摘している。また, Beilby et al. (2012) や藤原 (2016) の研究では, 3ヶ月後のフォローアップまでの効果は検討しているものの, それ以降の長期的な効果については検討していない。長期にわたる心理的側面や流暢性の改善についても併せて検討していく必要がある。

今後の展望

成人の吃音者に対する ACT の今後の展望に

ついて以下にまとめる。まず, RCT を用いた効果研究が一つもないため, RCT による検証が必要不可欠とされる。RCT は, ある心理療法が何らかの疾患や障害に効果的であると証明するために必要な厳密な実験デザインである (石川, 2014)。したがって, RCT による成人の吃音者に対する ACT の効果検討が急務であり, エビデンスの蓄積が必要である。

次に, どのような ACT エクササイズが吃音者にとって効果的であるか検討しなければならないという点である。例えば, ACT の脱フュージョンに関するエクササイズとして「お茶エクササイズ」(Hayes, & Smith, 2005 武藤・原井・吉岡・岡嶋監訳, 2010) がよく使用される。このエクササイズは, 言葉はただの音の連なりで, 悩まされている内的事象も結局は音の連なりでしかないことを理解してもらうエクササイズである。そのような理解を深めるために, 30秒間ほど「お茶」という単語をひたすら口頭で連呼する必要がある。しかし, 発話症状に悩みを抱える吃音者にとっては口頭で連呼することに抵抗を覚える可能性がある。吃音者に ACT を実施するときに, どのようなエクササイズが最適であり効果的であるのか今後検討する必要がある。

最後に, 吃音と ACT のコア・プロセスがどのように関係しているのか検討する必要があることである。藤原 (2016) は, コア・プロセスと吃音の症状の相互的な関係を探りながら, プ

プロセスに働きかける必要があることを指摘している。吃音と ACT に関する研究は少ないため、今後はこの点についても検討していく必要がある。また、吃音の症状を十分に理解した上で ACT を実施するために、心理臨床家だけでなく、吃音の専門家である言語聴覚士や医者と共に検討することで、吃音と ACT の関係性について深く検討することが重要である。

今後は、以上の三点に留意しつつ、成人の吃音者に特化した ACT の実際の介入効果について検討していく必要がある。

文 献

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington DC: Author.
(高橋 三郎・大野 裕 (監訳) (2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院)
- A-Tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *PsychotherPsychosom*, *84*, 30-36.
- Beilby, J. M., Byrnes, M. L., & Yaruss, J. S. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. *Journal of Fluency Disorders*, *37*, 289-299.
- Blomgren, M., Roy, N., Calister, T., & Merrill, R. M. (2005). Intensive stuttering modification Therapy: A multidimensional assessment of treatment outcomes. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *48*, 509-523.
- Blood, G. W. (1995). A behavioral-cognitive therapy program for adults who stutter: Computers and counseling. *Journal of Communication Disorders*, *28*, 165-180.
- Boyle, M. P. (2011). Mindfulness training in stuttering therapy: A tutorial for speech-language pathologists. *Journal of Fluency Disorders*, *36*, 122-129.
- Craig, A., Blumgart, E., & Tran, Y. (2009). The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, *34*, 61-71.
- De Veer, S., Brouwers, A., Evers, W., & Tomic, W. (2009). A pilot study of the psychological impact of the mindfulness-based stress reduction program on persons who stutter. *European Psychotherapy*, *9*, 39-56.
- 藤原 慎太郎 (2016). 吃音者に対するアクセプタンス&コミットメント・セラピー——症例研究—— 行動療法研究, *42*, 293-303.
- 福永 真哉・塩見 将志・時田 春樹・池野 雅裕・矢野 実郎・永見 慎輔 (2019). 成人吃音者に対するメンタルリハーサルの効果——吃音検査法での評価—— 音声言語医学, *60*, 162-169.
- 灰谷 知純・佐々木 淳・熊野 宏昭 (2015). 短期間のマインドフルネスのエクササイズが吃音者の発話およびコミュニケーションに与える影響 コミュニケーション障害学, *32*, 20-26.
- 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, 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, 武藤 崇・原井 宏明・吉岡 昌子・岡嶋 美代 (訳) (2010). ACT (アクセプタンス&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.
- Helgadóttir, F. D., Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., & O'Brian, S. (2009). Online CBT II: A phase I trial of a standalone, online CBT treatment program for social anxiety in stuttering. *Behavior Change*, 26, 254-270.
- 石川 信一 (2014). 実証に基づく心理トリートメント 岡市 廣成・鈴木 直人 (監修) 心理学概論 第2版 (pp.299-306) ナカニシヤ出版
- 伊藤 伸二 (1976). プロローグ——吃音宣言の目指すもの 伊藤 伸二 (編) 吃音者宣言 言友会運動十年 (pp.12-16) たいまつ社
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are*. New York, Hyperion.
- 小林 宏明・川合 紀宗 (2013). 特別支援教育における吃音・流暢性障害のある子どもの理解と支援 学苑社
- 前新 直志・磯野 信策・寺尾 恵美子 (2002). 幼児期から学齢期にかけての吃音指導の一例——間接法中心から直接法中心への移行に伴う母子の心理的变化—— 特殊教育学研究, 39, 33-45.
- Månsson, H. (2000). Childhood stuttering: Incidence and development. *Journal of Fluency Disorders*, 25, 47-57.
- Menzies, R. G., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., StClare, T., & Block, S. (2008). An experimental clinical trial of a cognitive-behavior therapy package for chronic stuttering. *Journal of Speech*, 51, 1451-1464.
- Menzies, R., O'Brian, S., Packman, A., Jones, M., Helgadóttir, F. D., & Onslow, M. (2019). Supplementing stuttering treatment with online cognitive behavior therapy: An experimental trial. *Journal of Communication Disorders*, 80, 81-91.
- 水町 俊郎 (2005). 吃音の問題を, 周囲の聞き手や吃音者自身の生き方をも含んだ包括的な問題として捉えることの意義 水町俊郎・伊藤伸二 (編) 治すことにこだわらない, 吃音とのつき合い方 (pp.1-22) ナカニシヤ出版
- 森 浩一 (2018). 小児発達性吃音の病態研究と介入の最近の進歩 小児保健研究, 77, 2-9.
- Onslow, M., Casta, L., Andrews, C., Harrison, E., & Packman, A. (1996). Speech outcomes of a Prolonged-Speech Treatment for Stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 39, 734-749.
- 大野 裕 (2012). 定型的 (高強度) 認知行動療法と簡易型 (低強度) 認知行動療法 心身医学, 52, 798-802.
- 太田 真紀・長澤 泰子 (2004). 吃音児・者における肯定的自己評価の促進要因——成人吃音者に対する質問紙調査—— 特殊教育学研究, 41, 465-474.
- 小澤 恵美・原 由紀・鈴木 夏枝・森山 晴之・大橋 由紀江・餅田 亜希子・坂田 善政・酒井 奈緒美 (2016). 吃音検査法 第二版 学苑社
- 坂田 善政 (2012). 成人吃音例に対する直接法

- 音声言語医学, 53, 281-287.
- Sheehan, J. G. (1970). *Stuttering: Research and Therapy*. Harper & Row, New York: Harper & Row.
- 嶋田 洋徳 (2005). 認知行動療法の展開 中島 義明・繁柁 算男・箱田 裕司 (編) 新・心理学の基礎知識 Psychology: Basic Facts and Concepts (pp.428-429) 有斐閣
- 富里 周太・矢田 康人・白石 紗衣・和佐野 浩一郎 (2020). 吃音11症例における低強度認知行動療法の有効性 耳鼻科研究, 123, 363-370.
- 都筑 澄夫 (2002). 記憶・情動系の可塑性と吃音の治療——発話にかかわるパラリンギスティックな要因について—— 音声言語医学, 43, 344-349.
- 都筑 澄夫 (2015). 間接法による吃音訓練 自然で無意識な発話への遡及的アプローチ——環境調整法・年表方式のメンタルリハーサル法—— 三輪書店
- 都筑 澄夫・酒井 奈緒美・坂田 英 (2010). メンタルリハーサル法による成人発達性吃音治療の2例 健康科学研究, 3, 37-43.
- Van Riper, C., & Emerick, L. (1984). *Speech correction principles and methods*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Yairi, E. H., & Seery, C. H. (2014). *Stuttering: Foundations and Clinical Applications. 2nd Edition*. Boston: Pearson.