

【研究論文】

新型コロナウイルス感染症予防対策が対面  
状況で行われる初回面接と短期療法の治療  
関係及びアウトカムに及ぼす影響

田 澤 安 弘

## 研究論文

# 新型コロナウイルス感染症予防対策が対面状況で行われる 初回面接と短期療法の治療関係及びアウトカムに及ぼす影響

田澤安弘

Yasuhiro TAZAWA

## 目次

- I. はじめに
  - II. 対象と方法
    - 1. 倫理的配慮
    - 2. 感染症予防対策群について
    - 3. 対象
    - 4. 心理尺度
    - 5. 方法
  - III. 結果
    - 1. 初回面接
    - 2. セラピーのアウトカム
    - 3. 結果の要約
  - IV. 考察
    - 1. 初回面接について
    - 2. セラピーのアウトカムについて
  - V. 本論の限界と今後の課題
- 注 釈  
文 献

## [Abstract]

## Effects of COVID-19 Prevention Measures on Face-to-face Therapeutic Relationships and Therapeutic Outcomes

This study examined the effect of preventive measures against COVID-19 on face-to-face therapeutic relationships, the therapeutic outcomes of initial interviews, and subsequent 3-month brief psychotherapy sessions. We compared a countermeasure (with psychotherapy sessions) and a noncountermeasure group during the COVID-19 epidemic using comprehensive preventive measures against infection, including mask wearing. The study conducted psychotherapy sessions for the latter group immediately prior to the pandemic without taking any countermeasures. The results of the initial interviews indicated decreases in the sense of acceptance and depth of session for the countermeasure group. Moreover, the state-anxiety (STAI) level measured at the beginning of the sessions decreased toward the end for the noncountermeasures group. However, both groups exhibited significantly low levels of depression (Beck's Depression Inventory-2) and trait anxiety (STAI) at the end of brief psychotherapy sessions compared with those at the beginning. Furthermore, the degrees of changes in depression and anxiety were nonsignificantly different between the two groups. These results suggested that preventive measures against infection influenced therapeutic relationships during initial interviews but did not the overall outcomes of brief psychotherapy sessions.

## I. はじめに

新型コロナウイルス感染症のために、日本では2020年4月に緊急事態宣言が全国に発出された。以後、感染者数の増大と減少が繰り返され、2021年8月には3回目の緊急事態宣

言が発出されるに至った。このようなパンデミックの影響があり、われわれの心理的支援は、対面からZoomなどを利用した遠隔のセラピーに移行したり、対面で行うとしても飛沫感染防止用パーテーションの設置やマスクの装着などが常態化し、これまで体験したこ

キーワード：新型コロナウイルス感染症，治療関係，アウトカム  
Key words：COVID-19; therapeutic relationship; therapeutic outcome

とのない条件下で行われるようになっていった。

欧米における新型コロナ関連の研究には、マスク装着の否定的影響について論じたものが少なくない。たとえば、声が聞き取りにくくなったり、情動的なつながりの感覚が薄れたり、相手の感情状態の推論を誤ったりするような、特に非言語的コミュニケーションへの悪影響だけでなく (Carbon, C. C., 2020 ; Marler and Ditton, 2020 ; Mheidly, N., et al., 2020 ; Saunders, G. H., et al., 2021), 治療関係に影響が及んでセッションが浅くなったり (Ribeiro, E., et al., 2021), セラピストに対するクライアント側の共感的態度の知覚が減じたりすることも (Wong, C. K. M., et al., 2013), これまでに分かっている。また、マスク装着が治療関係に及ぼす影響からセラピーのアウトカムに対するパンデミックの影響へ転じると、総じて遠隔セラピーは対面セラピーと変わらぬ効力を有していること (Batastini, A.B., et al., 2021), 対面から途中で遠隔に切り替わったとしても、対面のみで行われたセラピーと効力的には違いがないこと (Lutz, W., et al., 2021), 疾患別では、一例として ADHD を対象としたマスクを装着した対面セラピーと装着しない遠隔セラピーの比較研究において、後者の方がセッションの深さがやや減少するもののセラピー全体のアウトカムは両者に違いが認められないこと (Wyler, H., et al., 2021), などが分かっている。

このように、欧米の研究からはマスク装着が治療関係に否定的な影響を及ぼす可能性や、対面と遠隔を比較するとセラピーとしてのアウトカムに違いがないことなどが理解されている。ところが、これらの研究ではマスクを装着した対面セラピーと装着しない通常の対面セラピーのアウトカムを比較したものがほとんどないこと、マスクの悪影響が強調されていて飛沫感染防止用パーテーションの設置

等その他の感染症予防対策の影響がほとんど考慮されていないことなど、問題点やさらに検討すべき点がいくつか認められる。

ここでマスクについて言及すると、一般的に「日本人は目元で、米国人は口元で感情を読み取る傾向がある」(田中, 2020)と言われており、米国人にとってはマスクで口元が隠されることによってコミュニケーションが阻害される可能性は高いであろう。しかし、日本人を対象とした表情認知の研究 (伊藤・吉川, 2011)では、怒り、悲しみ、驚き表情では、顔の上部が下部よりも、恐怖、喜び表情では、顔の下部が上部よりも、それぞれ表情認知における相対的重要性が高いことから、日本人においても、感情を区別する上で顔のどの部位が重要かは判断される感情に依存すると結論されている。したがって、欧米人ほどではないにせよ、われわれ日本人にとっても、日常生活はもちろんのことセラピーの場面でも、マスクを装着して口元を隠すことによってコミュニケーションに影響が及ぶと考えるのが自然であろう。このように、われわれ日本人にとってもマスク装着の影響が重要であることに疑いはないが、本論ではあくまで感染症予防対策のなかの一手段として位置づけるつもりである。

本論の目的は、マスク装着を含めた総合的な感染症予防対策ありの対面セラピーと対策なしの通常の対面セラピーを比較して、そうした物理的な環境の違いによってクライアント-セラピスト間の治療関係やセラピーのアウトカムにどのような影響が及ぶのか検討することである。現時点で新型コロナ感染症のパンデミックはまだ続いており、コロナ禍における今後の対面セラピーにとって益するところがあるだろう (2022年8月時点ではオミクロン株による感染拡大が続き、全国で1日20万人規模の感染者数が続いている)。

## II. 対象と方法

### 1. 倫理的配慮

本研究の対象は、筆者が時間制限短期療法の包括的研究を行った際に協力者として応募した方々である。募集は、X市内にある私設心理相談室のウェブサイト上に研究の内容を掲載して行った。セラピーと研究発表に関する個人情報保護その他のインフォームド・コンセントは初回面接の冒頭で紙面と口頭の両方で行い、十分な理解と署名によって同意を示した方のみセラピーに導入した。

### 2. 感染症予防対策群について

本研究では、通常の条件で対面のセラピーが行われた群を「通常群」、新型コロナによるパンデミックの時期に、一般的な感染症予防対策を施した上で対面のセラピーが行われた群を「対策群」とする。通常群とは異なる対策群の主な特徴は、以下である。

#### (1) マスクの装着

毎回のセッションで、すべてのクライアントに不織布マスクの装着を依頼した。マスクはクライアントだけでなく、セラピストも装着する。セラピストは初回面接の際に一度だけマスクを外して、自分の顔をクライアントに示すようにした。なお、セラピストは、相談室のウェブサイト上に自分の顔写真を公開している。涙で濡れたマスクを交換するときや、ティッシュで鼻をかむとき以外は、マスクを外したクライアントの顔をセラピストが目にする機会はない。そのため、セラピストにとっては顔全体を一度も目にすることなくセラピーを終結するクライアントもいる。マスク装着の影響としては、発声音がややこもって聞き取りにくくなることや、露出している目を除いて互いに表情を読み取ることができないので、非言語的コミュニケーションが制約されることなどが考えられる。

#### (2) パーテーションの設置

面接室の中央に円卓テーブルを配置し、テーブルをはさんでクライアントとセラピストが着席するようにした。円卓テーブルの上に設置された飛沫感染防止用のパーテーションは透明の亚克力製で、一畳ほどの大きさである（ヨコ182cm×タテ91cm）。このようなパーテーションの設置は、パンデミック中いたるところで目にするようになったが、実際に設置してクライアントと対面した当初は強烈な違和感を抱いたものである。それは、まるでテレビのドラマなどで目にする、拘置所の面会室で対面するかのような感覚であった。しばらくすると慣れたものの、やはり疎隔感を完全に拭い去ることはできなかった。パーテーション設置の影響としては、発声音がそれによってかなり遮断される上に、床、壁、天井からの反響音が加わり、結果として声の明瞭度が下がって細かい発音が聞き取りにくくなることや、すでに述べたように、相手と隔絶されたかのような疎隔感の中に置かれることが考えられる。

#### (3) 換気による環境音と冷気の侵入

空気感染を防止するために、面接室の窓を二つ開放して常に換気を行った。それに伴ってさまざまな環境音が室内に侵入し、クライアントの声を聞き取りにくい状況が発生した。開放した窓の北側には比較的交通量の多い道路があり、声の小さいクライアントであれば、大型車が通るたびにその声を正確に聴取できなくなることがあった。そのようなわけで、セラピストとしては話の内容的側面の把握に注意を奪われることが多くなり、自由に漂う注意の状態で聞き取ることに難しさを感じるがあった。また、北海道では秋になると日中の気温が10℃を下回るようになるので、換気によって冷気が侵入し、快適な室温の維持が困難になることがあった。暖房によって室温を上げたとしても、気温が氷点下になる冬場はやはり限界があり、寒さの中でのセッ

セッションにストレスを感じることもあるだろう。

#### (4) その他

セッションを開始する前に、毎回、非接触体温計による検温と、アルコール消毒液による手指消毒を実施した。また、セラピストが口頭で味覚の異常、喉の痛み、咳などについて問う健康チェックを行った。セッションの前後には、セラピストが椅子、テーブル、ドアノブ、スリッパ、トイレ（これは利用の都度）などの消毒作業を必ず行い、接触感染の予防に努めた。これらの手続きは、パンデミック中は至るところで行われていたものであり、セラピーへの影響はほとんどないものと推測される。ただ、セッション前後の消毒作業には数分を要し、慌ただしさの中で行われることが少なくなかった。慌てて作業を行うことによって、次のクライアントを迎えるためのちょっとしたゆとりが失われてしまうことは否定できないであろう。

#### (5) 工夫したこと

マスク装着による非言語的コミュニケーションの制約や、互いの声の聞き取りにくさに対応して、いくつかの工夫を実行するよう努めた。たとえば、発話に伴う身振り手振りを大きくしたり、少し音量を上げてゆっくり話したり、話の内容を理解していることを伝えるために要約的なリフレクションを多めに使用したり、声が聞き取れないときには「聞こえなかった」と必ず口にして話をもう一度繰り返すようお願いしたりである。

### 3. 対象

対象は、何らかの困難や悩みを抱えた臨床

事例である。通常群は、パンデミック直前に4回を基本とする時間制限短期療法に導入され、感染症対策を最後まで行わずに終了した13人である。初回面接のみでセラピーには導入されなかったクライアントが1人、セラピー導入後に身体疾患による体調不良を理由に中断したクライアントが1人含まれている。対策群は、1回目の全国的な緊急事態宣言が解除された2020年5月25日以降に来談し、2回目のそれが発出された2021年5月16日以前に終了したクライアントで、同様の時間制限短期療法に導入されて最初から最後まで感染症対策を行った13人である。初回面接のみで終了したクライアントが2人、セラピー導入後に話し合いの上で中断したクライアントが1人含まれている。通常群と人数を揃えるために、研究への同意を撤回した1人を除外して、1回目の緊急事態宣言解除後に来談した順に13人を選択した。結果として、使用される研究協力者のデータ数は、初回面接に関しては対策群13人、通常群13人、セラピー全体のアウトカムに関しては対策群10人、通常群11人である。

クライアントの相談内容は多岐にわたり、対策群と通常群に関して精神医学的診断や精神病理の重篤度などによる均一化は行っていない。ただし、初回面接の際に実施されたいくつかの心理テスト（詳細は後述する）の得点と年齢をマン・ホイットニーのU検定によって比較したところ、BDI-II ( $U=74.00$ , n.s.,  $r=.11$ ), STAI の特性不安 ( $U=64.00$ , n.s.,  $r=.21$ ), 年齢 ( $U=57.00$ , n.s.,  $r=.27$ ) に関して、群間に有意差は認められなかった

表1 STAI, BDI-II, 年齢の群別プロフィール

	対策群 (n=13)	通常群 (n=13)	U	標準誤差	p	効果量 (r)
	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差				
STAI	74.82 ± 24.36	83.23 ± 16.06	64.00	19.46	.311	.21
BDI-II	18.92 ± 9.72	21.69 ± 9.57	74.00	19.47	.614	.11
年齢	32.15 ± 7.85	38.38 ± 11.38	57.00	19.47	.169	.27

(表1)。したがって、抑うつ気分、不安感情、年齢に関して、両群のあいだで一定の等質性が担保されていると言えるであろう。なお、クライアントはすべて女性である。

#### 4. 心理尺度

(1)新版 STAI 状態-特性不安検査 (State-Trait Anxiety Inventory-JYZ : STAI) : 肥田野ら (2000) が作成した STAI を用いた。これは「状態不安」および「特性不安」を測定する尺度であり、いずれも 1 因子、20 項目から構成されている。1 ~ 4 の 4 件法で回答を求め、数値はすべてパーセンタイルに換算した。

(2)日本語版ベック抑うつ質問票 (Beck Depression Inventory-Second Edition : BDI-II) : Beck, A.T., et al.(2003) が作成した BDI-II を用いた。これは抑うつ症状を測定する尺度で、悲しさや罪責感などの 9 項目を含む「認知的要素」、落涙や食欲の変化などの 12 項目を含む「感情的・身体的要素」という、2 因子によって構成されている。0 ~ 3 の 4 件法で回答を求め、数値は粗点を用いた。

(3)日本語版セッション評価尺度 (The Japanese Session Evaluation Questionnaire : J-SEQ) : Stiles et al.(2002) の Session Evaluation Questionnaire (Form 5) を、桂川ら (2013) が日本語訳して作成した J-SEQ を用いた。これはセッション内の即時的な効果を測定する尺度で、セッションそのものが評定される「セッション評価」10 (11) 項目と、セッション終了直後の自分自身の気持ちが評定される「セッション後気分」10 項目という、二つの下位尺度から構成されている。さらに「セッション評価」は「深さ」と「なめらかさ」の 2 因子から、「セッション後気分」は「肯定感」と「覚醒度」の 2 因子から、それぞれ構成されている。1 ~ 7 の 7 件法で回答を求め、数値は粗点を用いた。

なお、この尺度はクライアントとセラピストの双方が評定可能であるが、今回はクライアントの「セッション評価」に限って使用した。

(4)被受容感尺度 (The Sense of Acceptance Scale : SACS) : 石原 (2013) が作成した SACS を用いた。これは、他者からの被受容感を感じる程度の強さについて測定する 9 項目、1 因子から構成されている。1 ~ 5 の 5 件法で回答を求め、数値は粗点を用いた。また、教示は「以下を読んで、たった今あなたがどう感じているのか、もっともよくあてはまると思う数字ひとつを○で囲んでください」に改め、今ここの状態的な被受容感を測定できるようにした<sup>(注釈)</sup>。SACS によって測定されるクライアントの状態的な被受容感は、積極的承認というセラピストの受容的態度を感受することによって生じると考えられる。その項目には「守られているという感じがする」「大切にされていると感じる」「理解されていると感じる」「受け入れられていると感じる」などが含まれており、それに対するクライアントの評価には、対面するセラピストとの関係性の一側面が反映されると言えるであろう。

本論では、初回面接におけるクライアント-セラピスト間の関係性について測定するために、セッションの質的側面を評定する J-SEQ と、状態的な被受容感を評定する SACS を使用した。また、初回面接それ自体のアウトカムを不安-緊張の緩和とし、セッション内の状態不安の変化を測定するために STAI (状態不安) を使用した。さらに、その後クライアントが導入された時間制限短期療法のアウトカムを不安と抑うつとの緩和とし、セラピーによるそれらの変化を測定するために、STAI (特性不安) と BDI-II を使用した。なお、統計解析は EZR version 1.55 (Kanda, Y., 2013), JASP version 0.16.2 (JASP Team, 2022), IBM SPSS Statistics バージョ

ン24を使用した。

## 5. 方法

### (1) 初回面接について

本論の初回面接は、あらかじめ定められた項目に従って聴取していくような、いわゆるインテーク・モデルに則った心理学的診断面接を指向していない。見立てのための情報収集を主体とせず、初回から積極的に関与し、必要に応じて介入していくエンゲージメント・モデル (Chow, D., 2018) に則ったスタイルで行われる。したがって、介入と言ってもサポートイブな介入やエンパワーメントが主体となるものの、インテーク面接というよりもむしろ通常のセラピーのセッションと同等の位置づけが与えられるであろう。

以下は初回面接の流れである。クライアントが入室してからセラピーと研究に関わるインフォームド・コンセントおよび必要書類への記入を、次いで1回目の測定を行う。この際は STAI の状態不安を測定する。入室からここまでの手続きに要する時間は15～20分程度である。質問紙への回答が終わり次第、クライアントが抱えている困難について傾聴していく。

クライアントの語りとセラピストの介入が終わると、今度は2回目の測定に移行する。この際には STAI の状態不安、SACS、それから J-SEQ を実施する。質問紙への回答が終わり次第、セラピストは1回目と2回目の STAI の状態不安を採点して、その変化をグラフで示しながら気分の変化について話し合うほか、セッションの感想、セラピストに対する印象などについても話し合う。この手続きに要する時間は10分程度である。

最後に、セラピーへの導入に向けて具体的な内容について話し合う。もしもクライアントがセラピーを希望すれば、治療契約に関するインフォームド・コンセントを行う。同意に至れば、次回セッションの予約をしてこの

初回面接は終了となる。終了後に、STAI の特性不安と BDI-II を実施する。

以上が初回面接の流れである。STAI の特性不安、BDI-II、SACS、J-SEQ に関しては1回の測定であるが、STAI の状態不安に関しては、介入の前後に実施して変化を測定する「ダイナミック・アセスメント」(Lidz, C.S., and Elliott, J.G. (2007) の形式で行ったため2回の測定であった。

### (2) セラピーについて

クライアントは時間制限短期療法に導入された。これは、初回面接とフォローアップ面接の他に4回のセッションを基本とするもので、隔週1回、1回90分程度(変動時間セッション)を標準とする。初回面接からフォローアップ面接までの日数は、概ね3カ月ほどである。セラピーのアウトカムを測定するために、初回面接の際に実施した STAI の特性不安と BDI-II をフォローアップ面接の際にも再度実施した。なお、セラピーの料金は無料である。

## III. 結果

### 1. 初回面接

群別のプロフィールを表2に示した。まず SACS について、群ごとに、被受容感を感じていることを意味する27点以上のクライアントを「被受容感あり (+)」、26点以下を「被

表2 SACS と J-SEQ の群別プロフィール

	対策群 (n=13) 平均値±標準偏差	通常群 (n=13) 平均値±標準偏差
(SACS)		
被受容感	25.00 ± 7.02	30.31 ± 6.97
(J-SEQ)		
深さ	23.46 ± 4.29	26.92 ± 4.29
なめらかさ	24.77 ± 4.82	27.23 ± 4.87
肯定感	22.23 ± 3.66	23.54 ± 3.57
覚醒度	18.92 ± 5.66	17.54 ± 4.16

表3 SACS と J-SEQ の人数比率

	SACS				J-SEQ					
	被受容感		深さ		なめらかさ		肯定感		覚醒度	
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
対策群	3 (23.1)	10(76.9)	2 (15.4)	11(84.6)	6 (46.2)	7 (53.8)	3 (23.1)	10(76.9)	2 (15.4)	11(84.6)
通常群	11(84.6)	2 (15.4)	10(76.9)	3 (23.1)	10(76.9)	3 (23.1)	4 (30.8)	9 (69.2)	0 (0.0)	13(100)

+は「あり」の人数 (%) を、-は「なし」の人数 (%) を、それぞれ意味する。

受容感なし (-) に分類した (表3)。人数比率の偏りを調べるためにフィッシャーの直接確率検定を行ったところ有意差が認められ ( $p=0.005$ )、対策群と通常群のあいだの「あり」の出現率の差は  $-61.5\%$  (95% CI= $-91.7 \sim -31.4$ ) であった。よって、対策群は通常群よりも被受容感を感じたクライアントの人数が少ないことが理解された。

次に、J-SEQ の深さ、なめらかさ、肯定感、覚醒度について、それぞれ分割点の25点以上のクライアントを「あり (+)」, 24点以下を「なし (-)」に分類した (表3)。これらのセッション評価について直接確率検定を行ったところ、深さについては有意差が認められ ( $p=0.005$ )、対策群と通常群のあいだの「あり」の出現率の差は  $-61.5\%$  (95% CI= $-91.7 \sim -31.4$ ) であった。なめらかさ ( $p=0.226$ )、肯定感 ( $p=1.000$ )、覚醒度 ( $p=0.480$ ) については、それぞれ有意ではなかった。よって、深さのみ群による人数の違いがあることが理

解された。

次に、初回面接冒頭に測定された STAI の状態不安得点と、終了直前に測定されたそれとの変化量 (2回目 - 1回目) について、U 検定で対策群と通常群の差を検定したところ有意であった ( $U=128.00$ ,  $p<.05$ ,  $r=.44$ )。よって、通常群よりも対策群の方がセッション内で状態不安得点が低下しないことが理解された (表4)。

次に、群ごとに STAI 状態不安得点の1回目と2回目の差についてウィルコクソンの符号付順位検定を行うと、対策群は有意ではなかったが ( $z=.267$ , n.s.,  $r=0.7$ )、通常群は有意であった ( $z=-2.981$ ,  $p<.01$ ,  $r=-.83$ )。よって、通常群では状態不安が大きく低減する一方で、対策群では変化しないことが理解された (表5)。

なお、1回目の状態不安の測定終了後に聴取を開始してから、2回目の測定を開始するまでの時間について両群の差を検定したとこ

表4 STAI 状態不安の変化量

	対策群 (n=13)	通常群 (n=13)	U	標準誤差	p	効果量 (r)
	平均値 ± 標準偏差	平均値 ± 標準偏差				
STAI 変化量	2.85 ± 31.21	- 24.56 ± 20.00	128.00	19.49	.026	.44
時間 (分)	68.15 ± 10.21	78.25 ± 15.86	46.50	18.37	.087	-.34

時間は対策群 (n=13)、通常群 (n=12) で、秒単位を切り捨て

表5 対策群と通常群における STAI 状態不安の変化

	(1回目 → 2回目)		z	標準誤差	p	効果量 (r)
	平均値 ± 標準偏差	平均値 ± 標準偏差				
対策群における変化	61.62 ± 27.35	64.46 ± 15.79	.267	11.25	.790	.07
通常群における変化	63.38 ± 20.76	38.85 ± 22.21	- 2.981	12.75	.003	-.83



ろ、有意ではなかった ( $U=46.50$ , n.s.,  $r=-.34$ )。よって、聴取時間の長さには違いがないことが理解された (表 4)。

次に、対策群と通常群のデータを合わせて、初回面接終了直前の 2 回目に測定された STAI の状態不安得点と SACS についてスピアマンの順位相関係数を求めたところ、有意な負の相関が認められた ( $\rho = -.766$ ,  $p < .001$ )。さらに、状態不安に対する被受容感の影響を検討するために、2 回目の STAI 状態不安得点が 70 パーセントイル以上を「不安あり (+)」, それ未満を「不安なし (-)」に分類して従属変数とし、SACS を独立変数としてロジスティック回帰分析を行った (表 6)。分析の結果、モデルの適合度は十分であり ( $\chi^2(24) = 15.79$ ,  $p < .001$ , McFadden  $R^2 = .52$ )、有意な負の影響が確認された ( $\beta = -0.486$ ,  $p < .05$ )。

最後に、対策群と通常群を合わせて、初回面接の終了直前に測定された J-SEQ の深さと SACS について順位相関係数を求めたところ、有意な正の相関が認められた ( $\rho = .835$ ,  $p < .001$ )。さらに、セッションの深さに対する被受容感の影響を検討するために、

深さの得点が 25 点以上を「深さあり (+)」, それ未満を「深さなし (-)」に分類して従属変数とし、SACS を独立変数としてロジスティック回帰分析を行った (表 6)。分析の結果、モデルの適合度は十分であり ( $\chi^2(24) = 23.81$ ,  $p < .001$ , McFadden  $R^2 = .66$ )、有意な正の影響が確認された ( $\beta = 0.621$ ,  $p < .05$ )。

## 2. セラピーのアウトカム

初回面接時に測定された STAI の特性不安得点と、フォローアップ面接時に測定されたそれとの変化量 (フォローアップ面接時 - 初回面接時) について、対策群と通常群の差を検定したところ有意ではなかった ( $U = 44.50$ , n.s.,  $r = -.16$ )。同じく BDI-II の変化量について、対策群と通常群の差を検定したところ有意ではなかった ( $U = 40.50$ , n.s.,  $r = -.22$ )。なお、初回面接からフォローアップ面接までの日数について、両群の差を検定したところ有意ではなかった ( $U = 69.00$ , n.s.,  $r = .22$ )。よって、不安と抑うつとの緩和という意味での短期療法のアウトカムは、両群において差異がないことが理解された (表 7)。

表 6 ロジスティック回帰分析の結果

	$\beta$	SE	odds ratio (95%CI)	p
(目的変数) 状態不安				
SACS	- 0.486	0.218	0.615 (0.401 - 0.944)	0.026
(目的変数) 深さ				
SACS	0.621	0.261	1.862 (1.117 - 3.104)	0.017

目的変数が STAI の状態不安とき 基準コード  $\geq 70$  比較コード  $< 70$

目的変数が J-SEQ の深さのとき 基準コード  $\geq 25$  比較コード  $< 25$

表 7 STAI の特性不安と BDI-II の変化量の群間比較

	対策群 (n=10)	通常群 (n=11)	U	標準誤差	p	効果量 (r)
	平均値 $\pm$ 標準偏差	平均値 $\pm$ 標準偏差				
STAI	- 40.40 $\pm$ 31.78	- 28.91 $\pm$ 24.85	44.50	14.19	.468	- .16
BDI-II	- 14.20 $\pm$ 10.45	- 9.36 $\pm$ 8.97	40.50	14.18	.314	- .22
時間 (日)	108.10 $\pm$ 27.38	94.91 $\pm$ 17.23	69.00	14.17	.349	.22

次に、STAIの特性不安得点について、群ごとに初回面接時からフォローアップ面接時への変化を検証するために符号付順位検定を行うと、対策群も ( $z = -2.803, p < .01, r = -.89$ ), 通常群も ( $z = -2.668, p < .01, r = -.80$ ), 有意差があった。同じくBDI-IIの変化を検証したところ、対策群も ( $z = -2.652, p < .01, r = -.84$ ), 通常群も ( $z = -2.491, p < .05, r = -.75$ ), 有意差があった。よって、初回面接からフォローアップ面接にかけて、両群の不安及び抑うつが大きく低減したことが理解された(表8)。

### 3. 結果の要約

初回面接においてSACSとJ-SEQの深さの人数比率に群間差があり、被受容感とセッションの深さを感じたクライアントの出現率は通常群よりも対策群の方が小さかった。

初回面接において、STAIの状態不安の変化量は通常群よりも対策群の方が小さかった。また、通常群は状態不安が低減するものの対策群は変化しなかった。

初回面接において、SACSはSTAIの状態不安に対して負の影響を、J-SEQの深さに対して正の影響を、それぞれ及ぼしていた。

初回面接からフォローアップ面接にかけて、STAIの特性不安及びBDI-IIの抑うつの変化量は両群において差がなかった。また、いずれの群においても、特性不安及び抑うつ得点は大きく低減した。

## IV. 考 察

### 1. 初回面接について

J-SEQに関して、セッション評価の「なめらかさ (Smoothness)」には有意差が認められなかったが、「深さ (Depth)」には有意差が認められた。この深さは「薄い-濃い (weak-powerful)」「浅い-深い (shallow-deep)」「充実した-空虚な (full-empty)」「特別な-ありふれた (special-ordinary)」「価値のある-価値のない (valuable-worthless)」の5項目から構成されている。中程度の効果量からは、クライアントにとって、感染症予防対策を施した環境下で行われるセッションの質が否定的な方向へやや変化すると言える。つまり、通常群と比較して、対策群ではより薄い、より浅い、より空虚な、よりありふれた、より価値のない、とセッションが評価されるようなかたちで、クライアント-セラピスト間の関係性の質的側面が少し変化するようである。ただし、対策群の深さの平均値は $23.46 \pm 4.29$ であり、通常群と同様に深いと分類される21点以上を維持しているため、浅いセッションであったことを意味するのでは決していない。

SACSに関して、両群のあいだに被受容感得点の有意差は認められなかったが、被受容感を感じた人の出現率には差が認められた。被受容感の得点は群間差があるとは言えない程度の隔たりにとどまっているものの、対策群の得点はほとんどの人が被受容感を感じし

表8 対策群と通常群におけるSTAIの特性不安とBDI-IIの変化

	(初回面接→フォローアップ面接)	z	標準誤差	p	効果量(r)
(STAI)					
対策群における変化	72.20 ± 27.20 → 31.80 ± 23.66	- 2.803	9.811	.005	- .89
通常群における変化	85.27 ± 13.84 → 56.36 ± 31.26	- 2.668	8.434	.008	- .80
(BDI-II)					
対策群における変化	18.70 ± 9.93 → 4.40 ± 6.40	- 2.652	9.804	.008	- .84
通常群における変化	21.18 ± 10.20 → 11.82 ± 10.00	- 2.491	11.242	.013	- .75

ていなかったことを意味しており重要である。

STAIの状態不安に関して、対策群と通常群では初回面接における状態不安の低減効果に差があること、通常群では状態不安が大きく低減する一方で対策群では変化しないことが理解された。入室したときよりも退室するときの方がクライアントが元気になっていること、これが筆者の考えるシングルセッションとしての初回面接のアウトカムである。しかし、感染症予防対策を施した環境下で行われるセッションでは、クライアントがセッション開始時に感じている不安-緊張の緩和が、通常のセッションほどには促進されないようである。

本論にとっては副次的な分析であったが、被受容感が状態不安に対して負の影響を、セッションの深さに対して正の影響を、それぞれ及ぼすことが理解された。これは感染症予防対策の有無にかかわらず言えることであり、以下の考察にとって有用な結果である。

以上、対策群においては、セッションの深さがやや低下すること、被受容感を感受する人が少なくなること、セッション冒頭での不安-緊張がセッション末尾で緩和されていないことが理解された。では、これらに対して感染症対策が影響を及ぼしたのだとすれば、具体的にはどのような作用機序が考えられるのであろうか。ひとつの仮説として、無条件の積極的関心についてのロジャーズ(1951)の記述が参考になる。

「クライアントは心の通じ合った温かい心理臨床家との関係が築かれると、どんな態度を表現してもほとんどクライアントが認知したとおりに、理解され受け入れられることに気づき、安心感を体験し始める。……クライアントは、この安全な関係の中で、自分の行動のある様相に潜む敵対する意味や目的をはじめて認知することができるのである。」

上記の文章を筆者なりに言い換えると、次のようになるであろう。まず被受容感は、セラピストの無条件の積極的関心を知覚すること、すなわちセラピストの受容的態度をクライアントが感受することによって生じる。その影響として直接的に生じるのが、クライアントの安心感の体験である。このような安心感のある安全な関係の中で、クライアントは自分の行動の意味を探索できるようになり、それに伴ってセラピーのプロセスが深まることになる。さらに付け加えると、安心感のある深まりを経て、被受容感の影響がセラピーのアウトカムに対して肯定的に及ぶことになるはずである。このロジャーズ的なモデルに従って、以下に本論の結果を考察する。

まず、被受容感についてである。感染症予防対策を施した環境では、互いに声が聞き取りにくくなったり、表情が読み取りにくくなったりすることにより、非言語的コミュニケーションだけでなく言語的コミュニケーションも影響を被ることになる。そのため、セラピストが受容や共感的な態度を示す以前に、クライアントに対するそのような基本的態度をそもそも形成しにくいと言えるのではないだろうか。かりにそのような態度をセラピストが示したとしても、今度はクライアントがそれを感受しにくいであろうし、互いの言語的及び非言語的コミュニケーションのサイクルが何らかの悪循環に陥ったとしても不思議はないのである。以上のことから、通常群よりも対策群の方が被受容感を感受した人が少なかった理由は、感染症予防対策に起因する言語的及び非言語的コミュニケーションの悪循環に陥ることができるようになると思われる。

次に、セッションの深さについてである。対策群においてセッションの深さがやや減じた理由は、被受容感の減少から直接的に導き出すことができるであろう。ロジャーズ的なモデルに照らすと、セッションの深まりは、安心感のある安全な関係の中で初めて可能に

なると言える。ところが、対策群にはこの被受容感が希薄であり、通常群と比較して安全な関係の中で自分自身を探索することがあまりできなかったのであろう。対策群と通常群を合わせた全体としてのセッションの深さが、被受容感から正の影響を受けることは、これを裏打ちするように思われる。

最後に、シングルセッションのアウトカムとしての状態不安の低減についてである。対策群において、初回面接末尾でクライアントの状態不安が低減しなかったのは、やはり感染症予防対策に起因する言語的及び非言語的コミュニケーションの悪循環のためであろう。通常であれば、情動に関わる精神間の協働調整が機能してセッション冒頭での不安感は緩和され、セッションが終わる頃にクライアントはよりリラックスした状態にあるはずである。これが、通常群における状態不安の変化である。しかし、対策群では言語的及び非言語的コミュニケーションに不具合を来し、このような情動の協働調整が十分に機能しなかったと考えられる。

不安の協働調整は安心感のある安全な関係の中で営まれるものであるから、それは本論で言う被受容感と密接不可分である。初回面接末尾の時点における状態不安は、セラピストの肯定的関心からくるクライアントの被受容感に負の影響を受けることが確認された。この視点から言えば、希薄化した被受容感によって対策群の不安の低減が阻害された可能性が極めて高いと結論することができる。つまり、初回面接としてのアウトカムである不安の低減と、被受容感には、直接的な関連性があるということである。

しかし、これは安心感という媒介を経ずに被受容感が直接的にセラピーのアウトカムに影響を及ぼすことを意味しており、ロジャーズ的なモデル（受容→安心感→アウトカム）に照らすと、媒介変数を欠いていることが特徴である。もちろん筆者は、本論の結果のよ

うに被受容感には不安に対して直接的な影響を及ぼす側面があることは否定しないが、本来的には受容による安心感によってアウトカムへの影響が媒介されるのではないかと考えている。ロジャーズの中核3条件とセラピーのアウトカムとの関連性を調べたメタ研究によると（Norcross, J.C., 2011）、共感は「確実に効果あり」、肯定的関心は「おそらく効果あり」、一致/純粋性は「有望ではあるがリサーチが不十分」であると結論されている。メタ研究において肯定的関心の効果量が十分なレベルにないのは、媒介変数を考慮していないことが一因であるように思われる。この点については、今後検討すべき課題としたい。

## 2. セラピーのアウトカムについて

本論では不安と抑うつとの緩和をセラピー全体のアウトカムとして規定し、対策群と通常群の変化量を比較したところ、両群のあいだに有意差は認められなかった。また、両群ともフォローアップ面接の時点で、不安と抑うつが効果量にして「大」の低減を示した。以上の結果から、対面で行われる短期療法においては各種の感染症対策を施してもその効力が全体として失われることはなく、対策を行わない通常の対面セラピーと同じレベルで、その効果が十分に期待できると言えるであろう。

初回面接ではクライアントが被受容感を感じにくく、そのため不安-緊張が緩和されない上にセッションの深さがやや減じることが判明した。それにもかかわらず、短期療法全体の効力が失われないのはどうしてなのであろうか？この点に関しては推測の域を超えるものではないが、以下のことが言えるであろう。

これまでに蓄積された研究や、自分自身の体験から確実に言えることであるが、感染症予防対策が施された場で行われるセラピーにおいては、言語的及び非言語的コミュニケーション

セッションの不具合が発生しやすい。本論で検討された初回面接はクライアントとセラピストが初めて顔を合わせる場であり、互いのことを何も知らないわけであるから、その影響がもっとも出やすいと言えるのかもしれない。

しかし、感染症予防対策を施した不自然な物理的環境下であるにせよ、コミュニケーション上の不具合はセッションの回数を重ねるたびに様々なかたちの工夫によって補われたり、クライアントとセラピスト双方の状況への慣れによって改善されたりするはずである。うまくいけば、クライアントはより被受容感を感じやすくなり、セッションはより深まり、セラピーのプロセスが「それにもかかわらず」展開していくに違いない。となれば、セラピー全体のアウトカムは対策が施されていない条件と変わらぬ水準が維持されて、本論のような結果がもたらされるとしても不思議はないのである。しかしながら、これはあくまで推測である。真相を究明することは、すべてのセッションにおいてデータを収集しない限り困難である。

本論全体の結論である。様々な感染症予防対策の影響は初回面接に出やすいと言えるが、セラピー全体のアウトカムを損なうほどにはその後のセッションが変質するわけではないと考えられる。各種の感染症予防対策は、われわれセラピストが憂慮するほど対面セラピーのアウトカムに悪影響を及ぼすものではないようである。ただし、感染症予防対策による言語的及び非言語的コミュニケーションへの影響は確実であり、それに対する様々な工夫を怠ってはならないであろう。

## V. 本論の限界と今後の課題

本論の研究は綿密な研究計画に基づいて行われたものではない。実は、ある別の研究計画に基づいて研究を開始した矢先に新型コロナウイルス感染症による世界的なパ

ンデミックが発生し、その前後での差異を検討するリサーチへと目的を急遽変更せざるを得なかったのである。そのため、特に協力者の人数が少なくなってしまったことが難点であると言える。また、本論の結果は複数のセラピストによるものではなく、筆者単独の実践研究によって得られたものであるし、加えて、セラピーが行われた場所の特殊性（特に環境音の影響）も無視することができず、それを一般化してしまうのは少し乱暴であると思われる。

本論では感染症予防対策がセラピーに影響を及ぼす要因として、マスク装着による表情の読み取りにくさ、パーティションによる疎隔感、換気による環境音の侵入などをとりあげた。しかし、それぞれの要因がどの程度セラピーに影響を及ぼすのか検討するためには、このような自然状況ではなく、マスクの影響、パーティションの影響、環境音の影響、その他の影響について個別に検証するいくつかの実験状況を設定して、詳細に吟味する必要があるだろう。また、本論では対面による通常群と対策群の比較しかできなかったが、これらに加えて、遠隔によるセラピー群（マスク装着なし）との比較研究も有用であろう。しかしながら、もうこれ以上、新型コロナ関連の研究は行いたくないというのが正直なところである。パンデミックが早く終息することを願うばかりである。

## 注 釈

資料には、今回の分析結果と石原（2013）に掲載されている原版の分析結果をあわせて示した。SACSについて、本研究の協力者（ $n=26$ ）のデータを使用して主因子法による因子分析を行い、固有値 $\geq 1.0$ を基準として分析したところ、単因子構造が得られた。内的整合性を検討すると、クロンバックの $\alpha$ 係数は十分な値であった（ $\alpha=.948$ ）。一見するとサンプル数が不足している印象があるものの、カイザー・マイヤー・オルキンの標本妥当性の測度は0.881であり、サンプル数に問題は認められない。よって、状態的な被受

### 資料 SACS の因子分析結果

質問項目	本研究の結果			石原 (2013) の結果	
	因子負荷量	共通性	平均値 (±SD)	質問項目	因子負荷量
4 守られているという感じがする	.923	.764	3.12 ± 0.07	8 幸せだと感じる	.912
3 気持ちがみたされている	.878	.549	3.00 ± 0.98	3 気持ちがみたされている	.900
5 大切にされていると感じる	.877	.771	3.23 ± 0.99	7 胸が暖かい感じがする	.892
1 心地よい感じがする	.874	.853	3.08 ± 0.98	1 心地よい感じがする	.892
7 胸が暖かい感じがする	.847	.769	2.73 ± 0.87	9 穏やかな気持ちである	.891
6 理解されていると感じる	.788	.621	3.46 ± 1.03	5 大切にされていると感じる	.863
9 穏やかな気持ちである	.782	.718	3.15 ± 1.01	6 理解されていると感じる	.859
2 受け入れられていると感じる	.741	.434	3.46 ± 0.91	2 受け入れられていると感じる	.858
8 幸せだと感じる	.659	.611	2.46 ± 0.99	4 守られているという感じがする	.851

容感を測定するために教示を変更しても、尺度として実用に耐え得ると言えるであろう。

また、SACS と、初回面接の 2 回目に測定された STAI の状態不安得点についてスピアマンの順位相関係数を算出したところ、有意な負の相関が認められた ( $\rho = -.766, p < .001$ )。J-SEQ の下位尺度については、覚醒度 ( $\rho = .222, n.s.$ ) を除いて、深さ ( $\rho = .835, p < .001$ )、なめらかさ ( $\rho = .804, p < .001$ )、肯定感 ( $\rho = .644, p < .001$ ) とのあいだに、それぞれ有意な正の相関が認められた。特に肯定感との相関について言えることであるが、これらは、変更を加えた SACS との併存的妥当性を示す結果と言えるのかもしれない。

### 文献

- Batastini, A.B., Paprzycki, P., Jones, A.C.T., and MacLeane, N. (2021) Are videoconferenced mental and behavioral health services just as good as in-person ? A meta-analysis of a fast-growing practice. *Clinical Psychology Review*, 83, 101944. doi : 10.1016/j.cpr.2020.101944
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K., 小嶋雅代, 古川壽亮 (2003) 日本版BDI-II : ベック抑うつ質問票 手引. 日本文化科学社.
- Carbon, C. C. (2020) Wearing face masks strongly confuses counterparts in reading emotions. *Frontiers in Psychology*. 11 : 566886. doi : 10.3389/fpsyg.2020.566886
- Chow, D. (2018) *The First Kiss : Undoing the Intake Model and Igniting First Sessions in Psychotherapy*. Correlate Press
- 肥野田直・福島真知子・岩脇三良・曾我祥子 (2000)

新版 STAI マニュアル. 実務教育出版.

- 石原由美 (2013) 思春期・青年期における周囲の他者からの被受容感と自己の「本来感」の関連. *九州大学心理学研究*, 14, 117-124.
- 伊藤美加・吉川左紀子 (2011) 表情認知における顔部位の相対的重要性. *人間環境学研究*, 9(2), 89-95. doi.org/10.4189/shes.9.89
- JASP Team (2022) JASP (Version 0.16.2) [Computer software].
- Kanda, Y.(2013) Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZR' for medical statistics. *Bone Marrow Transplantation*, 48, 452-458.
- 桂川泰典・国里愛彦・菅野純・佐々木和義 (2013) 日本語版セッション評価尺度 (The Japanese Session Evaluation Questionnaire: J-SEQ) 作成の試み. *パーソナリティ研究*, 22(1), 73-76.
- Lidz, C.S., and Elliott, J.G.(2007) *Dynamic Assessment : Prevailing Models and Applications*. JAI Press.
- Lutz W., Edelbluth S., Deisenhofer, A.-K., Delgadillo, J., Moggia, D., Prinz, J., and Schwartz, B. (2021) The Impact of Switching from Face-to-Face to Remote Psychological Therapy during the COVID-19 Pandemic. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 90:285-286. Doi : 10.1159/000515543
- Marler, H., and Ditton, A. (2020) "I'm smiling back at you" : exploring the impact of mask wearing on communication in healthcare. *International Journal of Language & Communication Disorder*, 56, 205-214. doi :

- 10.1111/1460-6984.12578
- Norcross, J.C. (2011) *Psychotherapy Relationships that work : Evidence-Based Responsiveness* (Second Edition). Oxford University Press.
- Mheidly, N., Fares, M.Y., Zalzale, H., Fares, J. (2020) Effect of Face Masks on Interpersonal Communication During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 09 December 2020, doi : 10.3389/fpubh.2020.582191
- 森俊夫 (2015) *ブリーフセラピーの極意*. ほんの森出版.
- Ribeiro, E., Ferreira, A., Cardoso, C., Queiroz, R., and Silva, V. (2021) Face-to-face clinical practice under Covid-19 pandemic : How psychotherapists describe their experiences. *Frontiers in Psychology*, 12 August. doi. org/10.3389/fpsyg.2021.726439
- Rogers, C.R. (1951) *Client-Centered Therapy*. Houghton Mifflin. (保坂亨・諸富祥彦・末武康弘訳 (2005) *クライエント中心療法*. 岩崎学術出版社.)
- Saunders, G. H., Jackson, I. R., and Visram, A. S. (2020) Impacts of face coverings on communication: an indirect impact of COVID-19. *International Journal of Audiology*, 60, 495-506. doi : 10.1080/14992027.2020.1851401
- Stiles, W.B., Gordon, L.E., and Lani, J.A.(2002) Session evaluation and the Session Evaluation Questionnaire. In G.S.Tryon (Eds.), *Counseling Based on Process Research : Applying What We Know* (pp.325-343). Allyn & Bacon.
- 田中章浩 (2020) マスク苦手な欧米, 心理学に答えあり 日本人との違いは. *朝日新聞アピタル*, 2020年6月20日
- Wong, C. K. M., Yip, B. H. K., Mercer, S., Griffiths, S., Kung, K., Wong, M. C. S., et al. (2013) Effect of facemasks on empathy and relational continuity: a randomised controlled trial in primary care. *Family Practice*. 14 : 200. doi: 10.1186/1471-2296-14-200
- Wyler, H., Liebreinz, M., Ajdacic-Gross, V., Seifritz, E., Young, S., Burger, P., and Buadze, A. (2021) Treatment provision for adults with ADHD during the COVID-19 pandemic: an exploratory study on patient and therapist experience with on-site sessions using face masks vs. telepsychiatric sessions. *BMC Psychiatry*, 5 : 21(1) : 237. doi: 10.1186/s12888-021-03236-9