

単一セッション精神療法：啐啄同時の現象学

齊尾 武郎*

フジ虎ノ門整形外科病院内科・精神科

Single-session psychotherapy: Phenomenology of the critical turning point toward recovery

Takeo Saio

Department of Internal Medicine and Psychiatry, Fuji Toranomom Orthopedic Hospital

Abstract

Background : Occasionally, just one or two sessions of psychotherapy can be conducive to a sudden turn for the better in patients with depression or anxiety. This includes not only early and mild cases of illness, but also refractory and prolonged cases of illness.

Purpose : To clarify the nature and evidence of single-session psychotherapy (SST).

Methods : Narrative non-systematic review concerning SST.

Results and Discussion : As psychiatric disorders often achieve spontaneous remission, we can extrapolate that even a single session of psychotherapy is enough, in some cases, for patients to relieve their distress. The quality of research on the effectiveness of SST has generally been low, however, with few conclusive findings on indications and contraindications for SST. Though there is no standard methodology for SST, SST is underpinned by cognitive behavioral therapy (CBT), solution-focused brief therapy (SFBT), and narrative approach.

Conclusion : While SST is generally recommended to patients with relatively mild cases of illness with short duration of distress, long-lasting intractable mental illnesses is rarely resolved by very brief psychotherapy, which is analogous to the process of incubation and hatching by long brief therapy including SST.

Key words

trajectory of illness, epiphany, decisive encounter, brief therapy

Rinsho Hyoka (Clinical Evaluation). 2020 ; 47 : 487-500.

* K&S産業精神保健コンサルティング (K&S Consulting Office for Occupational Mental Health)

1. はじめに

稀に外来におけるわずか1～2回の診察で、不安・抑うつ等が劇的に消失するケースがある。すなわち、数回の診察でうつ病圏内や神経症圏内の症状が大きく改善し、再発がないケースである。たとえば、数回の診察の後、症状がほぼ消失し、①3～6ヶ月期間を空け、経過観察のために1～3回診察しても再燃していない、②病状が好転したため、双方合意の上、友好的に治療を終結するも、その後の再診がない（再発すれば、必ず筆者に再診すると思われるほど、医師患者関係が良い）、などといったケースだ。また、セカンドオピニオンや産業医業務の一環として診察・面接したケースで、基本的に1回しか診察・面接できず（遠方から日時を調整して受診した、など）、その「一期一会」の診察の機会に治療の方向性・戦略を患者に提案しなければならないとき、診察・面接の後、速やかに患者の心理的な困難が消失したと、後に患者本人や患者家族、保健師等から報告を受けることがある。こうしたケースもまた、数回の診察で症状が劇的に改善し、再発がないと考えることができよう。ただし、こうしたケースでは、精神科医や産業医による診察・面接の前後で、保健師・看護師といった医療専門職の他、会社の人事担当者等と患者本人が話し合いを持つことも多く、医師による診察・面接の効果だけでなく、そうした各職種との話し合いも病状の改善に寄与しているのかもしれない。

こうしたケースは、筆者の経験では、2～3年に1例ほど遭遇するので、週に5～6例の新患があるとして、400～500例に1例程度存在するのではないかという印象である。いずれも病悩期間は数ヶ月～1年のことが多いが、中には病悩期間が数年にも及び、すでにいくつかの医療機関で長期間の治療を受けている慢性的かつ難治性のケースもある。

この病状の劇的な改善の兆候として、患者が診察中に「今まで病気の先行きが見えないことで不

安が増強されていたが、この診察を受けて、どんな病気なのかが分かって不安が減った」、「治療に行き詰まったら、またここに相談に来ればよい、と思って気が楽になった」、「これでようやく先生（主治医）に対して、自分の正直な思いが言えます」などと感想を述べることもある。すなわち、病状の慢性化の背景に、主治医をはじめとする医療専門職とのコミュニケーションに問題があったり、精神疾患に対する精神医学的知識が不十分なケースがあることが伺われる。また、診察中に「病気を治すには、自分としてはこうすれば良いとうすうす分かってはいたが、これまで自信が持てなかった。この診察を受けて、自分が何をすれば良いのかがはっきりして、気分がすっきりした」などと、禅語でいう「頓悟漸修」（ゆっくりとたゆまず努力した結果、いきなり悟りが開けること）を思わせる発言も稀ではない。

本稿では以上の診療経験を元に、1～2回の診察（以下、単一セッション精神療法（single-session psychotherapy, single-session therapy : SST）と総称する）で不安・抑うつ等が劇的に消失する現象について文献レビューを行う。なお、治療者と患者・クライアントとの対話を通じて、思考・感情・行動の変容を促し、精神疾患や不適応状態の改善を図ることを本稿では「精神療法」、その業務に従事する者を「精神療法家」と呼ぶが、これは英語のpsychotherapyやpsychotherapistの訳語であり、「心理療法」、「心理療法家」と同義語である。なお、精神医学や臨床心理学の論文では、「患者」と「クライアント」、「診察」と「面接」、あるいは「精神療法」と「セラピー」といった言葉の使い分けも、論を弁ずる諸家の立場や扱うテーマによりさまざまであり、用語の統一が難しい言葉であることを申し添えておく。

2. 著名な精神療法家の経験

世界的に有名な歴史的な精神療法家の単一セッション精神療法（SST）に類する経験も知られている。たとえば、精神分析の創始者Sigmund Freudは、

『ヒステリー研究』(Studien über Hysterie ; 1895年)で、Katharina症例として、Hohe Tauernの宿屋の女将の若い姪(実は娘)が呼吸困難・窒息感・嘔気・発作時の幻視(「“おじさん”の顔」)があることをFreudに1回相談したところ、その後症状は改善したというケース(ヒステリー)を報告している¹⁾。同じくFreudが、妻の浮気に悩む作曲家Gustav Mahlerの強迫神経症をオランダLeidenでの4時間の散歩中の対話で治療したエピソード(1910年)もある²⁾。この他、Habib Davanloo(集中短期力動療法の創始者)、Milton Hyland Erickson(現代臨床催眠の父)、Donald Woods Winnicott(対象関係論や発達心理学で著明な業績のある精神分析家)、Harry Stack Sullivan(対人関係学派精神分析療法の基礎を築いた)ら著名な精神療法家らのSSTに係る挿話的エピソードが諸家(Jay Haley, James P. Gustafson, Howard Dichter)により報告されている³⁾。Alfred Adler(個人心理学の創始者)、Albert Ellis(論理療法の創始者でFriday Night Workshopでライブデモンストラーションを繰り返した)も大衆や専門家の前でSSTを行ったことが知られている⁴⁾。

3. 自然寛解をめぐる

では、こうした単一セッション精神療法(SST)による精神疾患の寛解導入は、精神療法の名手だけに起きる現象なのであるか。おそらくそうではない。身近な(特に有名ではない普通の)精神科医や精神療法家たちと歓談すると、彼らにもしばしばそうした経験があり、たった1回の診察で治ったとあって患者からとても感謝されるという。再診予約をしても2度と受診しない患者もしばしば存在するが、その理由は通常は治療の失敗や脱落と見なされているが、実際には、1回の診察で患者の抱える問題が解決してしまったからかもしれない。あるいは災害時の心理的介入など、基本的に1回しか診察できない状況もある。また、精神科外来や産業医面接でも、①診察に来たくはなかったが、家族や知人がしつこく受診を勧める

ので、仕方なく診察にやってきた、②長年にわたって思い悩んでおり、今回勇気を出して診察にやってきたが、継続的な通院が必要だと言われても気力がないので再診や通院は無理だ、③あまり治療に期待していないが、診察に対する多少の興味や期待があって診察にやってきた、などの事情から、もともと再診に来るつもりがないケースも少なくない。

そもそも治療を受けなくても、心理的な困難を克服する人(自然寛解)は少なくない(22~43%)と考えられている⁵⁾。プライマリケアにおける成人のうつ病では、未治療者の23%が3ヶ月以内に、32%が6ヶ月以内に、53%が12ヶ月以内に寛解するという推定もある⁶⁾。また、ドイツ・ミュンヘンで行われた標本数が少なく古い追跡研究で、論文中にはパーセンテージの概数が帯グラフで示されているに過ぎないが、その結果を見ると、未治療の不安症では、1年後の寛解率は10数パーセント(単一の恐怖症や強迫症)~30数パーセント(パニック症、パニック発作を伴う広場恐怖症、パニック発作を伴わない広場恐怖症)であった⁷⁾。

社交不安症の寛解率は、地域住民を対象とする前向き予後研究の系統的総説では、完全寛解率が36%(観察期間1.5年)~66%(観察期間7~11年)であった(同論文では、社交不安症の受療率が極めて低いことが先行研究から推測されることから、同論文で判明した寛解者の多くが無治療であると推定されている)⁸⁾。全般不安症では、精神科外来受診者の追跡調査で5年間の完全寛解率は38%だが、そのうち27%が3年以内に再発した(ただし、自然寛解の割合は示されていない)⁹⁾。同じく全般不安症の予後研究で、プライマリケアの患者を2年間追跡した結果、39%が完全寛解、54%が不完全寛解であった(ただし、寛解率は治療の有無に左右されないという結果であった。しかし、これは母集団が患者であることから、重症者の割合が地域住民を対象とした調査よりも多く治りにくいことによる“treatment bias effect”と説明されている)¹⁰⁾。強迫症の寛解率は、スイス・チューリッヒの一般住

民4,547名に自記式質問紙法にて精神疾患のハイリスクグループ(591名)を抽出して構造化面接し、前向きに7回にわたり30年間追跡した研究(追跡率57%)で、生涯有病率3.5%(女性5.4%,男性1.7%)で、完全寛解が平均38.89歳、病悩期間16年間で、50歳までに63.4%(16名)が完全寛解していた¹¹⁾。この研究では、強迫症で寛解した人は、治療の有無に関係なく、中年期に寛解していると論文中に記載があるので、強迫症も自然寛解するケースが相当あると思われる。

オランダの平均379日間、追跡率79.4%の観察研究(NEMESIS Study)¹²⁾では、全追跡者7,076名のうち、1年後の時点で追跡可能であった5,618名から精神病性障害・双極性障害・摂食障害を除いた人数が5,436名であったが、追跡開始時にうつ病圏だった356名のうち、治療を受けなかった者が204名おり、うち137名(67.1%)が1年後に寛解状態であった。また、神経症圏の646名のうち、治療を受けなかった者が469名おり、うち334名(71.2%)が1年後に寛解状態であった。

では、統合失調症ではどうであろうか。Bandar AlaQeelらの系統的総説¹³⁾によれば、初回エピソード統合失調症もしくは統合失調感情障害の17~78%(加重算術平均35.6%)(観察期間6ヶ月~12年)、複数回エピソード統合失調症の16~62%(加重算術平均37%)(観察期間6ヶ月~5年)が寛解状態であった。この総説に組み入れた諸研究(異質性が高く、要約統計量の解釈には慎重さを要する)には、初回エピソード統合失調症患者(110名)で4.5年以上寛解状態が持続した者が30名(27%)という報告¹⁴⁾を含む。そもそも統合失調症を無投薬で治療・経過観察することは予後の点や倫理的に正当なのかという論争があり、初回統合失調症エピソードの自然史研究は極めて困難であり、わずかに薬物療法対プラセボのランダム化比較試験や、薬物療法と治療共同体あるいは心理療法とを比較する準実験研究(quasi-experimental study)が行われているに過ぎない¹⁵⁾。近年、精神病性障害(主として統合失調症)に対する治療法として向精神薬による持続的薬物療法(必ずし

も抗精神病薬に限らない)を必須とせず、家族療法を基盤とする集中的心理社会的介入を行う治療プログラムで、機能的予後の良さで話題となっているopen dialogue approachにしても、そのアウトカム研究では、残念なことに薬物療法を行った群と薬物療法を行わなかった群のそれぞれで、どの程度寛解が得られたかは述べられていない¹⁶⁾。

筆者の検索では、統合失調症に対する抗精神病薬の無投与患者の予後研究は中国四川省新津県で行われた1本¹⁷⁾だけである。それによると、510名の統合失調症患者(開始の時点で抗精神病薬療法を受けていない者が156名)を14年間調査して(追跡率95.9%,489名)、328名(追跡可能者の67.1%)が生存で、うち67名(生存者の20.4%)が経過中1度も抗精神病薬療法を受けていなかった。14年間抗精神病薬療法を受けていない者(67名)のうち、14年目の時点で完全寛解であった者が11名(投薬経験のない患者の16.4%)であった。ちなみに、調査の組み入れ時点で抗精神病薬療法を受けていた211名のうち、14年後に完全寛解に至ったのは72名(34.1%)であり、経過中に抗精神病薬療法を導入された50名のうち、完全寛解に至ったのは9名(18%)であった。

双極性障害ではどうであろうか。米国のCollaborative Depression Studyにて、双極I型障害患者219名(インテーク時に躁状態であった者142名、うつ状態であった者62名、混合状態であった者15名)を25年間(中間値20年)観察した結果、気分エピソードが1~21回(中央値4回)、2回以上の気分エピソードのある者が181名で各気分エピソードから1年以内に回復する率は77~90%であった¹⁸⁾。この結果から、直ちに双極I型障害の自然寛解率を推定することはできないが、双極I型障害の患者で経過中に1回的气分エピソード再発のみの患者が38名(17.4%)であり、初回の再発エピソードが1年で79%、5年で95%が回復したということは、25年間(中間値20年)もの長期間で、双極I型障害の17.4%もの患者が経過中1回的气分エピソードのみで、その8割もの多数が1年で回復し、2回目の再発を経験しないことを

示唆する(ただし、この研究では、うつ病エピソード延べ326回のうち179回(55%)で、躁病エピソード延べ246回のうち181回(74%)で、それぞれ1つ以上の気分安定薬を投与されており、薬物療法なしで寛解に至った人数や薬物による維持療法が行われた人数は不明である)。

摂食障害の自然寛解率を明らかにした研究は検索でヒットしなかったが、イタリア・フローレンスで実施された摂食障害患者793名に対し認知行動療法を行い、6年間経過を観察した研究¹⁹⁾では、神経性無食欲症で52.1%、神経性大食症で49.6%、過食性障害で59.2%が回復していた(回復は精神障害の診断・統計マニュアル(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM)-IVまたはDSM-5の摂食障害の診断基準を満たさないことを指し、回復状態が一定期間継続することを指す寛解よりも広い概念である)。

ドイツ・マインツで行われた身体表現性障害(鑑別不能型身体表現性障害39名と身体表現性疼痛性障害45名で、身体化障害や転換性障害の診断基準を満たす者はいなかった(いずれも診断基準はDSM-IV))の患者84名を追跡した研究²⁰⁾では、1年後の時点で41名(48.8%)が寛解していた。

以上より、精神疾患の自然寛解に関する疫学研究は、うつ病、社交不安症、統合失調症で散見され、自然寛解は稀有な現象ではないことが分かる。すなわち、本稿の問題意識である、数回の診察でうつ病圏内や神経症圏内の症状が大きく改善し、再発がないケースをどう理解するかという文脈では、自然寛解が稀ではない以上、数回の診察後に無治療となりつつも、寛解状態に至るケースも少なくはないことが推定される。強迫症の予後研究では、治療の有無に関係なく、中年期に寛解する旨の記載があり、精神医学的治療は強迫症の症状の軽減には有用であろうが、病悩期間の短縮にはつながらないものかもしれない。

なお、パーソナリティ障害、解離症群、睡眠-覚醒障害群、物質関連障害および嗜癮性障害群、認知症等の寛解率に関する予後研究は、今後検討していく予定だが、本稿では扱わなかった。

精神疾患の寛解率を自然寛解を中心にTable 1にまとめた。

4. 単一セッション精神療法のエビデンス

以下に単一セッション精神療法(SST)のエビデンスを概観する。SSTに関する論文・成書等をPubMed, Google Scholar, ProQuestで検索し、SSTの有効性に関する量的エビデンスを抽出した(Table 2)。しかしながら、ヒットした論文は、いずれもSSTの有効性を証明するには方法論的に難があり、不十分な情報しか提示されていなかった。たとえば、研究対象者が片群100を超える対照試験は1件のみで、SST後の症状の悪化(副作用)についての言及は皆無であった。また、長期予後に関する言及はあっても詳細は書かれていなかった。研究で用いられたSSTの方法や治療者の職種、診療環境もまちまちであった。そこでさらにハンドサーチにより各論文中に挙げられている参考文献から、SSTの有効性に関するエビデンスを渉猟した。

こうして得られた14本の実証研究につき、その概略をTable 3に示す。いずれも、SSTの有効性を証明するにはエビデンスレベルが低く(ブラインド化されていないランダム化比較試験や症例集積研究など)、いかなる疾患・病態に対しSSTが適しているのかを決定付けるものではなかった。

5. 単一セッション精神療法の方法論

a. 単一セッション精神療法の原理

単一セッション精神療法(SST)には決まった方法論はない³⁷⁾。しかしベースとなる精神療法は、概ね1)認知行動療法、2)解決志向短期療法、3)ナラティブアプローチの3つである³⁸⁾。また、現代催眠の始祖Milton Hyland Ericksonの技法の影響も挙げられているが³⁹⁾、単一セッション催眠療法は禁煙⁴⁰⁾、コカイン依存⁴¹⁾、慢性頭痛⁴²⁾、慢性疼痛⁴³⁾、不眠⁴⁴⁾などで試みられているに過ぎ

Table 1 Remission rate of psychiatric disorders focused on spontaneous remissions

障害	研究デザイン	寛解率	文献
うつ病 (major depressive disorder : MDD)	メタ分析 (コホート研究の 統合)	[自然寛解] 53% (12ヶ月) 32% (6ヶ月) 23% (3ヶ月)	Whiteford (2013) ⁶⁾
社交不安症 (social anxiety disorder : SAD)	系統的総説	【前向き研究】 [完全寛解] 36% (観察期間1.5年) ~ 66% (観察期間7 ~ 11年) [部分寛解+完全寛解] 53% (観察期間2年) ~ 93% (観察期間1 ~ 4年) 【後ろ向き研究】 [1年以上寛解状態] 6% ~ 73% [いずれも自然寛解と同等と見做す*]	Vriends (2014) ⁸⁾
全般不安症 (generalized anxiety disorder : GAD)	1) 前向き観察研究 2) 前向き観察研究	[完全寛解] 38%, [部分寛解] 47% (観察期間5年間) ** [完全寛解] 39%, [部分寛解] 54% (観察期間2年間)	Yonkers (2001) ⁹⁾ Rodriguez (2006) ¹⁰⁾
強迫症 (obsessive-compulsive disorder : OCD)	コホート研究	[完全寛解] 50歳までに63.4% (16名) 完全寛解年齢平均38.89歳, 病悩期間16年間 (観察期間30年間) [治療の有無に関係なく, 中年期に寛解する旨の記載あり]	Angst (2013) ¹¹⁾
統合失調症 (schizophrenia)	1) 系統的総説 2) 前向きコホート研究	[寛解] ● 初回エピソード統合失調症もしくは統合失調感情障害 17 ~ 78% [加重算術平均35.6%] (観察期間6ヶ月 ~ 12年) ● 複数回エピソード統合失調症16 ~ 62% [加重算術平均37%] (観察期間6ヶ月 ~ 5年) [初回エピソードで4.5年以上寛解状態が持続した者が27%という報告を含む] [自然寛解] 16.4% (経過中抗精神病薬無投与の患者67名中11名が完全寛解) (観察期間14年間)	AlAqeel (2012) ¹³⁾ Ran (2015) ¹⁷⁾
双極性障害 (bipolar disorder)	前向きコホート研究	双極I型障害の17.4%が経過中1回の気分エピソードのみで, その約8割が1年で回復 (ただし, 少なくとも気分エピソード中には, 多くが薬物療法を受けている) (観察期間25年間 [中間値20年])	Solomon (2010) ¹⁸⁾
摂食障害 (eating disorder)	前向きコホート研究	認知行動療法を行い, 神経性無食欲症で52.1%, 神経性大食症で49.6%, 過食性障害で59.2%が回復 (観察期間6年間)	Castellini (2011) ¹⁹⁾
身体表現性障害 (somatoform disorder) (DSM-IV) ***	前向きコホート研究	身体表現性障害84名中41名 (48.8%) が1年後に寛解状態	Steinbrecher (2011) ²⁰⁾

* : 地域住民を対象とする研究のみを集積した。先行研究の結果から SAD の受療率は極度に低いと推測されるため, 研究で示された寛解率は自然寛解率と見做せるとの記載あり。

** : ただし, 3年間で完全寛解した者のうち27%が再発, 部分寛解した者のうち39%が再発。

*** : DSM-IV (および DSM-IV-TR) で身体表現性障害とされていた障害の多くは, DSM-5 の身体症状症および関連症群に引き継がれた。大きな変更は, DSM-IV の身体醜形障害が, DSM-5 では強迫症および関連症に分類されるようになったこと, DSM-IV では独立した診断名とされていた虚偽性障害が, DSM-5 では作為症として身体症状症および関連症群に含まれるようになったことである。なお, Steinbrecher (2011)²⁰⁾ では, DSM-IV の身体表現性障害の下位分類として, 身体表現性疼痛性障害という障害名が用いられているが, この障害名は DSM-III-R で採用されたものであり, DSM-III 以前や DSM-IV 以降では用いられていない。

Table 2 Effectiveness of single-session psychotherapy

Database	hits/empirical/adults/children/review			
	single-session psychotherapy	single-session therapy	single session intervention	single session treatment
PubMed*	5/1/1/1/1	29/4/1/2/2	64/14/12/4/3	74/0/0/1/1
Google Scholar**	11/3/1/2/2	83/12/10/2/9	42/8/7/3/3	40/4/4/1/1
ProQuest***	26/4/2/2/2	10/4/1/3/1	92/19/14/4/1	177/6/6/3/4

“hits”は各検索語をキーワードにしてヒットした論文の件数，“empirical”はうち有効性に関する実証研究（総説含む）の件数。“adults”はempiricalのうち成人対象の研究数，“children”は小児・思春期対象の研究数（実証研究以外も含む），“review”は総説の数。【検索日：2019年11月6日】

検索式

PubMed = “検索語”，Google Scholar = intitle : “検索語”，ProQuest = TI “検索語”。

* : PubMedでヒットした実証研究は、4つの検索語間で重複なし。検索語“single-session therapy”では、精神療法以外の身体疾患に関する研究（梅毒、淋病、良性胆管狭窄、悪性食道狭窄、肝癌、肺動静脈奇形など）が多数ヒットする。

** : Google Scholarでヒットした実証研究は、“single-session psychotherapy”と“single-session therapy”の検索語間で3報の重複あり。“single session intervention”と“single session treatment”の検索語間で5報の重複あり。検索語“single-session therapy”で4報の音楽療法論文がヒットする。

*** : ProQuestでタイトル検索ではなく、単純に検索語のみを入れて検索してヒットした研究121報に、慢性疼痛に対する集団単一セッション精神療法1報²¹⁾を含む。

Table 3 Empirical studies on the effectiveness of single-session psychotherapy

概要	研究デザイン	文献
<ul style="list-style-type: none"> ● 単一セッション精神療法 (SST) を行った80名 (単一セッション群), 2~8回 (平均6.2回) の面接を行った41名の短期精神療法群, 9回以上 (平均33.9回) の面接を行った31名の長期精神療法群という3つの精神療法群 (計152名) に対し, 年齢・性・社会的経済的状況・研究期間始時点の医療利用状況をマッチさせた対照群152名 (非精神療法群) を設定し, 各群を比較した。 ● 単一セッション群と短期精神療法群では, 面接1年前と比較して, 年間平均入院日数が面接2年目に約6割減少し, 以降もそれを維持した。 ● 長期精神療法群の年間平均入院日数は, 面接1年前の時点で対照群の2倍以上, 単一セッション群と短期精神療法群の約3倍だった。 ● 長期精神療法群の年間平均入院日数は, 面接1年前と比較して面接2年目に88%減少し, 以降もそれを維持した。 	後ろ向きコホート研究 + マッチト症例対照研究	Flolette (1967) ²²⁾
<ul style="list-style-type: none"> ● Tavistockクリニックでインテーク面接しか行わなかった神経症患者45名のうち, 23名が改善していた (追跡期間2~9年)。 	症例集積研究	Malan (1975) ²³⁾
<ul style="list-style-type: none"> ● 53名の神経性無食欲症の女性を初回治療時 (発病から平均3年経過) より4~14年間 (平均9年) 追跡した。 ● 51名が生存。2名は神経性無食欲症の合併症で死亡。42名が面接調査に応じた。9名は質問票への回答には応じたが, 面接調査は拒否した。 ● 53名のうち, 31名が完全回復, 13名が一部回復, 3名が若干回復, 3名が不変, 2名が死亡であった。 ● 生存者51名は, 1~2回の治療 (単一面接群) が23名, 3~10回の治療 (短期精神療法群) が16名, 11回以上の治療 (定期精神療法群) が12名であり, 3群間で予後に統計学的有意差はなかった。なお, 体重減少, 病悩期間, 社会的背景, 教育水準, 性的態度等につき, 3群間に違いはなかった。 	症例対照研究	Askevold (1983) ²⁴⁾
<ul style="list-style-type: none"> ● 主に対人関係の問題や感情の障害にて地域精神保健センターを受診した人のうち, 過去1年間で治療を終了した47名の単一精神療法群と54名の多回精神療法群 (5回以上の治療を受けた者) に対し, 面接調査を行った。 ● 両群の人口学的特徴に差はなかった。 ● 単一精神療法群の32名 (68.0%), 多回精神療法群の43名 (79.6%) が治療は有用だったと回答した。 ● 単一精神療法群の37名 (78.7%), 多回精神療法群の43名 (79.6%) が治療で問題が解決したと回答した。 	症例対照研究	Silverman (1984) ²⁵⁾

Table 3 Empirical studies on the effectiveness of single-session psychotherapy (cont'd)

概要	研究デザイン	文献
<ul style="list-style-type: none"> 限局性恐怖症の女性20名に平均2.1時間の曝露療法を行ったところ、6ヶ月から7.5年の追跡期間(平均4年)で、18名(90%)が著しく改善していた。 	症例集積研究	Öst (1989) ²⁶⁾
<ul style="list-style-type: none"> 9名の習慣性咳嗽の小児(有症状期間最長2年、中間値2ヶ月)に対し、15分間の暗示療法を行ったところ、翌週には1名が無症状、7名がごく軽度の自制内の咳嗽となった。最長9年(中間値2.2年)後には、6名が無症状、1名に時折ごく軽度の自制内の咳嗽があった。 	症例集積研究	Lokshin (1991) ²⁷⁾
<ul style="list-style-type: none"> 52名の歯科恐怖患者を1)認知再構成、2)歯科治療・口腔衛生に関する情報提供、3)待機の3群にランダム割付した。1)2)とも1時間以内で1回のみ実施した。 歯科治療によるネガティブ状態の頻度、不安が著明に低下した。 1年後、1)2)とも同程度に歯科不安が減弱していた。 	症例対照研究	de Jongh (1995) ²⁸⁾
<ul style="list-style-type: none"> 精神障害を持つ7～12歳の子どもの母親16名に対し、小児精神科医が1時間相談に乗り、3ヶ月後に質問票による調査を行ったところ、14名から返事があり、うち9名が相談は極めて有効だったと回答した。 	症例集積研究	Coverley (1995) ²⁹⁾
<ul style="list-style-type: none"> イスラエルのキブツ(住民653名)で3年間に211名(1年あたり71名)に対し、最大10回までの短期家族療法を行ったが、うち64名は2回以上のセッションを必要としなかった。 	症例集積研究	Kaffmann (1995) ³⁰⁾
<ul style="list-style-type: none"> 44組に問題焦点モデルに従い90分間の家族療法を行い、実施前と6ヶ月後にProblem Evaluation Summary (PES)という質問票への回答を求めた。33名が回答し、PESのproblem ratingがセッション前に平均12.48点だったものが、6ヶ月後に8.21点に減少した。PESのcoping ratingには32名が回答し、セッション前に平均4.87点だったものが、6ヶ月後に7.75点に増加した。 	症例集積研究	Campbell (1999) ³¹⁾
<ul style="list-style-type: none"> 単一セッション精神療法に関する文献レビューにて、その抄録に単一セッション精神療法を受けた患者の3分の1～2分の1が面接に満足し、1回だけで治療を終結したという言明がある。 [同文献レビュー中には、概要・方法について28報、非対照アウトカム研究8報、対照アウトカム研究7報の概要に関する記載があるが、本文中には上述の言明を裏付ける記載はなかった。] 	非系統的文献レビュー	Bloom (2001) ³²⁾
<ul style="list-style-type: none"> 5～15歳の精神保健上の問題を持つ人258名をランダムに単一セッション解決志向型家族療法群(2週以内に治療)と待機群に割り付け、調査紙法にて治療前(0週)、直後(2週)、1ヶ月後(6週)で比較した研究では、6週の段階で、単一セッション群71.4%、待機群48.3%で症状の改善が見られた。 18週の時点でも単一セッション群の効果は持続しており、そのうち60.5%の人は1回だけのセッションで臨床的に著しい改善を示したが、8.1%が2回、6.2%が3回、4.3%が4回、6.2%が5回、9.7%が6回以上のセッションを要した。しかし、複数回セッションを受けても、単一セッションよりも改善することはなかった。 	ランダム化比較試験 (非ブラインド化)	Perkins (2006) ³³⁾ Perkins (2008) ³⁴⁾
<ul style="list-style-type: none"> 1999年トルコ大震災の被災者1,835名のうち、心的外傷後ストレス障害の患者31名を、地震シミュレーターを用いる単一セッション曝露療法群16名と反復評価群15名にランダムに割り付けた。反復評価群のうち、9名は8週後に単一セッション曝露療法群を受けた(単一セッション曝露療法群は最終的に25名となった)。 Global Improvement Scale-Self (GIS-S)によると、4週後(40%)、8週後(80%)の時点で単一セッション曝露療法群の効果が大きく、その効果は1～2年(平均1.3年)持続していた。治療必要数(NNT)は2.04であった。 Clinician-Administered Post-Traumatic Stress Disorder Scale (CAPS)によると、効果サイズは3ヶ月後の時点で2.7であった。 	ランダム化比較試験 (非ブラインド化)	Başoglu (2007) ³⁵⁾
<ul style="list-style-type: none"> 7～16歳の限局性恐怖症の患者196名を1)単一セッション曝露療法群(OST:85名)、2)教育指示治療群(EST:70名)、3)待機リスト対照群(WLC:41名)の3群にランダムに割り付けた。 [3)は待機の後、希望があれば1)2)にランダムに割り付けたので、各群の最終的な人数は不均等となっている。] 1週間後の時点で、1)は2)よりも、2)は3)よりも症状が軽減されており、効果は6ヶ月後も維持されていた。 	ランダム化比較試験 (非ブラインド化)	Ollendick (2009) ³⁶⁾

ない。

このうち、認知行動療法は思考・感情・行動の新しいパターンを構築するために、反復的なセラピーを必要とするものとされている（学習モデル）。しかしセッションを反復せず、認知行動療法の単一セッションで効果を上げようとする方法論があり、単一セッション統合的認知行動療法（single-session integrated CBT）という⁴⁵⁾。その背景にあるのは治療者－患者・クライアント間の作業同盟（治療同盟）理論であり、患者・クライアントの問題と治療のゴールの設定に認知行動療法で使われる「症例の概念化」の枠組みを用いるものである。

SSTの根底にある考え方はポストモダニズムであり、SSTは文脈モデルを理論的根拠としており、患者・クライアントの問題の解釈（文脈）を変更することで問題を解決する。SSTでは、「現実」は社会と個人との間の活発な相互作用で構成される（社会構成主義）と考える。人間はネガティブ事象が重なると、それを問題として認識し、思考が隘路にはまり込む。そこでSSTにより、別の隠喩・ストーリー・直接的課題を作ることで「新しい現実」を提示し、患者・クライアントから柔軟な反応や建設的行動パターンを引き出そうとするのである。患者には自力で立ち上がる力（自己治癒能力）があり⁴⁶⁾、ほんのわずかな変化でも治療の端緒が開く（共通和音“pivot chords”）。

b. 単一セッション精神療法の適応、

禁忌・適応外、ネガティブアウトカム

SSTはイスラエル・テルアビブ大学のMoshe Talmonらが概念化し臨床実践を開始してから30年にもなるが⁴⁷⁾、本稿でこれまで見てきたように、いまださまざまな臨床的問題に対しさまざまな手法が試みられている状況であり、SSTの適応には定まったものはない。しかし、SSTを積極的に用いるべきなのは、1)適応問題や最近始まった軽症のケース、2)問題に取り組む意欲のある人、3)問題の焦点に気づいている人である³⁹⁾。1)では問題・困難に圧倒されておらず、単一セッショ

ンの成果を実生活に活かすことができる。2)はSSTではセッションの後も患者・クライアント自身が持続的に努力しなければならず、問題に取り組む意欲があればこそSSTが可能である。3)は患者・クライアントの問題の焦点が絞られていると、セッションの時間を最大限に有効に使うことができるので、SSTが可能である。これらを要約すれば、SSTに向くのは、病悩期間が短く、病状や抱える心理的問題が比較的単純で軽く、治療・改善に取り組む意欲が強いケースだということになる。

いっぽうSSTの禁忌・適応外は、1)重篤・慢性化した問題、2)高度の支援が必要な場合、3)対人的信頼が損なわれたことのある人、4)治療に協力的でない人である³⁹⁾。1)には精神療法も重要だが、単一セッションでの回復は困難であり、リハビリテーションを含めた総合的支援を行う必要がある。2)では患者・クライアントが治療者に依存的になったり、虐待・依存から抜け出すための支援が必要だったりするので、SSTには向かない。3)はSSTでは治療者の影響力を最大限に高める必要があるので、虐待・ネグレクトや対人的信頼が著しく損なわれた経験のある人にはあまり有効ではない。4)は治療に協力的でない患者・クライアントでは、治療契約を結ぶこと自身が難しく、治療者がたった1回のセッションで抱える問題を探索し変化を促すのは極めて困難である。これらを換言すれば、SSTに向かないのは、病悩期間が長く、病状や抱える心理的問題が複雑でとても重く、他人に裏切られた経験があったり、治療・改善に取り組む意欲が乏しかったりするケースだということになる。こうしたケースは社会的に孤立していることも少なくないので、周囲からの支援を受けることも難しい。

以上より、SSTは多くの精神疾患では適応外ということになる。適応障害や死別反応のうち軽症と思われるものは積極的な適応だろう。抑うつ症や不安症の発症初期もSSTの適応と考えても良いだろう。だがこうしたSSTの適応症は、本稿を執筆するに至った当初の問題意識—なぜこ

じれにこじれた精神疾患がたった1回の精神科面接で劇的に改善することがあるのかに、答えるものではない。SSTにより、軽症・早期の疾患が改善することがあっても、それは「傷が浅い」からであり、治療を受けなくても自然経過で改善するものだったのかもしれない。しかし、临床上、難治性の精神疾患がSSTでごく短期間で寛解に至るという現象は、SSTに関する論文でもほとんど検討されていない。

SSTの副作用をまとめた論文は見つからなかった。そもそも精神療法の副作用をテーマとした論文は少ない。また、精神療法の副作用・失敗・阻害要因といったネガティブアウトカムは相互に複雑に絡み合っており、いずれが副作用であり、何が失敗なのか、阻害要因なのかを弁別することは難しい⁴⁸⁾。SSTも精神療法であり、当然、ネガティブアウトカムに留意しなければならない。

心的外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder : PTSD) の発症予防を目的とした心理学的デブリーフィング (critical incident stress debriefing : CISD)⁴⁹⁾ は、単一セッションで行われることがほとんどだが、有害である⁵⁰⁾。

c. 単一セッション精神療法の基本的手順

SSTの方法論にはさまざまなものがあるが、Table 4にSSTの基本的な手順を示す。セッションの前段階から、セッションが最大の効果を上げるよう準備する。セッションでは速やかにラポールを形成し、治療の焦点を迅速に定義し、変化するきっかけとなる新しい方法を積極的に提案する。可能であれば、その後の経過を追跡する。もちろん、セッションの予約なく、準備の間もなくいきなりSSTが行われることもある。

Table 4 Basic procedure of single-session psychotherapy

<p>1) セッション前段階</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 単一セッション精神療法の患者・クライアント (家族も) が面接の予約を入れてきた時点から、治療が始まる。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ セッションまでの間に、これまでの経緯をまとめてきてもらう。 ▶ 電話やメールで、患者・クライアントに良い印象を持たれるようにする。 ▶ スタッフ間で事前に話し合う。 <p>2) セッション</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1回だけのセッション (1～2時間) で十分な人が多いことをセッション開始時に説明する。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 必要に応じ、それ以上の回数のセッションを行う旨の説明もする。 ● 患者・クライアントの使った言葉や患者・クライアントの把握した問題の枠組み (frame of reference) を上手に利用した面接をする。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 過去に患者・クライアントが問題をどう受け止め、対処するために何をしたのかを訊く。 ▶ 患者・クライアントに、自身にはさまざまな強さ・利点があることを思い出させる。 ● 介入の効果を最大にするために、生き生きとした言葉で暗示的示唆をし、患者・クライアントが苦悩している直接的問題に対し、問題の枠組みの再設定 (問題の要因を深追いせず、治療目標をストレートに追求して、問題の悪循環を断つ) をする。 ● 患者・クライアントにセッションの総括を伝える。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ セッションに来たことをねぎらい、セッションで分かった問題点を、患者・クライアントがセッション後も建設的な解決法を模索できるような形に治療者が再構成して提示する (問題を肯定的に受け止められるように問題を言い換える)。 ● 患者・クライアントに宿題 (セッション後に自分に起きたポジティブな変化を記録しておくことなど) を出すこともある。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 患者・クライアント自身に自身に対する宿題 (小さくて単純なもの) を見つけるよう促すこともある。 <p>3) セッション後段階</p> <ul style="list-style-type: none"> ● セッションの直後にスタッフ間で意見交換する。 ● しかるべき間を空けて (たとえば6ヶ月後など)、患者・クライアントに電話をかける。
--

文献39, 47を参考に筆者にて作成

6. おわりに：啐啄同時

以上で見てきたように、うつ病、社交不安症等の精神疾患は疫学研究により、自然寛解するケースが少なくないことが示唆され、強迫症は治療の有無に関係なく、中年期に寛解すると考えられている。したがって、臨床上しばしば経験するように、うつ病圏内や神経症圏内の患者が数回の診察後に無治療（すなわち、本稿でいう単一セッション精神療法（SST））となっても、寛解状態に至るケースも少なくはない。しかしながら、SSTの適応症・有効性・安全性はいまだ不明であり、病悩期間が短く、病状や抱える心理的問題が比較的単純で軽く、治療・改善に取り組む意欲が強いケースに勧めることができる程度である。

臨床上、慢性化した難治性のうつ病圏内や神経症圏内の患者が単一から少数回のセッション後に、劇的に症状が改善する現象を稀に経験するが、SSTとして実践・研究されている精神療法の範囲では、こうした現象の解明を期待すること

は難しい。本稿をまとめるにあたり、種々の文献を参照したが、この難治性精神疾患がSSTで改善することに関してまとまった記載があるのは、James P. Gustafsonの超短期精神療法（very brief psychotherapy）に関する成書のみである⁵¹⁾。

これによると、超短期精神療法には、SSTとして1～数回のセッションのみを行うものと、長期短時間精神療法（long brief therapy）という5～10分程度の短時間のセッションを年余にわたって繰り返すものという2つの形式がある。超短期精神療法が超短期である所以は、患者・クライアントが回復に至る軌跡（trajectory）を辿ると、長い準備期間を経て、一瞬にして決定的変化（decisive step）が起き、大きく回復するという現象があることに着目しているところにある（Table 5）。

本稿で検討したSST研究の多くでは、精神疾患が長期的に辿る回復過程に関する言及に乏しく、難治性精神疾患におけるSSTについてはほとんど検討されていない。しかしGustafsonの超短期精神療法はこの点をクローズアップしてい

Table 5 Very brief psychotherapy conceptualized by Gustafson

- 超短期精神療法には、長期短時間精神療法（long brief therapy）（5～10分程度の短時間のセッションを年余にわたって繰り返すもの）と単一セッション精神療法の2つの形式がある。しかし、重要なことは、いずれの形式であれ、回復は一瞬にして起きることである。
- 患者・クライアントが回復に至る軌跡（trajectory）を辿ると、長い準備期間を経て、一瞬にして決定的変化（decisive step）が起き、大きく回復する。
- 超短期精神療法では、問題（不安・抑うつなど）の封じ込め、封じ込めを妨げる機序としての選択的不注意（視野の狭窄）への対応、心の安寧を脅かす傾向（受容性、社会からの影響、罪悪感）への対応などを図る。
- 年余にわたる治療を受けていても、決定的変化が起きて治るのはほんの瞬時であり、これをGustafsonは“epiphany”（顕現）と呼んでいる。つまり、超短期精神療法では、長い準備段階を経て、瞬時にして跳躍的な回復にたどり着く現象に着目している。
 - “very brief psychotherapy is about the moment of change being only a single step which is unprecedented, as in the “new beginning” of Michael Balint (1968), or a single step which has been taken before but is not allowed to slip away.”
 - “Occasionally, a single conversation can operate as a dynamic change.”
 - “In discussing Very Brief Psychotherapy as a single step, I am trying to draw attention to the moment of change and the infinitesimal step that is its defining mark.”
 - “It can happen in a single session, if the patient has already completed the preparation herself.”

文献50を参考に筆者にて作成

る。それは啐啄同時という禅語の示す現象と同じである。すなわち、雛が卵から生まれようとする時、殻の中から殻を突き、音を立てる（「啐」）。すかさず親鳥は、殻の外から殻を突いて（「啄」）殻を破る。「啐」と「啄」が同時だからこそ、殻が破れて雛が生まれる。それは精神療法でも同じことなのだろう。少なくとも一部の患者・クライアントは、長い苦悩の時を経て、機が熟し、良い治療者に巡り合い、短時間の診察がきっかけとなり、ようやく回復に至る。実地臨床では、なかなか長時間の精神療法を行うことは難しく、長期短時間精神療法になりがちだが、そうした日常的な診察・面接でも、啐啄同時の回復過程を意識して患者・クライアントに向き合うことが大切である。患者・クライアントの決定的変化は精神療法セッションの最中には起きないかもしれない。しかし、その準備段階に日常の精神療法が役立てば、患者・クライアントがなんらかのきっかけ（家族や友人との対話、一期一会の出会いなど）で回復するのである。

利益相反

本稿に関し、筆者には日本精神神経学会利益相反(COI)指針に鑑み、申告すべき利益相反はない。また、本稿は学術研究として公表された文献を用いたレビューであり、個人を特定可能な情報を含まない。

付記

本稿の概要は、日本精神病理学会第41回大会(2018年10月6日、神戸)にて、「単一セッション精神療法を考える：文献的レビュー」と題して口演した。

文献

- 1) Breuer J, Freud S. Strachy J, translator. *Studies on Hysteria*. NY: Basic Books; (English translation of "Studien über Hysterie" 1895.): Case 4 Katharina. Available from: https://archive.org/stream/studiesonhysteri037649mbp/studiesonhysteri037649mbp_djvu.txt
- 2) Starcevic V. Gustav Mahler as Freud's patient: a note on possible obstacles to communication and understanding. *Australas Psychiatry*. 2013; 21(3): 271-5.
- 3) Rosenbaum R., Hoyt MF, Talmon M. The challenge of single session therapies: creating pivotal moments. In: Wells R, Giantetti V, eds. *The Handbook of Brief Psychotherapies*. New York: Plenum; 1990. p. 165-89.
- 4) Dryden W. *Single-Session Therapy (SST): 100 Key Points and Techniques*. Oxson: reutledge; 2019.
- 5) Leibert TW, Dunne-Bryant A. Do common factors account for counseling outcome? *Journal of Counseling & Development*. 2015; 93(2): 225-35.
- 6) Whiteford HA, Harris MG, McKeon G, Baxter A, Pennell C, Barendregt JJ, Wang J. Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2013; 43(8): 1569-85.
- 7) Wittchen HU. Natural course and spontaneous remissions of untreated anxiety disorders: results of the Munich follow-up study (MFS). In: Hand I, Wittchen HU, eds. *Panics and Phobias. Vol 2*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 1988. p. 3-17.
- 8) Vriends N, Bolt OC, Kunz SM. Social anxiety disorder, a lifelong disorder? a review of the spontaneous remission and its predictors. *Acta Psychiatr Scand*. 2014; 130(2): 109-22.
- 9) Yonkers KA, Dyck IR, Warshaw M, Keller MB. Factors predicting the clinical course of generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry*. 2000; 176: 544-9.
- 10) Rodriguez BF, Weisberg RB, Pagano ME, Bruce SE, Spencer MA, Culpepper L, Keller MB. Characteristics and predictors of full and partial recovery from generalized anxiety disorder in primary care patients. *J Nerv Ment Dis*. 2006; 194(2): 91-7.
- 11) Fineberg NA, Hengartner MP, Bergbaum C, Gale T, Rössler W, Angst J. Remission of obsessive-compulsive disorders and syndromes; evidence from a prospective community cohort study over 30 years. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2013; 17(3): 179-87.
- 12) Wang Y, Henriksen CA, Ten Have M, de Graaf R, Stein MB, Enns MW, Sareen J. Common mental disorder diagnosis and need for treatment are not the same: findings from the NEMESIS study. *Adm Policy Ment Health*. 2017; 44(4): 572-81.

- 13) AlAqeel B, Margolese HC. Remission in schizophrenia: critical and systematic review. *Harv Rev Psychiatry*. 2012; 20(6): 281-97.
- 14) de Haan L, van Nimwegen L, van Amelsvoort T, Dingemans P, Linszen D. Improvement of subjective well-being and enduring symptomatic remission, a 5-year follow-up of first episode schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*. 2008; 41(4): 125-8.
- 15) Bola JR. Medication-free research in early episode schizophrenia: evidence of long-term harm? *Schizophr Bull*. 2006; 32(2): 288-96.
- 16) Bergström T, Seikkula J, Alakare B, Mäki P, Köngäs-Saviaro P, Taskila JJ, Tolvanen A, Aaltonen J. The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Res*. 2018; 270: 168-75.
- 17) Ran MS, Weng X, Chan CL, Chen EY, Tang CP, Lin FR, Mao WJ, Hu SH, Huang YQ, Xiang MZ. Different outcomes of never-treated and treated patients with schizophrenia: 14-year follow-up study in rural China. *Br J Psychiatry*. 2015; 207(6): 495-500.
- 18) Solomon DA, Leon AC, Coryell WH, Endicott J, Li C, Fiedorowicz JG, Boyken L, Keller MB. Longitudinal course of bipolar I disorder: duration of mood episodes. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(4): 339-47.
- 19) Castellini G, Lo Sauro C, Mannucci E, Ravaldi C, Rotella CM, Faravelli C, Ricca V. Diagnostic cross-over and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria: a 6-year follow-up study. *Psychosom Med*. 2011; 73(3): 270-9.
- 20) Steinbrecher N, Hiller W. Course and prediction of somatoform disorder and medically unexplained symptoms in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011; 33(4): 318-26.
- 21) Jones T, Lookatch S, Moore T. Effects of a single session group intervention for pain management in chronic pain patients: a pilot study. *Pain Ther*. 2013; 2(1): 57-64.
- 22) Follette W, Cummings NA. Psychiatric services and medical utilization in a prepaid health plan setting. *Medical Care*. 1967; 5(1): 25-35.
- 23) Malan DH, Heath ES, Bacal HA, Balfour FH. Psychodynamic changes in untreated neurotic patients. II. Apparently genuine improvements. *Arch Gen Psychiatry*. 1975; 32(1): 110-26.
- 24) Askevold F. What are the helpful factors in psychotherapy for anorexia nervosa? *Int J Eating Disorders*. 1983; 2(4): 193-7.
- 25) Silverman WH, Beech RP. Length of intervention and client assessed outcome. *J Clin Psychol*. 1984; 40(2): 475-80.
- 26) Öst LG. One-session treatment for specific phobias. *Behav Res Ther*. 1989; 27(1): 1-7.
- 27) Lokshin B, Lindgren S, Weinberger M, Koviach J. Outcome of habit cough in children treated with a brief session of suggestion therapy. *Ann Allergy*. 1991; 67(6): 579-82.
- 28) de Jongh A, Muris P, ter Horst G, van Zuuren F, Schoenmakers N, Makkes P. One-session cognitive treatment of dental phobia: preparing dental phobics for treatment by restructuring negative cognitions. *Behav Res Ther*. 1995; 33(8): 947-54.
- 29) Coverley CT, Garralda ME, Bowman F. Psychiatric intervention in primary care for mothers whose school-children have psychiatric disorder. *Br J Gen Pract*. 1995; 45(394): 235-37.
- 30) Kaffmann M. Brief therapy in the Israeli kibbutz. *Contemporary Family Therapy*. 1995; 17(4): 449-68.
- 31) Campbell A. Single session interventions: an example of clinical research in practice. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 1999; 20(4):183-94.
- 32) Bloom BL. Focused single session psychotherapy: a review of the clinical and research literature. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 2001; 1(1): 75-86.
- 33) Perkins R. The effectiveness of one session of therapy using a single-session therapy approach for children and adolescents with mental health problems. *Psychol Psychother*. 2006; 79(Pt 2): 215-27.
- 34) Perkins R, Scarlett G. The effectiveness of single session therapy in child and adolescent mental health. Part 2: an 18-month follow-up study. *Psychol Psychother*. 2008; 81(Pt 2): 143-56.
- 35) Başoğlu M, Salscioğlu E, Livanou M. A randomized controlled study of single-session behavioural treatment of earthquake-related post-traumatic stress disorder using an earthquake simulator. *Psychol Med*.

- 2007; 37(2): 203-13.
- 36) Ollendick TH, Ost LG, Reuterskiöld L, Costa N, Cederlund R, Sirbu C, Davis TE 3rd, Jarrett MA. One-session treatment of specific phobias in youth: a randomized clinical trial in the United States and Sweden. *J Consult Clin Psychol.* 2009; 77(3): 504-16.
- 37) Hoyt MF, Talmon M. Editor's introduction: single session therapy and walk-in services. In: *Capturing the moment: single session therapy and walk-in services.* Wales: Crown House; 2014. pp 1-26.
- 38) Barnes M, Carruthers P, Givovic M. One...two...three ways to help you today: therapeutic models in a single-session therapy program. In: Hoyt MF, Bobele M, Slive A, Young J, Talmon M, eds. *Single session therapy by walk-in or appointment: administrative, clinical, and supervisory aspects of one-at-a-time services.* NY: Routledge; 2018. pp 175-85.
- 39) Steenbarger BN. Single-session therapy. In: Hersen M, Sledge W, eds. *Encyclopedia of psychotherapy* (volume 2). NY: Academic Press; 2002. pp 669-72.
- 40) Feldman M. Single-session hypnotherapy for smoking cessation. *European Journal of General Practice.* 2002; 8(2): 73-4.
- 41) Marcus JD. An Ericksonian approach to crack cocaine addiction: a single-session intervention. *Contemporary Hypnosis.* 1999; 16(2): 95-102.
- 42) Singh R. Single-session treatment of refractory headache: evaluation with three patients. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.* 1989; 17(1): 99-105.
- 43) Ray P, Page AC. A single session of hypnosis and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in the treatment of chronic pain. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.* 2002; 30(2): 170-8.
- 44) Singh R. Single-session hypnotic treatment of insomnia in religious context. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis.* 1992; 20(2): 111-6.
- 45) Dryden W. *Single-session integrated CBT(SI-CBT).* NY: Routledge; 2017.
- 46) Hoyt MF, Rosenbaum R, Talmon M. Planned single-session psychotherapy. In Budman SH, Hoyt MF, Friedman S, eds. *The first session in brief therapy.* NY: Guilford Press; 1992. pp 59-86.
- 47) モーシィ・タルモン, 著. 青木安輝, 訳. シングル・セッション・セラピー. 東京: 金剛出版; 2001 [原典: Talmon M. *Single session therapy: maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter.* San Francisco: Jossey-Bass; 1990.]
- 48) 齊尾武郎. 心理療法の副作用. *こころの科学.* 2011; 160(11): 97-104.
- 49) Kearns MC, Ressler KJ, Zatzick D, Rothbaum BO. Early interventions for PTSD: a review. *Depress Anxiety.* 2012; 29(10): 833-42.
- 50) van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PM. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet.* 2002; 360(9335): 766-71.
- 51) Gustafson JP. *Very Brief Psychotherapy.* NY: Routledge; 2005.

(投稿日: 2019年11月15日)

(受理日: 2019年11月21日)

* * *