

2. 2009年現在で、とりあえずほとんど唯一つ提案されている診断基準としてDC:0-3Rが見いだせる。その診断基準によれば、精神障害について、広範性発達障害と注意欠陥/多動性障害との関連障害を除くとI軸診断として以下の障害がDC:0-3Rにリストアップされていた。

100: 外傷後ストレス障害PTSD;

150: 愛着剥脱/不適切な養育障害
Deprivation/Maltreatment Disorder
(DSM-IV-TRの反応性愛着障害とほぼ同義);

200: 感情の障害Disorder of Affect

210 長期化した死別/悲哀反応

Prolonged Brevement/Grief Reaction,

220 不安障害、

221 分離不安障害, 222 恐怖症,

223 社会不安障害(社会恐怖), 224

全般性不安障害, 225 不安障害NOS

230 うつ病;

300: 適応障害;

400: 統制障害Regulation Disorder
of Sensory Processing

500: 睡眠行動障害

510 入眠障害 520 夢中遊行症

600: 摂食障害

601 State Regulation 602 養育者

一乳幼児相互関係 603 拒食 604

知覚的食物嘔吐、605 医学的狀態に

よる 606 消化管への傷害による

3. 結論的には、これらの障害の内、診断基準の信頼性・妥当性の検討が比較的進んでいる障害は100:PTSDとDSM-IV-TRの反応性愛着障害(DC:0-3Rでは150:愛着剥脱/不適切な養育障害Deprivation/Maltreatment Disorder)の

2つのみであった。それぞれの障害について、以下に文献レビューの結果を記載する。

100: 外傷後ストレス障害PTSD

この障害については、方法の文献検索により多数の報告が見出されたが、診断基準についての研究は、Scheeringaらのグループが多くの貢献をしている

(Scheeringa et al., 1995, 200, 2001, 2005)。また本邦にもいくつかの総論が見られる(青木, 2004, 2008)。

Scheeringaらは、多くの症例検討、自験症例などから、乳幼児期のPTSD診断基準を作成し(1995)。その信頼性・妥当性を検討しており、概ねそれらが確立されつつある(2000, 2001, 2003, 2005)。この診断基準は、DC:0-3Rに採用されている。

150: 愛着剥脱/不適切な養育障害

Deprivation/Maltreatment Disorder

(DSM-IV-TRの反応性愛着障害とほぼ同義)

DC:0-3Rにある愛着剥脱/不適切な養育障害Deprivation/Maltreatment Disorderは、診断基準の内容がDSM-IV-TRの反応性愛着障害Reactive attachment disorderとほぼ一致しており、ここでは研究の多い、反応性愛着障害の文献をレビューする。同障害については、米国のZeanahらのグループと英国のO'Connorらのグループが多くの貢献をしている。同障害については概ね信頼性・妥当性をもって診断できるとの証拠は重なりつつある

(Boris et al., 1998; Smyke et al., 2002; Zeanah et al., 2002, 2004;)。

200: 感情の障害 Disorder of Affect

210 長期化した死別/悲哀反応

Prolonged Brevement/Grief Reaction,

方法に記載した基準で分権を検索したところ、感情の障害は乳幼児期は全くヒットしなかった。学齢期まで広げると「分離不安障害」「社会不安障害/社会恐怖」「全般性不安障害」についての研究は散見されるものの、診断についての実証的研究を扱う文献は見つからなかった。さらに詳しく以下に記載する。

210. 長期化した死別/悲哀反応 Prolonged Bereavement / Grief Reaction

この名称を疾患単位として扱う文献、および名称にこだわらず乳幼児における死別反応を疾患単位として扱う文献を検索したが見つからなかった。

しかし乳幼児の死別反応そのものは注目されており「親に先立たれた子どもと残された親とが呈する精神医学的困難は、予想されたレベルよりも高いものである」(Downey et al., 1999)、「小児科医は重要な人物の死に対する子どもの反応を理解し評価するべきである」(No authors listed, 2000)などの文献が散見される。特に親との死別は主たる愛着対象の喪失を意味するため、乳幼児は非特異的ではあっても広範囲にわたっての感情及び行動の障害を呈する(Downey, 2000)。

DC0-3R ではこの“疾患”について「抗議、絶望、無関心(脱愛着)と続く一連の流れのすべての表現型を呈しうる」と記述しその理由について「(主たる養育者を失うなど)このような大きな喪失感

を扱うほどの感情および認知の資質をもつ幼児は多くない」と説明している。このように、同障害は、Bowlby に発したアタッチメントに深い関係をもっている。Bowlby はその理論を生み出したとき、アタッチメント対象からの分離の反応を臨床的に重視した観察したためである。この観点からみると、同障害の新しいバージョンは、Zeanah らが提案したアタッチメント障害の下位分類である「中断された愛着障害」に概念化されるかもしれない。

DSM-IVにおいて死別反応は疾患単位ではなく「臨床的関与の対象となる事のある他の状態」の1つと位置づけられている。

221. 分離不安障害 Separation Anxiety Disorder

乳幼児における不安障害の疾患分類・頻度・特徴を調査した臨床的/疫学的研究はきわめてわずかである(Egger, 2006)。

乳幼児の心理発達から考えて、愛着対象からの分離により乳幼児が不安になることは正常であるため、分離不安障害の症状とされるものが病的であるか否かについての判断は慎重に検討する必要がある。Egger らは幼児における精神疾患の診断基準を再検討し The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) として発表している(Egger et al., 2004)。Egger らは DSM の診断基準では“impairment (損傷)”の症状を必須としないため正常範囲内と思われる分離不安を疾患として診断する可能性のあることを指摘し、PAPA においては“impairment”症状を必須と

している(Egger et al., submitted-a)。

DSM-IVに準拠した形で0-5歳児における操作的診断基準を確立しようとするアプローチにResearch Diagnostic Criteria-Preschool Age(RDC-PA; Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool, 2003)があるが、不安障害の中では唯一記載のあるのが分離不安障害である(feedingに関連した疾患とPTSDを除く)。DSMと比較すると「分離に対する恐怖」を明確に認識または言語化することなく症状を特定するための工夫がなされ、さらに「愛着対象がどこにいるかということにいつも心を奪われている」という症状が項目に付加されている。しかしRDC-PAを用いて実際の診断を行いその信頼性・妥当性について検討した研究は見つからなかった。

223. 社会不安障害(社会恐怖) Social Anxiety Disorder (Social Phobia)

DSM-IVにおける社会恐怖の診断基準には「他人の注視を浴びるかもしれない社会的状況(中略)に対する顕著で持続的な恐怖」「自分が恥をかかされたり(中略)することを恐れる」などの項目を含むが、乳幼児は言語による表現力に限界があり、また他者の思考を推測する能力が十分に発達していないこともあって、この診断基準を適用することは適切でない。Warrenらは月齢19-56ヶ月の幼児72名を対象とし、修正した診断基準とDSM-IVとを用いて乳幼児の社会恐怖について検討した(Warren et al., 2006)。それによると、修正した診断基準によって19名が社会恐怖と診断されそのうち8名はDSMによっても同診断であった(DSM

によって社会恐怖と診断された8名は全員が修正した診断基準でも同診断を得た)。また診断された19名は不安障害をもたない子どもと比較して不安症状が強く行動が抑制的であるなど診断の妥当性に貢献するデータを得ている。

しかしほとんどこの文献が唯一であり、診断基準の確立については、最も準備的な段階といえる。

224. Generalized Anxiety Disorder (全般性不安障害)

社会恐怖の項でふれたWarrenらの研究では乳幼児の全般性不安障害の診断についても同様の検討を行っている。しかし結果は異なっており、修正した基準で全般性不安障害と診断された幼児は不安障害をもたない子どもと比較しても、不安症状の強さや抑制的な傾向などに有意差がなく診断の妥当性が示されなかった。さらにDSMで全般性不安障害と診断された児と比較しても不安症状のパターンが異なっており、DSM診断群とは異なる集団を抽出していることが予想された。

230 うつ病

検索エンジンはPub-MedおよびPsyc-infoを使用。depressionをキーワードとし、0-48ヶ月の乳幼児を対象とした過去5年間(2004-2008年)のreview論文を検索した。その結果、Pub-medでは189件、Psyc-infoでは49件が検出された。その中から、乳幼児のdepressionの診断がテーマとなっているものとして、以下の論文をとりあげた。

・Stalets M.M. & Luby J.L. (2006)
Preschool depression. Child Adolesc

Psychiatr Clin N Am. 15, 899-917.
また、参考文献として、以下の論文も使用した。

- ・青木豊 (2005) 乳幼児期におけるうつ病 松本真理子 (編) 現代のエスプリ別冊 うつの時代シリーズ うつの時代と子どもたち 52-64 至文堂
- ・Luby J.L. (2000) Depression. Zeanah, C.H. (Ed.) Handbook of infant mental health-2nd ed. 24. 382-396. New York: The Guilford Press.
- ・Zero-to-Three (1994) Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, Washington, DC. National Center for Clinical Infant Programs. 本城秀次・奥野光 (2000) 精神保健と発達障害の診断基準—0歳から3歳まで— ミネルヴァ書房。

その結果、乳幼児のうつ病あるいは気分障害の診断は、現時点においても確立されていない。ただし、うつ状態に陥っているように見える乳幼児についての報告は存在する。それは、うつ病の母親を持つ乳幼児についての研究や、抑うつ症状と思える行動を伴う精神障害（反応性愛着障害・非器質性生育障害・外傷後ストレス障害）についての研究である (Luby, 2000)。これらの研究は、乳幼児期うつ病との鑑別診断という観点からは有益な研究ではあるが、現時点ではうつ病とは異なる疾患と概念化されている (青木, 2005)。また、精神保健と発達障害の診断基準—0歳から3歳まで— (以下 DC:0-3) は、おそらく乳幼児期における唯一の国際的な診断基準である。診断名

としては「気分障害：乳幼児期と小児期早期のうつ (本城他, 2000)」と位置付けられ、発達の観点から年齢にあった症状の現れ方を記述するように操作的に作られてはいるが、信頼性・妥当性についてはいまだ示されていない (Stalets 他, 2006)。

5歳までの未就学児のうつについては、1980年代から盛んに研究されるようになってきている。これは、うつが未就学児に起こりうるという Kashani ら (1983-1987) の研究により、年少児に対するよりよい定義および発達の適切な診断基準が必要であるという注目が高まったことによる。近年では、DSMの診断基準を未就学児に使用するために修正するという Luby ら (2002-2003) の提案をもとに、0-5歳児を対象とした Research Diagnostic Criteria-Preschool Age (以下 RDC-PA) が作成されている (Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool, 2003)。その修正とは、DSMの大うつ病の診断基準をもとに、症状の存在に必要とされる期間の緩和などの変更が加えられたものである。Luby ら (2002) も、未就学児の診断基準として、RDC-PAと同様に DSM の改変を行い、その妥当性を検証している。その結果、診断基準に示されている症状が、うつ的な未就学児を分類可能であるという結果が出ている。このように、期間の問題については、除外しても臨床的に意味のあるうつ症候群を同定することは可能と判断されたが、詳細なアセスメントについては、現在も研究が進められているところである。

なお、症状の持続性については、

Lavigne ら (1998) の研究では、感情障害の診断基準を満たす2~3歳の子どものうち、40%は4年後にも同様であり、60%は感情障害とともに破壊行動障害も示していたことが実証されている。同様に Luby ら (2002) の研究でも、少なくとも6ヶ月は症状が持続しているという結果が示されている。

以上のように、乳幼児のうつについての診断は、その必要性が認められ、未就学児についてはようやく実証研究が進められるようになったが、3歳以下の年少児については、いまだ信頼性・妥当性のある診断基準は存在していない。

240. Mixed Disorder of Emotional Expressiveness

300. 適応障害 Adjustment Disorder

検索エンジンは Pub-Med および Psyc-info を使用。その結果、240. Mixed Disorder of Emotional Expressiveness については、いずれの検索エンジンにおいても該当する論文が検出されなかった。

300. Adjustment Disorder については、Pub-med では24件、Psyc-info では2件が検出されたが、いずれも乳幼児の診断基準に関する研究は該当しなかった。

以上の点から、240. Mixed Disorder of Emotional Expressiveness および、300. Adjustment Disorder については、DC:0-3 の信頼性・妥当性だけでなく、診断基準そのものがほとんど検討されていないことが判明した。

400: 統制障害 Regulation Disorder of Sensory Processing

Pub-Med にて Regulation disorder を Humans, English, Infant:1-23months, Perschool Child:2-5 years の Limits をかけて検索を行ったところ、

全く検索されず、「Regulatory disorder DC:0-3」で同じ条件にて検索したところ、4件の文献が検索された。

1つは、DSM-IV と DC0-3 の2つの診断システムを177人の58ヶ月までの子ども達のカルテからレトロスペクティブに比較したものである。この研究では DSM-IV の破壊的行動障害は DC0-3 における統制障害と診断したほうが妥当であるとの結果を得ている (Frankel KA, et al, 2004)。また、コペンハーゲンの一一般の1歳半児の16-18%に ICD-10 と DC0-3 による精神保健問題が発見され、その中の最も多いものの一つに DC0-3 による統制障害が含まれていたとの調査がある (Skovgaard AM, et al, 2008)。さらに、スカンジナビアの精神科外来クリニックにおいて138人の0-3歳児を調査したところ68%が統制障害を含む DC0-3 の一軸診断に当てはまったとの報告がある (Mothander PR, et al. 2008)。

Greenspans らのグループ(1993)が統制障害の概念を提唱しているが、実証的研究¹⁾は限られており、診断基準の信頼性・妥当性を示すのに十分なデータはなく、上記のような準備的データがいくつか見られたのみであった。

500: 睡眠行動障害

510 入眠障害 520 夢中遊行症

Pub-Med にて「Sleep Disorder」を、last 10 years, English, Core clinical journals, Infant:1-23months, Preschool

Child:2-5years の Limits をかけて検索したところ、Review 文献だけで 32 件検索された。それらを調べると、睡眠の問題について広く研究されているものの、そのほとんどは身体的問題に関連するものであった。子どもの睡眠障害を概観した論文¹⁾があり、それによると、睡眠時無呼吸症、入眠障害、睡眠時随伴症、夜驚症、夢中遊行、悪夢等に分けられている。しかし診断基準の信頼性・妥当性を示すような実証研究は見当たらなかった。2000 年時点で Handbook of Infant Mental Health の Sleep disorder の章において Anders らは、信頼性・妥当性のある国際的な診断基準の一致が得られていないとしている。この状況は 2009 年の現時点でも変わっていないようである。

600: 摂食障害

601 State Regulation 602 養育者
-乳幼児相互関係 603 拒食 604
知覚的食物嘔吐、605 医学的狀態に
よる 606 消化管への傷害による

Pub-Med にて「Feeding Disorder」を、2003 年以降、つまり、last 5 years, English, Core clinical journal, Infant:1-23months, Preschool Child:2-5years の Limits をかけて検索したところ、Review 論文が 20 件検索された。しかし、診断基準に関するものや根拠となる実証研究は見受けられなかった。

Feeding Disorder については、Chatoor らの研究による提案が DC:0-3 や RDC-PA に使用されているものの、2002 年の段階で標準的診断システムができていないことが指摘されているが、現時点でも同じ

状況である。

D1. 考察

乳幼児期における精神障害の信頼性・妥当性の検討は世界的にみても遅れている。DC:0-3R および DSM-IV-TR からリストアップされた障害は、その診断基準についての研究からおおよそ 3 つのグループに分けることが出来る。第 1 のグループは、診断基準の信頼性・妥当性の研究がある程度積み重ねられているために、その障害が存すると言って良い障害であり、外傷後ストレス障害と DSM-IV-TR による反応性愛着障害 (DC:0-3R でほぼ同一の愛着剥脱/不適切な養育障害) がそれにあたる。第 2 のグループは、それら障害が概念上、あるいは臨床上想定され、診断基準の提案などがなされつつあるが、その信頼性・妥当性の検討はほぼないか、かなり準備的な段階にとどまっている障害である。それらは、感情の障害、うつ病、適応障害、統制障害等である。これらの疾患はその存在がまだ実証的には確認しているとは言えない。第 3 のグループは、小児科などの臨床で多数の症例が報告され、治療もおこなわれているために、その存在自体は疑いがたいが、国際的な診断基準の統一や診断基準の信頼性・妥当性についての研究が遅れている障害群であり、それらは睡眠行動障害、摂食障害である。

この様な研究臨床状況であるために、本邦でも多くの基礎的な研究が期待されるが、第 1 に欧米において比較的その存在が実証的に確認されている第 1 グループの障害 (PTSD, RAD) について、本邦でも研究を進める必要があろう。

E 1. 結論

発達障害とAD/HDを除くと、乳幼児期における精神障害としてその診断基準が信頼性・妥当性を持って確立しているものは少ない。その信頼性・妥当性について確立されつつあるものは2つのみであり、その2つとは外傷後ストレス障害PTSDと反応性愛着障害である。睡眠の障害や摂食障害は、小児科をはじめその障害の症状を主訴として患者が訪れることも多く、種々の報告がなされている。しかしその信頼性・妥当性のある国際的な診断基準は確立されていない。他の疾患については、報告自体がほとんど皆無である場合すらある。

F 1. 健康危険情報

文献検討であるためなし。

G 1. 研究発表

1. 論文発表

青木豊 (2008) アタッチメントの問題とアタッチメント障害、子どもの虐待とネグレクト, 10 (3) 285-296.

青木豊 (2008) 被虐待乳幼児に対するトラウマ治療と愛着治療、日本トラウマティック・ストレス学会誌, 6, 15-23.

2. 学会発表

南山今日子, 青木豊, 吉松奈央, 安部慎吾, 芝太郎, 猪俣誠司 (2008) 乳幼児の愛着に関する研究(1) - 愛着行動チェックリストの作成と児童福祉施設と保育園での比較検討 - 日本発達心理学会第19回大会. P53

吉松奈央, 青木豊, 南山今日子, 安部慎吾, 芝太郎, 猪俣誠司 (2008) 乳幼児の愛着に関する研究(2) - 親と保育士が捉

える保育園児の問題行動および背景因子との関連についての検討 - 日本発達心理学会第19回大会. P54

H 1. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

II. 関係性の評価法：その信頼性・妥当性について

A 2. 研究目的

乳幼児精神医学・保健の領域において、数々の実証的な研究や臨床研究から、乳幼児-養育者の関係性の評価と関係性への介入との重要性はコンセンサスを得られている (Cramer, 1987; Sroufe et al., 1988; Sameroff et al., 1989; Stern-Bruschweiler et al., 1989; Clark et al., 1993; Lieberman, 1993; Lieberman et al., 1993; McDonough, 1993; Stern, 1985, 1995; Zeanah, et al., 2000)。

本報告では、これら関係性の測定法にどのようなものがあるか、それら方法がどの程度信頼性・妥当性が確立されているかについて、文献から調査する。特に、次年度で研究の対象とするClinical Problem Solving Procedure 及びWorking Model of the Child Interview; WMCII についてより詳しく調査する。

B 2. 研究方法

Pub-Medを用い、過去20年、年齢0-5歳とのlimitで、relationship assessmentで検索し、この領域で信頼性の高いHandbook of Infant Mental Health

Journal (C. Zeanah ed. 2000)を参考図書とした。

ちなみに文献のレビューであるため、倫理的問題を考慮する必要はなかった。

C 2. 結果

以下、検索した論文のまとめを、特に上記2検査を中心に記載する。

まず関係性の一側面である表象の評価法についてであるが、親の子どもとの関係性に関する表象は、通常インタビューによって評価されるのが一般的である。たとえば、親の子どもとの関係性に関する表象を評定するためのインタビューとして、「Parent Development Interview; PDI」(Slade, et al., 1999; Aber, et al., 1999)がある。PDIは、子どもとの関係性の特徴や関係性における喜びや困難さなどについて問うものであり、主に子どもとの関係性における親の情緒的経験(怒りや困惑、喜びなど)や語りの組織化(一貫性や描写の豊かさ)を評定するものである。また他にも、Bretherton, Biringen, Ridgeway, Maslin, & Sherman (1989)が開発した「Parent Attachment Interview; PAI」がある。PAIは、親の子どもとのアタッチメント経験に焦点を当てたインタビューであり、主にアタッチメントに関わる親の考えや感情を評定したり、子どもとの関係性における母親の感受性や洞察性を評定したりする。

そして、関係性の表象の評価法として、本プロジェクトにおいても採用されているのが Working Model of the Child Interview; WMCI (Zeanah & Benoit, 1995)である。WMCIは、子どもや子どもとの関係性に関する親の主観的な知覚や経験を

評定する約1時間程度の半構造化面接であり、子どもの性格や扱いにくい行動、子どもとの関係性、子どもの将来像などを質問する。インタビューにたいする反応は、語りの質(一貫性や描写の豊かさなど)、語りの内容(乳児の困難さなど)、語りの情緒的トーン(喜びや怒りなど)に基づいて、①安定型②非関与型③歪曲型の3タイプに分類される。安定型は、子どもについての描写が豊かで柔軟で一貫しており、子どもへの情緒的関与や受容が高い表象である。非関与型は、子どもからの心理的距離や情緒的関与の欠如によって特徴づけられる。描写は乏しく最小限であり、無関心や冷ややかさ、敵意の感情が目立つ。歪曲型は、表象内にある種の歪みや偏りが認められ、例えば養育者が他の関心事に強く心を奪われていたり、混乱や困惑の感情に圧倒されていたり、親子間で役割逆転が認められたりする。

WMCIの妥当性に関しては、WMCIにおける母親の子どもに関する表象の分類が子どものアタッチメントのタイプと関連すること(Benoti, Parker, & Zeanah, 1997)、また母親の養育行動と関連すること

(Zeanah et al., 1994)が明らかにされている。そして、臨床群の母親(発育不全や睡眠障害の児を持つ母親、低出生体重児を持つ母親、パートナーからドメスティック・バイオレンスを受けている母親、抑うつのある母親など)を対象とした場合、ローリスク群の母親と比べて、全般的に安定型に分類される割合が少ないことも示されている(Benoit et al., 1992; Huth-Bocks et al., 2004)。

次に、関係性のもう一側面である相互

作用行動の評定法についてまとめる。まず最初に、Clark (1985) が研究及び臨床目的で開発した「Parent-Child Early Relational Assessment Scale; PCERA」がある。PCERAは自由遊びや食事、分離再会場面など相互作用場面における親と子どもの行動的・情緒的特徴を評定するものである。他にも、特に授乳食事場面における親子の相互作用の質を評定する Nursing Child Assessment Feeding Scale; NCAFS (Barnard, 1978)、相互作用時に一時的に親が無反応になる Still face procedure (Tronick, Als, Wise, & Brazelton, 1978)、親子間の情緒的な利用可能性を評定する Emotional Availability Scale (Biringen & Emde, 2000) などがある。

そして、関係性の相互作用行動の評価法として、本プロジェクトでも採用されているのが Clinical Problem Solving Procedure (Crowell Procedure) (Crowell & Feldman, 1988) である。これは、自由遊び、お片づけ、シャボン玉遊び、教示課題、分離再会場面など9つのエピソードから成る手法である。Crowell Procedureは、多様な場面における親子の相互作用を観察するため、関係性の幅広い次元を評価するのに役立つといわれている (Zeanah et al., 2000)。この手法の妥当性に関しては、Crowell Procedureで評定された母親の行動が母親のアタッチメント表象と関連していること

(Crowell & Feldman, 1991)、ハイリスクサンプルにおける母子の関係性の適応の程度が Crowell Procedureにおける母子の行動と関連していること (Aoki, Zeanah, Heller, & Bakushi, 2002)、行

動上の問題を抱えている子どもとその母親の場合、ノーマル群の母子と比べて、Crowell Procedureにおいてより否定的な行動を示しやすいこと (Crowell & Feldman, 1988) が認められている。

D 2. 考察

関係性を評価する手法として、表象の評価法や相互作用行動の評価法が多く開発されており、そのうち特に代表的なものに関しては、その信頼性・妥当性が確立されているかあるいはされつつあるといえよう。ただし、乳幼児-親関係は広範な領域を含んでおり (Emde, Zeanah et al.,) 臨床的には、より広範な領域の評価が望まれる。親の表象の評価については、たとえば PAI ではアタッチメントに評価の焦点が絞られており、相互交渉の評価では例えば、NCAFS では、Feeding の場面と玩具遊びの場面のみが評価の対象となっている。これらの視点を考慮すれば、WMCI と Clinical Problem Solving Procedure (Crowell Procedure) の両検査方は優れている。というのも、WMCI と Clinical Problem Solving Procedure とはそれぞれ表象および相互交渉の広範な領域を検査としてカバーしているからである。

E 2. 結論

乳幼児精神医学・精神保健の領域で、乳幼児-養育者の関係性の評価は必須である。その評価法として、親の表象の評価と乳幼児-親の相互交渉の評価との両方について特に欧米で開発されており、その信頼性・妥当性の検討も進んでいる。臨床応用として最も適していると考えら

れる代表的検査法は、親の表象の評価としては、Working Model of the Child Interview; WMCI」(Zeanah & Benoit, 1995)、乳幼児-親の相互交渉の検査としてはClinical Problem Solving Procedure (Crowell Procedure)(Crowell & Feldman, 1988, Zeanah et al., 2000)である。これら評価法の本邦における信頼性・妥当性の研究が期待され、次年度に当研究班はその調査を行う予定である。

F 2. 健康危険情報

文献検討であるためなし。

G 2. 研究発表

1. 論文発表

青木豊(2008)表象指向的乳幼児-親心理療法の2つの技法について、心理臨床学研究, 26, 140-148.

2. 学会発表

なし

H 2. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

III. 乳幼児期の外傷後ストレス障害PTSDの治療法について一症例検討

A 3. 研究目的

乳幼児期の精神障害として比較的確立している1つであるPTSDについて、その治療法を症例検討をとおして考察する。

B 3. 研究方法

PTSDと診断された1症例の治療経過を報告し、議論する。

本症例の両親より、口頭の学会発表および論文・報告書発表について、文書による同意書を得ている。また人物などが特定されないように背景情報などを一部変更している。

C 3. 結果

(事例概要) 症例は46ヶ月(3歳10ヶ月)の男児Y君である。父母が同乗する車で高速道路上のトンネル内を走行中、後ろから猛スピードで追いつき越そうとしてきた車に衝突され、横転4回スピンのした。父親と児はシートベルトをしていたため怪我はなく、母親も打撲・擦り傷といった軽傷のみであったが、事故後、自宅にて事故の再演遊び、食事を摂らないことによる体重減少、急に理由もなく泣き喚く、暗闇への恐怖といった様々な症状を呈した。

(心理査定・見立て及び心理面接の方針) Scheeringa らの診断基準により、交通事故によるPTSDと主治医が診断した。また母親は、いくつかのPTSDの症状を呈したため、外傷後の精神的問題を有している評価されたが、DSM-4-TRによるPTSDの診断基準には達しなかった。

(治療計画) 治療設定は、週1回45分の母子同席面接とした。外傷を想起させるような特定の玩具を用いて、外傷場面の再演遊びを誘発するような構造を設定した。心理士・治療者①が、Y君と遊戯療法を行い、その技法としては、感情のラベリングと概念の明確化、そして一連の概念や感情について統合的な解釈を伝

え、共有することを目指した。同室で治療者②(主治医)が、母親の面接を行い、母親の外傷へのアプローチを行うのと並行して、Y君についてのガイダンスを施行することとした。

(面接過程)

約1年間の治療過程について概説する。Y君は当初無言で車を衝突・横転させるといふ再演遊びを自閉的に繰り返すのみであった。治療者①は「どうなっちゃたの?」、「どうなるの?」とストーリーの展開を促し、「回転しちゃったね」、「すごいスピードの車が来たね」と、再演遊びの状況を明確にし、同時に「わー、大変だ」、「怖いなあ」と、感情を言語化しながらY君の再演遊びに介入した。また治療者②は、繰り返されるY君の再演遊びに苦痛と怒りを顕わにする母親をサポートし、教育的に関わった。次第にY君は、父親が車外に出て助けを呼びに行く場面や、トンネルの中で救助を待つ場面を再演した。治療終盤には、治療者②が、遊戯療法に加わったが、それらセッションでは、加害者(男性医師)を思い起こさせる治療者②への攻撃や、母親を巻き込んで救出をテーマとする遊びに発展していった。その頃より、Y君のPTSD症状のほとんどが軽減・消失した。その後、数回のフォローアップ面接を経て終結となった。

D3. 考察

以下の点に焦点をしぼり、考察する。すなわち、『複数の治療者による母子同席面接』という特殊な構造を設定したことの意味についてである。

この症例において設定した、『複数の

治療者による母子同席面接』という治療構造には、いくつかの治療的な意義があった。第1に、Y君の遊戯療法の場に、母親が同席したことで、Y君のプレイが、外傷的出来事とどのように関連しているか、その場で、母親に説明を求める事が出来た。治療場面で繰り広げられるY君のプレイを見て、母親は我々に伝えてくれる情報は、治療上、有意義なものであり、より明確に、そのプレイの意味を理解することが可能になった。

第2に、母子同席で複数の治療者が関わることで、母親がY君のPTSD症状に対してより治療的に関われるようになるのと並行して、母親自身の外傷後ストレス症状が軽減した点である。Y君の母親は、治療のⅡ期までは、Y君が、自宅で車を衝突させる遊びを繰り返すのを、『いい加減にしないで!』、『もう止めなさい!』と叱責してた。また、そのようなY君の再演プレイに対する母親の嫌悪感や否定的な言動は、治療場面でも観察され、さらに、Y君の症状について、『もう、これはただの我が儘なのか、症状なのかわかりません!』、『治療っていつまでかかるんですか!もう事故のことは忘れたいです!』と、治療場面において、治療に対する苦痛や、抵抗を、主治医に訴えることも少なくなかった。主治医は、Y君の再演プレイと、それに対する母親の言動を、治療の場でその都度取り上げ、Y君の遊びが“再演プレイ”という症状の1つであること、赤ちゃん返りや、食事をとりたがらないといった行動が、PTSDによる症状であることを説明し、理解を促すように関わった。このような作業により、母親のY君のプレイや症状について

の理解が深まることで、PTSD の症状に対する母親の対応は、徐々に改善された。また、繰り返し事故のことを話すことや、Y 君の再演プレイを目の当たりにする状況は、母親の外傷体験を想起させる状況でもあるため、母親自身も苦痛になってしまうであろうと考えられた。主治医は母親に支持的に関わりながら、これら理解を伝えていった。このような治療過程で、母親自身の症状は、治療過程Ⅱ期という比較的早い段階で軽減した。

第3に、治療設定の工夫が、この症例において、特異的に作用した、という点である。『複数の治療者による母子同席面接』、という治療構造は、治療過程のⅣ期で、新しいプレイの展開を促した。治療当初は、母親への治療の必要性和ガイダンスの重要性から、主治医が母親をケアし、心理士が Y 君に遊戯療法でアプローチするという治療構造に工夫した。今回の症例の場合、加害者が主治医と同じ、男性医師であるということが、Y 君の再演プレイを活性化させる大きな要素になった。治療過程のⅢ期において、Y 君は、心理士とのプレイの中で何度も救出シーンを再演したが、心理士が救出者となり、人形たちを助けようとしても、Y 君はその救出を妨害し、結局、失敗に終わるというストーリーが、繰り返され治療が行き詰った。治療過程Ⅲ期の後半、Y 君はなにかに突き動かされるかのように、「先生も一緒に遊ぼうよ」と主治医をプレイに誘い、実際Ⅳ期に主治医がプレイに参加すると、Y 君は非常に興奮し、また混乱し、主治医を含めた再演プレイが展開した。そうして、その後4人でプレイを通して、種々のY君の事故に対する情緒や認知を

扱えた。加えて治療チームはそこで母親に、救出の再演プレイを促すように働きかけることもできた。

第4に、母親への信頼感の回復、つまり母親がプレイに参加し、救出作業に関わったことにより、Y君の母親への信頼感を、より確実なものとしたと考えられる。外傷場面および外傷後、特に養育者も同じ外傷を体験している場合、乳幼児の外傷体験の再演は養育者にとっても心理的に不安を掻き立てるために、乳幼児に対して十分適切な対応を提供できない場合がしばしばであると言われている。そのため、プレイの中で養育者が乳幼児を慰めることで、養育者への信頼感を回復していくことも治療的に重要であると考えられる。この治療でも、母親がプレイにおいて救出に加わったことは治療を促進したと考えられる。

E 3. 結論

乳幼児期の PTSD は、その病理に養育者との関係的な要素を含んでいるため、養育者への治療的アプローチ、養育者へのガイダンス、乳幼児への治療、乳幼児—養育者の関係性の改善などの諸要素を、治療は包含する必要がある。またそれら要素が、治療経過でよりよい相互の影響を与えあう可能性もある。これらを行いえるには、症例により、複数の治療者による母子同席治療は有効な治療構造の選択肢となりえる。

F 3. 健康危険情報

倫理上の問題は、研究方法に記した。

G 3. 研究発表

1. 論文発表

青木豊 (2008) 被虐待乳幼児に対するトラウマ治療と愛着治療、日本トラウマティック・ストレス学会誌、6、15-23.

2. 学会発表

吉松奈央, 青木豊 (2008) 乳幼児の外傷後ストレス障害 (PTSD) の治療—交通事故による PTSD と診断された男児の遊戯療法—, 日本心理臨床学会第 27 回大会, p34

H3. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

<文献一覧>

I. 乳幼児期の精神障害：その診断基準の信頼性・妥当性

100: 外傷後ストレス障害PTSD

- Scheeringa, M.S., Peebles, C.D., Cook, C.A. et al. (2001a) : Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 52-60
- Scheeringa, M.S & Zeanah, C.H. (1995a) : Symptom expression and trauma variables in children under 48 months of Age. *Infant mental health Journal*. 16, 259-270.
- Scheeringa, M.S & Peebles, C. D & Zeanah, C.H. (2001) : Toward Establishing Procedural, Criterion, and Discriminant Validity for PTSD in Early Childhood. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 52-60

Scheeringa, M.S & Zeanah, C.H., Myers, L. et al. (2003) : New finding on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 561-570

Scheeringa, M.S & Zeanah, C.H., Myers, L. et al. (2005) : Predictive Validity in a prospective follow-up PTSD in preschool children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 889-906

150: 愛着剥脱/不適切な養育障害

Deprivation/Maltreatment Disorder

(DSM-IV-TR の反応性愛着障害とほぼ同義)

- Smyke, A., Dumitrescu, A., & Zeanah, C. (2002). Attachment disturbances in young children, I: the continuum of caretaking casualty. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 972-982.
- Zeanah, C., Smyke, A. & Dumitrescu, A. (2002). Attachment disturbances in young children, II: Indiscriminate behavior and institutional care. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 983-989.
- Zeanah, C., Scheeringa, M., Smyke, A. Boris, N. Heler, S., & Trapani, J. (2004). Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse and Neglect*. 28:877-888.
- Zeanah, C., Mammen, O., & Lieberman, A. (1993). Disorders of attachment. In C. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental*

- Health (pp. 332-349). New York: Guilford Press.
- Boris, N., Zeanah, C., Larrieu, J., et al. (1998). Attachment disorders in infancy and early childhood. A preliminary investigation of diagnostic criteria. *American Journal of Psychiatry*, 155, 295-297.
- O'Connor, T., Bredenkamp, D., & Rutter, M. (1999). Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation. *Infant Mental Health Journal*, 20, 10-29.
- 200. 感情の障害 Disorder of Affect**
- 210 長期化した死別/悲哀反応 Prolonged Brevement/Grief Reaction,**
Downey, L., Wilson, R., Maughan, B., Allerton, M., Schofield, P., Skuse, D. (1999): Psychological disturbance and service provision in parentally bereaved children: prospective case-control study. *BMJ*, 319, 354-57
- No authors listed (2000): The pediatrician and childhood bereavement. *American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Pediatrics*, 105, 445-7.
- Downey, L. (2000): Annotation: Childhood Bereavement Following Parental Death. *J Child Psychol Psychiat*, 41, 819-830
- 221. Separation Anxiety Disorder (分離不安障害)**
Egger, H.L., Angold, A. (2006): Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 313-37
- Egger, H.L., & Angold, A. (2004): The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): A structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In R. DelCarmen-Wiggins & A. Carter (Eds), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental assessment* (pp. 223-243). New York: Oxford University Press.
- Egger, H.L., Ercanli, A., Keeler, G., Potts, E., & Angold, A. (submitted-a): Preschool anxiety disorders in pediatric primary care.
- Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool (2003), *Research diagnostic criteria for infants and preschool children: the process and empirical support. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42: 1502-12
- 223. Social Anxiety Disorder (Social Phobia) (社会不安障害) (社会恐怖)**
Warren SL, Umylny P, Aron E, Simmens SJ. (2006), Toddler anxiety disorders: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45(7):859-66
- 224. Generalized Anxiety Disorder (全般性不安障害)**
Warren SL, Umylny P, Aron E, Simmens SJ. (2006), Toddler anxiety disorders: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45(7):859-66
- 230 うつ病**
Stalets M.M. & Luby J.L. (2006) Preschool

- depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 15,899-917.
- 青木豊 (2005) 乳幼児期におけるうつ病
松本真理子 (編) 現代のエスプリ別冊 うつの時代シリーズ うつの時代と子どもたち 52-64 至文堂
- ・Luby J.L. (2000) Depression. Zeanah, C.H. (Ed.) *Handbook of infant mental health-2nd ed.* 24. 382-396. New York: The Guilford Press.
- Zero-to-Three (1994) *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*, Washington, DC. National Center for Clinical Infant Programs. 本城秀次・奥野光 (2000) 精神保健と発達障害の診断基準—0歳から3歳まで—ミネルヴァ書房
- 400 : 統制障害 Regulation Disorder of Sensory Processing
- Frankel KA, et al. (2004) Diagnoses and presenting symptoms in an infant psychiatry clinic: comparison of two diagnostic systems. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry.*; 43(5):578-87
- Skovgaard AM, et al. (2007) The prevalence of mental health problems in children 1(1/2) years of age—the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 48(1):62-70
- Mothander PR, et al. (2008) Infant Mental Health assessment: the use of DC0-3 in an outpatient child psychiatric clinic in Scandinavia. *Scandinavia Journal of Psychology*; 49(3):259-67.
- 4) DeGangi G, et al. Four year follow-up of a sample of regulatory disordered infants. *Infant Mental Health Journal* 1993, 14(4), 330-343
- Greenspan, S., Weider, S. (1993) Regulatory Disorders. In C.H. Zeanah, Jr. (ed.) *Handbook of infant mental health*. Guilford Press. 311-325.
- 500 : 睡眠行動障害**
510 入眠障害 520 夢中遊行症
- Teresa W, et al. (2002) Sleep disorders in children. *The Nursing clinics of North America* 37,693-706
- Anders, T, et al. (2000) Sleep disorders, In C.H. Zeanah, Jr. (ed.) *Handbook of infant mental health*. Guilford Press. 326-338.
- 600 : 摂食障害**
- Chatoor, I. (2002) Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 11163-183
- II. 関係性の評価法：その信頼性・妥当性について**
- Cramer, B. (1987) : Objective and subjective aspects of parent-infant relations: An attempt at correlation between infant studies and clinical work. In Osofsky(ed.) : *Handbook of infant Development* (pp.1037-1057). New York: Wiley.
- Sroufe, L. A. & Frieson, J. (1988) : The coherence of family relationships. In Hinde, R. & Stevenson-Hinde, J. (eds.) ; *Relationships within families: mutual*

- influences (pp27-47). New York, Oxford University Press.
- Stern-Brushweiler, N., & Stern, D. N. (1989) : A model for conceptualizing the role of the mother's representational world in various mother-infant therapies. *Infant Mental Health Journal*, 10, 142-156.
- Clark, R., Paulson, A., & Conlin, S. (1993) : Assessment of developmental status and parent-infant relationships : The therapeutic process of evaluation. In C. H. Zeanah, Jr.(ed.) : *Hand book of infant mental health*(pp. 191-209). New York : Gilford Press
- McDougall, S. C. (1993) : Interaction guidance: Understanding and treating early infant-caregiver relationship disturbance . In C. H. Zeanah, Jr.(ed.), *Hand book of infant mental health* (pp. 414-426). New York, Gilford Press.
- Stern,D.N.(1985):The interpersonal world of the infant. New York, Basic Books
- Stern, D. N.(1995) : The motherhood constellation. New York, Basic Books
- Zeanah, C. H. , Larrieu, J.A., Heller, S.S, et al. (2000) : Infant-Parent Relationship Assessment. In C. H..Zeanah, Jr.(ed.), *Hand book of infant mental health* (pp. 222-235). New York, Gilford Press.
- Slade, A., Belsky, J., Aber, J. L., & Phelps, J. L. 1999 Mothers' representations of their relationships with their toddlers: Links to adult attachment and observed mothering. *Developmental Psychology*, 35, 611-619.
- Aber, J. L., Belsky, J., Slade, A., & Crnic, K. 1999 Stability and change in mothers' representations of their relationship with their toddlers. *Developmental Psychology*, 35, 1038-1047.
- Bretherton, I., Biringen, Z., Ridgeway, D., Maslin, C., & Sherman, M. (1989). Attachment: The parental perspective. *Infant Mental Health Journal*, 10, 203-221.
- Zeanah, C. H. & Benoit, D. (1995). Clinical applications of a parent perception interview in infant mental health. *Infant Psychiatry*, 4, 539-554.
- Benoit, D. , Parker, K.C.H., & Zeanah, C.H. (1997). Mothers' representations of their infants assessed prenatally: Stability and association with infants' attachment classifications *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 38, 307-313.
- Zeanah, C. H., Benoit, D., Hirshberg, L. et al. (1994) : Mothers' representation of their infants are concordant with infant attachment classifications. *Developmental Issues in psychiatry and psychology*, 1,9-18
- Benoit D, Zeanah CH, Boucher C, Minde KK.(1992)Sleep disorders in early childhood: association with insecure maternal attachment.*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. ;31(1):86-93.
- Zeanah CH, Benoit D, Barton M, Regan C, Hirshberg LM, Lipsitt LP.(1993) Representations of attachment in mothers and their one-year-old infants.*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 32(2):278-86.
- Huth-Bocks AC, Levendosky AA, Bogat GA, von Eye A.(2004)The impact of maternal characteristics and contextual variables on infant-mother attachment.*Child Development*.;75(2):480-96.
- Tronick, E. Z., Als, H., Adamson, L., et al.

- (1978) : The Infant's response to entrapment between contradictory messages in Face-to-Face Procedure. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 17,1-13.
- Biringen, Z. & Emde, R.N. (2000) Appendix B: The emotional availability scales (3rd ed.; an abridged infancy/early childhood version). *Attachment and Human Development*, 2, 256-270.
- Crowell, J.A. & Feldman, S.S. (1988). Mothers' internal models of relationships and children's behavioral and developmental status: A study of mother-child interaction. *Child Development*, 59, 1273-1285
- Zeanah, C.H., Larrieu, J.A., Heller, S.S., & Valliere, J. (2000). Infant-Parent Relationship Assessment. In C.H.Zeanah, Jr. (Ed.), *Handbook of mental health* (pp.222-235). New York: Guilford Press.
- Crowell, J. A., & Feldman, S. S. (1991): Mothers' working models of attachment relationships and mother and child behavior during separation and reunion. *Developmental Psychology*, 27, 597-605.
- Aoki, Y., Zeanah, C.H., Heller, S.S., & Bakushi, S. (2002). Parent-infant relationship global scale assessment: A study of its predictive validity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56, 493-497.
- Crowell, J. A., Feldman, S. S., & Ginsburg, N. (1988) : Assessment of mother-child interaction in preschoolers with behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 303-311.

（主任研究者 奥山真紀子）

分担研究報告書

行為障害の標準的診療に関する研究

分担研究者	原田 謙	信州大学医学部附属病院	子どものこころ診療部
研究協力者	今井淳子	信州大学医学部附属病院	子どものこころ診療部
	篠山大明	信州大学医学部附属病院	子どものこころ診療部
	疋田祥子	信州大学医学部附属病院	子どものこころ診療部
	福島佐知恵	信州大学医学部附属病院	子どものこころ診療部
	益谷幸里	信州大学医学部附属病院	子どものこころ診療部

研究要旨

【方法】平成 20 年度は、以下の 3 点について研究を行った。1. 欧米を中心に行為障害治療に関する文献研究を行った。2. 各地域の主要な児童思春期精神医学を实践する病院に対して、ODD・CD 患者の実情や治療に関するアンケート調査を実施した。3. パイロットスタディとして、数例を取りあげ社会技能訓練やペアレントトレーニングを実施して、メリットデメリットを探った。

【結果】＜文献研究＞近年、攻撃性の治療において薬物療法が重要な役割を担っていることを示すデータが増えてきているが、薬物療法単独と比較すると心理社会的治療を併用した方が攻撃性の改善に効果的であることが示された。

＜SST＞ SST を試行して ODD・CD を持つ発達障害児はソーシャルスキルと反抗的心性の両方に難があることと、治療への動機付けは効果を左右する大きな要因であることが明らかになった。

【結論】ODD・CD に対する治療としては薬物療法と心理社会的治療を組み合わせることが適当である。今後の SST では、ソーシャルスキルを高めた上で、明確な動機付けの元に、反抗的心性を取り扱う必要があると考えられた。次年度は効果的な SST とペアレントトレーニングを開発していく予定である。

A. 研究目的

本研究の目的は、子どものこころの診療の拠点病院における反抗挑戦性障害（ODD）・行為障害（CD）診療の標準化である。1980年にDSMがODD・CDを“破

壊的行動障害”と定義づけて以来、医療機関がODD・CDに対してどのように対応していくのかという根本的な疑問は解決されないままである。諸家はその治療を手

探りで行っている状態であり、ODD・CDを呈した子どもが、必要十分な医療・支援を受けているとは考えがたい。こころの診療にたずさわっている医療機関における破壊的行動障害治療が有益で合理的なものになるためには、治療の標準化が必要である。

B. 研究方法

平成20年度は、以下の3点について研究を行った。

1. 文献研究：欧米を中心に行為障害治療に関する文献研究を行う

2. 各地域の主要な児童思春期精神医学を実践する病院に対して、ODD・CD患者の実際、特に、年齢、性別、Comorbidity、実施している治療などに関するアンケート調査を実施する

3. パイロットスタディとして、数例を取りあげ現在行いうる治療を実施する。特に（社会技能訓練）SSTやペアレントトレーニングを実施して、メリットデメリットを探る。

（倫理面への配慮）

1の文献研究に関しては、倫理的問題は発生しない。

2のアンケート調査の作成においては個人のプライバシーに配慮し、回答者である医師が記入すべき内容は、全て数値データとした。

3のSSTについては、患者と親に研究内容について説明し書面で同意を得た。

C. 研究結果

1. 文献研究

A. 心理社会的治療

文献上 ODD・CD に対する心理社会的治

療は Parent training、Parent-child interaction therapy、Cognitive-behavioral problem-solving skills training、Coping power program、multisystemic therapy の有効性を示す研究が報告されている。

Parent training

オペラント条件づけの原理を利用し、有効な限界設定、良い行動の強化などを親が学ぶことにより、親として上手に機能するための行動修正プログラム。治療者が親と直接かかわることで、親が子どもの行動変容における心理やパターンを理解・分析し、問題行動を適切な対応で減少させることができる技能を獲得することを目標とする治療。

Parent-child interaction therapy

オペラント条件付けの概念を、古典的な遊戯療法に統合した形で成立している。問題行動を呈する2歳から7歳程度の子どもの親のために開発された治療プログラム。親と子どもへの治療者からの介入手段として、実況指導という手法を取り入れ、プログラムは、前半に CDI (Child-Directed Interaction)、後半に PDI (Parent-Directed Interaction) という2部で構成される、約12回の構造化面接である。CDIは、子どもを中心に行い、親は、子どもの行動を修正し、親子関係を強化するために、これまでとは異なった強化手段を学ぶ。親は子どもの肯定的な行動に注目し、危険性が明白ではない限り、子どもに見られる否定的な行動の全てを無視することが義務付けられている。反面、PDIは、子どもではなく親が主導で行われる。親は、CDIで学んだ手法

を使用し子どもと遊びながら、効果的な指示の出し方や、特定の行動管理手法を学ぶ。子どもの行動修正に効果的であるタイムアウトの手続きや、実生活上での子どもの行動を管理する手法を学ぶ。

CDI、PDI 共に、親のためのティーチングセッションを行う。治療者は、教示した手法を親が十分に理解したことを確認し、その上でコーチングセッション（治療者、親、子ども）に進む。ティーチングセッションにおいて、治療者から親に教示された手法が、コーチングセッションでは親から子どもに対して使用される。治療者は、マジックミラー越しに、子どもと関わりを持つ親を援助する（ライブコーチング）。

Cognitive-behavioral problem-solving skills training

問題行動を引き起こすような状況において対処するスキルを教えることで、子どもの不適切な行動を減らす。子ども自身に焦点を当てて認知的および行動的なテクニックを用いた治療であり、社会的強化をする（誉める、注目される）ことで必要なソーシャルスキル（生活技能）を学習していく。子どもが自らの考えや気持ちをコントロールし、新たな解決法をみつけていくことで他者と適切にかかわれるようになることを目標としている。

Coping power program

親のセッションと子どものセッションをそれぞれ行う認知行動療法プログラムで、小学校高学年から中学校の前半にかけての子どもに行われる。もともとは学校で行われるために開発されたプログラムであるが、メンタルヘルス施設でも行

われる。子どもの攻撃性は、その後の危険行動（たとえば物質依存など）につながるリスクであるということを前提としていて、このリスクを抑えるために、将来の危険行動と関連があるといわれる4つの領域に焦点をあてて行う。すなわち、技能を獲得するセッションを親と子どもで別々に行い、社会能力、自己コントロール、学校とのつながり、親のかかわりを促進させる。

Coping power program により物質依存や非行は減り、子どもの社会能力や行動は改善することが示されている。

Multisystemic therapy (MST)

短期間で集中的に家庭で行う治療方法。MSTの治療チームは24時間対応で家族をサポートする。治療者は、家族の長所やサポート（たとえば親戚、近所、学校など）を特定し、それによって家族を強める。また、家族と一緒に障害となるもの（たとえば、強いストレス、両親の物質依存、不良な家族関係）を探し出す。行動療法、認知行動療法などのエビデンスに基づく治療法を用いる。家族が自ら治療ゴールを設定し、MST治療者が目標を達成できるように手助けする。また、MSTは以下の領域において家族と一緒に有効な戦略を考える

- ・ 門限や規則を設ける
- ・ 悪影響をもたらす友人らとのかかわりを減らす
- ・ 良好な友人関係を促す
- ・ 登校と学業を改善させる
- ・ 物質依存など、法的処置が必要な状態を減らす
- ・ 個々の家族に合わせた対策を考える
- ・ Mc Cartらによる「アレントレーニング」の平均