

20点から28点が中等度抑うつ域、29点以上が重度抑うつ域であるとされている。

PBIは、1979年にParkerらによって作成された自己記入式質問紙法で、回答者が16歳以前に両親から受けた養育態度を答える25項目からなる(Parker G, Tuliping H, BrownLB, 1979)。父母それぞれの養育について、care (愛情)およびprotection (干渉)の2つの下位尺度により評価される。日本語版は北村によって作成され、その信頼性・妥当性は竹内により確かめられている(北村, 1988; 竹内, 鈴木, 北村, 1989)。今回は、HFPDD児の母親に対して、母親自身の父母についての回答を依頼した。

### 3. 調査Ⅱ

対象は、アスペ・エルデの会に所属するHFPDD児とその母親のうち、調査への協力の得られた100名である。

平成18年1～2月に、アスペ・エルデの会の支部を通じて質問紙を配布し、母親に対して、下記の質問紙への記入を依頼した。また、広汎性発達障害児本人および母親の年齢、同胞の数、在籍学級(普通学級か特別支援学級か)についても記載を依頼した。

Beck Depression Inventory 日本語版(以下、BDI)。調査Ⅰで用いたBDI-Ⅱの最初の版である。1961年にBeckによって作成され、世界中で頻用されている。日本語版は1989年に狭間によって作成され、信頼性・妥当性も確認されている。BDI-Ⅱと同様の得点分布により正常域から重症抑うつ域までの段階に分けられる(調査実施上の都合により、調査ⅡではBDIを用いた)。

Family Assessment Device 日本語版(以下、FAD)。FADは、Epsteinらによって1983年に作成された家族機能を評価する自己記入式質問紙である(Epstein, 1983)。60項目からなり、問題解決・意思疎通・役割・情緒的反応・情緒的関与・行動統制・全般的機能の7つの下位尺度に

分けられており、スコアが高いほど、その領域の家族機能が低下していると判断される。日本語版は佐伯らによって1997年に作成され、信頼性・妥当性も確認されている(佐伯, 飛鳥, 三宅他, 1997)。

Temperament and Character Inventory 日本語版(以下、TCI)。TCIはCloningerらにより1993年に作成された、パーソナリティーを評価する自己記入式質問紙で、パーソナリティーを気質(新奇性追求・報酬依存・損害回避・固執の4項目)と性格(自己志向・強調・自己超越の3項目)とに分けて評価する構成となっている。日本語版は木島らによって1996年に作成され、信頼性・妥当性が確認されている(木島, 斉藤, 竹内他, 1996)。240項目版と125項目版が作成されているが、今回は125項目版を用いた。

Children Behavior Checklist 4/18 日本語版(以下、CBCL)。CBCLは、Achenbach TMらによって1991年に作成された子どもの行動障害を評価する118項目からなる質問紙である。日本語版は2001年に井潤らによって作成され、信頼性・妥当性が確認されている(井潤, 2001)。この尺度は、「ひきこもり」、「身体的訴え」、「不安・抑うつ」、「非行的行動」、「攻撃的行動」、「社会性の問題」、「思考の問題」、「注意の問題」、「その他の問題」の以上9つの下位尺度に分かれている。なお「ひきこもり」、「身体的訴え」、「不安・抑うつ」の3つが「内向尺度」として、そして「非行的行動」と「攻撃的行動」が「外向尺度」として上位尺度にまとめられる。家族が記入する版と、本人が記入する版、教師が記入する版があり、今回は家族が記入する版を用いて母親に記入を依頼した。

また、HFPDD児本人に、Birlson の子ども用抑うつ自己評価尺度日本語版(Depression Self-Rating Scale for Children, 以下DSRS-C)への記入を依頼した。DSRS-Cは、児童のために開発され

表1 BDI-IIの水準別 HFPDD児の親と健常児の親の比較

水準		HFPDD児親	Normal親	計
正常域 13点以下	n	36	147	183
	水準ごとの%	59.0	75.0	
軽度抑うつ域 14～19点	n	10	31	41
	%	16.4	15.8	
中等度抑うつ域 20～28点	n	9	16	25
	%	14.8	8.2	
重度抑うつ域 29点以上	n	6	2	8
	%	9.8	1.0	
計	n	61	196	257
	%	100	100	

BDI-IIの水準別人数割合は、HFPDDの親群と健常児の親の間で有意な差があった。  
 $\chi^2 = 15.37$  ( $p < .01$ )

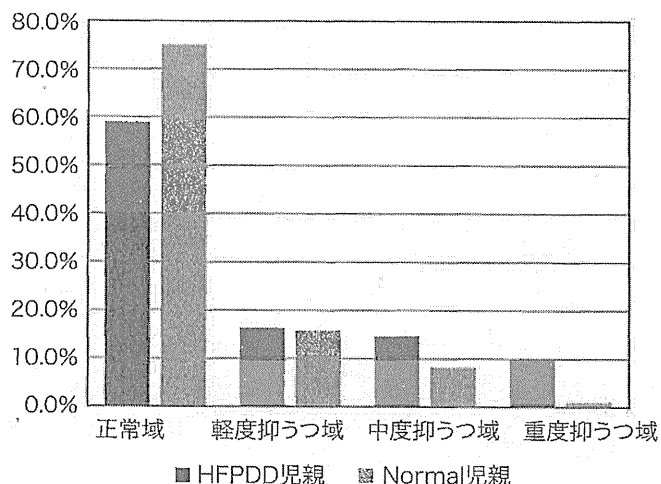


図1 HFPDD児の親と健常児の親のBDI-IIの水準別割合

た自己記入式の抑うつ尺度で18項目からなり、Birlsonらにより1981年に作成された。日本語版は村田らによって1996年に作成され、信頼性と妥当性が確認されている(村田, 清水, 森他, 1996)。

### III. 結果

#### 1. HFPDD児の母親と一般児童の母親との抑うつの比較

調査Iで実施したHFPDD群と健常児群のBDI-IIについて、両群の総合得点と重症度ごと

にみた人数の比率について検討した。BDI-IIの結果では、HFPDD児の母親の抑うつ得点は、平均13.8 (SD11.0)であり、一般学童の母親での調査の平均は9.3 (SD6.8)であった。両群の平均値の差の検定を行ったところ(t検定)、有意であった( $t=3.81$ ,  $p < .001$ )。

また、BDI-IIの得点に基づき重症度ごとに対象者を分けたところHFPDD児の母親では、健常域は59.0%であり、残りの41.0%が抑うつ域を示した。このうち、軽度抑うつ域は16.4%、中等度抑うつ域は14.8%、重度抑うつ域は9.8%であった。これに対して、一般学童の母親では、75.0%が健常域であり、軽度抑うつ域は15.8%、中等度抑うつ域は8.2%、重度抑うつ域は1.0%であった。両群を比較すると特に重度抑うつ域がHFPDD児の母親で顕著に多く認められた(図1, 表1)。このHFPDD群と健常児群でみられた重症度別の人数の割合の違いに統計的な差があるかどうかを検定するために $\chi^2$ 乗検定を行った結果、有意であった( $\chi^2=15.37$ ,  $p < .01$ )。

表2 BDIとPBI・FAD・TCI・CBCLとの相関係数

PBI						
父親からのcare	母親からのcare	父親からの protection	母親からの protection			
-0.404***	-0.370***	0.206	0.188			
FAD						
問題解決	意思疎通	役割	情緒的反応	情緒的関与	役割統制	全般的機能
0.350***	0.239*	0.421***	0.258*	0.410***	0.341***	0.350***
TCI						
新奇性追求	損害回避	報酬依存	SD合計	自己志向	自己超越性	持続(固執)
0.035	0.445***	-0.253*	-0.637***	-0.244*	0.022	-0.067
CBCL						
1. ひきこもり	2. 身体的訴え	3. 不安抑うつ	4. 社会性の問題	5. 思考の問題	6. 注意の問題	7. 非行的行動
0.259*	0.214*	0.467***	0.349***	0.341	0.377***	0.401***
8. 攻撃的行動	その他の問題	内向尺度	外向尺度			
0.444***	0.357***	0.399***	0.478***			

\* p<.05, \*\* p<.01, \*\*\* p<.001

## 2. HFPDD児の母親のBDI得点と他の尺度との関連

調査Ⅱで行ったBDIの得点は平均11.1(SD7.9)であった。そして重症度ごとにみると、健常域は61.1%であり、38.9%が抑うつ圏を示した。これは、調査ⅠにおけるBDI-Ⅱの結果と大きな相違は認めなかった。

以後、BDIの得点を抑うつ状態の指標として、他の質問紙の結果により表される要因との関連について、Pearsonの積率相関を算出した(表2)。その結果を以下に記述する。

まず、抑うつ状態と、母親の年齢、子どもの年齢、学年、在籍学級、同胞の数に有意な相関は見られなかった。

BDIとPBIによる母親自身の親からの養育態度との間に有意な相関が認められた。抑うつ状態の強さは、父母それぞれに対しての低いcareと中等度の相関を示した。careは、点数が高いほど親から愛情を受け、受容的に受け入れられていたと感じていることを、逆に点数が低いほど親から無関心あるいは拒絶的であったと感じ

ていることを示す。

BDIとFADによる家族機能の評価との相関を検討した。その結果、7つの下位尺度全てにおいて有意な相関が認められた( $r = .239 \sim .421$ )。

BDIとTCIによる気質・性格との相関を検討した。抑うつ状態の強さは、損害回避(HA)との間に中程度の正の相関を、自己志向(SD)との間に強い負の相関を、協調性(C)と報酬依存(RD)との間に弱い負の相関を示した。損害回避は、予後懸念・悲観、不確実性に対する恐れ、人見知り、易疲労性の項目から構成されている。自己志向は、自己責任、目的指向性、臨機応変、自己受容、啓発された第二の天性の項目から構成されている。協調性は社会受容性、共感、協力、同情心、純粋な良心の項目から構成されている。報酬依存は感傷、愛着、依存の項目から構成されている。

CBCLの総得点平均は37.6(SD 22.6)で、内向尺度10.1(SD 7.89)、外向尺度8.6(SD 7.87)と、いずれも標準と比べて高い値を示した。抑うつ状態とは、すべてのCBCLの下位尺度が正の有

表3 BDIを従属変数とした重回帰分析結果  
(強制投入法)

説明変数		$\beta$
FAD	問題解決	0.004
	意思疎通	0.094
	役割	0.200
	情緒的反応	-0.336*
	情緒的関与	-0.129
	役割統制	-0.105
	全般的機能	0.270*
TCI	損害回避	0.167 <sup>†</sup>
	自己志向	-0.417**
	報酬依存	-0.193 <sup>†</sup>
	協調性	-0.057
CBCL	CBCL総得点	0.276*
	説明率(R <sup>2</sup> )	0.640***
	調整済みR <sup>2</sup>	0.557***

<sup>†</sup> p<.1, \* p<.05, \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

意な相関を示した( $r = .214 \sim .478$ ).

DSRS-Cを用いて、HFPDD 児本人の自覚する抑うつについて調査を行った。平均は12.1 (SD6.7)であった。16点がカットオフポイントとされているが、21.1%がカットオフポイントを超えた。先行研究での一般小中学生での割合(9.6~13.0%) (傳田, 賀古, 佐々木, 他, 2004; 村田, 清水, 森, 他, 1996; 佐藤, 永作, 上村, 他, 2006)と比べるとかなり高率であった。BDIの得点とDSRS-Cの得点との間には有意な相関は見られなかった。

BDIとの相関が認められた項目に関して、重回帰分析(強制投入法)を行なった。BDIを説明変数として、FADのすべての下位尺度、TCIの中の損害回避、報酬依存、自己志向、協調性の下位尺度、CBCLの総得点を独立変数として、SPSS15.0を用いて行なった(表3)。FADの中の情緒的反応( $\beta = -.336, p<.001$ )全般的機能( $\beta = .270, p<.05$ )とTCLの中の障害回避( $\beta = .167, p<.1$ ), 自己志向( $\beta = -.417, p<.01$ ), 報酬依存( $\beta$

$= -.193, p<.1$ ) CBCL総得点( $\beta = .276, p<.01$ )の項目でBDIへの影響が認められた( $R^2 = .640, p<.001$ ).

#### IV. 考 察

##### 1. 文献的考察

先行研究で、広汎性発達障害児・者の家族・親族の中に精神障害、特に気分障害が高率に見られることが報告されている。

Pivenは37名の自閉症の同胞67名の内、10名(15%)で気分障害の治療歴があったと報告している(Piven J, Gayle J, Chase G et al, 1990)。DeLongは広汎性発達障害51名の第1度および第2度親族929名について調査を行った(Delong R, Dwyer J, 1998)。それによると、第1度親族51名中23名の家族に躁鬱病が見られており、第2度親族929名中4%に躁鬱病が、8%に大うつ病が見られたとしている。Pivenはまた、自閉症の親81名をダウン症の親34名と比較し、不安障害が自閉症群は23.5%と、ダウン症群の2.9%よりも高率であり、大うつ病も有意ではないが、自閉症群は27.2%と、ダウン症群における14.8%の2倍であったと報告している(Piven J, Gayle J, Chase G et al, 1991)。さらに、自閉症の親の77%における初回の抑うつエピソードは、自閉症児の出生前にあったと述べている。Abramsonは自閉症児13名の親族61名(第1度26名、第2度35名)について一般人口における推定頻度と比較した時、気分障害の受診率がそれぞれ18.2%、28.1%上昇していたと報告している(Abramson R, Wright H, Cuccaro M et al, 1992)。Smalleyは自閉症児の家族36ケース(第1度親族96名)と、非自閉症の結節性硬化症またはてんかん児の家族21ケース(第1度親族45名)について比較した(Smalley S, McCracken J, Tanguay P, 1995)。第1度親族において、自閉症群では対照群と比べて、気分障害(37.5%対

11.1%), 社会恐怖(20.4%対2.4%), 物質乱用(22.1%対0%)の頻度が高かった。気分障害では、罹患した自閉症児の親の64%は自閉症児の出生前に最初のエピソードがあったが、対照群では20%に過ぎなかった。自閉症群では親(40.3%)だけでなく同胞にも気分障害が上昇していた(32.4%)が、対照群では親(19.2%)だけしか罹患せず、同胞の罹患率は0%であった。

家族の精神障害の研究の中で、自閉症児の親族の中に気分障害、不安障害などが高率に見られることが繰り返し報告されている。複数の研究で、児の出生前から気分障害のエピソードが有意に多く見られている(64~77%)との結果が出されている。

一方、Hastingsは、48名の自閉症児の両親に対する調査で、母親の方が父親よりも抑うつ傾向が強いことと、母親の抑うつ傾向は子どもの行動障害(自閉傾向ではなく)および父親の抑うつ傾向と相関したが、父親の抑うつ傾向は子どもの行動障害とは相関がなかったことを報告している(Hastings, RP, Kovshoff H, Ward NJ et al, 2005)。

## 2. 高機能広汎性発達障害児の母親の抑うつについて

広汎性発達障害の家族にうつ病の罹患が多く見られるとの研究はこれまでも見られており、本研究でも同様の傾向がはっきり認められた。発達障害児の臨床をする中で、療育相談と家族サポートは大きな部分を占める。障害受容、様々な問題行動への対応、節目での決断などに際して、家族が強い不安や動揺を示すことがあることは自然なことであり、了解可能であると考えられる。了解可能であるがゆえに、正常の心理的反応として了解され、家族自身の精神状態についての評価が見落とされがちであると思われる。

今回の結果では、HFPDD児の母親は、約4割

が抑うつ域に入っていた。重症抑うつ域とされたものも約1割見られた。これは一般の母親と比べて極めて高かった。

HFPDD児の家族(母親)には、かなりの割合で抑うつ状態になっているケースがあるということ念頭において、その可能性を常に考えながら、関わっていくことが必要である。

### 3. 抑うつに関係する要因の検討

母親自身の要因として、抑うつの家族負因、気質・性格、親からの養育態度について、母親の抑うつ状態との関連を評価した。

前述したとおり、PDD児の家族・親族にはうつ病を中心とした気分障害が多く見られるとの報告が見られている。また、PDD児・者には高率に気分障害の合併が認められることは多くの報告があり(Tantam, 1988; Ghaziuddin M, Greden J, 1998; 並木, 杉山, 明翫, 2006)、臨床的にも経験することである。本研究においても、HFPDD児の中で抑うつ状態を呈する児童は、一般集団での割合と比べて高率に見られた。このことから、HFPDD児の家族内に抑うつ状態の家族負因が存在する可能性を考え、母親の抑うつ状態(BDI)とHFPDD児本人の抑うつ状態(DSRS-C)との間の相関を見たが、今回の調査の結果からは相関を認めなかった。

気質・性格と抑うつ状態には、いくつかの低位項目で相関が見られた。抑うつ状態の強さは、TCIにおける損害回避との間に中程度の正の相関を、自己志向との間に強い負の相関を、協調性と報酬依存との間に弱い負の相関を示した。重回帰分析でも損害回避、自己志向、報酬依存で関連が認められた。損害回避、自己志向、協調性については、一般的な大うつ病患者の傾向と一致する。また、治療によりうつ状態が改善するとこの傾向は変動すると言われている(坂戸, 佐藤, 桑原, 2000)。今回の結果は、抑うつ状態に気質・性格が関連したと考えるよ

りは、抑うつ状態の時に記入された回答にその影響が出たという状況依存的な結果であると考えられ、HFPDDの母親の抑うつと気質との関係については更なる検討が必要であると考えられた。

親から受けた養育態度と抑うつ状態との間に関連が認められた。低いcareが抑うつ状態と関連することは、一般的な大うつ病患者に見られる傾向と一致する(坂戸, 染谷, 1999)。PBIの結果は状況の影響を受けにくいと言われており(Parker, 1981; Gotlib IH, Mount JH, Cordy NI et al, 1988; Plamtes MM, Prusoff BA, Brennan J et al, 1998), HFPDD児の母親の抑うつについても養育体験が関連していると考えられる。

環境要因として、家族機能、子ども(HFPDD児)の行動障害について、母親の抑うつとの関連を検討した。

家族機能の低さと抑うつ状態は中程度の関連が認められた。重回帰分析でも全般的機能との間で関連が認められた。この結果からだけでは、「機能が低下した家族では、母親に育児負担が集中しやすく、その結果抑うつが強くなる」のか、「母親の抑うつが強いと養育や家族の安定に支障が生じやすく、結果として家族機能が低下する」のか、因果関係を判断することは難しい。しかし、いずれにしても、母親の精神状態を考えるとときには、その個人だけでなく家族全体の状況を考慮し、その上で他の家族からの理解・援助を得ることが必要であると考えられる。

子どもの行動障害を表すCBCLのすべての下位項目と抑うつ状態との間に正の相関が認められた。重回帰分析でもCBCLとBDIで関連が認められた。育児負担に関連する子どもの行動障害であれば非行的行動や攻撃的行動といった外向尺度に特に相関が見られるなどの特徴が見られることが予想されるが、本調査では内向尺度も含めたすべての項目で相関が見られた。これ

は、子どもの行動障害の程度のみが問題なのではなく、抑うつ状態が強い母親の場合、子どもに関することに悲観的な捉え方をしがちで、子どもの行動を問題視することが多く、育児への負担を強く感じていることが作用していると考えられる。子どもの行動障害に由来する育児負担というよりもむしろ、母親の感じる育児負担「感」が、抑うつ状態と関連すると考えられる。

#### 4. 広汎性発達障害児の養育と母親の抑うつに関する臨床的問題

広汎性発達障害児の養育と母親の抑うつは、相互に影響を及ぼしあっていると考えられる。

まず、「養育」の「母親の抑うつ」への影響である。広汎性発達障害児は、集団不適合、対人関係障害、こだわりなどに起因する様々な行動上の問題を呈する。学校等でのトラブルの対処、日常生活での関わりの難しさがあることが多く、その養育には一般の子育てとは違った困難が認められる。また、児に対する直接的な養育困難だけでなく、障害の受容、将来への不安などに起因する心理的な負担も考えられる。

一方、母親が抑うつ状態になることが、養育を行う上で大きな影響を与える。意欲の減退、無気力、活動性の低下などにより、それまでと同様の援助を行なうことが困難となる。日常的な世話は行なっても、子どもの気持ちを理解・受容し、行動に根気よく付き合っていくだけの精神的な余裕を持たなくなる。また、うつ状態に伴う認知の変化により悲観的、否定的な見方をするようになり、子どもへの関わりが否定的となったり、焦燥感からいらいらして適切でない言動・行動を行なってしまうことも起こりうる。

子どもの問題行動が、育児負担の増加を招き、それで抑うつ状態が悪化すれば、子どもへの対応がうまくできず、子どもの行動の改善が難しくなる。また、母親の抑うつ状態が強くな

ると、子どもへの適切な関わりが困難となり、子どもの状態が悪化し、それが母親の心理的負担を強める。こうした悪循環が進行することで事態が深刻な状況になりうるのである。

子どもの状態が悪いと、母親の精神状態が良くなくても当然のことであると考えられがちである。母親自身が精神的な不調を自覚していても、それを子どもの主治医や支援者に話さないことも多い。

「広汎性発達障害児の養育」と「母親の抑うつ」が相互に深く関係していることを考えたときに、広汎性発達障害児の支援をするものは、特に児をめぐる状況がうまくいっていない時に、家族(特に母親)の抑うつ状態の可能性について頭においておくことが必要である。

そして、母親がうつ病またはうつ状態と考えられる時には、母親自身に対する介入が必要となる。

ひとつは、心理社会的な介入である。母親の心理的・物理的負担となっている事柄(必ずしも広汎性発達障害児に関することとは限らない)について環境調整を行ったり、支持的な心理カウンセリングを行うことは、軽度のうつ状態に有効である。

しかし、母親の精神状態についてアセスメントをして、うつ病や重度のうつ状態であると考えられる時には、それだけでは不十分なことも少なくない。こうした場合には、薬物療法を含めた精神医学的な介入を行うことが必要である。

家族全体への支援も重要である。父親などの他の家族に理解とサポートをお願いする意味でも重要であるのだが、児および母親が互いに影響しながら悪循環を呈しているときには、他の家族にも影響が出ていることはしばしば経験することである。

## 5. まとめと今後の課題

今回の調査では、HFPDD児の母親に抑うつ

状態が高率に見られることが明らかとなった。また、母親の生来の要因の抑うつ状態への関与は明らかにはならず、一方、母親自身の生育環境や現在の家族機能といった環境因子は抑うつ状態に関与していることが示唆された。

発達臨床に携わるものは、PDD児の家族(母親)に抑うつ状態が起こりやすいことを認識して支援を行なうことが必要である。加えて、他の家族へのアプローチを行なうことが必要であると考えられた。

今回の調査では、母親自身に記入してもらう自己記入式質問紙を用いた。このため、母親の精神状態が回答に何らかの影響を与えた可能性は否定できない。今後、他者からの評価も加えて検討することも必要である。

本研究は、平成15～17年度厚生労働省科学研究費(こころの健康科学研究事業)アスペルガー症候群の成因とその教育・療育的対応に関する研究(主任研究者：森則夫)の分担研究、および、平成19年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)発達障害児に対する有効な家族支援サービスの開発と普及の研究(主任研究者：辻井正次)の分担研究をまとめたものである。

## 文 献

- Abramson R, Wright H, Cuccaro M et al (1992) : Biological liability in families with autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31 : 370-371
- Cohen IL, Tsiouris JA (2006) : Maternal recurrent mood disorders and high-functioning autism. *J Autism Dev Disord* 36 : 1077-1088
- 傳田健三, 賀古勇輝, 佐々木幸哉, 他 (2004) : 小・中学校の抑うつ状態に関する調査 : Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度 (DSRS-C) を用いて。 *児童青年精神医学とその近接領域* 45 : 424-436
- DeLong R, Dwyer J (1988) : Correlation of family history with specific autistic subgroups: asperger's syndrome and bipolar affective dis-

- ease. *J Autism Dev Disord* 18, 593-600
- Ghaziuddin M, Greden J (1998) : Depression in children with autism/pervasive developmental disorders: a case-control family history study. *J Autism Dev Disorder* 28 : 111-115
- Gotlib IH, Mount JH, Cordy NI et al (1988) : Depression and perceptions of early parenting: a longitudinal investigation. *Br J Psychiatry* 152 : 24-27
- Hastings RP, Kovshoff H, Ward NJ et al (2005) : Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *J Autism Dev Disord* 35 : 635-644
- 井潤知美, 上林靖子, 中田洋二郎, 他 (2001) : Child Behavior Checklist/4-18 (CBCL-4-18) 日本語版の開発. *小児の精神と神経* 41 : 243-252
- 木島信彦, 齊藤令衣, 竹内美香, 他 (1996) : Cloningerの気質と性格の7次元モデルおよび日本語版 Temperament and Character Inventory (TCI). *精神科診断学* 7 : 379-399
- 北村俊則 (1988) : 精神症状測定の理論と実際. 海鳴社, 東京
- Kojima M, Furukawa TA, Takahashi H et al (2002) : Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry Res* 110 : 291-299
- 村田豊久, 清水亜紀, 森陽次郎, 他 (1996) : 学校における子どものうつ病—Birlsonの小児期うつ病スケールからの検討. *最新精神医学* 1 : 131-138
- 並木典子, 杉山登志郎, 明翫光宜 (2006) : 高機能広汎性発達障害にみられる気分障害に関する臨床的研究. *小児の精神と神経* 46 : 257-263
- Parker G, Tuliping H, Brown LB (1979) : A Parental Bonding Instrument. *Br J Med Psychol* 52 : 1-10
- Parker G (1981) : Parental reports of depressives: an investigation of several explanations. *J Affective Disorders* 3 : 131-140
- Piven J, Palmer P (1999) : Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families. *Am J psychiatry* 156 : 557-563
- Piven J, Gayle J, Chase G et al (1990) : A family history study of neuropsychiatric disorders in the adult siblings of autistic individuals. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 : 177-183
- Piven J, Landa R, Gayle J et al (1991) : Psychiatric disorders in the parents of autistic individuals. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30 : 471-478
- Plantés MM, Prusoff BA, Brennan J, Parker G (1998) : Parental representations of depressed outpatients form a USA sample. *J Affective Disorders* 15 : 149-155
- 坂戸 薫, 佐藤哲哉, 桑原秀樹, 他 (2000) : うつ病とCloningerの人格理論. *精神科診断学* 11 : 419-429
- 坂戸 薫, 染矢俊幸 (1999) : PBI (Parental Bonding Instrument) とうつ病. *精神科診断学* 10 : 399-407
- 佐藤 寛, 永作 稔, 上村佳代, 他 (2006) : 一般児童における抑うつ症状の実態調査. *児童青年精神医学とその近接領域* 47 : 57-68
- 佐伯俊成, 飛鳥井望, 三宅由子, 他 (1997) : Family Assessment Device (FAD) 日本語版の信頼性と妥当性. *精神科診断学* 8 : 181-192
- Smalley S, McCracken J, Tanguay P (1995) : Autism, affective disorders, and social phobia. *Am J Med Genet* 60 : 19-26
- 竹内美香, 鈴木忠治, 北村俊則, 他 (1989) : 両親の養育態度に関する因子分析的研究. *周産期医学* 19 : 852-856
- Tantam D (1988) : Asperger's syndrome. *J Child Psychology Psychiatry* 29 : 245-253

\* \* \*

### ～お詫び～

「小児の精神と神経」第50巻3号におきまして、野邑健二先生の「高機能広汎性発達障害児の母親の抑うつについて」のご論文が修正前の状態で掲載される誤りがございました。

編集段階におけるデータ保存の基本的な部分でのミスであり、野邑先生はじめ関係者の皆様に多大なご迷惑をおかけしましたことを深くお詫び申し上げます。

上記のように正規のご論文を再掲載いたしました。

株式会社アークメディア  
「小児の精神と神経」編集部



質問：米山 明(心身障害児総合医療センター)

症例について薬物療法はされていたのか。

回答：佐久間隆介

薬物投与等はなく、重篤な精神障害は認められなかった。

## 5. 解離性障害に対する東洋医学的アプローチの事例検討

山村淳一, 松平登志子, 杉山登志郎

あいち小児保健医療総合センター心療科

【目的】被虐待児や発達障害圏の子供達における解離性障害に対する治療方法は、一部の薬剤や行動療法などに限られた感があり、臨床現場ではまだまだ難渋する場面も多い。ただ、最近当院ではエキスパートオピニオンによる漢方薬(四物湯および桂枝加芍薬湯)が著効する例が多く、鍼灸などその他の東洋医学的アプローチの有効性を検討した。方法：当院心療科病棟に入院中の男児1名, 女児5名に対して鍼治療を行った。鍼を行う前に東洋医学的診察すなわち脈診をし、本人の状態・バランスを東洋医学的に評価した。脈診後、崩れているバランスを本治と呼ばれる鍼にて整え、その後標治という、身体の主要部位への鍼にて、仰臥位にて8分間、腹臥位にて8分間施術した。鍼の前後で、本人の愁訴の程度をVisual analogue scale (VAS)にて評価した。

【結果】脈診での見立てとしては、腎虚の症例が多かった。いずれの症例においても施術前より施術後でVASは低下しており、施術後は解離症状も見られておらず、鍼の有効性が示唆された。

【結論】まだまだ治療が困難な解離性障害に対して、これまでにないアプローチを試みる事は有意義であり、その有効性も示唆された。ただ、鍼の有効性がどれ程あるかに関しては詳細な検討が必要と思われた。今後は更に症例数を増や

し、統計学的に検討できる研究へと発展させていこうと考えている。また、実際に刺さずに接触させるだけの鍼もあり、より小さな子供達への検討も行う予定である。

質問：平林伸一(長野県立こども病院)

鍼をやるのに適応はあるか。

回答：山村淳一

虐待系など、普段からいつも緊張している場合には交感神経が興奮しているので、交感神経系をゆるめて、副交感優位にする効果があると思われる。そういう意味では、心の病と称するものには何でも良いと思われるので、適応を考えることなく何でも効くと考えている。

## 【一般演題Dセッション】

### 1. 広汎性発達障害児を対象にしたソーシャルスキルトレーニング、困ったときの対処法プログラムの実施と効果の測定

大隅香苗<sup>1)</sup>, 秦 基子<sup>2)</sup>, 井上雅彦<sup>3)</sup>, 辻井正次<sup>4)</sup>

<sup>1)</sup>浜松医科大学精神神経科,

<sup>2)</sup>鳥取医療センター

<sup>3)</sup>鳥取大学大学院医学系研究科

<sup>4)</sup>中京大学現代社会学部

【目的】広汎性発達障害児(以下、PDD児)の中には、困った場面に遭遇したとき、自分が困った状態にあることが理解できていないことや、適切なタイミングで他者に助けを求めることを苦手とする者が多くいる。本研究では、このような苦手さをもつPDD児を対象に、独自のプログラムの開発と実施を行い、その有効性について検討した。

【方法】平成21年8月に行った4泊5日の合宿において、PDD児19名(男児14名, 女児5名, 小学校2年~小学校6年)に1回2時間半で3セッション

ンを実施した。プログラムの実施前後に、参加児の保護者に対して評価尺度を実施した。評定尺度：①子どもの強さと困難さアンケート(以下, SDQ), ②感情表現・理解に関するチェックリスト(独自に作成したもの)。

【結果】介入前後で評価尺度の数値を比較し、プログラムの効果を検討したところ、SDQの幾つかの下位尺度において数値上の改善がみられた。また「向社会性」では、有意な得点の上昇がみられた。感情表現や理解に関する項目では、いくつかの評定で有意な得点の上昇がみられた。

【結論】今回開発したプログラムは、PDD児のソーシャルスキルの向上に有効であることが明らかとなった。今後は、短期的な効果だけでなく、長期的な効果を目指した内容の洗練を行い、さらに発展的な内容を盛り込んだプログラムの開発が課題となる。

質問：沢宮容子(立正大学心理学部)

今後の課題について今の時点でどのようなことを考えているか。

回答：大隈香苗

長期的な効果を見ていく上でアスペ・エルデの会では、合宿を終えた後、月2回の子どもの勉強会が開かれているので、そこでこの合宿で学んだスキルを再び行っていくこと。観察していく中で、どういったことが身についているのか見ていくことができると考える。また今後、勉強会の中の様子を観察したり、評価することが必要かと思う。私自身の主観としては子どもの発言回数が増えたと思っているところなので、そのへんを拾っていいと考える。

## 2. 広汎性発達障害児を対象にしたソーシャルスキルトレーニング, 双方向コミュニケーションプログラムの実施と効果の検討

中島俊思<sup>1)</sup>, 田ノ岡志保<sup>2)</sup>, 岩崎美佳<sup>3)</sup>, 重富彩香<sup>4)</sup>, 大西将史<sup>1)</sup>, 辻井正次<sup>5)</sup>、

<sup>1)</sup>浜松医科大学 子どものこころの発達研究センター

<sup>2)</sup> NPO法人アスペ・エルデの会

<sup>3)</sup>新城市民病院

<sup>4)</sup>羽根メンタルクリニック

<sup>5)</sup>中京大学現代社会学部

【目的】PDD児の支援を進めるにあたっては、さまざまなスキルトレーニングを子どもの発達や課題に応じて提供していくことが求められる。コミュニケーションに関しては、他者との間で展開する双方向的なコミュニケーションに生来の苦手さがみられることが報告されている。本研究では、双方向コミュニケーションの基礎的なスキル獲得をめざし、声の大きさや姿勢といった“基礎態度スキル”と店員への声かけや交渉といった“ソーシャル場面”に着目し、プログラム開発と効果の測定を行った。

【方法】2009年11月から12月において、小学生グループ5名と中学生グループ3名の2グループを対象に3セッションにわたって実施した。“基礎態度スキル”と“ソーシャル場面スキル”に関してスタッフ、親、子ども本人の自己記述の3者による効果測定をおこなった。

【結果】小学生グループにおいてプログラム実施前から実施後・1カ月後にわたり、スタッフ評価のソーシャル場面得点、自己記述評価の合計得点など、いくつかの評定において、有意な得点の上昇がみられた。中学生グループは、もともとプログラム実施前から得点は比較的高く、母親評価以外は有意な上昇はみられなかった。

【結論】今回のプログラムは、特に小学生PDDグループのスキル獲得に有効に作用することが明らかになった。持続的なプログラム効果の測定、プログラム内容の精選、発展的なスキル獲得をねらいとしたプログラム開発は今後の課題である。

質問：沢宮容子(立正大学心理学部)

モデリングという観点から見ると、中学生のグループの参加が小学生のグループのスキル獲得にとって非常にプラスの影響があったのではと感じると同時に、中学生のグループもエフィカシーなど違うアセスメントのツールを使えば、何かプラスの影響が見られたのではないかと思う。実際にやってみての感想、または変化があったら教えて欲しい。

回答：中島俊思

小学生グループと中学生グループは時間帯も部屋も別で行った。小学生グループは結果の通り、わかってなかったけどわかるようになったという知識とスキルの獲得が一番はっきり出たかと思われる。中学生グループは、今回こちらの評定の仕方に問題がある部分があったかと思われる。例えば、お母さんと一緒にスーパーに行って店員さんに話すということを行おうとしたのだが、なかなかそれが数値となって回収できなかったというのが現状だと思われる。ただ、わかっていることをきちんと復習することで、スキルとして根付くということが言えると思う。

### 3. 広汎性発達障害児広汎性発達障害児を対象にしたソーシャルスキルトレーニング、感情コントロール“気分は変えられるプログラム”の実施と効果の測定

明翫光宜<sup>1)</sup>、中島俊思<sup>2)</sup>、辻井正次<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>東海学院大学人間関係学部

<sup>2)</sup>浜松医科大学子どもこころの発達センター

<sup>3)</sup>中京大学現代社会学部

【目的】広汎性発達障害児の感情のコントロールプログラムの実施上の課題点について改良を重ね、感情のコントロールスキルを「より導入しやすく」、「理解しやすく」学ぶためにいくつかの工夫を取り込んで介入を試みた。

【方法】(対象) PDD群小学生8名、中学生4名の12名に本プログラムを実施した。またプログラムの実施前後にスペンス不安尺度、自己陳述尺度を用いた。

(手続き)吉橋ら(2008)のプログラム内容を基に修正を重ねた。主な変更点はプログラムの導入に「気分は変えられる」と心理教育を行ったこと、リラクゼーションに「イメージ技法」を援用したことである。

【結果】プログラムの効果を検討した結果、スペンス不安尺度の社会不安とパニック発作において、プログラム実施後に有意な低下がみられた。一部不安尺度のなかでは、プログラムの進行とともに感情への気付きが生まれることで、逆に上昇する下位尺度もみられた。短期限定でなく持続的なプログラム実施による効果やプログラム内容の洗練は今後の課題である。

質問：平谷美智夫

D-1, 2, 3において、いずれも3-4回の短期SSTと発表された意図は何か。

回答：辻井正次(中京大学)

集中的なプログラムの場合、合宿という形で行うことで共通の課題の子どもたちを集めることが出来、効果的に取り組むことが出来る。他児の取り組みを見ながら、いろいろな対処法があることを学ぶ利点がある。

質問：井上雅彦(鳥取大学)

リラクゼーションやクールダウンに関しては実際の生活で実施し成功体験を得ることが必要である。これらについての理解を促すようなペアレントトレーニングを併用させたり、親子でのトレーニングも考えられると思うがいかがか。

回答：明翫光宜

リラクゼーションに関しては、発達障害児の親御さんも必要な技法になってくると思うので、親御さん向けにも同じリラクゼーションのセッションを行っている。出来れば家庭の中で

楽しく、子どもと一緒にいることが位置づけられたらと思っている。

#### 4. 高機能広汎性発達障害(HFPDD)児のソーシャルコミュニケーションの発達に関する縦断的研究(1)構造化場面における作文課題の分析

飯尾友紀子<sup>1)</sup>, 藤田直子<sup>1)</sup>, 恵良美津子<sup>1)</sup>,  
鈴木蘭子<sup>2)</sup>, 五十嵐一枝<sup>1,3)</sup>

<sup>1)</sup>白百合女子大学発達臨床センター

<sup>2)</sup>国立障害者リハビリテーションセンター

<sup>3)</sup>白百合女子大学

**【目的】** HFPDD 児の社会的場面の認知と言語表現に注目し小グループでの作文課題のコーディング分析を試みた五十嵐ら(2009)の研究においてはHFPDD 児は他者視点に立って皆で一つの話在完成させることが困難であることが示された。本研究ではHFPDD 児グループの1年間の作文課題のコーディング分析とプロトコル分析により、グループ参加児同士の関係性の構築が作文課題に影響を及ぼす可能性を検討した。

**【方法】** HFPDD と診断され、対人関係を中心とした社会的相互性の困難を主訴として白百合女子大学発達臨床センターのグループ指導(SCP)に継続的に参加している児童を対象とした。今回は、SCPにおける文章作成課題である「作文リレー」の15分間を取り上げて、プロトコル分析と、主語、視点、取り込み(作文と状況絵の関連)、文尾などの観点からの文章のコーディング分析を行った。「作文リレー」は提示された1枚の状況絵について各児童が順番に1文章ずつ文を作り全員で一つの作文にする課題である。①全員で一つの作文を作る②前の文につなぐ③絵に関係のある文を作るの3点がルールであり、他者の視点に立つ文章の作成が求められる。

**【結果・結論】** 作文リレーの中で参加児同士のや

りとりを促進させる介入を行った結果、独自の想像が作文に出たり、語調が独特であるA児が、他のメンバーからの指摘によって自分の作文を変化させていく様子が見られた。また、それによって全体のコーディングにも変化が見られた。しかし他者の視点に立つことはグループ全体が年度内で大きく変化せず、他者視点に立つことを促すためには新たな支援が必要であることが示唆された。

質問：永井幸代(名古屋第二赤十字病院)

このプログラムの主旨とはそれますが、A子さんのようなユニークな発想のお子さんの良い方へのフォローは何かしているか。

回答：飯尾友紀子

SCPには作文リレー以外の場面の課題があり、それぞれの子どもが認められる・活躍できる場を設定している。A子自らのイメージーションが認められる場面もある。また、彼女の修正は無理やりなものではなく修正出来たことで、周囲の子どもたちに認められたりなど(大人からのフォローだけではなく)、友達からの正の評価とつながり、間接的なフォローがあるとも考えられる。

質問：辻井正次(中京大学)

作文リレーはASDの子どもたちにとっては課題が複雑すぎるので、いくつかのステップやテーマを明確とした方が子どもたちが取り組みやすいと考えられる。支援側のグループ、マネジメントを入れる部分を大きくする方が子どもたちの利益が大きい。

回答：飯尾友紀子

子ども同士のぶつかり合いが起こり、それを経験してどう解決していくかで、子どもたちが社会性を学んでいくと考えている。そのため、トラブルが起こらないグループを目指すのではなく、トラブルが起こったときにスタッフがしっかり介入出来ることを大切にしている。そ

のために、グループの流れ、関わり方を構造化し、それぞれの児のIQ・社会性のレベルを把握し、個人目標をもとに関わっている。尚、作文リレーは2007年から行っており、やり方の検討を重ねて行っている。

## 【一般演題Eセッション】

### 1. ADHD治療における薬物療法の比較検討

岩城喜美枝<sup>1)</sup>、遠藤雄策<sup>1)</sup>、三室佳子<sup>1)</sup>、  
内山 敏<sup>2)</sup>、山崎知克<sup>1,2)</sup>

<sup>1)</sup>浜松市発達医療総合福祉センター

<sup>2)</sup>浜松市発達相談支援センター

【目的】ADHD治療薬として昨年アトモキセチン(以下、ATX)が認可され、わが国のADHD薬物療法における新たな選択肢となった。今回われわれはATX投与におけるADHD治療を実施し、メチルフェニデート(以下、MPH)による治療効果との比較検討を行ったので報告する。

【対象・方法】対象は当センター受診中のADHD薬物療法を受けている患者192名(ATX投与患者95名、MPH投与患者97名)である。方法は、薬物治療前と治療3カ月後にADHD-RS、CBCLを施行し、治療改善における分析を行った。またATX投与後のADHD症状の変化や副作用出現の有無などをカルテより収集した。

【結果】ATX群では、投与3カ月後のADHD-RSでは不注意項目と多動・衝動性項目の総てにおいて改善を認めた。一方MPH群でも、ADHD-RSで改善を認めていた。また、ATX群にて実施した治療前と3カ月後のCBCLでは総得点と外向尺度、内向尺度、すべての項目において改善を認めた。更にATX投与群では、投与前後で成長抑制は見られなかった。

【結論】子どもの行動をADHD-RSにより評価すると、ATX群、MPH群とも確実に改善傾向を認めていた。またATX群について実施したCBCLについては、投与後3カ月後に有意に改善を認めた。今回の結果からATX投与によりADHDの中核症状のみならず、周辺症状をも大幅に改善することで、ADHDの2次障害を改善することができる可能性が示された。ATX群については、少ない用量から開始することができ、食欲不振の症状を一時期認めても改善しやすく、成長不良をおこしにくいことから、低年齢児について投与しやすいと考えられる。またATX投与による副作用として、興奮事例を4例経験したが、今後はこれらの症例について更に考察を進めていきたいと考えている。

質問：北山真次(神戸大学病院)

副作用のためにATXを減量し、うまくいっている症例が御発表の内に出てたが、全体としてのATXの低容量投与群はどの程度の割合なのか。

回答：岩城喜美枝

平均投与量は0.93mg/g/日であるように、投与量が0.5～0.8mg/g/日にて効果を示すケースも多かった。

質問：山下裕史郎(久留米大学小児科)

ATXを併用した患者は不注意優勢タイプが多かったが、不注意反応への効果に同じATXとコンサータの効果の差はあったのか。

回答：岩城喜美枝

コンサータは衝動性の強い児に用いているという背景から、ATXは不注意優勢型の多く使った。不注意反応への効果は、ATXとコンサータとでは差がなかった印象であった。

質問：米山 明(心身障害児総合医療療育センター)

有害事象で「攻撃性」があった。メチルフェニデートでは低年齢では、興奮は一定の頻度で報告されているが、その作用機序的推察があれば

## 広汎性発達障害児を対象とした 「気分は変えられる」プログラム作成の試み

明 翫 光 宜\*<sup>1</sup> 飯 田 愛\*<sup>2</sup> 森 一 晃\*<sup>2</sup>  
堀 江 奈 央\*<sup>2</sup> 稲 生 慧\*<sup>2</sup> 中 島 俊 思\*<sup>3</sup>  
辻 井 正 次\*<sup>4</sup>

**Key words** : 広汎性発達障害, 感情のコントロールスキル, 感情理解, リラクゼーションスキル

要旨：筆者らは、神谷ら(2010)や吉橋ら(2008)によって報告されている感情のコントロールスキル・プログラムの実施上の課題点について改良を重ね、感情のコントロールスキルを「より導入しやすく」、「理解しやすく」学ぶための工夫を取り込んだ「気分は変えられる」プログラムを開発した。本プログラムを広汎性発達障害児に実施して、効果を検討したところ、日本語版SCASの下位尺度得点である「社会不安」得点と「パニック発作」得点において、プログラム実施後に有意な低下がみられ、本プログラムの効果が示唆された。

### I. 目 的

広汎性発達障害(以下、PDDとする)児の支援技法として、感情のコントロールスキルプログラムがある。これは、従来怒りのコントロール、不安のコントロールとして認知行動療法の分野で発展し、多くの成果をあげてきた。筆者らは、以前からPDD児を対象にした感情理解や感情のコントロールスキルプログラム開発を試み、その内容と効果について報告してきた(神谷ら、2007；吉橋ら、2008；宮地ら、2008；神谷ら、

2010)。前報までは少数例の事例検討による報告であったが、今回はプログラムの改訂版の報告ならびに12名という比較的まとまった人数によるプログラム効果について検討する。

PDD児に対する怒りや不安のコントロールの必要性については、すでに吉橋ら(2008)や神谷ら(2010)が説明しているので、ここではPDD児に感情のコントロールスキルプログラム実施上の困難さについて説明したい。筆者らの経験から、PDD児に感情のコントロールスキルプログ

*Mitsunori MYOGAN et al* : Development of "I Can Change My Mood" Program: A Trial for Children with Pervasive Developmental Disorders

\*<sup>1</sup> 東海学園大学人文学部 [〒468-8514 愛知県名古屋市天白区中平 2-901]

\*<sup>2</sup> NPO 法人アスペ・エルデの会, \*<sup>3</sup> 浜松医科大学子どもこころの発達センター, \*<sup>4</sup> 中京大学現代社会学部

ラムを実施すると以下のような問題点に直面することが多い。

- ①子どもがこのプログラムで何を身につけられるのかイメージしにくい。
- ②感情のコントロールを行う前提となる「気分は変えられる」、「不安は下げられる」という理解を持っていない子どもが多い。
- ③感情理解では、大まかな感情の定義を学べるが、感情の段階付けが難しい。つまり、例えば1点から5点の間でどのくらいのレベルの感情の強さかを聞いても数字に置き換えて表現することが難しい。
- ④怒りや不安の感情について学んでいる最中に、いわゆるタイムスリップ現象が起き、感情の段階付けの難しさとも重なり、情緒的に不安定になる場合が多い。
- ⑤リラクセーションの技法を学ぶことができるが、いつどこで使用したらいいのか理解できず、実際の場面で使用できない場合が多い。

筆者らは、これらの問題点を踏まえ、前報での感情のコントロールスキルプログラムについて改良を重ね、感情のコントロールスキルを「より導入しやすく」、「理解しやすく」学ぶためにいくつかの工夫を取り込んで介入を試みた。

## II. 方法

### 1. プログラムの概要

プログラムの作成は、吉橋ら(2008)や神谷ら(2010)のプログラムを基に筆者らが試作プログラムを作成した。試行プログラム作成の際に前述したような問題点を踏まえ、筆者らはプログラムの以下の内容を修正した。

#### ・「気分は変えられる」ことの学習

一般的に感情をコントロールする際に、われわれは自然に気持ちや認知、焦点を移動させることでコントロールや気分転換を図っている。

しかし、PDD児の場合、これまでの心理学研究から視点の切り替えの難しさが明らかになっている。感情をコントロールする際には、気持ちの切り替えや視点の切り替えが求められるので、そのことに対して平易な説明が必要であると考えられた。そこでFriedberg et al (2001)の報告を参考に、「変わりやすいもの」、「変わりにくいもの」があることを整理していく中で「感情は変わりやすいもの」であることを理解するワークを導入した。感情への気づきを促す枠組みとして、すでに感情コントロールスキルプログラムでも取りあげられ、感情に連動する形で変わりやすいという前提がある「身体感覚(呼吸・筋緊張)」、「考え」を採用した。

心理教育セッションでは、先の「身体感覚(呼吸・筋緊張)」、「考え」、「気持ち」などを用いながら「変わりやすいもの」は「自分で変えられる」という再構成を促す講義を行った。例えば、空腹や喉の渇きとその解消などを例示しながら、「お腹が空いたらご飯を食べることで空腹の状態を変えられることと同じように、嫌な気分になったとしても気分の状態を楽しい気分に変えられるということ」を重要なテーマとして据えた。また、気分を変える体験のメタファーとして「テレビを見るときを思い浮かべてごらん。そしてあなたがチャンネルを持っています。嫌なテレビ番組があるときどうする？楽しいテレビ番組に変えるよね。それと同じだよ」と説明した。これらの講義を踏まえ、切り替える手段としてリラクセーション技法の実習を導入した。

#### ・感情のレベルの学習

感情を適切にコントロールするためには、その感情のレベル(強さ)について適切にモニターすることが必要である。本プログラムでは、Buron & Curtis (2003)の報告を参考に感情レベルを5段階に分けて、それぞれの段階で自分が抱いている感情の状態についてモニターする課

表1 プログラムの概要

セッション	内容	内容の詳細
1回目のプログラム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「気分は変えられる」の心理教育</li> <li>・感情, 身体感覚, イメージとのつながりを知る</li> <li>・リラクゼーション・スキル</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・世の中には, 変わりやすいもの(感情・考え)と変わりにくいもの(住所など)があることについて学習する</li> <li>・変わりやすいものは「変えられる」と考えてみる。「気分は変えられる」ことを学習する</li> <li>・感情は直接変えることは難しいが関連のある体やイメージに働きかけると変わりやすいことを理解する</li> <li>・体やイメージに働きかける方法として呼吸法・筋弛緩法・イメージ技法を実習する</li> </ul>
2回目のプログラム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感情理解Ⅰ(リラクセスと不安)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リラクセスという状態について, 身体感覚を中心に本人の体験や知っていることと確認しながら, 理解を深める</li> <li>・不安の定義を教えた上で, どんなときに不安が起きるのか?不安に伴う身体感覚を知る</li> <li>・不安の階層を知る, パニックに至る前のレベルにあたる「小さな不安」を理解し, ここでリラクゼーションを使用することを学ぶ</li> </ul>
3回目のプログラム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感情理解Ⅱ(怒り)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・怒りの定義を教えた上で, どんなときに怒りが起きるのか?怒りに伴う身体感覚を理解する</li> <li>・怒りの階層を知る, パニックに至る前のレベルにあたる「小さな怒り」を理解し, ここでリラクゼーションを使用することを学ぶ</li> </ul>
4回目のプログラム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感情理解Ⅲ(感情によって変わる身体)</li> <li>・プログラムの振り返り</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リラクセス, 不安, 怒りに伴う身体感覚を対比して, 感情によって異なる身体感覚の変化を学習する. またリラクセスの状態と緊張状態(不安・怒り)とでは体の状態が正反対になりやすいことを学習する</li> <li>・リラクゼーション・スキルは, 体が緊張状態のときに, 呼吸法や筋弛緩法で体に働きかけてリラクセスの状態にすることで感情が落ち着いていくことを学習する</li> <li>・自分に合ったリラクゼーション・スキルについても確認し, 日常生活でも使えるようなタイミングを学習する</li> </ul>

題を作成した。実際のセッションでは適切なレベル(中程度のレベル)の怒りや不安においてリラクゼーションスキルを使用すると感情のコントロールが成功しやすいことを伝えた。

・イメージ技法

リラクゼーション技法は, 一般的に用いられるものとして呼吸法と筋弛緩法があるが, 身体に直接的に働きかける方法とは異なり, イメージを用いる方法がある。PDD児のリラクゼーションにイメージやファンタジーを用いること

の有効性はすでに報告されている(小泉, 2009)。

本研究では, 筆者(明翫)がEMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (Shapiro, 1995)の技法の1つである「心の安全な場所」を参考にイメージ技法を作成した。「心の安全な場所」とは, イメージ体験を通して安全なイメージをクライアントが創造していく技法である。筆者(明翫)の経験上, PDD児は安全なイメージを自分で作りあげるのにしばしば困難が生じ, 治療者の支援を必要とする。そこで, 修



表2 「気分は変えられる」プログラムの参加メンバーの属性

グループ	診断名	年齢	所属級	学年	WISC-III (FIQ/VIQ/PIQ)		
小学生	1. アスペルガー症候群	10歳	通常	小4	115	128	97
	2. 特定不能の広汎性発達障害	10歳	通常	小4	110	116	100
	3. 非定型自閉症	11歳	特別支援級	小5	60	74	53
	4. アスペルガー障害	11歳	通常	小5	104	103	104
	5. 自閉症	10歳	通常	小5	90	91	92
	6. アスペルガー障害	10歳	通常	小4	101	123	78
	7. アスペルガー障害	11歳	通常	小5	115	105	124
	8. アスペルガー障害	12歳	通常	小6	84	68	104
中学生	9. 自閉症	15歳	特別支援級	中3	64	61	75
	10. アスペルガー症候群	11歳	通常	小5	96	104	89
	11. アスペルガー症候群	13歳	通常	中1	96	94	100
	12. 軽度精神遅滞, アスペルガー症候群	14歳	特別支援級	中2	50	62	47

正点として安全なイメージからは離れるが、「あなたが誰にも邪魔をされずに、好きなことを好きなことだけ行っている場面をイメージしてください」と教示した。実際は子どもが、楽しいイメージを思い浮かんだら、両側刺激をゆっくりとしたペースで加えるのであるが、今回はセルフコントロール技法の習得を意識して、自分自身でタッピングを行うバタフライハグ(市井, 2007)を取り入れた。時には、不器用の問題からうまくバタフライハグができない子どもについては、筆者(明断)が眼球運動、または手の甲のタッピングを行った。この手続きの前後に、「今はどんな気持ちかな?」と確認して、両側刺激後の気持ちを聞いて「楽しい」、「良い感じ」と報告を受けると、「ホラ、気分が切り替わったでしょ」と確認し、「それと一緒に」と両側刺激を加えることで肯定的感情を強化した。

## 2. プログラムの実施

試作プログラムは、2009年8月にNPO法人アスペ・エルデの会の夏期合宿においてPDD児8名にパイロットスタディとして実施し、その結果や反応などから修正したものを踏まえて最終的なプログラム開発へとつなげた(表1)。本プログラムは2009年11月～12月にかけて2週間

に1回合計4セッションを実施した。このセッションには小学生8名、中学生4名が参加した。本プログラムの対象者の詳しい属性は表2に示す。保護者に対してはプログラムの概要と目的、スケジュールについて説明を行い、参加の同意を得ている。また本児についても事前に筆者らより説明を行い、参加の同意を得た。なお、本プログラムの作成と実施においては、同会の倫理委員会にて、プログラムの概要とともに本研究の倫理的配慮や期待される貢献を説明し、承認を経ている。

プログラムの実施方法や構成については前報の通り、ワークブックを使用して小集団での授業形式でセッションを進行するスタイルをとった。

## 3. プログラムの評価

プログラム実施前後で子どもの様子の変化を調べるため、3つの調査を行った。実施時期は、プログラム実施の効果を測定するために、プレテストがプログラム実施前の2009年10月に、ポストテストがプログラム実施後の2010年1月の2回である。なお、分析にあたっては調査の回答に不備があった2名を除外した10名を分析対象としている。

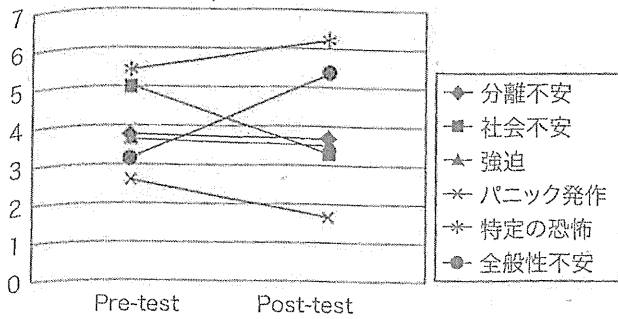


図1 スペンス不安尺度のプレ・ポスト比較

子どもによる評価について、特に対象とする感情として「不安」を取りあげた。不安に関してはCMAS（顕在性不安尺度）のような不安を一元的に捉えたものもあるが、今回は不安を多面的な感情として捉え直し、分離不安、強迫傾向、パニック発作、社会不安、単一の恐怖症、全般性不安のように多面的に不安を評定することができる日本語版SCAS（スペンス児童用不安尺度）、（石川ら，2001）を用いた。この尺度は、「ぜんぜんない」0点から「いつもそうだ」の3点までの4件法で評価し、得点が高いほど不安傾向が高いことを示す。本研究でSCASを用いたのは感情のコントロールスキルプログラムの介入によって不安感情のどの側面に有効に働くのかを検討するためである。

自動思考の尺度として、自己陳述尺度（石川ら，2005）を使用した。この尺度はポジティブな自動思考とネガティブな自動思考とに下位尺度が分かれ、「ぜんぜんない」0点から「いつもそうだ」の3点までの4件法で評価し、得点が高いほどその傾向が強いことを示す。本研究では、呼吸法や筋弛緩法だけでなく、イメージといった側面にも介入を行ったため、その効果を検討するために本尺度を用いた。

保護者による子どもの評価について、明翫（2009）が作成した感情のコントロールスキル評価表を使用した。この評価表は、感情の定義の

理解、感情に伴う身体感覚の理解、感情のレベルの理解、感情のコントロールスキルの程度を把握するものである。この評価表は、主に1点から4点までの4件法で評価し、得点が高いほど感情理解やスキルが高いことを示す。現在のところ、感情のコントロールスキルを評価する尺度が発表されていないことやプログラム実施上の課題点を評価するために筆者らの試論として導入した。評価表の構成は筆者らが感情のコントロールに必要なスキルを検討し、作成した。なお、この評価表には認知の偏りを評価するものもあるが、今回の介入では認知療法の技法を取り入れなかったため、その部分に関しては分析からは除外した。プログラム前後の比較には基本的には対応のあるT検定を用いたが、名義尺度で比較した質問項目にはMcNemar検定を用いた。統計的解析には、Windows版SPSS Statistics18を用いた。

### Ⅲ. 結果

#### 1. SCASの得点変化について

SCASについて、プログラム開始前（プレ評価）とプログラム開始後（ポスト評価）における下位尺度得点の比較したものを図1に示す。

SCAS全体の合計得点、保護者などから離れることに強い不安を喚起する「分離不安」、不安によって喚起される強迫症状の程度を示す「強迫」、特定の恐怖症を示す「特定の恐怖」、過剰な心配・恐怖などで示される不安「全般性不安」に関して有意差は認められなかった。

一方、対人場面での不安である「社会不安」は、プレ評価5.00（SD = 4.47）からポスト評価3.33（SD = 4.01）へとプログラム実施後に有意な低下が認められた（ $t = 2.22, p < .05$ ）。同じく不安に伴った身体的症状・パニック症状を示す「パニック発作」において、プレ評価2.58（SD = 3.32）からポスト評価1.67（SD = 3.37）へとプログラム実施後に有意な低下がみられた（ $t =$

1.89,  $p < .05$ ).

## 2. 自己陳述尺度の得点変化について

自己陳述尺度においても同様にプレ評価とポスト評価で対応のあるT検定を実施したところ、ポジティブ得点、ネガティブ得点ともに有意差は認められなかった。

## 3. 保護者からの評価について

感情のコントロールスキル評価表について、感情理解に関する項目の平均得点を図2に示す。感情の定義の理解では、「悲しい」においてプレ評価3.1 (SD = 0.1) からポスト評価3.5 (SD = 0.28), 「不安」においてプレ評価2.7 (SD = 0.23) からポスト評価3.1 (SD = 0.77), 「怒り」においてプレ評価2.9 (SD = 0.1) からポスト評価3.5 (SD = 0.28) とプログラム後に有意な上昇がみられた ( $t = -2.45, p < .05$ ;  $t = -2.45, p < .05$ ;  $t = -3.67, p < .01$ )。同じく感情に伴う身体感覚の理解では、「悲しい」においてプレ評価2.3 (SD = 0.46) からポスト評価3.0 (SD = 0.44), 「怒り」においてプレ評価2.9 (SD = 0.77) からポスト評価3.4 (SD = 0.71) とプログラム後に有意な上昇がみられた ( $t = -2.10, p < .05$ ;  $t = -1.86, p < .05$ )。一方、怒りや不安の段階付けやレベルの理解に関して、プログラム前後で有意差は認められなかった。

感情のコントロールスキルについて、感情をコントロールする必要性の認識が5名から6名に、気分は変えられるという理解が5名から7名に、気分を変える方法の理解が5名から8名に増加したが、いずれも有意な増加ではなかった。なお、コントロールスキルの習得段階についてプレ評価1.7 (SD = 1.34), ポスト評価2.5 (SD = 1.17) であり、プログラム後に有意な上昇が認められた ( $t = -2.75, p < .05$ )。

またプログラム実施後に、どのようなコントロールスキルが身についたかを記述式で保護者に尋ねたところ、呼吸法が6名、筋弛緩法が5

名、イメージ技法が3名、認知の切り替えが2名、その他の行動が1名であった。

## IV. 考 察

### 1. プログラムの改良点に関する評価の検討

「このプログラムで何を身につけられるかを理解すること」について、筆者らは特に導入にあたって怒りや不安などがコントロールできないことで生じる典型的なトラブルを紙芝居風に見せて、「こういうことで困ったことがある？」と子どもたちに聞いて、「実はこういうときにうまく方法があって、それをみんなで勉強していきます」と話し、表1にある「気分は変えられる」の心理教育のセッションを開始した。各セッションの終了時に子どもたちに「どんなことが身につくプログラムでしたでしょうか？」と確認を重ねるなどの工夫を入れた。これらの手続きが最終セッションの「プログラムの振り返り」をスムーズに行う上で役立つ点であると考えられる。

次に「怒りや不安の感情理解の学習に伴うタイムスリップ現象などによる情緒的不安定」について、夏期合宿での試行プログラムは感情理解を学習した上でリラクゼーション・スキルに取り組む順序で構成されていた。しかし、感情理解に入ると子どもたちの集中力が極端に低下し、セッションの進行が困難になる場面があり、そのことについて検討したところサポートに入っていた学生スタッフから「嫌なことを思い出して、そこから落ち込んでしまった」という声をいくつか聞いた。そこで、表1のように第1回目でリラクゼーション・スキルを実習して、身についた段階で「次は色んな気持ちの勉強をします。ときに嫌なことも思い出すこともあるかもしれませんが、でも大丈夫。そのときはどうすればいいかみんなはもう知っていますね」とリラクゼーション・スキルを使用することを確認した。その結果、試行プログラムより、本プログラムの

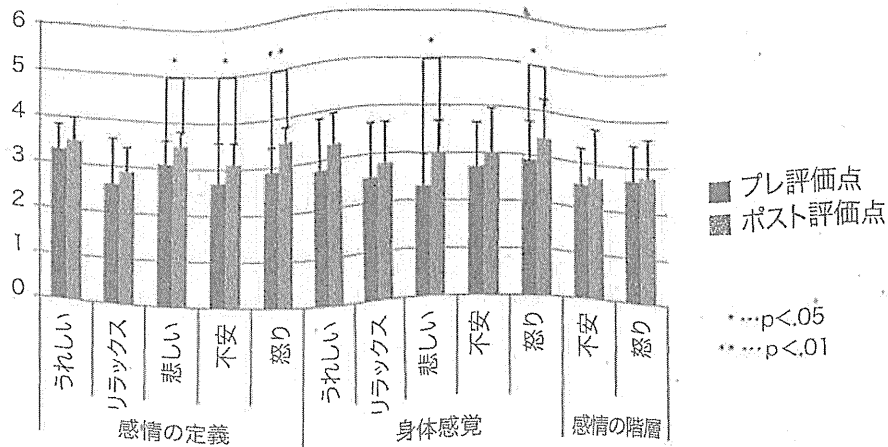


図2 感情理解のプレ・ポスト比較

方がスムーズに進行できたことを筆者らは経験している。

「気分は変えられることへの理解」、「感情の段階付け」、「リラクゼーション・スキルの般化」について、感情のコントロール評価表の結果を中心に検討する。まず、怒りと不安の階層の理解については、本プログラムで重視して取り組んだ点であり、参加者全員が自分の怒りや不安のサイン(感情が爆発する前の段階)を見つけ、書き出すという段階には達したが、評価表の結果からは日常生活でそれを活用できる形での習得はまだ難しいことが示唆された。この点については、怒りや不安の日記など長期継続の中で取り組むことで理解が進む側面であろうと考えられる。

「気分は変えられることへの理解」について、評価表の結果から「気分を切り替える必要性」、「気分は変えられる」、「気分を切り替える方法がある」という理解を対象児が数名増えたものの、保護者からの評価において十分な効果を示すにはさらなる工夫が必要であることが示唆された。プログラムの導入時の工夫と合わせると「気分は変えられること」、「気分を変える方法があること」を理解することはPDD児の感情のコントロールスキルプログラムを行う上で重要な手続

きであると考えられる。リラクゼーション・スキルについて、プログラム実施後に日常生活で活用できる形でスキルがいくつか獲得されたことが確認された。特にPDD児にとって「呼吸法」、「筋弛緩法」が習得されやすい技法であることが改めて確認できた。さらに「失敗を受け流す」、「まあいいかと思う」という認知や視点の移動による対処法も有効性があることが確認された。

## 2. 本プログラムの効果についての検討

本プログラムの効果の検討に入りたい。感情理解について、「悲しい」、「不安」、「怒り」のネガティブな感情の定義の理解が進んでいるという結果が示された(図2)。「悲しい」については本プログラムで直接取りあげなかったが、「怒り」や「不安」について学習することによって、これまでネガティブな感情(不快)という一括した理解や処理からより分化された感情理解が可能となったと示唆される。また感情に伴う身体感覚では、「悲しい」、「怒り」について理解が進んだようであった。それに対して「不安」に伴う身体感覚の理解が進まなかったことについては、不安が悲しみや怒りのように対象が明確でないなど独自の性質を持つことを踏まえると、不安