

の概要を挙げた者が比較的多かった。

ガイドブックの中で役に立った項目（最大 3 個選択）も、よく使用した項目と同様に、治療ガイドライン(79%)が最多で、TS の概要(40%)、症例(43%)が次いだ(表 2)。専門診療科別の傾向もよく使用した項目と同様であった。

(4) 診療の変容、意見等（自由記述）

ガイドブックの使用前後で医師の診療に生じた変化としては、「疾患教育の質が向上した。」(同様 3 名)、「予後について、しっかり伝えられるようになった。」、「自信をもって投薬できた。」(同様 7 名)、「治療内容は変化ないが、学校との連絡が多くなったと思う。」(同様 2 名)などが挙げられた。

ガイドブックの不足点・要改善点、意見等としては、「患者・家族にわたせる、リーフレット・冊子があると役に立つ。」(同様 4 名)、「認知行動療法、ハビットリバーサル具体例があると良い。」、「代表的・最重要な文献はあげてほしい。」、「教員記入の評価尺度があると連携を取りやすい。」などが挙げられた。

(5) 使用開始後のチック障害患者の受診状況

4 か月間のチック障害の新患数は「2~5 名」(47%)が最多だった(図 7)。児童精神科では 3 名(14%)が「6 名以上」と多数の新規患者を診療していた。TS に限ると、「0 名」、「1 名」、「2~5 名」がほぼ同数(30%前後)となった(図 8)。

4 か月間のチック障害の再来数は「1~5 名」(47%)が最多で、「6~10 名」(30%)が次いだ(図 9)。小児科、小児神経科、及び児童精神科では、それぞれ 20%前後の医師が「11 名以上」と多数の再来患者を診療していた。TS に限ると、「1~5 名」(60%)が最多だった(図 10)。

チック障害の患者の年齢について、4 か月間の新患又は再来に該当者が 1 名以上いると回答した医師の割合は、6 歳以下の幼児 47%、7~12 歳の学童 87%、13~19 歳の青年 68%、20 歳以上の成人 19%となり、学童、青年の順に多

かった(図 11)。精神科では青年及び成人がともに 80%で最多となり、幼児は 0%であった。

同様に併発症については、注意欠如・多動性障害 82%、自閉症スペクトラム障害 71%、OCD 60%が上位を占めたが、精神科ではうつ病(60%)、児童精神科では OCD 以外の不安障害(40%)も高率であった(表 3)。

4 か月間のチック障害の新患及び再来患者について、そのタイプをチックの重症度(軽症/重症)と併発症の重症度(なし・軽症/重症)の組み合わせで 4 分類し、各区分の割合を尋ねたところ、医師ベースで平均すると、チック軽症×併発症なし・軽症(以下、両方とも軽症)が 45%で最多となった(図 12)。チック軽症×併発症重症(以下、併発症のみ重症)、チック重症×併発症なし・軽症(以下、チックのみ重症)、及びチック重症×併発症重症(以下、両方とも重症)はほぼ同数であった。小児科及び精神科では「両方とも軽症」が過半数となったが、児童精神科ではいずれか又は両方が重症の患者の割合も高く、小児神経科でもこの割合がやや高かった。医師ごとに診療した患者数で重みづけをして患者ベースで平均すると、医師ベースと同様の傾向を示した(図 13)。

(6) 使用開始後のチック障害患者の治療状況

チック障害の治療について、4 か月間の新患及び再来で治療を行った患者の割合を尋ねたところ、医師ベースで平均すると家族ガイダンス(72%)が最多だった(表 4)。薬物療法、本人への心理教育、環境調整も 50%以上であったが、認知行動療法は 7%にとどまった。精神科では薬物療法(90%)、本人への心理教育(72%)を、小児科では家族ガイダンス(85%)を行った患者が多かった。

チック障害の患者に処方した薬物について、4 か月間の新患又は再来に該当者が 1 名以上いると回答した医師の割合は、リスペリドン 78%、ハロペリドール 67%、アリピプラゾール 56%の順に多く、クロニジンも 33%の医師が処方して

いた(表 5)。小児神経科ではハロペリドール(100%)を、児童精神科ではリスペリドン(90%)やアリピプラゾール(75%)を処方する医師が多かった。

(7) 多く診療した患者のタイプ別の集計

(全般的な活用状況、項目別の有用性評価)

各医師が診療した患者のタイプ別の割合に基づいて、図 14 の要領で医師を 4 分類し、ガイドブックの活用状況と有用性評価を集計した。

両方とも軽症の患者を多く診療した医師(両方軽症群、以下同様に医師群を命名)は、チック障害の患者の診療でガイドブックを使用した割合がやや低かったが(53%)、それ以外の 3 群では 7 割以上が使用していた(図 15)。

ガイドブックの中でよく使用した項目(最大 3 個選択)については、チック重症群で TS の概要を挙げた者が多かった(75%)。また、チック重症群(50%)、併発症重症群(60%)、両方重症群(71%)では症例を挙げた者が多かった(表 6)。

ガイドブックの中で役に立った項目(最大 3 個選択)も、よく使用した項目と同様の傾向が示された(表 7)。

(8) 詳細調査協力依頼の連絡の可否

来年度に実施する予定の詳細調査については、43 名(91%)が協力依頼の連絡を承諾した。

2. 子どもの OCD に対する CBT の検討

対象者は 22 名であり、平均年齢は 15.1 歳(範囲: 9~20、SD=3.2)、そのうち男性が 14 名(63.4%)であった。CY-BOCS の重症度得点は、平均値が 24.1 点(範囲: 14~30、SD=4.9)であった。併発症を有している者は 6 名であり、チックが 2 名、自閉症スペクトラム障害が 1 名、気分障害が 1 名、統合失調症が 1 名であった。

22 名全体で介入前後の CY-BOCS の重症度得点を比較した結果、介入後の得点が有意に減少していた(介入前得点: M=24.1, SD=4.9、介入後得点: M=15.9, SD=6.9、統計値: $t=5.89$,

$df=21$, $p<.001$)。併発症の有無で CY-BOCS 全体の重症度の変化に差があるか検討したところ、有意差は見られなかった。

22 名のうち ERP を実施したのは 17 名であり、5 名には ERP を行わずその他の介入を選じた。ERP を実施した群に限って介入前後の CY-BOCS の重症度得点を比較した結果、介入後の得点が有意に減少していた(介入前得点: M=23.9, SD=4.7、介入後得点: M=14.2, SD=6.3、統計値: $t=5.95$, $df=16$, $p<.001$)。ERP 実施群における介入前後の CY-BOCS 得点の変化の様子を箱ひげ図に表したのが図 16 である。

また、ERP を実施した群に対しても必要に応じて、ERP 以外の介入も行った。ERP 実施の有無別に、ERP 以外の介入法の有無を表したのが表 9 である。ERP 非実施群では 3 名(60%)が認知療法を行っており、ERP 実施群では 8 名(47%)が家族調整を行っていた。また、認知療法のみを行ったのは 3 名であり、うち 1 名が自閉症スペクトラム障害の診断を有し、もう 1 名が気分障害を併発していた。ERP に加えて認知療法を行った 2 名はいずれも併発症を有していなかった。認知療法のみを行った 3 名の介入前の CY-BOCS の重症度は平均値 22.5 点(範囲: 14.0~29.5)、介入後の CY-BOCS の重症度は平均値 19.3 点(範囲: 10.0~25.5)であり、変化量は 1.5~4 点であった。

次に、ERP 実施の有無によって CY-BOCS の下位得点のどの部分が変化するのか、ERP 実施の有無別に、CY-BOCS の下位得点の変化量を図 17 に示した。CY-BOCS の下位得点ごとに、その変化量が ERP 実施の有無で異なるか、 t 検定で検討したところ、強迫行為の苦痛の減少量が ERP 実施群の方が大きい傾向(ERP 実施群: M=1.4, SD=1.3、ERP 非実施群: M=0.0, SD=0.0、統計値: $t=-4.3$, $df=15$, $p<.001$)、強迫観念の苦痛の減少量が ERP 実施群の方が大きい傾向(ERP 実施群: M=1.1, SD=1.1、ERP 非実施群: M=0.1, SD=0.2、統計値: $t=-3.5$, $df=18.2$, $p=.003$)、強迫観念の制御で

きなさの減少量が ERP 実施群の方が大きい傾向 (ERP 実施群 : $M=1.3$, $SD=1.1$ 、ERP 非実施群 : $M=0.1$, $SD=0.2$ 、統計値 : $t=-3.9$, $df=18.0$, $p=.001$) がみられた。

最後に服薬の効果を検討した。SSRI の有無で CY-BOCS 得点の変化量が異なるか t 検定による検討を行ったところ、SSRI の有無で変化量に有意差は見られなかった (服薬群 : $M=8.2$, $SD=7.2$ 、ERP 非実施群 : $M=8.2$, $SD=6.3$ 、統計値 : $t=0.03$, $df=20$, $p=.99$)。また、抗精神病薬の有無で CY-BOCS 得点の変化量が異なるか t 検定による検討を行ったところ、抗精神病薬の有無で変化量に有意差は見られなかった (服薬群 : $M=8.2$, $SD=6.6$ 、ERP 非実施群 : $M=8.2$, $SD=6.7$ 、統計値 : $t=0.02$, $df=20$, $p=.99$)。

D. 考察

1. 「トゥレット症候群の治療・支援のためのガイドブック」活用状況等に関する質問紙調査
本調査に回答した医師は、多くがガイドブックを読み、患者の診療に使用し、それが有用と評価した。本調査は回収率が高いとはいえないが、この結果からガイドブックが一定の実用性を有すると考えられる。

ガイドブックの中でよく使用した項目、及び役に立った項目は「治療ガイドライン」が最も多く挙げられ、実際の診療に即した情報が最も求められていると考えられた。そのほかの項目については医師の専門診療科によって若干異なっており、「症例」を挙げる者が多かった小児科医及び小児神経科医は、具体的なイメージが得られる内容を求めていることが示唆された。これに対して、「トゥレット症候群の概要」を挙げる者が多かった精神科医及び児童精神科医は、専門的な医学的知識も含めた内容を求めていることが示唆された。

医師の診療の変容については、自身の診療内容をガイドラインに照らして振り返ることで、治療に自信を持てたという報告が多かったが、

このほかにも患者・家族に対する説明や、直接的な治療以外への援助の広がりといった点で、ガイドブックは診療内容に影響があると考えられた。

ガイドブックの不足点・要改善点、意見等については、患者・家族向けの資料の要望が多く挙げられ、医師が患者・家族と予後や治療についての認識を共有することを重視していることが示唆された。患者・家族への説明において、体系的な情報を視覚的に示すことは、理解を促進する確実な方法と思われ、今後検討すべき課題である。このほか、結果に挙げた意見等は、疾患に対する医師自身の理解の深化、治療法の充実、患者の支援者との連携強化につながる内容であり、診療に関連する多様な情報が求められていると考えられた。

チック障害の患者の診療状況、患者の臨床的特性、治療内容などは、医師の専門診療科によって異なっていた。精神科では患者の年齢が高く、頻度の高い併発症もほかの3科とは異なっていた。ガイドブックが青年・成人以降の患者の診療にも十分に対応しているかどうか、再検討が必要かもしれない。また、チック障害に対して専門性の高い児童精神科や小児神経科には、チックや併発症が特に重症な患者も多く受診しており、こうした患者を多く診療している医師はガイドブックをよく活用し、特に「症例」の項目を診療に役立てていた。さらに、児童精神科を含む精神科領域と小児神経科を含む小児科領域では医師が日常的に行っている治療の内容も異なっていることが再確認された。患者の臨床的特性や治療内容のこうした違いにも十分に配慮したガイドブックの改善が必要と思われた。

2. 子どもの OCD に対する CBT の検討

児童思春期 OCD に対する CBT を児童精神科における一般診療に生かすうえで、①ERP を実施できる土台を整える必要性が高いこと、②強迫行為や観念の苦痛の減少が ERP を実施する際に着目すべき点であることが示唆された。

①土台作りの必要性

CY-BOCS 得点の変化から、本研究で実施したプログラム全体としての効果があることが示された。オープン研究としての限界はあるものの、有意義な所見と考える。本プログラムの特徴として、アセスメント段階においてケース・フォーミュレーションを行い、クライアントに合わせて家族調整や認知療法を取り入れながら ERP を行うという側面があげられる。併発症の有無や抗うつ薬、抗精神病薬の服用の有無による効果の差異は見られなかったため、複雑な問題を抱えているケースであっても、適切な介入方法の選択とアレンジによって、一定程度の強迫症状の改善は可能であると考えられる。

ERP を実施した群のほうが、ERP を実施しなかった群よりも強迫症状がより改善していたことから、いかに ERP を実施できる環境を整えるかが重要になると考えられる。ERP を実施した群では、47%に家族調整も行っていた。これは児童思春期の OCD の特徴の一つだと考えられる。家族の巻きこみの程度や巻きこみによるストレスが高いと治療反応が悪くなるという報告 (Storch et al., 2008) や、家族の巻き込みの程度は機能障害と関係しており、家族調整や家族の参加の下で CBT を実施することが有効だと示唆する報告 (Storch et al., 2010) も存在していることから、家族の不安や巻きこみによるストレスの軽減により、ERP を実践しやすい環境を整えていくことで、より介入の効果が得られたのだと考えられる。近年、児童思春期の OCD に対して、家族を積極的に参加させる CBT の効果を報告する研究も諸外国ではみられるようになってきた (Piacentini et al., 2011; Freeman et al., 2008)。外来においては、ERP を早急に実施する前に、家族関係や巻き込みの程度を事前に評価したうえで介入の計画を立てることが、結果的に ERP をスムーズに進めることができると考えられ、こうした ERP 実施のための土台を作ることが重要だと考える。

②強迫症状の下位得点の変化

ERP 実施群と非実施群で強迫症状の変化を比較した結果、行為の苦痛感および観念の苦痛・制御の変化が大きいことが示唆された。ERP は、強迫行為をせずに不安に暴露し、そこから強迫症状の悪循環を軽減していくという行動理論を背景としている (飯倉, 2005) そのため、行為の時間が他の介入方法に比べ軽減することが予想されるが、本研究からは、行為や観念により日々感じる苦痛感が減少することが、特に ERP の効果の中でも重要だと示唆された。このことから、毎週の来院など定期的な ERP 実施が困難な状況であっても、表面的に行為や観念が占める時間のみ着目するのではなく、本人の感じている行為や観念の苦痛が軽減しているかどうかに着目して、ERP を取り入れていくことが有効だと考えられる。

E. 結論

「トゥレット症候群の治療・支援のためのガイドブック」の活用状況等に関する質問紙調査では、ガイドブックを実際に使用した医師から多面的なフィードバックを得ることができた。本結果を踏まえて来年度に実施予定の詳細調査に対しては、本調査の多くの回答者から協力依頼の連絡の承諾を得ており、本結果と詳細調査の結果に基づき、ガイドブックを改訂する予定である。

児童思春期 OCD に対しての CBT を児童精神科領域において導入していくうえでは、家族の巻き込まれの程度や家族力動、強迫症状への認識の程度や苦痛の程度について、事前にアセスメントを行い、介入方法を選択していくことが望まれるだろう。また、ERP を導入できた際には、症状の時間が短縮されていることも重要な視点だが、なにより本人の苦痛が軽減されているか医師が把握することで、たとえ短い診察時間であっても、自宅での ERP 継続への動機づけにつながり治療成績を向上することにつながると考える。このような CBT に関する知見も

盛り込んで OCD に対するガイドラインの充実を図る予定である。

文献

- Barrett PM, Farrell L, Pina AA, et al.: Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 37: 131-155, 2008
- Freeman JB, Garcia AM, Coyne L, et al.: Early childhood OCD: preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47: 593-602, 2008
- 飯倉康郎: 強迫性障害の行動療法. 金剛出版, 2005
- 金生由紀子: 厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業(身体・知的等障害分野)「トゥレット症候群の治療や支援の実態の把握と普及啓発に関する研究」平成 22 年度総括・分担研究報告書, 2011.
- 金生由紀子: 厚生労働省精神・神経疾患研究開発費「児童思春期強迫性障害(OCD)診断・治療ガイドラインの検証及び拡充に関する研究」平成 20~22 年度総括研究報告書, 2011.
- Piacentini J, Bergman RL, Chang S, et al.: Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50: 1149-1161, 2011
- Scahill L, Riddle M, McSwiggin-Hardin et al: Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and Validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36: 844-852, 1997.
- 下山晴彦: 児童思春期の強迫性障害の認知行動療法プログラムの研究 1—プログラムの開発と評価—. 東京大学大学院教育学研究

科臨床心理学コース紀要, 34: 29-36.

- Storch EA, Bjorgvinsson T, Riemann B, et al.: Factors associated with poor response in cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Bull Menninger Clin* 74: 167-185, 2010
- Storch EA, Merlo LJ, Larson MJ, et al.: Clinical features associated with treatment-resistant pediatric obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 49: 35-42, 2008
- Team POTS: Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA* 292: 1969-1976, 2004

G. 研究発表(学会発表)

金生由紀子, 河野稔明, 菊池なつみ, 野中舞子, 桑原斉, 島田隆史. トウレット症候群に伴う感覚現象の研究. 第 33 回日本生物学的精神医学会年会, 東京, 2011 年 5 月 21~22 日.

野中舞子, 有澤直人, 金生由紀子. 慢性チック障害を有する児童への学校現場での支援の検討—小学校教員の関わりに着目して— 日本教育心理学会第 53 回総会, 北海道, 2011 年 7 月 24~26 日.

菊池なつみ, 金生由紀子. トウレット症候群の患者自身が行っているチックへの対処と関連する要因の質的研究—チックの前駆衝動と半随意性に着目して— 日本心理学会第 75 回大会, 2011 年 9 月 15~17 日.

Kano Y, Kikuchi N, Kono T, Nonaka M, Kuwabara H, Shimada T. Sensory Phenomena Associated with Tics and

Obsessive Compulsive Symptoms in Patients with Tourette's Disorder. The 57th American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Annual Meeting, Toronto, Canada, Oct 18-23, 2011.

野中舞子, 菊池なつみ, 河野稔明, 金生由紀子.
トゥレット症候群の子どもを持つ家族の心理過程—幼児期から思春期に着目して—. 第 52 回
日本児童青年精神医学会総会, 徳島, 2011 年 11
月 10 日～12 日.

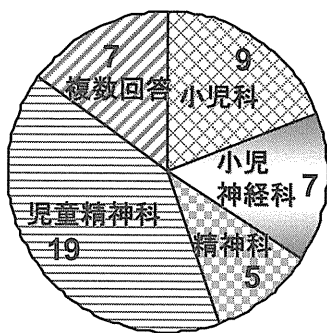


図1 回答者の専門診療科

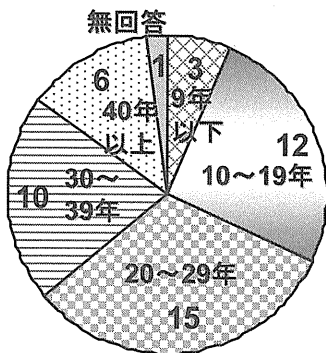


図2 回答者の診療歴

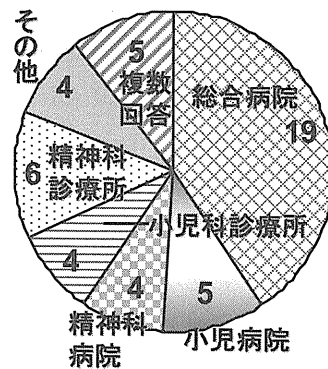


図3 回答者の所属医療機関

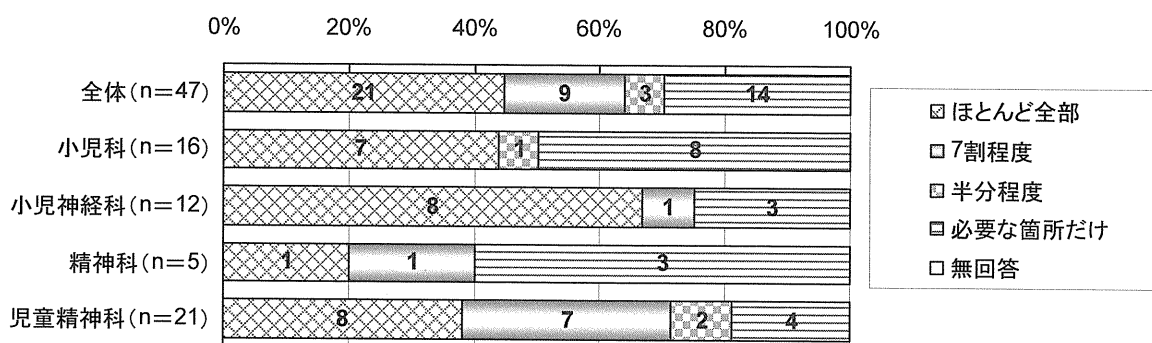


図4 全般的な閲覧状況「ガイドブックほどの程度お読みになりましたか」

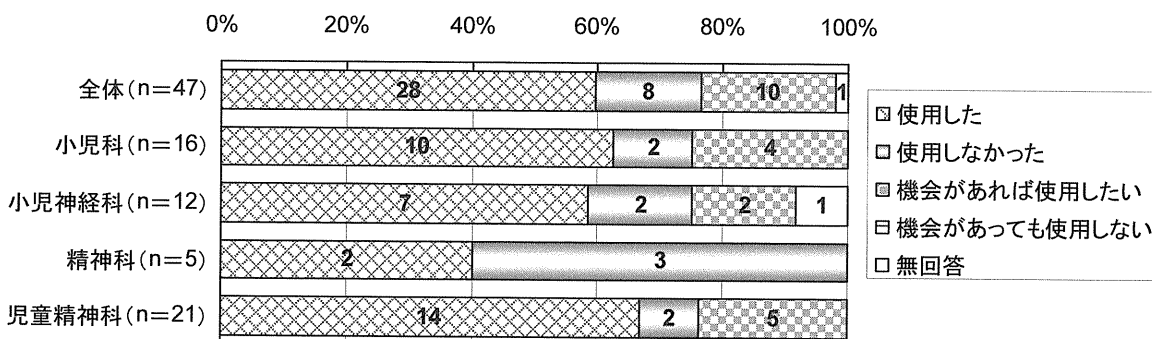


図5 全般的な活用状況「チック障害の患者の診療でガイドブックを使用しましたか」

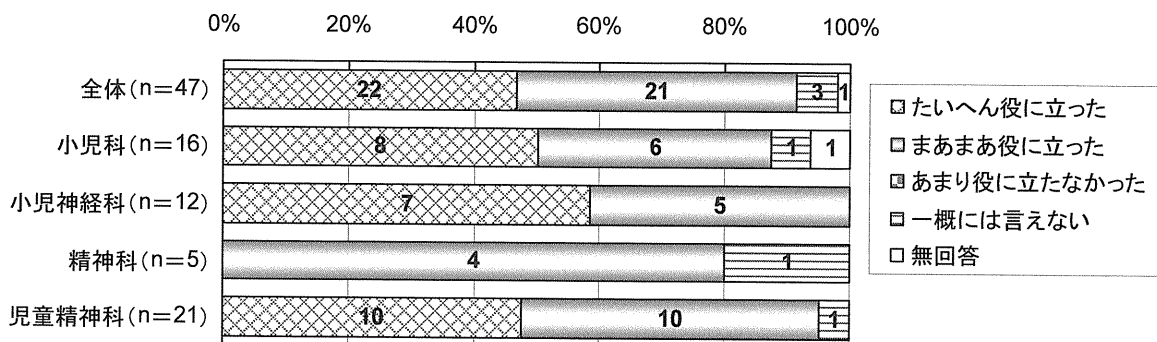


図6 全般的な有用性評価「ガイドブックは診療の役に立ちましたか (立ちそうですか)」

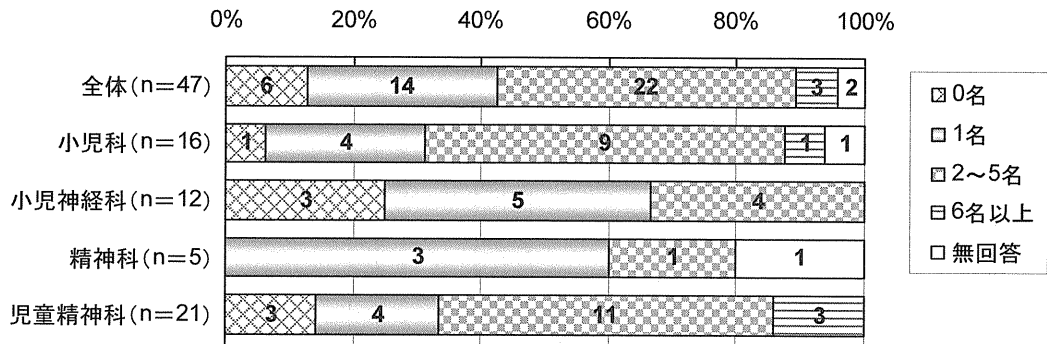


図7 4か月間のチック障害の新患数

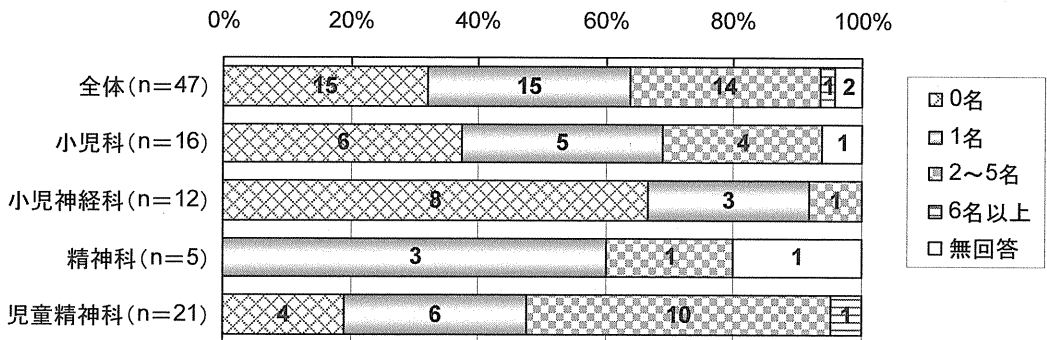


図8 4か月間のトゥレット症候群の新患数

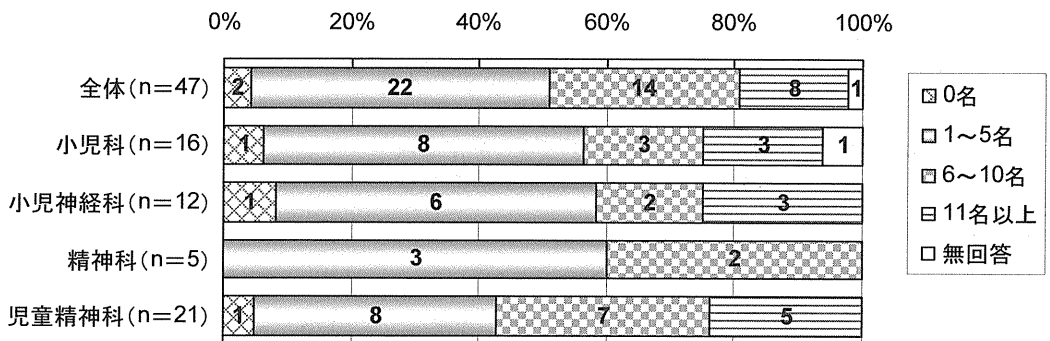


図9 4か月間のチック障害の再来数

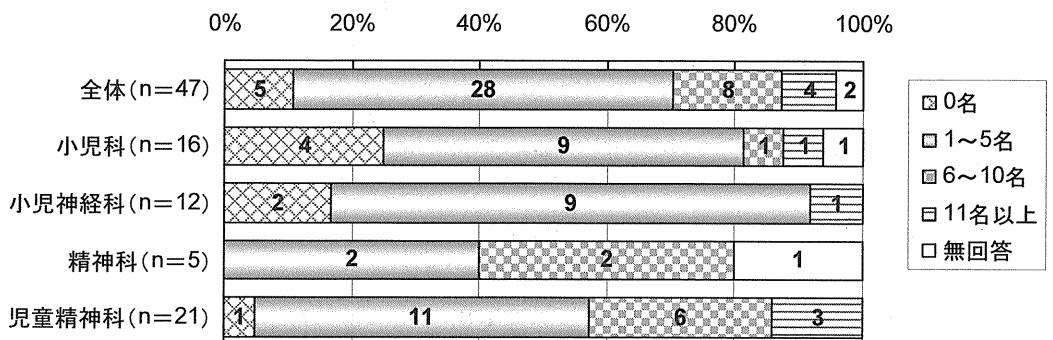


図10 4か月間のトゥレット症候群の再来数

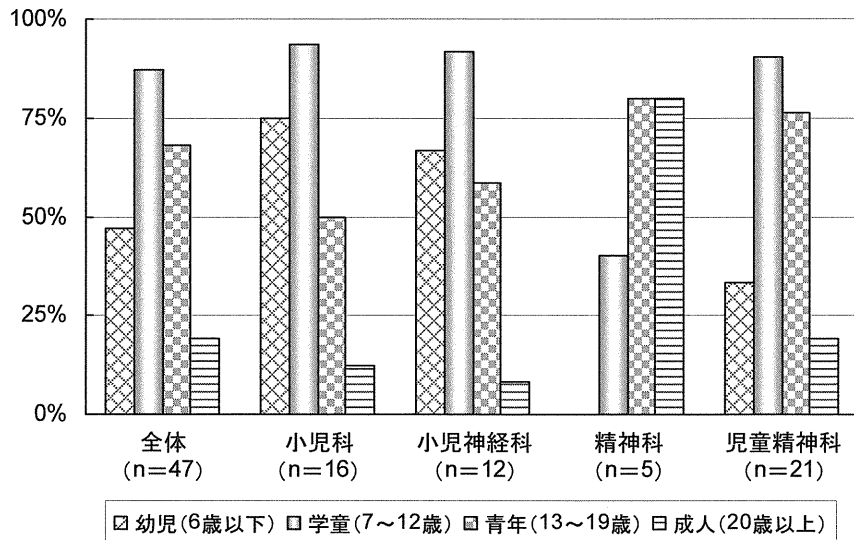


図 11 チック障害の患者の年齢（4 か月間に該当患者が 1 名以上いたと回答した医師の割合）

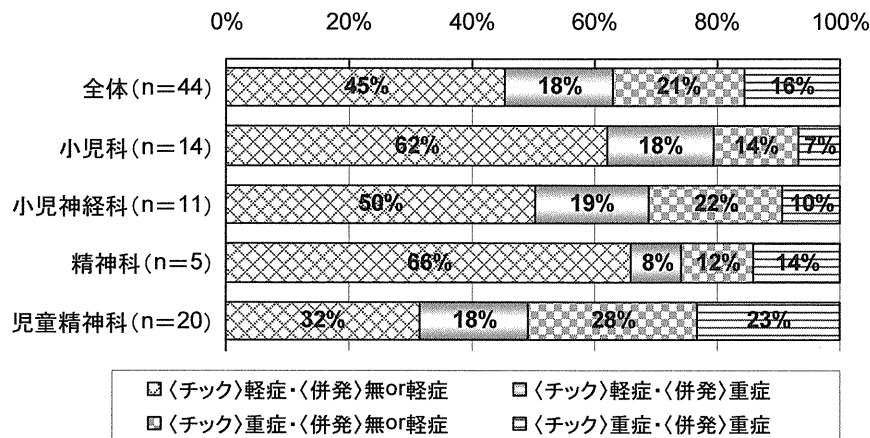


図 12 チック障害の患者のタイプの構成（医師ベースの平均値）

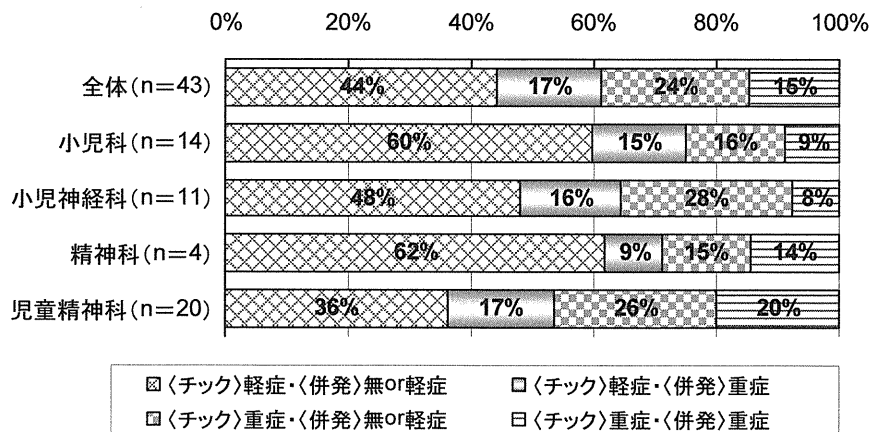


図 13 チック障害の患者のタイプの構成（医師ごとの診療患者数で重み付けした患者ベースの平均値、新患「2~5名」は3名、「6名以上」は8名、再来「1~5名」は3名、「6~10名」は8名、「11名以上」は15名として計算）

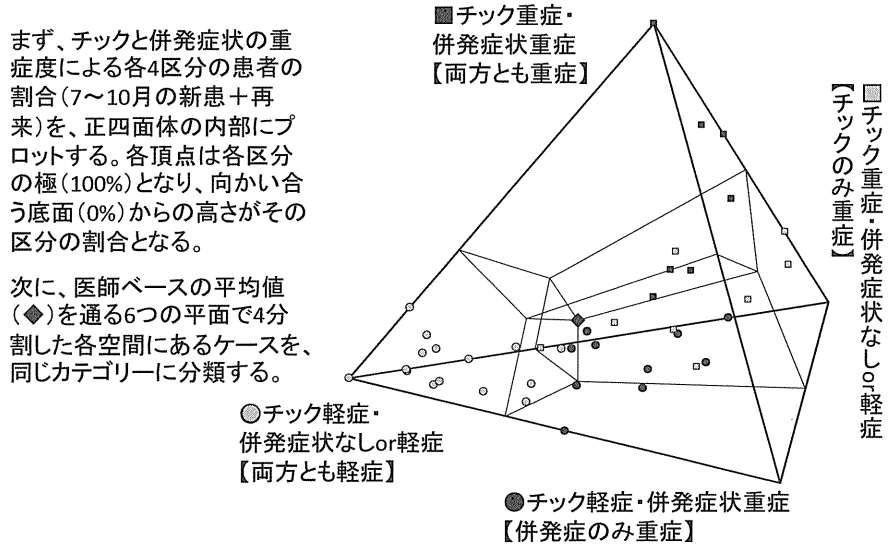


図 14 多く診療した患者のタイプによる医師の分類法

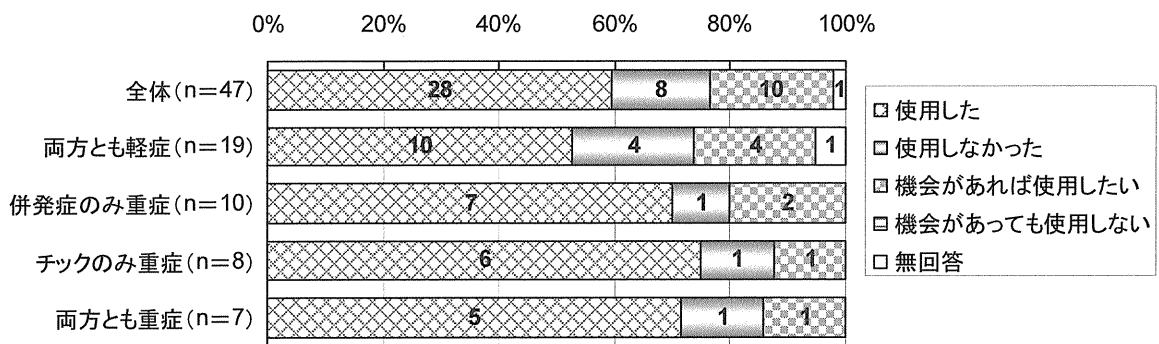


図 15 多く診療した患者のタイプ別の全般的な活用状況「チック障害の患者の診療でガイドブックを使用しましたか」

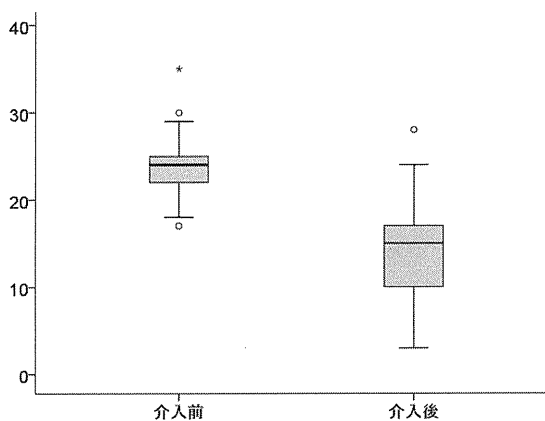


図 16 ERP の効果

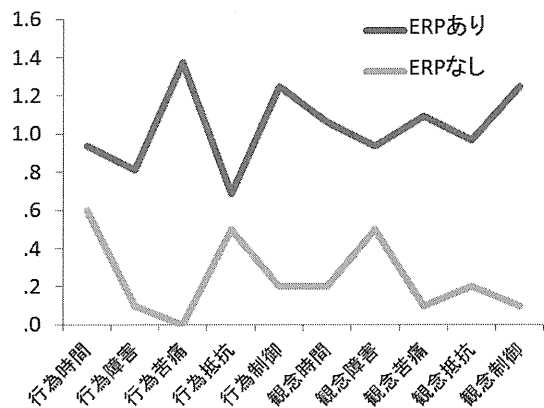


図 17 ERP 有無による CY-BOCS 下位項目の変化量

表1 ガイドブックの中でよく使用した項目

	全体 (n=47)	小児科 (n=16)	小児神経科 (n=12)	精神科 (n=5)	児童精神科 (n=21)
TS の概要	49%	31%	33%	80%	52%
治療ガイドライン	83%	75%	83%	80%	86%
医療機関	9%	0%	8%	0%	14%
教育機関	9%	6%	25%	0%	5%
相談機関	4%	0%	8%	20%	0%
自助組織	6%	0%	0%	0%	14%
症 例	45%	63%	50%	0%	48%
研究成果	26%	25%	42%	20%	19%

表2 ガイドブックの中で役に立った項目

	全体 (n=47)	小児科 (n=16)	小児神経科 (n=12)	精神科 (n=5)	児童精神科 (n=21)
TS の概要	40%	19%	33%	60%	48%
治療ガイドライン	79%	75%	83%	80%	76%
医療機関	6%	0%	8%	0%	10%
教育機関	9%	6%	25%	0%	5%
相談機関	4%	0%	8%	20%	0%
自助組織	4%	0%	0%	0%	10%
症 例	43%	56%	50%	0%	48%
研究成果	34%	38%	33%	40%	29%

表3 チック障害の患者の併発症（4か月間に該当患者が1名以上いたと回答した医師の割合）

	全体 (n=45)	小児科 (n=15)	小児神経科 (n=11)	精神科 (n=5)	児童精神科 (n=20)
なし	16%	20%	9%	20%	10%
強迫性障害	60%	60%	27%	60%	75%
注意欠如・多動性障害	82%	80%	100%	20%	95%
自閉症スペクトラム障害	71%	73%	82%	0%	85%
うつ病	13%	0%	0%	60%	15%
双極性障害	2%	0%	0%	20%	0%
不安障害（除 OCD）	27%	20%	18%	20%	40%
精神遅滞	22%	20%	27%	20%	20%
反抗挑戦性障害	20%	13%	18%	20%	30%
素行障害	9%	0%	9%	0%	15%
その他	7%	13%	27%	0%	0%

表 4 チック障害の患者の治療内容（4 か月間の新患及び再来の患者に実施した割合）

	全 体 (n=45)	小児科 (n=15)	小児神経科 (n=11)	精神科 (n=5)	児童精神科 (n=20)
家族ガイダンス	72%	85%	66%	48%	74%
本人への心理教育	52%	41%	33%	72%	59%
薬物療法	54%	35%	44%	90%	61%
環境調整	50%	58%	42%	40%	50%
認知行動療法	7%	6%	13%	0%	6%
その他	2%	3%	1%	0%	3%

表 5 チック障害の患者に使用した薬物（4 か月間に 1 名以上の患者に処方した医師の割合）

	全 体 (n=45)	小児科 (n=15)	小児神経科 (n=11)	精神科 (n=5)	児童精神科 (n=20)
ハロペリドール	67%	60%	100%	60%	60%
ピモジド	13%	20%	0%	0%	20%
リスペリドン	78%	60%	82%	60%	90%
フルフェナジン	2%	7%	0%	0%	0%
チアプリド	0%	0%	0%	0%	0%
アリピプラゾール	56%	40%	55%	40%	75%
クロニジン	33%	20%	27%	20%	50%
クロナゼパム	11%	0%	0%	0%	25%
クロナゼパムを除く BZP 系	11%	7%	9%	40%	10%
クロナゼパムを除く抗てんかん薬	2%	7%	0%	0%	5%
抗うつ薬	24%	13%	36%	40%	20%
レボドーパ	4%	0%	9%	0%	5%
漢方薬	16%	33%	9%	0%	15%
その他の薬物	2%	0%	0%	0%	5%

表 6 多く診療した患者のタイプ別のガイドブックの中でよく使用した項目

	全 体 (n=47)	両方とも軽症 (n=19)	併発症のみ重症 (n=10)	チックのみ重症 (n=8)	両方とも重症 (n=7)
TS の概要	49%	53%	40%	75%	43%
治療ガイドライン	83%	79%	90%	88%	86%
医療機関	9%	5%	0%	13%	14%
教育機関	9%	16%	10%	0%	0%
相談機関	4%	5%	0%	0%	14%
自助組織	6%	5%	0%	13%	0%
症 例	45%	26%	60%	50%	71%
研究成果	26%	26%	40%	13%	29%

表 7 多く診療した患者のタイプ別のガイドブックの中で役に立った項目

	全 体 (n=47)	両方とも軽症 (n=19)	併発症のみ重症 (n=10)	チックのみ重症 (n=8)	両方とも重症 (n=7)
TS の概要	40%	32%	40%	75%	43%
治療ガイドライン	79%	68%	90%	88%	86%
医療機関	6%	5%	0%	0%	14%
教育機関	9%	16%	10%	0%	0%
相談機関	4%	11%	0%	0%	0%
自助組織	4%	5%	0%	0%	0%
症 例	43%	21%	60%	50%	71%
研究成果	34%	37%	40%	25%	43%

表 8 子どもの OCD に対する認知行動療法プログラムの構成

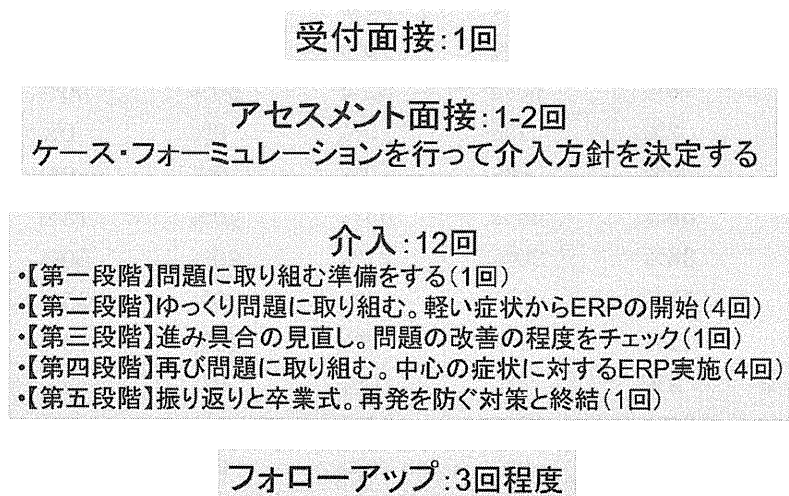


表 9 ERP 有無別の他の介入方法

	認知療法	家族調整	環境調整	その他の 行動療法
ERP 実施 (N=17)	2 (12%)	8 (47%)	3 (18%)	1 (6%)
ERP 非実施 (N=5)	3 (60%)	2 (40%)	0 (0%)	1 (20%)

児童青年期の心的外傷関連障害（PTSD など）の 診断・治療の標準化に関する研究

分担研究者 亀岡智美¹⁾⁶⁾

研究協力者 飛鳥井 望⁶⁾ 岩切昌宏¹⁾ 金 吉晴⁴⁾ 齋藤 梓⁷⁾ 瀧野揚三¹⁾ 田中 究²⁾ 野坂祐子¹⁾

元村直靖³⁾ 兼平高子⁶⁾ 安部 紫⁶⁾

(1)大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター

(2)神戸大学大学院医学研究科精神医学分野

(3)大阪医科大学看護学部

(4)国立精神・神経医療研究センター

(5)東京都医学総合研究所

(6)大阪府こころの健康総合センター

(7)上智大学総合人間科学部心理学科

研究要旨

【目的】

児童青年期に虐待を含む何らかの心的外傷を体験した子どもたちは、成人期の精神疾患や身体疾患のリスクが高まり、社会生活機能が低下することが報告されている。このため、早期の適切な評価と介入が急務とされているにもかかわらず、わが国で効果を実証されている児童青年期の心的外傷関連障害の診療は、ほとんど実践されていないのが現状である。そこで本研究では、欧米の主要なガイドラインにおいて有効性が実証されている「TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy、トラウマ焦点化認知行動療法)」のわが国での実践可能性と有効性を検討する。

【方法】

今年度は、①CARES Institute での2日間live講習受講 ②Center for Traumatic Stress in Children and Adolescents (CTSCA)視察訪問 ③トラウマ焦点化認知行動療法のわが国での実践 (pilot study) を行った。

【結果】

①②プログラム開発者から直接提供されたロールプレイを満載した講習や直接的な質疑応答によって、これまで公表されている資料では不明だった点を習得することができた。日本での試験的実践例について、プログラム開発者から直接スーパーバイズを受けることができ、わが国での臨床応用に即時に役立てることができた。また、わが国で成人 PTSD に実践されている PE 療法 (長時間曝露療法)との原理上の相違点も理解することができた。

③プログラム開発者のスーパーバイズを受けながら、8歳から18歳までの単回性および慢性反復性トラウマ症例6例に対してTF-CBTを試験的に実践し、全例でPTSD症状の軽減を認めた。今後は対象を統制し、より大きなサンプルで総合的に治療効果を検討していくことが必要であると考えられた。

A. 研究目的

現在わが国では、児童青年期の心的外傷関連障害に対して、効果が実証されている診療は、ほとんど実践されていないのが実状である。本研究では、欧米の主要なガイドラインにおいて有効性が実証されている¹⁾⁸⁾¹⁴⁾「TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy、トラウマ焦点化認知行動療法)」のわが国での実践可能性と有効性を検討する。

B. 研究方法

今年度は、以下の3項目を実践した。

- (1) CARES Institute での2日間live講習受講
- (2) Center for Traumatic Stress in Children and Adolescents (CTSCA)視察訪問
- (3) トラウマ焦点化認知行動療法のわが国での実践 (pilot study)

C. 研究結果

- (1) CARES Institute (Child Abuse Research Education and Service Institute) での2日間live講習受講

The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) が発行しているTF-CBTのImplementation Manual¹⁵⁾では、TF-CBTの実践にあたっては、無料で受講できるWeb-based training²⁾ (昨年度受講済み)¹³⁾とLive Trainingを受講した上で、プログラム開発者であるCohen, Mannarino, Deblingerによる著書「Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents」⁵⁾に基づいて実践することが推奨されている。

今回私たちは、TF-CBTの開発者の一人であるDeblinger 教授からCARES Instituteにおいて2日間のLive Training (Introductory Training)を受講する機会を得た。講習は2011年3月11日の東日本大震災で被災した子どもたちに還元

されることを願うDeblinger教授のご好意によって無料で提供された(本来は1日\$3000)。

CARES Instituteは米国ニュージャージー州に位置し、University of Medicine & Dentistry of New Jersey School of Osteopathic Medicineの一機関であり、年間約1800人の虐待された子どもとその家族への医療サービス提供やfoster care Screening Programの提供、TF-CBTの提供などを行っている。また、専門家向けの教育訓練も実施されている。以下受講した講習の概要を述べる。

TF-CBTプログラムの開発は、まず成人のPTSDや治療に関する文献の再検討することから始まった。その上で、成人のレイプ被害者に対する治療デザインを性的虐待を受けた子どもに実験的に施行した¹²⁾。また、子どもの発達による差異を考慮し、子どもの治療では保護者を治療に含めるという重要な修正を行った¹¹⁾。1997年にDeblingerとCohenらとの協働研究が開始され、現在まで様々な心的外傷関連症例に応用され効果が実証されている³⁾⁴⁾⁶⁾⁷⁾⁹⁾¹⁰⁾。

TF-CBTは、3歳から18歳までの心的外傷体験に関連した行動・情緒面の問題を持つ子どもに適応されている。PTSDの診断基準に完全に合致しなくとも、精神医学的症状と生活上の困難が認められれば適応となる。子どものPTSD症状のみならず、うつや不安症状、行動上の問題、性化行動、心的外傷に関連した恥、信頼感、社会生活能力において回復が認められている。また、TF-CBTでは、保護者の治療参加を原則とし、保護者の一般的な抑うつ感情やPTSD症状・その他の心理的苦悩の改善、親機能の改善、子どものサポート機能の向上に効果が認められている。

一方、反抗や不服従、攻撃性や違法行為のような破壊的行動が優勢なケース、重篤なうつや自殺にまつわる問題、物質乱用などが前景に立つケースは、まずはこれらの状態を改善した後に、TF-CBTの実施が検討される。

治療は、原則として、臨床的枠組みの中で個人療法として実践される。子どもセッション・保護者セッション・合同セッションから構成され、毎週1回、60-90分、8-16週の枠組みで実施される。TF-CBTの治療目標は、心的外傷に関連した症状や問題を有する子どもとその保護者の生物・心理・社会的なニーズに対処できるよう支援することである。子どもと保護者は、心的外傷を適切に処理し、思考-感情-行動をうまく管理し、安全性や保護者機能・家族コミュニケーションを向上させるための知識と技術を提供される¹⁵⁾。

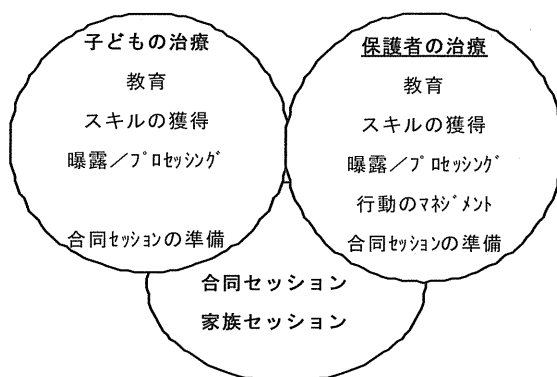
TF-CBTは、さまざまな治療原理を取り入れたComponents-based hybrid treatmentである。また、悲嘆に焦点化した要素を追加することも可能である(TF-CGT Trauma-Focused Cognitive Grief Therapy)。8つの構成要素は、だいたい3分の1ずつの時間配分で実施される(表1)。各構成要素の実施順やセッション数は子どもの状態に合わせて柔軟に対応可能であるが、Trauma Narrativeを実施する前に、必ず「PRAC」(Psychoeducation and parenting skill, Relaxation, Affective expression and regulation, Cognitive coping)の各要素は終了しておくこととされている⁵⁾。

最も中核となる要素は、Trauma Narrative & Processingである。当日は自験例のNarrativeを提示し、Deblinger博士から指導を受けた。子どものTrauma Narrativeは、成人の治療に比べて、心的外傷体験に段階的に曝露するように工夫されている。また、心的外傷についての記憶を繰り返し語りることによる馴化を目的とするのではなく、子どもの非機能的な認知を修正し、その後の健全な育ちを促進することに重点が置かれている。また、8つの構成要素は別々のカテゴリーとして存在するのではなく、全セッションを通じて引用参照されることが必要であるとされている。

TF-CBT実施にあたっては、治療者の準備性が非常に重要視されている⁵⁾。治療に際しては、治療マニュアルに忠実な実践が不可欠である一方で、子ども一人ひとりのニーズと状態に敏感に反応し、子どもの最適なモードに合わせて柔軟かつ創造的に対応していくことも重要であるとされている。また、当然のことながら、治療者と子どもや保護者との安定した治療関係は必須の要素である。治療者には、子どもの心理臨床における基本的な訓練と経験が必要であるし、子どもが心的外傷体験について回避せずに向き合うことができるようにサポートする力量も重要であるとされている。

(表1)TF-CBT各セッションの流れ

1 / 3	1 / 3	1 / 3
セッション1-4	セッション5-8	セッション9-12
✓ 心理教育/ペアレンティン グスキル	✓ トラウマナラティブの作成 とプロセッシング	✓ 親子合同セッション 安全の強化と将来の発達
✓ リラクゼーション	✓ 実生活内での段階的曝露	
✓ 情動表出と調整		
✓ 認知コーピング		



(2) Center for Traumatic Stress in Children and Adolescents (CTSCA) 視察訪問

CTSCA は、米国ペンシルバニア州に位置するアレゲーニー総合病院(675 床)精神科の一部門である。年間 350 例の初診があり、さまざまな心的外傷関連の子どもたちの評価や治療(個人治療、グループセラピー、家族療法など)を実践している。また、地域へのアウトリーチや教育啓発にも力を入れるなど幅広い活動を行っている。CARES Institute と同様 TF-CBT のプログラム開発の中核機関である。ここでは、Cohen 教授と Mannarino 教授とともに、TF-CBT についてのさまざまな議論や質疑応答ができた。また、自験例の中の重症例を提示し、直接

助言を受けた。

(3) トラウマ焦点化認知行動療法のわが国での実践

これまで、プログラム開発者の助言を受けながら、8 歳から 18 歳までの単回性および慢性反復性トラウマ症例 6 例に対して TF-CBT を試験的に実践した。実施にあたっては、大阪教育大学倫理委員会の承認を受けた上で、本人および保護者に書面で同意を得た。

その結果、全例で PTSD 症状が減少し、社会生活機能が回復した(表 1)。結果の詳細については、「児童青年精神医学とその近接領域」誌上で発表予定である。

(表 1) TF-CBT 実践例の概要

症例	性別	開始時年齢(歳)	心的外傷の種類	診断	セッション数	服薬の有無	プログラム中の処方変更	評価尺度	実施前	実施後
1	女	18	家庭外の強姦被害	PTSD	12	無	無	CAPS	51	25
2	女	18	男友達からのDV 極端な暴行場面の目撃	PTSD	18	有	無	CAPS	89	44
3	女	15	継母からの 身体的心理的虐待	PTSD 気分障害	10	有	有	CAPS	42	20
4	女	15	実母からの 身体的心理的虐待	PTSD	11	有	無	CAPS	88	15
5	女	8	実母からの 身体的心理的虐待	部分PTSD 吃音	12	無	無	UPID	23(26)	12(6)
6	男	8	交通事故	部分PTSD	10	有	中止	UPID	17(20)	7(5)
									()は保護者	

D. 考察

TF-CBT 実施は、治療対象となる子どもと家族の文化的背景を重視するように配慮されたプログラムである。昨年度と今年度研究において、プログラム実践のための文献的考察や実践講習受講、日本語版プロトコール作成などの準備を重ねてきた。

今年度は、プログラム開発者 3 人と直接交流す

る機会を得て、わが国においても、心的外傷関連障害の子どもを対象に TF-CBT を試験的に実践することができた。今後は、症例数を増やしながら、プロトコールを改訂し、地域におけるネットワークを拡大していくことが重要であると考えられた。

E. 結論

子どもの心的外傷関連障害の治療法として最も有効性が高いと実証されている TF-CBT の、わが国での実践可能性が高まった。

文献

- 1) American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2009): Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. www.aacap.org .
- 2) CARES INSTITUTE, National Crime Victims Research and Treatment Center, Center for Traumatic Stress In Children and Adolescents(2005): TF-CBT Web, a web-based learning course for Traumatic-Focused Cognitive Behavior Therapy. <http://tfcbt.musc.edu/index.php> 2005.
- 3) Cohen JA, Mannarino AP(1998): Interventions for Sexually Abused Children: Initial Treatment Outcome Findings. Child Maltreatment, 3(1), 17-26.
- 4) Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP et al. (2004): A Multisite, Randomized Controlled Trial for Children With Sexual Abuse-Related PTSD Symptoms. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43(4), 393-402.
- 5) Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E(2006a): Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. New York, Guilford Press.
- 6) Cohen JA, Mannarino AP, Staron VR(2006b): A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief(CBT-CTG). Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45(12), 1465-73.
- 7) Cohen JA, Mannarino AP(2008): Disseminating and Implementing Trauma-Focused CBT in community settings. Trauma, Violence, & Abuse, 9(4), 214-26.
- 8) Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E et al. (2009a): Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents. In Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, et al(ed.): Effective Treatments for PTSD Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. Second Ed. (pp223-244). New York, Guilford Press.
- 9) Cohen JA, Jaycox LH, Walker DW et al. (2009b): Treating Traumatized Children after Hurricane Katrina: Project Fleur-de Lis™. Clinical Child Family Psychology Review, 12, 55-64.
- 10) Cohen JA, Mannarino AP, Iyenqar S(2011): Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 165(1), 16-21.
- 11) Deblinger E, Heflin AH(1996a): Treating Sexually Abused Children and Their Nonoffending Parents: A Cognitive Behavioral Approach. California, SAGE Publications.
- 12) Deblinger E, Lippmann J, Steer R(1996b): Sexually Abused Children Suffering Posttraumatic Stress Symptoms: Initial Treatment Outcome Findings. Child Maltreatment, 1(4), 310-321.
- 13) 亀岡智美, 飛鳥井望, 岩切昌宏他(2011): 児童青年期の心的外傷関連障害 (PTSD など) の診断・治療の標準化に関する研究. 平成

22年度厚生労働科学研究費補助金(障害者
対策総合研究事業)報告(pp21-25)。(主
任研究者:齋藤万比古「児童青年精神科領
域における診断・治療の標準化に関する研
究」)。

- 14) National Institute for Clinical
Excellence(2005): The management of
PTSD in adults and children in primary
and secondary care. www.nice.org.uk .
- 15) National Child Traumatic Stress
Network(2004): How to Implement
Trauma-Focused Cognitive Behavioral
Therapy(TF-CBT). www.NCTSN.org

子どものうつ病・双極性障害の診断・治療の標準化に関する研究

分担研究者 齊藤卓弥¹⁾

研究協力者 成重竜一郎¹⁾

1) 日本医科大学

研究要旨

目的：22年度の海外での診断および薬物治療を中止にした治療の診療上のエビデンスや治療ガイドラインの現状について文献的な研究をおこなったのに続き、23年度は精神療法に関するエビデンスについて研究・考察を行った。同時に、本邦における児童思春期うつ病の類型化を目標に臨床的なデータの収集を行った

方法：調査の対象は、児童期うつ病の患者を対象としたプラセボ対照群あるいは観察群を対照群として用い、有効な精神療法との比較をした臨床試験データである。データ検索は、医学データベースMedileneおよびPsychInfoを用いて行われた。

結果：データベース検索の結果、児童期うつ病に対して対照を用いた臨床試験は、精神療法については10報告、薬物療法については8報告あり、1報告は、複数の治療法について対照群を用いて有効性を比較した。精神療法に関しては、従来成人で有効性が示された認知行動療法、対人関係療法、社会技能療法、家族療法に修正が加えられたものが用いられており、いずれの精神療法も有効であることが示唆されている。児童期には、生物学的、認知的、社会的、情緒的な発達段階にあり、認知発達過程(計画、思考、他人の立場になり考える能力)や社会的要因を精神療法の実施に当っては考慮していくことが必要である。報告された精神療法の多くは、成人で実施されている原型の治療法よりも家族との関係を積極的に治療の中で取り扱ったり、家族への直接的な関与を含めていること、非言語的な要素を取り入れている傾向が認められた。

考察・結語：症例報告やオープン・ラベル試験 (open label study) において、心理社会的介入が児童期大うつ病に有効であることが示されており、精神療法・心理療法は児童期精神科領域の治療の重要な領域を占める。しかし、伝統的・一般的な精神療法は児童期うつ病に対して有効ではないという報告も一方ではなされている。近年有効な精神療法を確立するために成人うつ病に対して有効と報告されているCBTあるいはIPTを中心に予約待ち群や通常治療群を比較対照群とした児童期うつ病への有効性に関する臨床試験が行われた。精神療法は、異なる文化的・精神的な背景を持つ日本で必ずしも英語圏・キリスト教圏で行われている精神療法が有効とは限らないが、現在evidenceとして児童思春期のうつ病に関しては認知行動療法、対人関係療法が第一選択として考えられている。特に、軽症のうつ病に関しては治療の第一選択として考えられるべきである。

次年度は、現在集積されているエビデンスに合わせて個々の疾患の診療の標準化を行っていくことが求められている。そのために、今後は、海外の実績をもとに本邦でのアンケート調査およびエキスパートのコンセンサスの下に実践的な標準化を行っていくことが急務である。