

その治療法の普及にはとりわけ関心が持たれるところであろう。米国であってもやはり、トラウマ記憶を語ることへの臨床家の戸惑いはしばしば言及されている(5)。PEに対する忌避感、ひとつには苦痛な体験を聞き出すことのために脱落が増えるのではないか、また病状が悪化するのではないかというものであった。しかし他の精神療法や待機群と比較して、そうした問題は特に多くはないことが確認されている。とはいえ多くのトラウマ被害者はその体験を回避しようとするのが普通である(6)から、それに逆行するような治療法には自然と忌避感が生じるであろう。

3. 今後の指導に向けて

しかしながら最近では PE を希望される患者の数は次第に増加しつつあり、筆者の勤務先の治療研究 HP を見ての問い合わせも次第に増加しつつある。また PE 研修を受講した参加者からも、職場での PTSD 患者の治療のためにこれを実施したいというスーパーバイズ (SV) の依頼が少なくない。現状では PE の治療者もスーパーバイザーも不足しており、PE 普及のボトムネックは世間からの誤解ではなく PE を実施する体制が整っていないことが大きい。そこでスーパーバイザーをどのように育成し、またスーパーバイズをどのように効果的に行えば良いのかということが喫緊の課題となる。

PE のスーパーバイズについては本邦にまとまった紹介がないが、Foa らは資料のようなマニュアルを定めて指導を行っている。PE 講習に参加してからスーパーバイザーになる手続は図の通りである。

今後の PE の普及のためには認定された

指導者の数を増やすことが先決であるが、そのためにはスーパーバイザーのための研修、指導マニュアルの充実などを図らなくてはならない。そこで今年度の研究としては、この治療法の創始者である Foa らが用いている SV 用資料を翻訳し、その内容を日本での治療、SV 経験に照らして検討することとしたい。

4. スーパーバイズの指針に向けて

資料として添付したスーパーバイズの指針に従って、実際の指導において重要となる点を整理すると以下のようである。

1) 第一セッション

このセッションのチェックポイントは①プログラムと治療手順の外観②持続エクスポージャー療法の原理の提示③治療情報の収集④呼吸再調整法の導入⑤宿題の割りつけ、にわけられる。この内、PE の遂行にあたって最も重要なことはエクスポージャー両方の治療原理を提示し納得させることである。その第一は、外傷後ストレス障害の症状の慢性化にとってはトラウマ記憶の回避が重要な役割を演じているということを押さえることである。このために、そうした回避を克服するために治療者は避けていた状況や思考に向き合う必要があるということの説明を、そのように向かい合うことが、向き合うことが必要な理由としては情動の処理を促進すること、トラウマの想起刺激とトラウマそれ自体との区別を可能にすること、過剰な恐怖を減少させトラウマについての現実的な見方を身に着けること、そして最後に PTSD 症状を減少させることである。この項目にしたがって治療原理を導入する場合に、最も予想される困難

は次の二つである。第一には患者の注意が散漫であり、あるいは解離が生じているために治療原理の説明を十分に理解することができない。この点は治療に限らず、どのような情報であってもある程度以上の複雑さを持った情報については十分に理解することができないと思われる。第二には、長年にわたって回避をしてきたトラウマ記憶に向かい合うという提案それ自体が患者に強い不安と苦痛を呼び起こし、治療への不信感、忌避感が生じるということである。こうした困難を乗り越えつつ患者に治療原理を説明し、納得させ、かつ理解をしてもらうということは簡単なことではない。そのために治療者のコミュニケーションスキルが求められる。しかしながら日本での通常の精神科医並びに臨床心理士の訓練においては、コミュニケーションスキルの訓練は必ずしも十分であるとは言い難いのが実情である。米国では、臨床心理士としての州のライセンスを得るためには 2000 時間ものスーパーバイズが必要とされているが、日本ではそのような制度がない。筆者自身の SV を受けた経験からしても、自分の声のトーンを、声の調子を患者の状態に応じて変更させることが重要であると指摘されていたが、そのような訓練を受ける機会が日本においてはほとんどないのが実情であろう。次にこのような治療原理を説明する際の患者の不安のレベルを適切にモニターし、それに対応することが必要となる。これも初学者にとっては簡単なことではない。患者が口ごもっていたり、沈黙をしたり、あるいはうつむいているときに内面的な不安が、内心の不安がどの程度高まっているかを推測する必要がある。時には、胸郭呼吸

が始まり、過呼吸の前触れともなり、実際にセッション中に過呼吸が生じることもあるが、そうした事態への備えと初期の対応が治療者には求められるところである。次に PTSD の患者たちが抱えている非機能的な認知の修正についても、これを行うことは時として困難である。というのも、患者たちはトラウマについて語ることがそもそも少ないために、それに伴う非現実的な思考について検討する機会に乏しかったからである。加えて性暴力被害者の場合は、自分自身に対する否定的な認知、すなわち穢れ感、汚辱感にとりつかれていることもあり、こうした認知の修正には相当な時間を要することが多い。

2) 第2セッション

このセッションではホームワークの振り返り、①ホームワークの振り返り、宿題の振り返り、②このセッションのアジェンダの提示、③トラウマのあとでよく見られる反応の教育、④可能であれば PTSD のエクスポージャー療法による治療についての NBC 放送のビデオテープの提示、⑤現実エクスポージャーの原理の提示、⑥SUDS の導入、⑦現実ヒエラルキーの作成、⑧現実エクスポージャーの、現実の宿題の割りつけを行う。このセッションでは想像エクスポージャーは行わないが、実に多くの課題を実行しなくてはならない。まずトラウマのあとよく見られる反応については患者との相互作用的な対話の中でそれを説明し納得させることが必要である。多くの患者は注意が散漫になっており、意識が狭められているために、こうした説明を十分に理解することは必ずしもできない。この段階での心理教育においては、全てを網羅的に理解され

るのではなく、患者が自分の体験に照らして思い当たる点を確認し、いくつかの精神状態についてそれがトラウマの後でよく見られる反応に属するというを納得させれば十分である。この心理教育についてはプリントされたハンドアウトを患者に手渡し、治療終了までの間に何度も読んでもらうことになる。当初は十分に理解できなかったことが、治療の進展と共に得心されるということは珍しいことではない。

心理教育に続いて、現実エクスポージャーの治療原理を説明し、患者に納得してもらうようにする。エクスポージャーの原理は他の精神疾患に対する場合でも同様であるが、不安ないし恐怖を感じている対象に徐々に触れることによって、あえて不安ないし恐怖を実感し、その状態を続けることによって不快な感情への馴化を促進するというものである。また不安に対する非合理的な反応を助長している不合理な認知を修正することによって、不安に触れたとしても実際にはなんら危険なことはなく、不安を乗り越える力が自分には備わっているのだということに気がつくように誘導する。現実エクスポージャーに先立って不安階層表を作成しなくてはならない。この不安階層表は現実生活において不安を感じ、回避している様々な状況をリストアップすると共に、それぞれの場面で感じる不安がどの程度であるのかということ推測し、それに従って、苦手な場면을順序づけるということである。この場合、SUDS とよばれる不安の得点を用いることができるように教育を行う。現実不安の導入についてはこのように治療原理の説明と、不安階層表の作成、SUDS の導入を併せて行わなくてはならない。

こうしたことが適切に行われているかどうかスーパーバイズの上での評価の対象となる。こうした全てのことが終わった後で、第2セッションの宿題を割りつけることになる。この宿題には、①呼吸調整法の実施、②現実エクスポージャーの中から選ばれた状況に身を置いて不安に慣れるように試みること、③セッション2の治療テープを少なくとも1回は聞くこと。④不安階層表を復習しさらに新しい状況を付け加えること、⑤トラウマに対する一般的な心理反応のハンドアウトを何回か読み直すことが含まれる。

3) 第セッション3

このセッションでは、①宿題の復習、②このセッションのアジェンダの設定、③想像エクスポージャーの原理の説明、④想像エクスポージャーの手順の説明、⑤想像エクスポージャーの実施、⑥想像エクスポージャーの振り返り、⑦宿題の割り付けが含まれる。スーパーバイズの上でのポイントはまずこうした手続きが適切に遂行されているかということと、特に想像エクスポージャーという、患者にとって最も不安の強い手順を実施するにあたって、患者がその原理を十分に理解し手続きに従って治療を実施できているかどうか重要となる。このセッション3での想像エクスポージャーは、あまり構造化をせずに患者のペースでゆっくりとトラウマについて4、50分をかけて話してもらえば良い。

4) セッション4以降

この段階になると想像エクスポージャーはより治療目的に沿って構造化されることになる。そのために目を閉じ現在形で話す。そのトラウマの当時に立ち戻って十分に感

情を込めながら話してもらおうということが求められる。当然こうしたことがスーパーバイズの上での評価項目としてみなされることになる。と同時に想像エクスポージャーを機械的に行うのではなく、その想像エクスポージャーを行ったことに対して患者がどのように受け止めているか、またそのことによって非機能的な認知がどのように修正されるかということも重要である。すなわち、トラウマを想起してもなんら現実の危険はないこと、また自分には安全にかつ落ち着いてトラウマを想起する能力があるということを納得してもらうことが必要とされる。想像エクスポージャーが始まって以降の宿題は、毎日想像エクスポージャーのテープを家で聞くということが必要となる。あわせて現実エクスポージャーも並行して実施することになる。

5) 第10セッション(終結時のセッション)

もしこの時までには十分な回復が見られているのであれば想像エクスポージャーの原理を再度確認するという意味でこの治療を実施するとともに、今後新たなトラウマが生じたり不安が再燃した場合に、自分自身でこの治療原理を振り返り適切な想像エクスポージャーを実施するによって不安を軽減し乗り越えていくことができるように誘導することが必要である。

5. おわりに

PTSDは誠信に関わるトラウマ被害と、それに続発する重篤な生活上の不利益、並びに非機能的な認知によって特徴付けられる疾患である。そのため患者への対応、治療関係の維持は他の不安障害に比べて格段に困難となる。これまでの研修を通じて明ら

かになった指導上の困難を克服するため、系統的な指導車マニュアルが必要である。今後は米国で作成されたマニュアル、スーパーバイズチェックリストを元にして、日本での指導実務に即した資料を作成したい。

1. 金吉晴, 小西聖子. PTSDの持続エクスポージャー療法. (Foa, E., Hembree, E., Rothbaum, B.: Prolonged exposure therapy for PTSD. Oxford University Press, New York, 2007). 星和書店; 2009.
2. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull.* 1986 Jan;99(1):20-35.
3. Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, Institute of Medicine. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder [Internet]. 2007. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/11955.html>
4. Foa EB, Keane T, Friedman MJ, Cohen JA. Effective treatments for PTSD, 2nd edition. Guilford Press; 2008.
5. Eftekhari A, Stines LR, Zoellner LA. Do You Need To Talk About It? Prolonged Exposure for the Treatment of Chronic PTSD. *The Behavior Analyst*

Today. 2006 Jan 1;7(1):70-83.

6. Foa EB. Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry. 2006;67 Suppl 2:40-5.

(資料) PE 療法のチェックリスト

Edna Foa 他

セッション 1

1) プログラムの全貌と治療手順

- セッションのアジェンダを示す
- 治療の全体像(週一回(または2回)のセッションを10回)を提示;各回90分; PTSDの症状の軽減を主眼において

2) 長期暴露療法の理論的裏付けを提示

- この治療はトラウマ後の症状を遷延化させる主要な因子のうち、2つを取りあげる：回避、及び為にならない考えや確信である。
- 治療者が、辛い記憶や状況を直視することについて説明する。
- 感情による処理を促す；トラウマに関連する記憶や状況は危険ではなく、自分はそれに対処できるのだという事を、患者が学ぶのを助ける
- トラウマを思い出すきっかけと、トラウマそのものを患者が区別できるようになる
- 過剰な恐怖感を軽減し、トラウマを現実的な視点でとらえられるようになる
- PTSDの症状を軽減する
- 2種類の暴露法：想像暴露（トラウマ記憶を回想し、それを語る）と現実暴露
- 想像暴露：想像のなかで、繰り返し、時間をかけてトラウマの記憶を回想する
 - 現実暴露：避けている状況、行為、場所に、実際に接近/対峙する。
- PTSDの人に多い確信や見解は、この世の中は非常に危険であり、自分は無力だとみなしている。
- 回避はこういう確信を持続させ、それを変更するきっかけとなるような体験をする機会を奪う。
- 想像暴露と現実暴露はこれらの確信や期待を検証する機会となる。

4) 情報収集

- トラウマ面接を行う

5) 呼吸の再調整法

- 呼吸状態と感情の状態は連動している
- 危険が迫っている時は（闘争－逃避）、息を沢山吸うのは得策だが、何も危険が無い時には意味ない。

- ゆっくりと呼吸する練習は患者をリラックスさせる。
- ゆっくりと呼吸するための正しい指導法
普通に息を吸ってください。
 - ➔ ゆっくりと吐いてください。（「静かに」とか「ゆったり」とか言いながら）
 - ➔ 息を止めたまま4つ（または2つ以上）数えてから、次の息を吸ってください。
- 患者に呼吸法を1分から3分、練習させる。
- 呼吸の練習をテープに録音する。

6) 宿題をだす

- 呼吸再調整法の練習を1回に10分、日に3回行う。
- セッション1の録音テープを1回聴く。
- 「治療の理論的裏付け」という説明書を読む。

PE 治療のチェックリスト

セッション2

1) 宿題のチェック

- 自己申告尺度(PSS-SR または PCL, BDI)のチェック
- 宿題に対して、ポジティブなコメントをする；どうだったかを聞き、質問があれば答える。

2) セッションの予定を提示

- 良くあるトラウマ反応について話をする
- NBC のビデオを見せて、それについて話し合う（しなくてもよい）
- 現実暴露の理論的裏付けについて話し合う
- 現実暴露の階層表を作成

3) 良くあるトラウマ反応について話し合う

- 恐怖心や不安はわずかなきっかけでおこる
- 記憶、フラッシュバック、悪夢などによるトラウマの再体験
- 集中力の低下

- 過覚醒/過度の警戒心/過剰な驚愕反応
- 回避（身体的/認知/感情）
- 抑鬱/興味を持てなくなる
- 適応があると判断された場合、患者の自殺傾向を評価する
- 取り乱す
- 罪悪感/恥辱感
- 怒り/いらいら
- 自分や人を悪く考える（例：自己イメージの低下）
- 人間関係の破綻
- セックスに関心を失う
- 別のトラウマや、ネガティブな記憶が活性化

4) 選択課題：PTSD 暴露療法を紹介した NBC Dateline の番組ビデオを見せてから、話し合う。

5) 暴露（現実）の理論的裏付けの紹介

回避は短期的には（不安を和らげ）うまくゆくが、長期的には PTSD 症状を遷延させ、新しい学習を阻む。

暴露：

- 回避を阻止し、そうする事で、陰性強化を防ぐ
- 自分が怖がって避けている状況にあえて身をおくなどすると、予期したとおりの危害が及ぶという患者の確信を否定する根拠となる
 - 不安は一生続くという患者の確信を否定する根拠となる
 - 慣れる
 - 患者は度胸と自信が増す

PE 療法チェックリスト

セッション 2—続き

6) SUDS を紹介する

- UDS を説明する；ゼロから 100 まで。
- 患者の体験を基に anchor point を決める（最小：0,50,100）

7) 現実暴露の階層を作製

- 症例の例を（橋恐怖症のタクシー運転手、海岸の子供）を使って順化作用を説明する
- 回避している刺激/状況は何かを尋ねて、10?15の現実暴露用の課題を決める
- 各暴露状況/課題に SUDS レベルを設定する； SUDS レベルを広くカバーするようにする。

8) 現実暴露の宿題を決める

- SUDS の値、低-中レベル（通常は40から60）の状況を選ぶ。
- 現実暴露の方法を説明する
 - ➔ 患者は、不安が初めのレベルの50%に低減するまで、または45分から1時間その場に留まる事。
 - ➔ 暴露は繰り返し行う事でその効果が高まる。
- 「現実暴露課題記録書」を渡し、SUDS レベル（前値、後値、最高値）の記録のしかたを説明する。

9) 宿題を決める

- 呼吸再調整法の練習を続ける
- 現実暴露用に選んだ状況を練習する
- セッション2の録音テープを一回聴く。
- 現実暴露リストにある回避状況を見直して、新しい状況/対象を追加する
- 良くあるトラウマ反応」の説明書を何回か読み直す。

PE 治療のチェックリスト

セッション3

1) 宿題のチェック

- 宿題について話をして、ポジティブな感想を沢山述べて、褒める
- 宿題に関して、患者に建設的な感想を述べる
- 現実暴露の宿題の記録を見て、ポジティブな感想を延べる（ここで、または新しい宿題を出す前に行う）

2) セッションの予定を提示する

- 想像暴露の理論的裏付けを復習

- 45分ほど、トラウマ記憶を想像の中で再現する

3) 想像再現/想像暴露の理論的裏付けを提示する

- トラウマを回想する事は辛いので、それで回避するようになる
- 回避（思考抑止）は短期的にはうまくゆくが、長期的には良くない。
- 再体験、回避、そして過剰な警戒心があるという事はトラウマが「まだ終わっていない」事を示している；記憶の処理（加工）が済んでいないのである。
- 喩えを示す。（例：悪い食べ物にあたった；ファイルキャビネット；レストラン）
- トラウマを再現する目的
 - ➔ トラウマの記憶を処理（加工）して整理する。
 - ➔ トラウマを「思い出す」事と、再び、トラウマを受けることの違いをより明確にし；トラウマの記憶はけして危険ではない事を学ぶ
 - ➔ トラウマとなった事件と、その他の似たような出来事をより明確に区別し、特定のトラウマを、似てはいても、安全な状況にまで一般化して考えないようにする。
 - ➔ 慣れをもたらす。（例、反復により、不安が減少する）
 - ➔ 自己の能力の認識が高まる；度胸と自信を身につける

4) 想像再現/想像暴露

患者に与える指示の内容

- 目を閉じる
- トラウマの情景をできるだけ鮮明に思い描き、何が起こって、何を考え、何を感じたかの全てを含めて、その出来事を語る。
- まるで、いまそれが起こっているかのごとく現在形で語る

説明の内容

- 患者は5分おきくらいに、SUDSの値を聞かれる；頭の中のイメージを消すことなく、素早く値を答えること。
- 45分、再現を続ける。物語がそれより早く終わってしまえば、出だしに戻って、物語を繰り返す。

5) 想像暴露の最中で行うこと

- 必要に応じて、現在形を使うように注意する。
- 必要に応じて支援/励ましを提供する。
- 必要に応じて、考えたこと、気持ち、身体感覚に集中するように患者に指示する

PE法のチェックリスト

セッション3—続き

- 必要に応じて、患者ごとに、暴露強度の調節を試みる（例：目を開く、または、過去形で話すことを指示したり、より会話風に再体験を実施したり、または、患者の気持ちが高まるような質問をする）
 - SUDS 点数を尋ねる
- 6) 想像暴露の処理（加工）
- その体験について患者と語り合う：この厳しい課題を達成した患者をおおいに賞賛する；必要があれば、ゆっくりと呼吸させる
 - 順化（またはその欠如）について患者と話しあう。
 - 想像暴露で何が出現し、何が重要に思われたかを患者に訊ねる。
 - imaginal exposure 治療者は患者の想像暴露について感想を述べる
 - 治療者は患者がトラウマ関連思考や確信に気づくのを助ける（これは想像暴露の2回目か3回目で初めて行う）
- 7) 宿題を決める
- 呼吸再調整法の練習を続ける。
 - セッション3の録音テープを1回聴く。
 - 想像暴露の録音テープを1日に1回聴く。（できれば、途中で止めないで、続けて聞く）イメージに集中して、目を閉じて聴くが、夜、就寝前には聴かない。
 - 想像暴露報告書の記載方法を指示する。
 - 現実暴露の宿題を決める

PE療法チェックリスト

セッション4—9

- 1) 宿題をチェック
- 自己申告報告書（PSS-SR, BDI）を、記入してあれば、チェックする。
 - 想像暴露と現実暴露の記録をチェックし、賞賛と建設的コメントを与える

2) セッションのアジェンダを提示する

- 想像暴露
- 現実暴露の計画/実行
- 宿題について話し合う

3) 想像暴露を行う

- 必要に応じて指示内容を再検討する
- 想像暴露を 30-45 分行う
- セッションの 5 回目か 6 回目に開始する：想像暴露は「ホットスポット」を中心に行う
- セッションの 9（または 10）までに、記憶すべての語りに戻る
- 必要に応じて、現在形で話すように促す。
- 必要に応じて激励/支援を提供する
- 必要に応じて、考えの内容、気持ち、身体感覚に集中するよう促す
- 必要に応じて暴露強度の調節を試みる
- SUDS を尋ねる

暴露の処理

- 患者とこの体験について話し合う；この難題を達成した事をほめる；必要に応じて、ゆっくりと呼吸させる
- 順化（または順化がおこらない場合）について必要に応じて患者と話をする
- 患者とこの体験を処理する；想像暴露の中で見えてきた事、または重要だと思えた事を患者に聴く；治療者は自分の感想を患者に話す

治療が進むにつれて：

- 患者がトラウマに関連した自分の考えや確信に気づくようにする
- トラウマと自分の人生におけるその意味を、患者が現実的な視点でとらえるのに役立つ質問を、必要に応じて行う。

4) 現実暴露について話し、実施する

- 現実暴露の宿題について詳しく話し、必要な場合は問題解決を援助する。または
- 治療者が現実暴露につきそう（あまり行われぬ）

5) 宿題を決める

- 呼吸の再調整法の練習を続ける
- セッションの録音テープを1回聴く
- 想像暴露の録音テープを一日に1回聴く
- 現実暴露の宿題をだす

PE 治療チェックリスト

セッション10 (最終セッション)

1) 宿題のチェック

- 自己報告書 (PSS-SR, BDI) をチェック。
- 想像暴露と現実暴露の宿題の記録をチェックし、ほめてあげてから、建設的感想を述べる

2) セッションのアジェンダを提示

- 短い想像暴露
- 治療の進み具合や、暴露法をこれからも使ってゆく事についての計画について話す

3) 想像暴露を行う

- 想像暴露を20分ほど行い、記憶全体を扱う
- 必要に応じて、現在形で話すように促す
- 必要に応じて励まし/支援の言葉をかける
- 考え、感情、身体感覚に集中するように、必要に応じて、注意を与える
- 必要に応じて暴露強度を調節する
- SUDS を尋ねる

暴露の処理

- 必要に応じて患者と一緒にこの体験を処理し、話し合う。
- 治療経過で想像暴露がどのようにの変化していったのかについて主に話し合う。

4) 治療プログラムと患者の治療の進み具合、治療終結のチェック

- 現実暴露の階層表の項目の現在の SUDS レベルを聞く。
- 患者の治療の進み具合について話し合う。

- 患者が学習したスキルを復習し、適応があれば暴露の継続の計画をたてる（例；現実暴露の中で SUDS レベルの高い項目が残っている場合）
- 将来、症状が増悪する可能性がある事と、再燃の予防/対処の方法について話をする
- この治療のどこが役だったか、どこがあまり効果が無かったについて、患者のコメントを尋ねる。
- 患者の努力と進歩について、ポジティブなコメントをする。
- これで治療終結であれば、「さようなら」をする。

平成23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）
分担研究報告書

「精神療法の有効性の確立と普及に関する研究」

児童の不安障害に対する認知行動療法の有効性の検討

分担研究者：元村直靖¹⁾

研究協力者：石川信一²⁾

1) 大阪医科大学, 2) 同志社大学,

研究趣旨：本研究は、うつ病性障害の児童青年に認知行動療法プログラムを行った3事例についての報告である。治療前、全ての対象者は気分変調性障害、および複数の不安障害の診断基準に合致していた。8セッションの認知行動療法プログラムに参加した後、全ての対象者が気分変調性障害の診断基準から外れることが示され、その効果は3ヶ月後においても維持されていた。そのうち2名の対象者については、自己評定の抑うつ尺度のカットオフ値を用いた基準において、臨床的に有意な改善を示すことが明らかとなった。加えて、全ての対象者が不安障害の診断基準においても改善がみられることが示された。以上のことから、本研究は、わが国のうつ病性障害を示す児童青年に対する認知行動療法の適用を支持する初期的な成果を示すものであった。

A. 研究目的

我が国においては、学校における抑うつ防止プログラムの成果についての報告を除けば（石川ら, 2010; 石川ら, 2009; 佐藤・今城ら, 2008）、児童青年期のうつ病性障害に対する CBT の適用例はほとんど報告されていない。欧米の先行研究において、不安障害とうつ病性障害の併発率の高さが指摘されており（Essau & Chang, 2009 参照）、児童青年の不安障害に対する CBT については、我が国においても準実験デザインを用いた対照試験において、その有効性が証明されている（Ishikawa et al., in press; 石川ら, 2008）。さらに、不安障害とうつ病性障害に対する CBT プログラムは、心理教

育、認知再構成法、リラクゼーション、問題解決訓練など重複する構成要素が数多く存在する（石川・坂野, 2004; 佐藤・嶋田, 2005 参照）。そこで、本研究では前年度まで実施した児童青年の不安障害に対する CBT プログラムに参加した対象者の中から、診断面接においてうつ病性障害の診断を満たす児童青年に治療成果に焦点をあてて報告する。

B. 研究方法

1. 対象者は以下の3名であった。

1) A 小学4年生 9歳 女子（気分変調性障害、分離不安障害、社交不安障害、特定の恐怖症）

2) B 中学1年生 12歳 女子 (気分変調性障害, 全般性不安障害, 社交不安障害, 特定の恐怖症)

3) C 中学1年生 12歳 男子: (気分変調性障害, 社交不安障害)

2. CBTプログラム

CBTプログラムに関しては, 石川ら (2008) で開発されたプログラムを参考とした。それぞれのセッションの主な構成要素としては, (1) ラポールの形成と心理教育, (2) 情緒と認知の同定, (3) 認知再構成法, (4) 不安階層表の作成と段階的エクスポージャーの実施, (5) 日常生活での活動計画が挙げられる。8セッション, 1回60-90分で構成され, 8回終了後には日常生活でのホームワークエクスポージャーの実施に焦点を当てたブースターセッションを月に1回のペースで3回まで実施した。治療には臨床心理士の資格を有するものがあつた。CBTプログラム実施前に, 全ての治療者は第一著者による2日間の研修に参加した。プログラム開始に先立ち, オリエンテーションを開催し, ①認知行動療法プログラムの概要説明, ②質問紙調査, ③インフォームドコンセント, を親と児童の両者に行った。

3. アセスメント

1) 半構造化面接

精神病理学的診断基準への合致の有無を検討するために, ADIS (Silverman & Albano, 1996) を用いた半構造化面接を行った。ADISでは, それぞれの診断について事前と事後において, 八段階の不安度と日常生活障害度を評定する。なお, 不安度と日常生活障害度の臨床的な基準を4に定めており, 必要な症状を満たし, かつ不安

度と日常生活障害度の両者が4を超えるとときに診断基準に当てはまると判断する。なお, 面接は基本的にはプログラム参加者を対象としたが, 親にも同席を求めるとともに, 不安度と日常生活障害度については親にも評定してもらい, 親子の評定が異なるときは面接者と親子で話し合い評定を定めた。本稿では, 「気分変調症」「大うつ病」に加え, 「分離不安障害」「社会恐怖 (社交不安障害)」「特定の恐怖症」「全般性不安障害」「強迫性障害」の結果について報告する。

2) 抑うつ症状

抑うつ症状の測定には, 村田ら (1996) によって作成されている Depression Self-Rating Scale for Children (DSRS; Birlleson, 1981) の日本語版を用いた。DSRSの日本語版は高い信頼性と妥当性が報告されている。得点が高いほど抑うつ症状が高いことを表しており, 臨床的なカットオフ値は日本語版作成段階では16点とされているが, 佐藤・石川ら (2009) においては24点が適切であるとされている。得点可能範囲は0点から36点である。

3) 不安症状

不安症状については, Spence Children's Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1998) の日本語版を用いた。日本語版 SCAS は, Ishikawa et al. (2009) によって, 日本の児童青年に対する信頼性と妥当性の確認がなされている。日本語版 SCAS は, 「分離不安障害」6項目, 「社会恐怖」6項目, 「強迫性障害」6項目, 「パニック発作・広場恐怖」9項目, 「外傷恐怖 (特定の恐怖)」5項目, 「全般性不安障害」6項目からなる6因子38項目で構成されている。得点が高いほど, 各不安症状が高いことを示しており,

合計点の得点可能範囲 0～114 点である。

4) 認知の誤り

認知的特徴の査定については、児童用認知の誤り尺度 (CCES ; 石川・坂野, 2003) を用いた。CCES は不安場面での児童の推論の誤りを測定するために作成された尺度であり、1 因子 20 項目から構成されている。後続の研究において、児童青年を対象として CCES の因子構造における交差妥当性、および信頼性の確認がなされている (Ishikawa, in press)。得点が高いほど認知の誤りが高いことを示しており、得点可能範囲 0～60 点である。

質問紙と面接査定は、プログラム開始時点、終了時点、3ヶ月フォローアップ時点において行われた。

(倫理面への配慮)

なお、本研究は、大阪医科大学倫理委員会の承諾を得ている。

C. 研究結果

A のプログラム参加前の DSRS 得点は、19 点と日本語版作成時のカットオフ値 (16 点) は上回っているものの佐藤・石川ら (2009) で示された 24 点には満たないレベルであった。そこから、CBT プログラム終了後は 14 点、3ヶ月フォローアップ時点では 13 点と若干の減少を見せている。SCAS 得点は、41 点と高い得点を示していた。この得点は小学生の女子の平均点 (27.89 ± 19.82) を著しく上回っていた。そこから、終了時点では 19 点と一般児童と同じ程度まで改善がみられている。さらに、3ヶ月後においても 15 点と不安症状の改善が維持されていた。事前アセスメントでは、CCES 得点が 48 点 (小学生女子平均

点 : 20.71 ± 11.94) と高い値を示していることが示された。しかしながら、終了時点では、それぞれ CCES 得点は 24 点と平均レベルになった。フォローアップにおいても CCES は 27 点と効果が維持していた。

A は終結時、3ヶ月後ともに気分変調性障害の診断基準から外れるとともに、セッション終了後には、暗闇に対する恐怖が軽減し、特定の恐怖の診断基準からも外れた。診断からは外れなかったものの、分離不安障害、社交不安障害についても日常生活障害度には改善がみられている。加えて、フォローアップ時点においては、母親との分離に関する不安も改善し、分離不安障害を満たさなくなった。

B のプログラム参加前の DSRS 得点は、28 点と佐藤・石川ら (2009) で示されたカットオフ値を上回っていた。終了時点では 25 点と維持されているものの、3ヶ月フォローアップ時点では 19 点と減少をみせ、カットオフ値を下回った。SCAS 得点は 55 点と非常に高い得点を示しており、中学生女子の平均点 (26.17 ± 16.68) を著しく上回っていた。この得点は、原尺度の基準 (Spence, 2008) にしたがえば高不安群に分類された。終了時点では減少をみせたものの 34 点と平均を上回る値を示していた。しかし、3ヶ月後においては 10 点まで大幅な不安症状の改善がみられ、高不安群の基準からも外れることが示された。CCES 得点は 15 点と平均を下回るレベルであったが (中学生女子平均点 : 28.45 ± 9.84)、終了時点では、CCES 得点は 4 点とさらに低下し、フォローアップにおいても 4 点と効果が維持している。

B は、CBT プログラム終結直後には、気

分変調性障害の診断から外れ、3ヶ月後においてもそれが維持されていることが明らかとなった。直後のADISによると社交不安障害と全般性不安障害の診断は満たしたままであったが、3ヶ月後のフォローアップでは、社交不安障害と全般性不安障害の診断は外れた。その他、治療終結時点において、特定の恐怖は診断から外れることが明らかとなった。

Cのプログラム参加前のDSRS得点は24点とカットオフ値にあった。そこから、CBTプログラム終了後は20点、3ヶ月フォローアップ時点では18点とカットオフ値を下回る減少をみせている。SCAS得点は、56点と非常に高い得点を示しており、中学生男子の平均点(15.93±12.06)を著しく上回っている。Cも原尺度の基準では高不安群に分類された。終了時点では50点となお高値を示していたが、3ヶ月後においては平均を上回るものの高不安群の基準を下回る26点へと一定の改善がみられた。CCES得点が46点と高い値を示していることが事前アセスメント示された(中学生男子: 21.26±9.99)。しかしながら、終了時点では32点と低下がみられ、フォローアップにおいてもCCESは25点とさらなる低減が確認された。

Cにおいても、CBTプログラム終結直後には、気分変調性障害の診断から外れ、3ヶ月後においてもそれが維持されていることが明らかとなった。ADISによる社交不安障害と全般性不安障害の診断は直後から外れ、3ヶ月後のフォローアップでも、さらに不安は減少し、引き続き両者とも診断基準からは外れていた。

D. 考察

本稿は、半構造化面接においてうつ病性障害の診断を満たす児童青年に対するCBTの治療効果について報告した事例研究である。一定の限界を考慮しながらも、本研究の成果について述べていくこととしたい。

まず、CBTプログラムの終結直後に、全ての対象者がうつ病性障害の診断から外れ、その効果が3ヶ月後にも維持されていることが示された。さらに、全ての対象者において抑うつ症状の低減が確認され、2名についてはCBTプログラム終了後3ヶ月後において、カットオフ値を下回る改善がみられた。本研究で用いられたプログラムは、児童の不安障害に対するCBTプログラム(石川ら, 2008)であり、うつ病性障害に特化したものではない。上述したように、児童青年におけるうつ病性障害と、不安障害に対するCBTプログラムの主たる構成要素の多くは共通している。本研究の対象者が選抜された児童の不安障害に対するCBTプログラムの有効性を検討した研究結果をみても、不安症状の改善と共に抑うつ症状の有意な改善がみられている(Ishikawa et al., in press)。それとは反対に、先行研究のメタ分析の結果からは、児童の抑うつに焦点を当てたCBTにおいても不安症状の有意な改善が得られていることが明らかとなっている(Weisz et al., 2006)。本研究においても、全ての対象者において不安障害の診断基準、および不安症状の自己評定についても顕著な改善がみられている。以上のことから、不安症状と抑うつ症状を示す児童青年の治療においてはCBTの適用が最適であると考えられる。

本研究で対象とされた児童青年は、全て大うつ病ではなく、気分変調性障害の診断を満たしていた。先行研究を概観すると、本研究の対象者と同じ年齢層（おおよそ7-15歳）を対象としている10研究のうち、7つでは診断基準を用いた選抜はなされておらず、残りの研究においても大うつ病のみを対象にしている研究は報告されていない（David-Ferdon & Kaslow, 2008）。一方で、青年期（おおよそ12歳-18歳、研究によっては21歳まで）においては、TADS（2004）に代表されるように大うつ病のみを対象とした治療効果研究が実施されている。これには、青年期においてうつ病性障害の有病率が高まることが大いに関連していると考えられる。TADS（2004）の研究は、必ずしもCBTの有効性を支持しているわけではないが、Weisz et al.（2006）の行ったメタ分析によると、TADS（2004）以外の児童青年のCBTの治療成績と比較した場合、両者の間の効果サイズには大きな違いがあることが示されている（ES=0.48 vs. -0.07）。

すなわち、児童期、青年期それぞれにおけるCBTが、抑うつ症状の高い対象者、気分変調性障害に合致する対象者、および大うつ病の診断に当てはまる対象者のいずれに有効であるのかについては、分類・整理して理解する必要がある。

E. 結論

これまで、わが国の児童を対象とした精神療法の現場において、認知行動療法に代表される実証に基づく心理療法が十分に適用されてきたとは言いがたい。しかしながら、本研究の成果を概観すると、専門家による訓練を受けた治療者が構造化されたマニユ

アルを用いて、認知行動療法を行うことによって、欧米の先行研究と同程度の成果を上げることができる可能性が示された。研究デザインにおいて、一定の限界を有する点には留意しなければならないが、本研究の成果は、わが国における児童の不安障害に対する認知行動療法の有効性と有用性を支持するものであると結論づけることができる。

引用文献

- Birleson, P. (1981). The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **22**, 73-88.
- David-Ferdon, C., & Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, **37**, 62-104.
- Essau, C. A., & Chang, W. C. (2009). Epidemiology, comorbidity, and course of adolescent depression. In C. A. Essau (Ed.), *Treatment for adolescent depression: Theory and practice*. New York: Oxford University Press. Pp. 3-25.
- Garrison, C. Z., Waller, J. L., Cuffe, S. P., McKeown, R. E., Addy, C. L., & Jackson, K. L. (1997). Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *Journal of the American Academy*

- of Child and Adolescent Psychiatry*, **36**, 458-465.
- Ishikawa, S. (in press). Cognitive errors, anxiety, and depression in Japanese children and adolescents. *International Journal of Cognitive Therapy*.
- 石川信一・岩永三智子・山下文大・佐藤寛・佐藤正二 (2010). 社会的スキル訓練による児童の抑うつ症状への長期的効果 教育心理学研究, **58**, 372-384.
- Ishikawa, S., Motomura, N., Kawabata, Y., Tanaka, H., Shimotsu, S., Sato, S., & Ollendick T. H. (in press). Cognitive behavioural therapy for Japanese children and adolescents with anxiety disorders: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*.
- 石川信一・坂野雄二 (2004). 児童期の不安障害に対する認知行動療法の展望 行動療法研究, **30**, 125-136.
- 石川信一・坂野雄二 (2003). 児童における認知の誤りと不安の関連について—児童用認知の誤り尺度 (Children's Cognitive Error Scale) の開発と特性不安の関連— 行動療法研究, **29**, 145-157.
- Ishikawa, S., Sato, H., & Sasagawa, S. (2009). Anxiety disorder symptoms in Japanese children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, **23**, 104-111.
- 石川信一・下津咲絵・佐藤容子 (2008). 児童の不安障害に対する短期集団認知行動療法 精神科治療学, **23**, 1481-1490.
- 石川信一・戸ヶ崎泰子・佐藤正二・佐藤容子 (2009). 中学生に対する学校ベースの抑うつ予防プログラムの開発とその予備的効果検討 行動医学研究, **15**, 69-79.
- 村田豊久・清水亜紀・森陽二郎・大島祥子 (1996). 学校における子どものうつ病—Birleson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.
- 佐藤寛・今城知子・戸ヶ崎泰子・石川信一・佐藤正二・佐藤容子 (2009). 児童の抑うつ症状に対する学級規模の認知行動療法プログラムの有効性 教育心理学研究, **57**, 111-123.
- 佐藤寛・石川信一・下津咲絵・佐藤容子 (2009). 子どもの抑うつを測定する自己評価尺度の比較—CDI, DSRS, CES-Dのカットオフ値に基づく判別精度— 児童青年精神医学とその近接領域, **50**, 307-317.
- 佐藤寛・嶋田洋徳 (2006). 児童の抑うつに対する認知行動療法の研究動向 行動療法研究, **32**, 31-44.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *Manual for Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child version*. New York: Graywind Publications.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, **36**, 545-566.
- Spence, S. H. (2008, November, 27th.). The Spence Children's Anxiety