

とつとして PTSD を取り上げ、その症状について説明した。「災害前」「災害中・災害直後」「災害後」の 3 つの段階に分けてリスク評価をまとめ、その段階に応じて患者のどのような反応を見るべきかを示した。この段階別のリスク評価に具体的事例を照らし合わせた説明は、実際の被災現場で役立つ情報であった。小西はさらに被災者への対応の仕方についても触れ、二次被害を与えないような対応の重要性について述べた。

中島聡美は、「悲嘆と喪失の理解とケア」と題し、遺族のメンタルヘルスに関して講義を行った。大切な人を失くした遺族にはなぜ悲嘆が起こり、悲嘆の反応が、時間とともにどのように推移するのかについて述べた。そして急性期の悲嘆反応が、長期的に強いまま持続していたり症状が複数あることなどにより、日常生活や社会生活、対人関係に支障をきたしている場合には「複雑性悲嘆」と呼ばれていることを説明した。他にも、悲嘆の回復を妨げる要因について解説したり、支援者側の適切な対応の仕方を考える上で、「遺族がしてほしいこと・してほしくなかったこと」といった具体的かつ繊細な内容について取り上げ、遺族の感情面に配慮する必要性にも言及した。

金吉晴は、「トラウマ反応総論、支援者ストレス」というテーマで講義を行った。被災者のなかには、トラウマ体験を経て PTSD を発症する場合があることについて述べ、発症過程と症状について解説した。その際、可視化できないためになかなか理解しづらい「こころ」に生じる変化を図を用いてわかりやすく説明し、PTSD にこだわりすぎず多面的なケアが必要であると述べた。そして、PTSD の疫学や国内外の生涯有病率、実践されている様々な治

療方法などを紹介した。また、見逃されがちな援助者のストレスについても触れ、援助者にも被災者と同様の心理的反応が生じうることを指摘した。

山崎透は、「災害時の子どものこころのケア～中長期の支援を中心に～」というタイトルで、子どもたちが被災体験や喪失体験、被災後の不自由な生活、見通しの立たない将来などのつらい状況を乗り越えるためには、周囲の大人の正しい理解と適切な支援が必要であると話した。たとえトラウマ反応があらわれたとしても、大人と同様に大多数の子どもは時間の経過とともに改善する。だが一部の子どもには身体症状や情緒面の変化、あるいは行動の変化などが生じるため注意が必要だとした。そのうえで、子どもの発するそうしたシグナルをどう理解し対応するのかについて解説し、その留意点を詳細に述べた。

B. 目的

上記の自然災害のメンタルヘルスに関する研修の効果を調査・分析することで、今後の研修の効果をより高める。

C. 方法

受講者のアンケート結果を、素集計および多変量解析する。アンケートは、「非常にそう思う」から「全然思わない」までの 4 段階尺度による回答と自由記入欄を用いている。アンケート回答者 146 名。

D. 結果

1) 素集計および多変量解析の結果は以下の通りである。なおアンケートの質問 1～3 は「分かりやすさ」、質問 4～7 は「理解度」、質問 8～10 は「実践スキル (有用性)」に関し

てであり、これら3群のそれぞれの平均値を出した。

E. 考察

今回の研修では、講演者による口頭でのレクチャーやディスカッションを行ったが、受講者間のディスカッションやロールプレイはなかったため、頭で考える有用性にとどまっている。そのため、実践できるかどうか不安だと読み取れる。つまり、講義の内容はよくわかり、役立つ面も見いだせるが、それを実践できるスキルの獲得はまだ弱いと分析できる。

平成 23 年 6 月 22 日 東日本大震災トラウマ対策技能研修 アンケート集計結果

①内容はわかりやすかった。

4	67名
3	71名
2	6名
1	0名
無回答	2名

⑤被災者の心理的状态が理解できた。

4	64名
3	72名
2	7名
1	0名
無回答	3名

②理解するのに十分であった。

4	44名
3	68名
2	18名
1	0名
無回答	16名

⑥被災者への接し方が理解できた。

4	60名
3	73名
2	11名
1	0名
無回答	2名

③配布資料はわかりやすかった。

4	49名
3	78名
2	17名
1	0名
無回答	2名

⑦トラウマ、悲嘆の治療とケアが理解できた。

4	58名
3	81名
2	5名
1	0名
無回答	2名

④研修内容から得るものがあった。

4	88名
3	55名
2	1名
1	0名
無回答	2名

⑧習ったことを自分が実践できると思う。

4	19名
3	92名
2	31名
1	1名
無回答	3名

⑨今後の活動の見直しを得る上で有用と思う。

4	69名
3	62名
2	13名
1	0名
無回答	2名

⑩被災者の支援の役に立つと思う。

4	71名
3	63名
2	10名
1	0名
無回答	2名

記述統計量

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
AA	144	2.00	4.00	3.2882	.52269
BB	144	2.25	4.00	3.4266	.44322
CC	144	1.50	3.00	2.4288	.39074
有効なケースの数 (リストごと)	144				

相関係数

		AA	BB	CC
AA	Pearson の相関係数	1	.407	.496
	有意確率 (両側)		.000	.000
	N	144	144	144
BB	Pearson の相関係数	.407	1	.661
	有意確率 (両側)	.000		.000
	N	144	144	144
CC	Pearson の相関係数	.496	.661	1
	有意確率 (両側)	.000	.000	
	N	144	144	144

共通性

	初期	因子抽出後
V2	1.000	.679
V3	1.000	.781
V4	1.000	.610
V5	1.000	.502
V6	1.000	.550
V7	1.000	.718
V8	1.000	.535
V9	1.000	.450
V10	1.000	.555
V11	1.000	.626

説明された分散の合計

成分	初期の固有値			抽出後の負荷量平方和			回転後の負荷量平方和		
	合計	分散 の %	累積 %	合計	分散 の %	累積 %	合計	分散 の %	累積 %
1	4.587	45.871	45.871	4.587	45.871	45.871	3.579	35.792	35.792
2	1.419	14.189	60.061	1.419	14.189	60.061	2.427	24.269	60.061
3	.840	8.398	68.459						
4	.706	7.062	75.521						
5	.599	5.989	81.510						
6	.530	5.299	86.809						
7	.507	5.073	91.881						
8	.334	3.343	95.224						
9	.247	2.466	97.690						
10	.231	2.310	100.000						

成分行列 a

	成分	
	1	2
V2	.650	.506
V3	.617	.633
V4	.574	.529
V5	.697	-.129
V6	.685	-.284
V7	.654	-.539
V8	.686	-.253
V9	.660	-.116
V10	.742	-.069
V11	.784	-.109

回転後の成分行列 a

	成分	
	1	2
V2	.251	.785
V3	.152	.871
V4	.176	.761
V5	.648	.286
V6	.726	.152
V7	.844	-.076
V8	.709	.178
V9	.611	.277
V10	.651	.362
V11	.709	.352

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（精神障害分野））
大規模災害や犯罪被害等による精神疾患の実態把握と対応ガイドラインの
作成・評価に関する研究 分担研究報告書

DV 被害母子に対する親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy: PCIT) の効果に関する研究 —DV 被害母子フォローアップ研究との比較

分担研究者 加茂登志子 1)・金吉晴 2)
研究協力者 氏家由里 1)・伊東史エ 1)・丹羽まどか 1)・中山未知 1)
廣野方子 1)・柳田多美 3)

- 1) 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター
- 2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
- 3) 大正大学

研究要旨 本研究は DV 被害を受けた母子に対し PCIT を導入し、その効果に関して通常治療を受けた DV 被害母子を対照群として比較検討を行い、PCIT の我が国への導入の意義について検討することを目的とした。PCIT を導入した DV 被害母子（子ども 2-8 歳）10 組のうち 7 組が治療を完遂した。セッション数は通算約 17 回であり、終結まで 234 日を要した。PCIT の前後で子どもの問題行動は有意に軽快し、親のスキル獲得も概ね良好であったが、行うスキルのうち「具体的賞賛」スキルの獲得数はやや不十分であった。DV 被害母子の通常治療群（TAU 群、DV 母子フォローアップ調査 9 ヶ月時）17 組との比較では、治療前後で TAU 群はもぐら一歩正答率のみ改善していたが、PCIT 群は CBCL 外向 T 尺度と ADHD-RS 注意欠陥尺度、合計尺度が改善しており、行動面の問題が全般的に改善していた。母の育児ストレスでは、PCIT 群における親子の非機能的相互関係が改善していた。PCIT は大きな変更なく本邦への導入が可能だが、今後も、子育ての文化差や日本語と英語の文法上の相違と文意・文脈の伝達様式の相違などに留意しながら、検討を重ねる必要がある。

A. はじめに

日本の虐待相談件数は年間 4 万件、配偶者間暴力 (DV) 相談件数は 6 万件を超え、家庭内暴力に曝された心的外傷により外在化行動障害（問題行動、多動等）や内在化障害（う

つ、不安、PTSD 等）を持つ子どもは増加しつつあり、家族再統合の困難さも指摘される。加茂らによる DV 被害を受けた母子へのフォローアップ研究（金・加茂他 2010）では、被害母の精神健康障害や子の精神面・行動面で

の問題は暴力から逃れた後も続き、両者は互いに影響し合い、場合によっては良好な交流回復が得られないまま両者とも悪化することが明らかになりつつある。虐待事例に対する親子への同時的治療介入の必要性は日本の臨床においても既に広く認識されており、複数の試みはなされているものの、全て施設毎の個別的なものにとどまり、エビデンス研究には至っていない。その結果、わが国においては家庭内暴力被害者に対して身体的安全確保の為の援助体制は整えられながらも、児童の心的後遺症や親子交流の改善に対する治療資源は限定され、効果的な治療援助を行う人材育成および提供する援助の均質化も大きな課題のまま残されている。

親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy :PCIT) は、問題行動を呈する児童とその家族を対象にした短期集中治療プログラムで、現在では全米の子ども治療拠点施設で治療に用いられている。同プログラムの適用対象は、当初は ADHD などの軽度発達障害児とその家族に限定されていたが、現在では虐待被害などにより、問題行動を示す子どもや育児困難に悩む養育者に対しても有効な治療プログラムとして注目され、DV 被害を受けた親子に対する治療効果のエビデンスも米国内の研究からは既に示されている (Borrego et. al., 2008; Pearl, 2008)。PCIT の異文化圏への導入については、米国内において既にヒスパニック系住民やアフリカン・アメリカン系住民に対する効果が確認され、また、米国外でもオーストラリア、オランダ、ドイツ、カナダ、プエルトリコ、中国 (香港)、台湾、韓国に使用が広がっており、本邦での効果が十分に期待できると考えられる。

本研究は本邦への PCIT 導入に関する予備的調査である。以下に、DV 被害を受けた母子に対し PCIT を導入し、その効果に関して通常治療を受けた DV 被害母子を対照群として比較検討を行い、PCIT の我が国への導入の意義について検討する。

PCIT について

PCIT は 1970 年代にフロリダ大学 Eyberg 教授によって開発された行動療法であり、当初は発達障害児童における外在化行動障害とその親を治療の対象としてきたが、次第に家庭内暴力被害事例に援用されるようになった。現在では被虐待児童の行動面・精神面の症状と親子相互交流改善に有効性が確認されつつあり、米国 The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) において推奨されるエビデンスに基づいた治療のひとつとなっている。

PCIT は親子間のアタッチメントの回復と適切な命令の出し方 (しつけ) を中心概念とした行動療法である。対象児童は行動面や精神面でなんらかの症状を有しているもので、最適年齢は 2~7 歳とされているが、12 歳までは治療可能であるとされている。養育者は生物学的な親の他、里親や祖父母なども含まれる。表 1 に PCIT の適応集団を示した。

表 2 に PCIT プログラムの概観を示す。治療回数は親のスキル到達 (マスタリング) の進捗度によってケース毎に異なるが、一回 60 分から 90 分のセッションを毎週行い、通常 12 回から 20 回で完了する。具体的には子どもに対し親 (養育者) が遊戯療法を行い、治療者はマジックミラーを通してこれを観察し、親が獲得すべき相互交流のためのスキルをマスターできるよう トランシーバーを用いて実地訓練

(ライブコーチ)を行う。プログラムは2段階に分かれており、前半部分では「特別な遊びの時間 special play time」のなかで、親が子どものリードに従うことによって、親子の関係を強化することを目的とした

CDI(Child-Directed Interaction)を行う。後半ではCDIで獲得したスキルを維持しながら、よい命令の出し方や子どもがより親の指示・命令に従えるようにする効果的な「躰の仕方」を指導し子の問題行動をターゲットにその減少をはかるPDI(Parent-Directed Interaction)を行う。親が獲得すべきスキルはDyadic Parent-Child Interaction Coding System 第3版(DPICS-III)を用いて毎回コーディングされ、CDIで定められたスキル(表2)をマスタリングすることによってPDIセッションに移行することができる。各セッション間には、プログラムの進捗に沿って宿題が出される。親がCDIのスキルを維持しながらPDIにおけるスキル(表3)をマスタリングし、同時に子どもの問題行動が改善することが治療終結の指標となる。なお、子どもの問題行動の改善についてはEyberg Child Behavior Inventory(ECBI)の得点の一定水準以下への減少が一つの目安となる。

PCITの効果については既に米国、オーストラリアなどで数多くのランダム化比較試験が行われており、メタアナリシス研究によればアメリカ心理学会の提示するエビデンスに基づく治療のガイドラインにおいて「よく確立されたwell-established」治療に位置付けられている。被虐待児童とその親に対するPCITの治療効果は1990年後半から報告されるようになり、被虐待児の行動障害、親の育児ストレスの減少、短期的な虐待の減少が認

められたとする報告や虐待の再発を防ぐ中期的効果の報告、DV被害を受けた親子に対し有効であったとする報告等がある。

B. 研究方法

1) 方法

①PCIT導入予備調査:2009年1月から2010年4月までの1年3ヶ月に予備的研究としてPCITを導入したDV被害母子10組について、治療完遂率、治療回数、治療に要した期間、母親のスキル獲得水準、子どもの問題行動の変化、各スキルに対する母親の受け入れについて検討する。

②PCIT群と通常治療群の治療前後の比較:予備調査におけるPCIT治療完遂群(PCIT群)と通常治療を受けたDV被害母子(Treatment As Usual:TAU群)について、治療前後の母子の精神健康状態を、評価尺度を用いて統計学的に比較し、両者の差異について検討する。

2) 対象

a. PCIT群

DV被害がありうつ病・PTSDなどの精神健康障害を発症し、東京女子医科大学附属女性生涯健康センターに外来受診している女性のうち、2歳から8歳の子どもと同居しており、子どもの問題行動や育児困難が主訴の一つとなっている母子を母集団とし、精神科主治医から概要と期待される治療効果を書面で説明し、同意の得られた母子10組に対し、精神科主治医から書面で説明、同意を得た上で2009年1月から2010年4月までの1年3ヶ月にPCITを導入した。

なお、本調査の除外基準は母親が(1)現

在治療中の幻覚、妄想、緊張病症状を呈する精神疾患またはてんかん、または中枢性神経疾患、(2) 最近1年のアルコール薬物乱用による入院歴、(3) 頭蓋内の器質的病変もしくは外傷、(4) 過去3ヵ月以内の自殺企図による救急外来受診もしくは入院であり、いずれかに該当する女性はあらかじめ導入対象から除外した。

PCITを導入した10例のうち、3例が治療前半期にドロップアウトした。ドロップアウトの主たる原因は母親の精神症状による通院継続困難である。なお、ドロップアウト事例の母親の主診断は、摂食障害、解離性障害、パーソナリティ障害であった。

母親のスキル獲得が基準に達するか、基準達成に準ずると思われるものと、子どものECBIスコアが減少し、114点以下に達したもののいずれかが満たされた7例(子どもの平均年齢5.57(SD 1.90)歳)が治療を完遂とし、これをPCIT群とした。PCIT群の平均治療期間は234(SD 54.9)日であった。

b. TAU群

金・加茂らによる「DV被害を受けた母子へのフォローアップ研究」対象母子50組のうち、PCIT群の治療期間(7.8ヶ月)に最も近いベースラインから9ヶ月の時点データが得られた17組(子どもの平均年齢4.8(SD 2.0)歳)をTAU群として抽出した。TAU群の母親は全例が通常の精神科診療を受療している他、DVに特化した心理教育グループ、育児グループに参加しているが、子どもは必要がある場合のみ児童精神科外来に通院している。

3) セラピストとプロトコル

2005年、センターを中心とするPCIT研究チームのコアメンバー3名が米国シンシナティ子ども病院トラウマ治療トレーニングセンター(Trauma Treatment Training Center: TTTC)主催のPCITトレーニングワークショップに参加し、TTTCで用いている治療プロトコルをもとにほぼ忠実に翻訳し、日本版治療プロトコル(ドラフト)を完成した。この日本版治療プロトコルを用いて、2008年12月と2009年10月の2回にわたってTTTCからErna Olafson氏、Erica Pearl氏の2名をトレーナーとして招き、5日間のワークショップを合計32名の精神科医や臨床心理士などの専門家に行った(図1)。本研究におけるPCITセラピストはこの日本でのワークショップ参加者である。

第2回ワークショップに並行し、字幕に逐語翻訳をつけたビデオを用い、ワークショップトレーナーの2名から3事例のスーパーバイズ研修会を開催した。

なお、TTTCで用いている治療プロトコルは主として家庭内暴力被害児童に向けられたものであり、そのためオリジナルのPCITに若干の変更が加えられている。そのため、2010年5月、筆者を含む研究コアメンバー2名がPCITの創始者であるEyberg博士の主催するフロリダ大学における5日間のトレーニングワークショップに参加し、現在Eyberg博士の許可を得てオリジナル版プロトコルの翻訳とPCITの日本への言語的・文化的適応に着手している。

4) 調査項目

本調査にて使用した心理尺度を以下に示す。

a. 母親の精神健康状態

①GHQ-30 (General Health Questionnaire 30 項目版) :

全般的な精神健康状態について評価するために用いた。過去 2~3 週間の健康状態について自己記入する質問紙で、計 30 項目からなり、「一般的疾患傾向」、「身体的症状」、「睡眠障害」、「社会的活動障害」、「希死念慮・うつ傾向」の 5 つの下位項目を有する (Goldberg ら、1979)。総点 6 点以下は健常、7 点以上で何らかの精神健康に関する問題があるとされる。

②BDI-II (Beck Depression Inventory-II、ベック抑うつ質問票) :

うつ状態の評価に使用した。DSM-IV の診断基準に沿って作成されており、過去 2 週間の状態についての 21 項目の質問によって抑うつ症状の重症度を評価する (Beck, 1996)。

③ IES-R (Impact of Event Scale-Revised: 改訂版出来事インパクト尺度)

DV 被害によって阻害される心理機能を検討するため、PTSD のスクリーニングで用いられる IES-R を使用した。IES-R は PTSD の三症状である「侵入症状」、「回避・麻痺症状」、「過覚醒症状」に関する 22 項目からなる自記式質問紙である。

b. 子どもの精神健康状態と問題行動

①ECBI (Eyberg Child behavior Inventory : アイバーグ子どもの行動評価票) :

子どもの問題行動について評価するために用いた。ECBI は 2-16 歳の子どもの行為や行動の問題を測定するめの 36 項目からなる自記式尺度であり、通常養育的立場にある大人が回答する。問題となる行動を問題数と頻度か

ら測定する (Eyberg, 1999)。日本語版は原作者の承諾のもと、筆者らが作成した。

②CBCL (Child Behavior Checklist) :

子どもの精神・行動面の症状の評価のために用いた。4 歳以上の子ども CBCL/4-18 (井潤・上林ほか, 2001) を 3 歳以下の子どもには CBCL/2-3 (中田・上林ほか, 1999) を使用した。母親が回答した。

③ADHD RS-IV-J (ADHD-Rating Scale

IV: 日本語版注意欠陥/多動性障害評価尺度)

ADHD RS-IV-J (山崎, 2001) は ADHD の特徴である多動, 注意散漫, 衝動性を評価するための自記式質問紙 (他者評定。本調査では母親が評定) である。ADHD RS-IV-J は不注意 (9 項目), 多動・衝動性 (9 項目) の計 18 項目で構成されており, 4 段階で評定される。

④もぐら一ず (ADHD テストプログラム もぐら一ず第 3 版)

もぐら一ずは, のるぷろライトシステムズ社が作成した注意欠陥多動性障害 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) の研究用テストプログラムである。もぐら一ずでは, PC 上に 2 つの指標 (メガネをかけたモグラとかけていないモグラ) がランダムに表示され, メガネをかけたモグラ (ターゲット指標) が出現した場合にのみスペースキーを押すことが課題とされる。課題は 10 分間連続で行われる。10 分経過後, 正答率, 反応時間, 正答数と反応時間のばらつき, ターゲット以外の指標に反応した率 (お手つき), ターゲットを見逃した率 (見逃し) が自動的に算出されるシステムになっている。

c. 親の育児ストレス

PSI-SF (Parenting stress index-short form) :

36項目からなる親の育児ストレスの評価尺度であり、120項目からなるPSIの短縮版として作成された(Abidin, 1995)。本研究では兼松らの翻訳による日本語版の尺度を使用した。3つの下位尺度、「parental distress 養育困難」「Parent-Child dysfunctional interaction 親子の非機能的相互関係」「difficult child 難しい子ども」から構成されている。

d. 親子の相互交流

Abridged Dyadic Parent-Child Interaction Coding System-III (親子対の相互交流評価システム短縮版第3版:DIPCS-III(Eyberg, 2010) DIPCS-IIIは1980年代から米国で親子の社会的交流の質評価のために作られた行動の評価システムであり、米国で外在化行動障害をもつ幼児とその養育者への介入治療の効果の評価と治療ガイドとして使われているほか、司法領域においても親機能やと親子のアタッチメントの評価、虐待家族への介入療法後の養育行動の変化の記録に用いられている。今回の研究ではEyberg博士の許可を得て筆者らが翻訳したドラフト版を使用した。

5) 統計

Mann-WhitneyのU検定、Paired T-testを使用した。統計ソフトはSPSS Ver13.0を用いた。

6) 倫理面への配慮

DV被害母子に対するPCIT導入研究、DV被害

母子フォローアップ調査は共に東京女子医科大学の倫理委員会にて承認を受けた上で実施した。

C. 結果

1) PCIT 導入予備調査

a. PCIT 群の治療完遂率、治療回数、治療に要した期間、母親のスキル獲得水準、子どもの問題行動の変化

治療完遂率は導入事例10例のうち7例(70%)であった。治療に要したセッション回数は、前半CDI部分7.3(SD1.7)、後半10.4回(SD1.1)回、通算17.7(SD2.3)回である。通常、毎週セッションを行えば4~5ヶ月で終了する治療が7.8ヶ月と長引いた点に関しては、母の病状の悪化など主として母親側の要因によるセッションのキャンセルが影響を与えていた。

図2に、子どものECBI得点と親の行うスキル、避けるスキルの獲得数を治療経過に従いPCIT治療前、CDI終了後、治療終了(PDI終了)後の3つの時点で示した。

行うスキルECBI得点は治療開始前が平均146点であったが、治療終了後には108点に減少しており、母親は子どもの問題行動が減少していると評価していると判断された。米国の基準ではECBI得点が114点以下になることがPCIT終了の目安となるが、PCIT群7例のうち、この基準に到達したものは5例であった。114点以下にならなかった2例については、母親のスキル獲得が十分と考えられたため治療終了とした。

行うスキルの獲得数の平均値を見ると、「繰り返し」と「行動の説明」は治療の進捗に従

い順調に獲得数を増やし、マステリーに到達したが、「具体的賞賛」の増加は CDI 以後横ばいとなり、マステリーに達していなかった。

一方、避けるスキルは全て順調に頻度を減じ、治療終了時には全てがマステリー基準を満たしていた。

b. 各スキルに対する母親の受け入れ

治療が完遂できた PCIT 群の PCIT の受け入れは母子ともに良好であった。治療終了後に行った母親からの聞き取り調査では、CDI において「質問」を減らすことの困難さとともに、「具体的賞賛」をすることの困難さが語られることが多かった。「具体的賞賛」を頻繁に使用することについては子どもを誉めすぎると増長するのではないかと、謙譲の美德が失われるのではないかと不安を訴える母親も存在した。しかし、抵抗感を訴えると同時に、「DV を受けた夫はもちろん、自分の子ども時代に親からほめられることもほとんどなかった」と訴える母親も多かった。

PDI (しつけの部分) では、「直接的で具体的な良い命令」を出すことの難しさが語られた。一方、「タイムアウトの手順」は我が国ではあまり使用されない子育ての手法だが、多くの母親が理解しやすく、子どもと共有しやすい手順として肯定的に位置づけた。

2) PCIT 群と TAU 群の比較

a. 治療前プロフィールの比較

PCIT 群と TAU 群の治療前 (ベースライン) プロフィールの比較を表 3 (子どもの比較)、表 4 (母親の比較) に示す。

表 3 に見るように、PCIT 群の子どもは TAU 群の子どもと比較し、CBCL, ADHD-RS の各スコ

アが全般的に高いが、統計学的に有意差が認められたのは ADHD-RS における注意欠陥スコアのみであった。

同様に、母親の精神健康状態も PCIT 群が重症度を示すスコアがやや高いが (表 4)、DES-II 平均値のみが有意差を持って PCIT 群の方が高かった。

b. 子どもの精神健康状態の比較

子どもの精神健康状態について、PCIT 群と TAU 群の CBCL と ADHD-RS の治療前後の変化を図 3 に示した。

TAU 群は治療前後にもぐらわずの正答率のみが有意に改善している一方、PCIT 群は CBCL 外向尺度 T 値、ADHD-RS 注意欠陥得点、ADHD-RS 合計得点が有意に改善していた。

c. 母親の精神健康状態と育児ストレス (PCIT 群のみ)

PCIT 群の母親の精神健康状態と育児ストレスの変化を図 4 に示した。IES-R、GHQ-30、BDI-II、DES-II の各合計得点は、全て PCIT 治療開始前に比べ、開始後に減少していたが、統計学的な有意差は確認されなかった。一方、育児ストレスを測定する PSI-SF 得点については、下位尺度である親子の非機能的相互関係 (PCDI) 得点が治療前後で有意に低下していた。

D. 考察

1) PCIT の本邦への導入について

DV 被害母子の子どもの問題行動への対処と養育再建を目的とした PCIT の予備導入研究において、養育者側に精神健康障害を有する母子であっても治療完遂率は 70% と高く、ま

た、治療回数の通算は約 17 回と米国での推奨回数とほぼ同等であった。治療終了時に ECBI を用いた計測による子どもの問題行動は概ね軽減していたが、TAU 群との比較においても外向性症状群および ADHD 症状の有意な改善が確認されており、予備調査の範囲において、子どもの行動面の問題に対する PCIT の有用性は十分に示唆されたと考えられる。

しかし、治療期間が 7.8 ヶ月と長引いた点については、母の病状の悪化など主として母親側の要因によるセッションのキャンセルが影響を与えたものであるため、さらに母親の精神健康障害に対する治療戦略を考慮する必要があると考えられた。ただ、統計学的有意差は得られなかったものの、PCIT 終了時には母親の精神健康状態は軽快方向にあること、育児ストレスにおいて親子の非機能的相互関係が改善されていたことを考えると、PCIT 自体が母親の症状を改善させる可能性もまた視野に入れながら研究を進めていく必要があると考えられる。これらの点に関しては今後さらに分析を加えたい。

2) 日本文化への適合化について

言うまでもなく PCIT は子育てという文化差の大きい分野に積極的に介入する治療である。そのため、米国で生まれたこの治療をより文化適合的な形態へと検討を重ねていくことは、今後の本邦への導入過程における重要な検討事項の一つとなることはいうまでもない。ただ、現時点では PCIT の受け入れは親子ともに良好であり、シンシナティ子ども病院で用いられているプロトコルも大きな変更の必要なく使用できている。このことを考えると、治療の骨格や基本的事項については大き

な変更なく使用可能であると考えることが出来よう。

しかし、個別のスキルについてはなお検討の余地がある。CDI における行うスキルと避けるスキル等のスキルの受け入れについては、「具体的賞賛」のみに母親側にやや抵抗がみられた。子どもを誉めることへの抵抗感は香港での PCIT 導入時にも指摘された項目であり、アジア地域に共通したものである可能性がある。一方でこの抵抗感は、「自分の子ども時代に親からほめられることもほとんどなかった」母親自身の親からの養育体験にもまた繋がっており、いわゆる世代間連鎖の問題とリンクして検討得すべき側面もまた持ち合わせている。プロトコルに関して言えば、「具体的賞賛」のマスタリー基準値を他国よりやや低めに設定する必要性の検討が今後必要となってくるであろう。

一方で PDI におけるタイムアウトチェアの手法は日本では使用されていないしつけの方法であるが、受け入れは良好であり、むしろ歓迎される傾向にあった。日本の従来の「しつけ」の手法の弱体化がその背景にあるのかもしれない。

そのほか、DPICS-III を用いた親スキルのコーディングや、コーチングのあり方にも適合化に関する問題は存在している。日本語と英語の文法上の相違と文意・文脈の伝達様式の相違などに留意しながら、これらの問題に関しても今後検討を重ねる必要がある。

E. 文献

金吉晴、加茂登志子、大澤香織他：DV 被害を

受けた母子へのフォローアップ研究— 1年後の精神的健康・行動・生活と母子相互作用の変化に関する検討— 厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「大規模災害や犯罪被害等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究」（主任研究者：金吉晴） 分担研究報告書

Bjorseth A, Wormdal A, Chen Y. PCIT around the world. “Parent-Child Interaction Therapy” Ed by McNeil C and Hembree-Kigin T, pp421-428, Springer, 2010

Borrego, Jr., J., Urquiza, A. J., Rasmussen, R. A., & Zebell, N. (1999). Parent-Child Interaction Therapy with a Family at High Risk for Physical Abuse. *Child Maltreatment*, 4(4), 331-342.

Rae Thomas · Melanie J. Zimmer-Gembeck. Behavioral Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P-Positive Parenting Program: A Review and Meta-Analysis. *J Abnorm Child Psychol* (2007) 35:475-495

Susan G. Timmer*, Anthony J. Urquiza, Nancy M. Zebell, Jean M. McGrath. Parent-Child Interaction Therapy: Application to maltreating parent-child dyads. *Child Abuse & Neglect* 29 (2005) 825-842

Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B et.al. Parent-Child Interaction Therapy

With Physically Abusive Parents: Efficacy for Reducing Future Abuse Reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Copyright 2004 by the American Psychological Association 2004, Vol. 72, No. 3, 500-510

Borrego J. Jr. & Gutow MR Reicher S et al. Parent-Child Interaction Therapy with Domestic Violence Populations. *Journal of Family Violence* (2008) 23:495-505

Pearl E. Parent-Child Interaction Therapy with an Immigrant Family Exposed to Domestic Violence. *Clinical Case Studies*, Vol. 7, No. 1, 25-41

F. 関連業績

著作

加茂登志子：ドメスティックバイオレンス被害母子の養育再建と親子相互交流療法、*精神神経学雑誌*、112（9）885—889、2010

Toshiko Kamo: The adverse impact of psychological aggression, coercion and violence in the intimate partner relationship on women's mental health, in “Contemporary Topics in Women's Mental Health: Global perspectives in a changing society” (Prabha S. Chandra, Helen Herrman, Dr Jane E. Fisher et al), Wiley (2010/1/19)

研究発表

Toshiko Kamo, et al: The evaluation of efficacy of Parent-Child Interaction Therapy for Japanese mother and child dyad victimized by intimate partner violence in comparison with the treatment as usual, 2011 Biennial PCIT International Convention, 2011, Florida, USA

Toshiko Kamo et al.: Japanese version of Eyberg Child Behavior Inventory: Translation and validation, 2011 Biennial PCIT International Convention, 2011, Florida, USA

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし。
2. 実用新案登録 なし。
3. その他 なし。

表1 PCITの適用集団

〔子の問題行動〕

行為障害

反抗挑戦性障害

精神遅滞を伴う反抗挑戦性障害

分離不安を伴う反抗挑戦性障害

高機能自閉性障害に伴う問題行動

ADHDに伴う問題行動、ADHD様の問題行動

〔養育の困難〕

養育不全／マルトリートメント

DV被害による養育困難（母が直接被害、子は目撃）

身体的虐待

虐待被害後の里親養育措置

表2 PCITプログラムの概観

1. 親（養育者）が子どもに遊戯療法を行い、セラピストはマジックミラー越しにトランシーバーを使って親にコーチする
2. 対象となる子どもの年齢は2～7歳（12歳まで可能）
3. 1セッションの長さは1回60分から90分
4. 通常12～20回で終了
5. プログラムは前半部分と後半部分の2段階に分かれており、前半部分のスキルをマスターすると後半部分に進める
6. セッション間に宿題をする
7. 親スキルはDIPICS-III¹⁾を用いてコーディングする
8. 子どもの問題行動はECBI²⁾（親評定）で点数化する

9. 各部分の目的と獲得すべきスキル：
 - (ア)前半部分：子ども指向相互交流（Child-Directed Interaction: CDI）
 1. 目的：親子の関係の強化
 2. Special Play Time 「特別な遊びの時間」において
 - (ア)行うスキル：PRIDE skills(Do Skills):
 - ① Praise 具体的な賞賛
 - ② Reflect 繰り返し
 - ③ Imitate まね
 - ④ Description 行動の説明（描写）
 - ⑤ Enthusiasm 楽しい雰囲気作り
 - (イ)避けるスキル(Don't Skills):
 - ① Command 命令
 - ② Question 質問
 - ③ Criticisms 批判
 - (ウ)無視すること：気に障る不快な行動
 - (エ)危険行動または破壊行動があった時は遊びを中止する

 - (イ)後半部分：親指向相互交流（Parent-Directed Interaction: PDI）
 1. 目的：しつけ
 - (ア)子どもが親の命令を聞く訓練を行う（命令は1回に1個）
 - ① 良い命令を出すことを親に教える
 - ② 親子にタイムアウトを教える
 - ③ 先ずセラピストを相手に練習してから、子どもと練習する
 - ④ 親は言うことを聞く練習の間は怒りをコントロールすることを学ぶ
 - (イ)親は家庭で徐々にタイムアウトを適用していく
 - (ウ)子どもが依然として攻撃的な場合はハウスルールを設定する
 - (エ)公共の場へPDIスキルを導入する

1) Dyadic Parent-Child Interaction Coding System 第3版

2) Eyberg Child Behavior Inventory

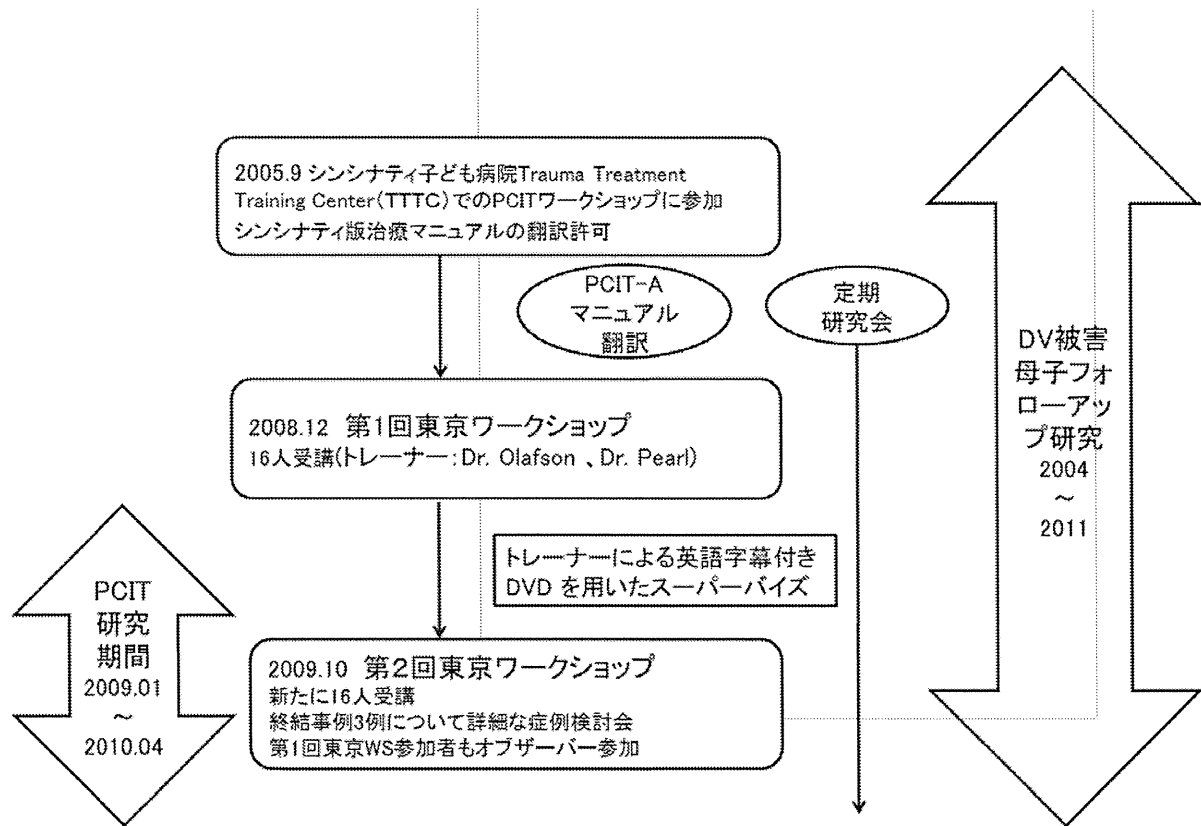


図1 本研究の流れ

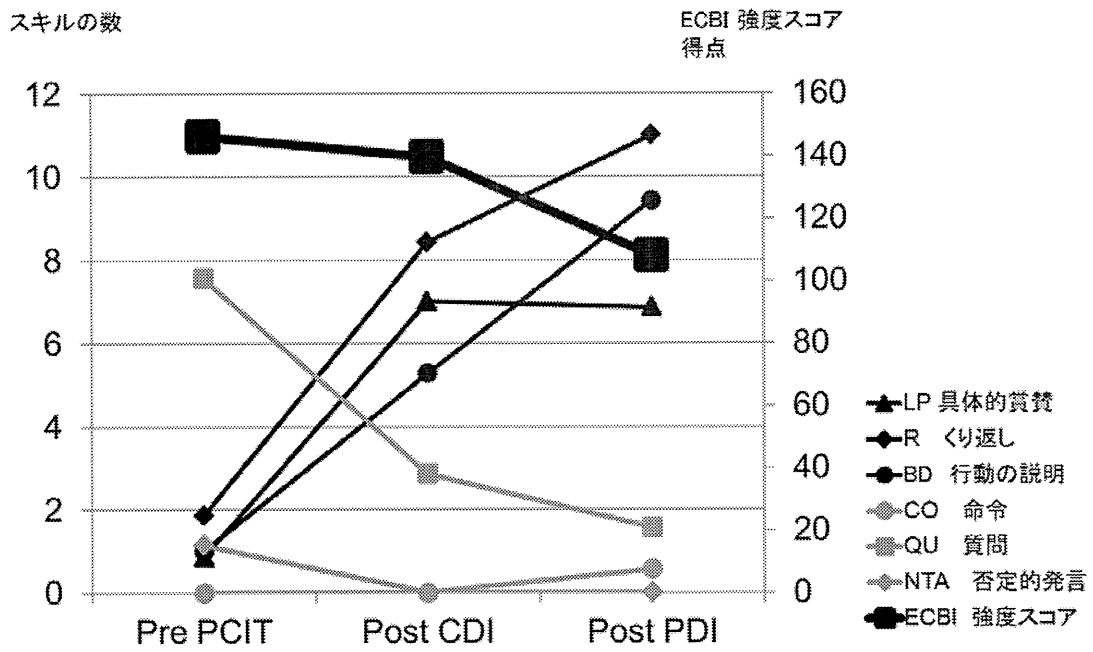


図2 治療経過からみた子どものECBI得点と親の行うスキル、避けるスキルの獲得数の変化