

6. いろいろな子どもがチックで相談に来ます

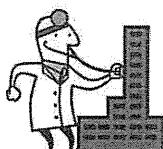
チックがしょっちゅう出たり、大きな動きや
声だったりして、チックに困っている子もいます

チックだけでなく、こだわりや落ち着きのなさなど
他のことにも困っている子もいます

はじめは他のことで相談に来たのに、
チックのことも相談するようになった子もいます

自分でチックも他のことも困っていないけれど、
お家の人が心配しているという子もいます

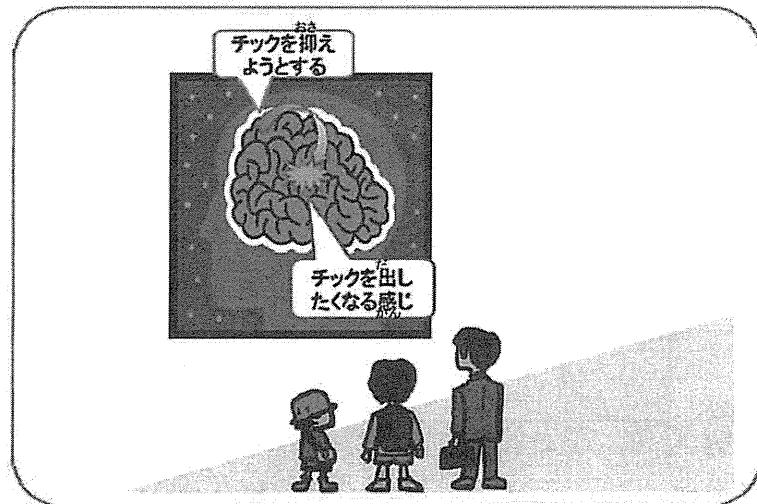
病院では、ひとりひとりの子どもにあわせて治療を
していきます。自分の一番困ることを、お医者さんに
話してみましょう。



7. チックはなぜ起^{おき}こるの？

チックがどうして起^{おき}こるのか、まだ完全には分かっていません。でも、チックになるのは、お父さんのせいでもお母さんのせいでもないし、子どものせいでもありません。

頭の真ん中の部分が、チックの前に出てくるムズムズする感じと関係していて、それを頭のおでこの近くの部分が抑えようとしていると考えられています。



大人になっていくと、この抑える部分が成長して、チックが良くなると考えられています。

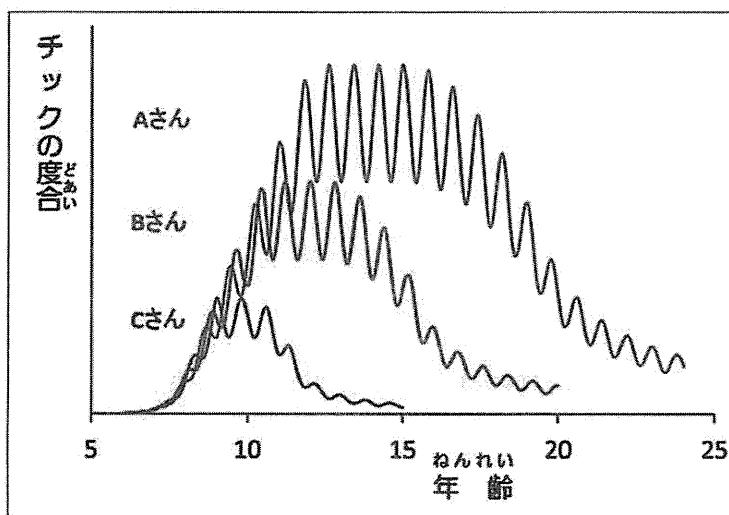
お薬でチックが減るのは、チックを出したくなる感じを抑え^{かん}てつだるお手伝いをするからです。

8. チックはいつよくなるの？

チックは、大人になると軽くなることが分かっています。たくさんの子どもが1年以内に良くなります。

でも、チックが長く続く子もいるし、良くなったり悪くなったりをくり返す子もいます。

チックになりやすい体质は続いても、大人になるとチックで困ることはなくなったり、軽くなったりする人がほとんどです。



チックがいつよくなるかを完璧に予測するのは難しいです。
けれど、ほとんどの人がいずれ良くなるので、チックがあっても自信を持って、良いところを見つけていくことが大切です。

9. チックで困ったときの治療法

チックがひどくて困っている場合には、お薬による治療も考えられます。

たとえば、体が勝手に動いてやりたいことができなくなったり、学校で大きな声がいっぱい出てしまつて困っているときに、お薬を使うことがあります。

チックが落ち着くお薬
心配な気持ちを減らすお薬
よく眠れるようになるお薬



お薬を飲まなくても、チックが目立たないようにするコツを見つけていく子もいます。

チックが自分のせいじゃないと分かって安心したり、チックについてより良く分かることで、チックが良くなる子もいます。

ひとりひとりにあった方法を相談して考えることで、たくさんの子が元気にすごせるようになります。

10. さいごに

チックや、いっしょに出てくる他の困ることだけを気にしないで、自分の良いところを見つけるようにしましょう。たとえば、チックのある子どもは、やさしいとか思いやりがあるとか、良いところがたくさんあります。

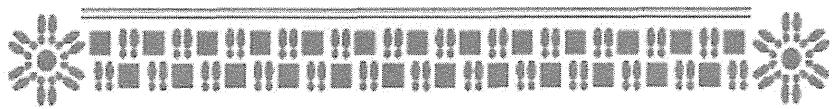
病院での治療は、どんなことから取りかかったらよいかを相談しながら決めていきます。困ったところを減らそうとあせるよりも、良いところを増やして自信をつけたほうが、チックが良くなることもあります。

チックの特徴をよく分かって、上手につきあっていきましょう。

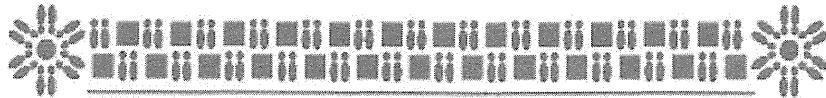


もっとチックやくせについて知りたいひとに

- ・チックとトウレット症候群がよくわかる本
星加明徳（監修），講談社
- ・チックをする子にはわけがある—トウレット
症候群の正しい理解と対応のために
日本トウレット協会（編集），大月書店
- ・こころのりんしょう a・la・carte
第27巻1号＜特集＞子どものチックとこだわり
金生由紀子・宍倉久里江（編集），星和書店
- ・トウレット症候群の子どもの理解とケア
アンバー・キャロル，メアリー・ロバートソン（著），
日本トウレット協会（監修），明石書店



厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)
児童青年精神科領域における診断・治療の標準化に
関係する研究(H22-精神-一般-004)
主任研究者:斎藤万比古、分担研究者: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）

分担研究報告書

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) 2)}

研究協力者 飛鳥井望⁽³⁾ 岩切昌宏⁽²⁾ 加藤 寛⁽¹⁾ 金 吉晴⁽⁴⁾ 斎藤 梓⁽⁷⁾ 高田紗英子⁽¹⁾
瀧野揚三⁽²⁾ 田中 究⁽⁵⁾ 野坂祐子⁽²⁾ 元村直靖⁽⁶⁾

(1) 兵庫県こころのケアセンター

(2) 大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター

(3) 東京都医学総合研究所

(4) 国立精神・神経医療研究センター

(5) 神戸大学大学院医学研究科精神医学分野

(6) 大阪医科大学看護学部

(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、わが国で効果が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、トラウマフォーカスト認知行動療法)」のわが国での実施可能性と有効性を検討する。

【方法】

今年度は、①TF-CBT日本語版プロトコールの完成 ②TF-CBT説明用リーフレットの作成 ③TF-CBTの実践を行った。

【結果】

①日本語で利用できるプロトコールを研究班内で共有することによって、協力研究機関においてもTF-CBTを実施することができた。今後は研究班内の実践技術向上と技術の均てん化が課題である。②作成したリーフレットを実際の臨床場面で使用し、有用性が確認できた。リーフレットは、兵庫県こころのケアセンターのホームページ上で公開した。③昨年度に引き続き、プログラム開発者のスーパーバイズを受けながら、さらに4例に対してTF-CBTを実施し、2例での効果が確認できた(2例は進行中)。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がら実状である。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⁾⁴⁾⁷⁾ 「TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy、トラウマフォーカスト認知行動療法)」³⁾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) TF-CBT日本語版プロトコールの完成
- (2) TF-CBT説明用リーフレットの作成
- (3) TF-CBTの実施

C. 研究結果

(1) TF-CBT日本語版プロトコールの完成

昨年度、CARES Institute (Child Abuse Research Education and Service Institute)²⁾で、プログラム開発者のDeblinger 博士から受講した、2日間のIntroductory training の概要をまとめた⁶⁾。

今年度は、その内容をback translation し、Deblinger博士の校閲を経て完成版とした。また、同じくプログラム開発者である Cohen & Mannarino博士の承認も得た。

プロトコールの内容は、巻末に示すとおりである。研究班内でプロトコールを共有することによって、協力研究機関においてもTF-CBTを実施することができた。今後は研究班内の実践技術向上と技術の均てん化が課題である。

(2) TF-CBT説明用リーフレットの作成

TF-CBTは、本人・保護者と協同で進めるプログラムである³⁾。それだけに、保護者に対しては、実施前にプログラムの基本原理を十分に説明し、同意を得ておくことが不可欠である。

一方、子ども本人に対しても説明と同意が必要なことは言うまでもないが、説明の仕方は、それぞれの子どもの状態と発達年齢に合わせて柔軟になされる必要がある。さらに、トラウマ体験の記憶に向き合うということをあまりに強調してしまうと、たいていの子どもは恐怖のためにプログラムへの参加を躊躇してしまう。

これらのことを利用して、TF-CBTの重要な要素である「楽しく肯定的な」イメージを盛り込み、リーフレット「子どものこころのケアプログラムのご案内」を作成した。リーフレットは、表側が保護者向け、内側が子ども向けとした。

次に試作したリーフレットを、実際の臨床場面で、TF-CBT導入前の子どもと保護者への説明の際に使用した。その結果、子どもや保護者が無用な不安を抱くことなくTF-CBTの基本原理と治療の枠組みを理解することができた。

完成したリーフレットは、兵庫県こころのケアセンターのホームページ上で公開した⁵⁾。

(3) TF-CBTの実施

昨年度報告以降も、引き続きプログラム開発者のスーパーバイズを受けながら、さらに4例に対してTF-CBTを実施した。実施にあたっては、兵庫県こころのケアセンター倫理委員会の承認を得た。

症例は、8歳男子（身体的心理的虐待、特定不能の重度ストレス反応）、15歳男子（傷害事件被害者、PTSD）、15歳女子（ネグレクト・身体的虐待・性的虐待、PTSD）、12歳女子（身体的虐待・両親間のDV目撃、PTSD）である。男子2人はプログラムを終了し、PTSD症状の改善が確認された。女子2人は、報告書作成時点でプログラム進行中であるが、順調に経過している。

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。

D. 考察

今年度日本語版のプロトコールが完成し、子ども保護者向けリーフレットを作成したことで、わが国においてTF-CBTを実施していくための基盤作りができたと思われる。

今後は、プログラム開発者3人とも情報交換しながら、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

欧米の治療ガイドラインにおいて、子どもの心的外傷関連障害の第一選択の治療法とされているTF-CBTが、わが国の心的外傷関連障害の子ども症例に対しても十分実施可能であることが明らかになった。

F. 研究成果

学会発表

亀岡智美、齋藤 梓、野坂祐子、岩切昌宏、瀧野揚三、田中 実、元村直靖、飛鳥井 望：子どものTrauma-Focused CBTのパイロット研究報告。第11回日本トラウマティック・ストレス学会、2012.6.10(福岡)
亀岡智美：子どものトラウマへの治療。第53回日本児童青年精神医学会総会、2012.11.1(東京)

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, Deblinger E(2006a): Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. New York, Guilford Press.
- 4) 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.
- 5) 兵庫県こころのケアセンター：子どものこころのケアプログラムのご案内.
<http://www.j-hits.org/child/index.html>
- 6) 亀岡智美、飛鳥井望、岩切昌宏他(2012)：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) 報告(pp29-34)。(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」)。
- 7) National Institute for Clinical Excellence(2005): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. www.nice.org.uk .

TF-CBT 実施プロトコル① TF-CBT 研修講義録

～TF-CBT 実施前にお読みください～

本冊子は、TF-CBT Introductory training at CARES institute by Esther D. Deblinger (2011.7) に準拠し、日本における実施のために作成されたものです。

TF-CBT の実施に際しては、事前に英文テキストを読み、TF-CBT web を受講してください。

本冊子は、TF-CBT プログラム開発者 (Judith A. Cohen, Anthony P. Mannarino, Esther Deblinger) の許可を得て、平成 24 年度厚生労働省科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 H22-精神一般-004 (研究代表者 齊藤万比古) 「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) によって作成されたものです。
作成者の断りなく改変したり、複製頒布することはできません。

I. イントロダクション

1. 虐待（性虐待）が子どもに及ぼす影響

25 年前は虐待が子どもに与える影響が十分に把握されていなかったが、次第にその深刻さが明らかになってきた。例えば、性虐待を受けた子どもの自殺率は、虐待を受けていない子どもに比べると 4~8 倍の高さが示されている。

虐待や DV(Domestic Violence) が子どもに及ぼす影響についての研究も進んできた。アセスメント研究では、性的虐待を受けた子どもの診断で PTSD が最も一般的であることや (McLeer, Deblinger, et al., 1988; 1991)、症状としての年齢不相応な性的行動が、身体的虐待を受けた人から性的に虐待された子どもと虐待を受けていない子どもとを区別する (Deblinger, et al., 1989) ことが判明した。このように、PTSD や不適切な性的行動は、治療の重要なターゲットであることがわかった。

虐待を受けていない 2 歳から 12 歳の子どもに認められる性行動の頻度は、次の通りである (Friedrich et al., 1991)。

よく見られる行動	あると回答した割合 (%)
男性に対して人見知りをする	64.5
男児向け・女児向けの玩具で遊ぶ	53.9
下着のままで歩きまわる	52.9
股をこする	52.2
家で性器を触る	45.8
裸で歩きまわる	41.9
他人の前で服を脱ぐ	41.2
性器に口をあてる	0.1
性行動をしようと誘う	0.4
物を使ってマスターべーションをする	0.8
陰嚢や肛門に物を挿入する	0.9
セックスの真似をする	1.1
性的な声を出す	1.4

(Friedrich et al., 1991)

若者の性行動に関するセンター (National center on sexual behavior in youth, NCSBY) は、発達上不適切で攻撃的な性行動を示す 12 歳未満の子どもの性問題行動として、次の特徴を挙げている。

- ・過剰な頻度
- ・社会的、認知的発達を阻害している
- ・強制、強要、無理やり
- ・情緒的な苦悩
- ・発達に有意な差のある子ども同士である
- ・保護者に注意されても密かに行動を繰り返す

さらに、虐待をしていない母親についても注目されている。虐待をしていない母親自身がしばしばDVの被害者であり、多くのサポートを必要としている。特に、近親姦を犯す母親は、DV被害を受けていることが多い。

2. TF-CBT 開発の背景と発展

TF-CBTの開発にあたっての重要なポイントは、子どもが楽しみながら治療を受けられることだった。子どもの心理治療は大人向けの心理治療とは異なる。さらに、子どもの心理治療は、子ども自身の協力を促すように構造化されている必要があるし、子どもが治療の困難な作業に取り組めるように、創造的で面白いものであることも重要である。また、保護者セッションも同時に行う必要性がある。

性的虐待を受けた子どもへの効果が実証された治療の発展は次のようなものである。

- ①成人のPTSDや治療に関する文献の再検討
- ②成人のレイプ被害者に対する治療デザインを子どもに実験的に施行
(Foa, EB, (1991) JCCP, 59, 715-723)
- ③発達による差異を考慮し、保護者を治療に含めるという重要な修正
- ④トラウマ体験の発達と独立した研究
- ⑤Cohen & Mannarinoとの協働研究
- ⑥様々なトラウマへの応用
- ⑦国内外への普及

TF-CBTは、就学前児童と学童期の子どもがPTSD・うつ症状・性行動と行動全般の問題を克服する際に、経過観察・非指示的治療・コミュニティ治療と比べてより大きな改善が認められた。

保護者の参加は、行動の練習や宿題と同様に、子どもの安全スキルの獲得を改善した(Deblinger et al., 2001)。また、保護者の苦悩のレベルやサポートは、子どもの治療効果に影響を及ぼす(Cohen & Mannarino, 1996; 1997)。保護者の参加は、子どものうつ症状や問題行動の改善に、非常に大きな役割を果たす(Deblinger et al., 1996)。

また、症状の改善は、1~2年間の追跡調査においても持続しており (Deblinger et al., 1999; Cohen & Mannarino, 1996; 1997)、成果は人種や民族性、地理学的差異に関わらず同様に示されており、一般化できるものであった (King et al., 2000)。

Cohen、JA, Deblinger, E, Mannarino, AP & R Steer (2004) による研究結果 (JAACAP, 43, 393-402)

- ・多機関研究 N=210
- ・TF-CBT と子ども中心療法 (Child Centered Therapy、CCT) に無作為に割り付け
- ・子ども期の性的虐待 (CSA) や他のトラウマを体験した 8-14 歳の子ども
- ・トラウマ体験のタイプに関わらず、すべての子どもが有意に改善
- ・CCT 群に比べて TF-CBT 群では、子どもの PTSD・うつ・問題行動・恥・虐待関連の症状、保護者のうつ・虐待に特有の苦悩・子どもサポート・ペアレンティングに有意な改善
- ・ほとんどの子どもは 12 セッションで PTSD が改善 (TF-CBT では 72% の子どもが PTSD の診断基準を満たさなくなっていた。CCT では 54% であった。)

TF-CBT は CCT よりも、保護者のうつと虐待特有の苦悩や、子どもの恥の感情と機能不全の改善に対してより大きな効果がある (Cohen et al., 2004)。追跡調査では、TF-CBT は CCT よりも、子どもの PTSD や恥の軽減、より強いうつや複合的なトラウマを有する子どもの治療において勝っていた (Deblinger et al., 2006)。また、TF-CBT は、外傷性悲嘆を含むトラウマを体験した子ども (Cohen et al., 2006) や、DV に曝された子ども (Cohen et al., 2011) にも有効であるとされている。

構造化をしなくともトラウマについて話せる保護者や子どももいるが、たいていの場合はトラウマについて自主的に話すことは少なく、話すための構造化が必要である。トラウマについて話すことを励ますことが重要である。そのためにも、TF-CBT の実施に先立って、セラピストの準備性が重要となる。

3. TF-CBT の重要なポイント

1) TF-CBT の適応

3 歳以上の子どもに適応できる。TF-CBT は、トラウマの恐怖や不安などの内在化症状の軽減に有効である。怒りや問題行動などの外在化症状は、ペアレント・トレーニングでコントロールしていく。

TF-CBT は、さまざまな年齢や性別、初期のさまざまな臨床像に柔軟に適応できる。最も重要なのは治療関係であり、クライエントとの協力関係を確立することである。TF-CBT を実施していく際のセラピストの判断・技術・ユーモア・創造性も、非常に重要である。

2) 子どもと保護者のセッション

全体で8-16セッション実施される。子どもと保護者が別々に、個人療法としてそれぞれ30-45分間ずつ実施される。

3) 子どもの男女差

一般的に、女の子と比べると男の子はセッションであまりしゃべらないことが多い。男の子が話しやすくする工夫として、ゲーム方式を取り入れるのも有効である。例えば、バスケットゴールを決めるたびに質問に答えるなど。

4) 治療関係

セラピストがクライエントと、良好で協力的な関係を確立することは非常に重要である。セラピストの判断・技術・ユーモアのセンス・創造性は、TF-CBTの実施に際して大きな役割を果たす。

ユーモアは、とりわけ重症のケースの場合とても大切である。ユーモアはレジリエンスを高め、トラウマに対処するさいにも重要だからである。米国では葬式の時でも、故人との別れをポジティブな記憶に変換するためにユーモアの時間が含まれているが、日常の慣習のなかにもユーモアの役割が認められている。

5) 恥

恥の感情は、回復においては非常にネガティブな影響をもたら。トラウマについて話すことができない子どもは、予後は悪いことが予想される。そのため、TF-CBTにおいては、恥の感情を克服するための支援が重要であることが強調されている

6) 親子の合同セッション

保護者と子どもが同席する親子の合同セッションは、治療の後半に実施される。なぜなら、保護者が混乱する姿は、子どもを不安にさせるし、子どもにとって悪いモデルになる可能性があるからである。子どもが正直に、保護者の反応を気にせずに話せるようにするためにも、最初は保護者と別にセッションを行うようにする。保護者セッションの間は、スタッフやボランティアが待合室で子どもをみている。

保護者セッションで大切なことは、セラピストが、「保護者の信頼を得ること」と「楽観的かつ現実的な視点を持つこと」である。セラピストはまず、保護者の信頼を得ることが大切である。そのためにも、保護者が子どもを愛し関心を寄せていることに対して十分に賞賛し、保護者の気持ちをよく聴くようとする。

II. 治療の導入

1. 導入

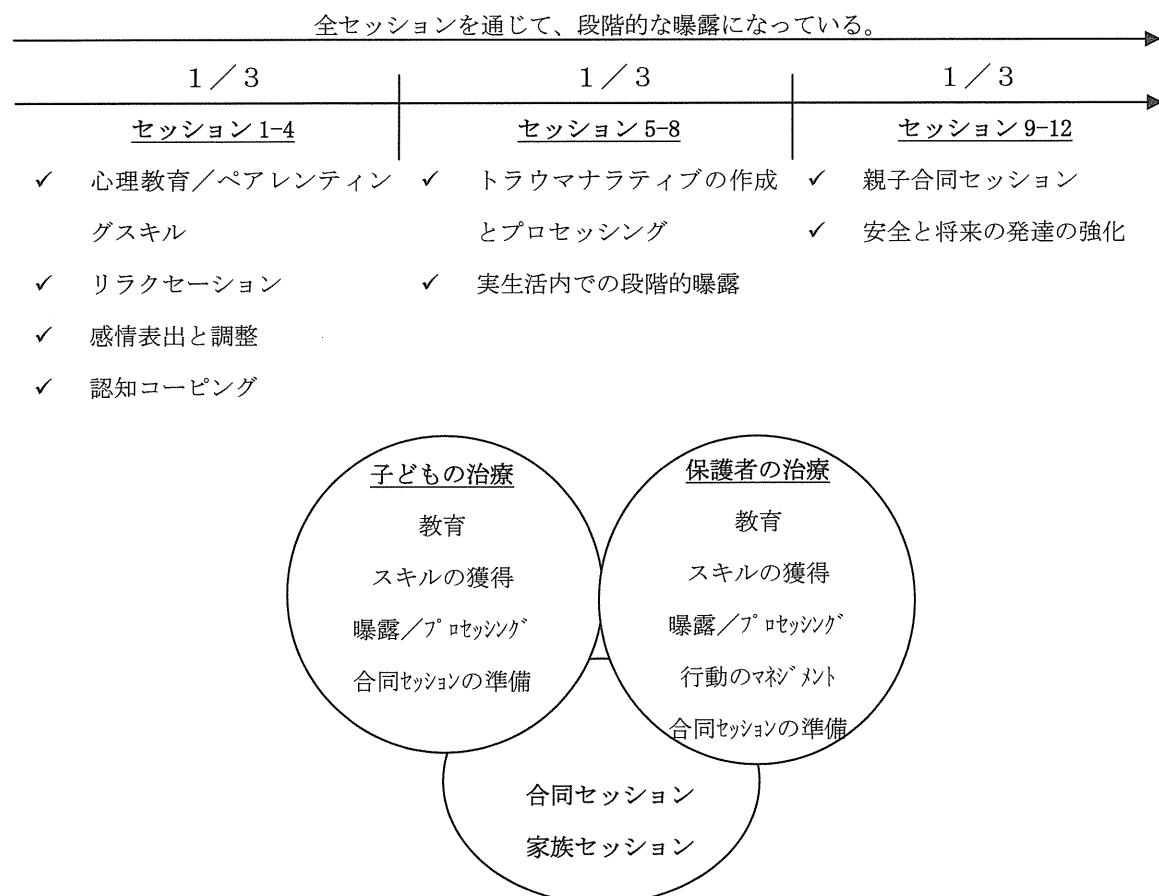
保護者にさまざまなトラウマ反応を説明し、状況を把握する。

最初に、住まいや食事、医療的ケアなどの基本的なニーズを確認し、法的な手続きやその他の保護者へのサービスを承認する。精神症状や薬物使用の状況・行動化・問題行動を明確にするための面接をする必要がある。

虐待が確認されたら、ケースについては、児童相談所への通報や、法的な強制措置を講じる。

2. TF-CBT セッションの流れ

セッションの流れは以下のとおりである。



3. アセスメント

治療の初期および進行中に、子どもと家族のニーズを確認する。そして、クライアントが治療目標を特定できるように支援する。クライアントが「私はひとりぼっちではない」と思えるようにサポートしながら、彼らの症状が正常ではないということに焦点をあてる。症状に焦点をあてる。クライアントにデータを示しながら説明をし、クライアント自身が成長していくけるようにサポートする。クライアントが進歩していることを示す。

初回面接では、メンタルヘルス・ケアのニーズについて話し合い、保護者のモチベーションを誉めて強化する。治療に来る前の様子について聞き取り、治療の障壁になることについて説明をする。一緒に取り組んでいくための協働的な関係性を確立する (McKay, et al., 2001)。

4. 保護者に対する初期治療

治療ニーズについて話し合い、アセスメントの結果を説明する。以前の精神保健治療経験を聞きとる。

TF-CBT モデルについて以下の説明をする。

守秘義務の範囲、治療モデルの構造と原理、時間枠について、よい結果を強調する。

保護者の役割の重要性を伝え、障壁になっていることがないかを尋ねる。

《ロールプレイ》

設定：7歳の女児リサの保護者に、TF-CBTについて説明しセラピーに導入する。

【ポイント】

① 来談した保護者をほめる。

「来てくださってありがとうございます。治療を受けられるリサはとてもラッキーだと思います。よく来てくださいました。」

② アセスメントの結果を伝える。

「アセスメントの結果、お子さんは PTSD であると思われます。しかし、それは特別なことではありません。これは、怖いできごとにに対する反応なのです。」

③ PTSD の治療に効果的なプログラムがあることを説明する。

「よいお知らせがあります。PTSD に効果が高い治療プログラムがあります。これからご説明する TF-CBT と呼ばれるプログラムです。」

④ TF-CBT の構造を説明する。

「TF-CBT では、最初に、ご両親に PTSD についての心理教育を行います。その後、お子さんにも心理教育をして、体験したことについて話し合っていきます。怖い映画を

最初に観るときは、とても怖いですよね。トラウマも同じように、最初はとても怖くて、一人で抱えていると混乱します。でも、怖い映画を誰かと一緒に、何回も観ているうちに、次に何が起るかがわかるので怖くなくなっていますね。同じことが、怖い記憶に向き合って、セラピストのように支援してくれる誰かにそのことを話す時にも起こります。一緒に何度も話すうちに怖くなくなっていくのです。」

⑤ 子どもが回復するためには、保護者の協力が非常に重要であることを説明する。

「リサには、他のお子さんにはない強みがありますね。なぜだかわかりますか？それはご両親に愛されているということです。だからこそご両親は、リサを治療の場に連れてきてくださいました。両親に愛されていることは、リサが回復するための大きな力です。」

⑥ 保護者自身も同様にケアを受ける必要があることを説明する。

「リサが体験した虐待やトラウマは、ご両親にとっても辛いことに違いありません。ご両親も自分の心理状態を理解し、ご自身をケアすることが大切です。」

⑦ 保護者からの質問に答える。

(保護者が「うちの娘はとても恥ずかしがりやですが、面接室で話すことができるでしょうか？」と尋ねると)「私は恥ずかしがりやのお子さんが大好きです。これまでも、たくさんの恥ずかしがりやのお子さんたちに会ってきましたが、みんなとても上手に話すことができました。リサも大丈夫ですよ。」

(注) 両親の意見が異なる場合は、さらに説明をする必要がある。

5. 他の治療法

TF-CBT は、Cohen, Mannarino, Perel & Staron(2007)の研究によると、子どもや青年に対する薬物療法と同様に効果がある。虐待関連のうつ・PTSD やその他の心的外傷症状の治療においては、薬物療法の前に、TF-CBT が実施されることが、基本的には推奨される。

TF-CBT 実施プロトコル② TF-CBT の実際 ～TF-CBT 実施要領～

本冊子は、TF-CBT Introductory training at CARES institute by Esther D. Deblinger (2011.7) に準拠し、日本における実施のために作成されたものです。

TF-CBT の実施に際しては、事前に英文テキストを読み、TF-CBT web を受講してください。

本冊子は、TF-CBT プログラム開発者 (Judith A. Cohen, Anthony P. Mannarino, Esther Deblinger) の許可を得て、平成 24 年度厚生労働省科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 H22-精神-一般-004 (研究代表者 齊藤万比古) 「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) によって作成されたものです。

作成者の断りなく改変したり、複製頒布することはできません。

【構成要素 1】心理教育とペアレンティングスキル

心理教育は、TF-CBT の最初のセッションから実施し、全セッションを通して継続的を行う。

内容は、トラウマについての一般的な反応に関する情報と、早期に治療を行うことの利点についての説明である。心理教育を行うことが、低レベルの段階的曝露としての効果をもたらす。教育とスキル、曝露、プロセッシングを含む各構成要素についての、理論的治療原理について説明をする。

子どもに対しては、ゲームや子ども向けの教材などを用いながら心理教育を行う。

ペアレンティングスキルでは、保護者が子どもにとって健康的なコーピングのモデルとなる重要性に焦点をあてて説明をする。例えば、保護者が自分自身をケアする大切さを示すなどである。また、保護者の関心が、子どもの行動パターンをよくしていくうえでとても大きな影響をもたらすことを説明する。子どものストレングスに保護者が注目し、子どもをよく誉めることを繰り返し伝える。

また、保護者に対して、よい養育行動を促進するための具体的な方法を伝える。子どものよくない行動にだけ注目すると、かえってその行動が増えてしまうため、できるだけよい行動に注目し、たくさんほめることが大切である。とくに、条件付ではないポジティブな表現や子どもを丸ごとほめることで、子どもは愛されていると感じ安全感を高める。例えば、「あなたが大好きよ。」「大切だよ。」「あなたがいてよかった。」「あなたの親であることを誇りに思うよ。」などのことばをできるだけ伝え、ハグをしたり頭をなでたりするなどスキンシップをとることで、子どもの安全感はより高まる。一方、特定の行動を誉めると、子どもは、肯定的な行動が期待されていると思うようになる。たとえば、効果的な特定のほめ方の例としては、「晩ご飯の後お皿を洗ってくれてうれしいわ」「妹の宿題を手伝ってくれてありがとう。とてもやさしいね。」「宿題を全部やってすごいね」などがある。

保護者が、子どもをほめて子どもの長所を強化することができるよう支援する。

積極的傾聴スキルも保護者に教え、これらのスキルを実践してもらい、子どもに肯定的な関心を向けてもらう。親子のコミュニケーションを深め、子どもが言ったことをすぐに繰り返したり、聴いていることが子どもに伝わるような態度がとれるようにする。保護者が判断したり、意見したり、指示を与えたり、親が代わって問題解決をしようしたり、教えたりしようとするのではなく、子どもがどう感じているのかをよく聞くことが大切であると説明する。Reflective listening は特に重要である。この技法を使うことで、十代の子どもは聞いてもらっている、とか、正当であると認められていると感じることができる。また、相談役として傾聴することで、子どもが自分の力で問題を解決することを支援することもできる。

こうした肯定的なペアレンティングスキルが身につくことで、保護者はタイムアウトを効果的に使用することができる。なぜなら、子どもは、褒められることや積極的に傾聴さ