

れることを通して肯定的な時間を体験し、タイムアウトを避けたいという動機が高まるからである。また、ほめること・選択的な注目・積極的傾聴・タイムアウトなどを組み合わせて使用することで、子どもを度々怒鳴りつけるような効果のないペアレンティングに信頼を置いている保護者を減らすことができる。

問題行動を有する子どもの保護者には、毎週、行動を管理する宿題を出す。セラピストが、保護者の努力を頻繁に褒めることが、保護者にとっての重要なモデルとなることを意識しておく。

【構成要素1】心理教育とペアレンティング 《資料》

巻末資料を参照してください。

- P-1 (身体的虐待について・おうちの中で起こるできごとについて)
- P-2 (性的虐待について：本人用)
- P-3 (性的虐待について：保護者用)
- P-4 (DVについて：本人用)
- P-5 (DVについて：保護者用)

【構成要素2】リラクセーション

リラクゼーションスキル・トレーニングは、子どもの年齢や発達に合わせて、子どもがイメージしやすいワークを行う。

例えば、呼吸法として「風船をふくらますワーク」や、漸進的筋弛緩法として「ロボットから人間になるワーク」などをするのもよい。「茹であがった麺と、ブリキの兵隊」、「フニャフニヤのお人形」「シャボン玉を膨らます」などのイメージを使うのもよい。

また、ヨガや瞑想、マインドフルネスなども有効である。

パニック発作を起こす子どもには、すぐにスキルを活用できるように「呼吸法！」など一言で思い出せるようなキーワードを伝えておき、練習をさせる。

【構成要素2】リラクセーション 《資料》

巻末資料を参照してください。

R-1（漸進的筋弛緩法・弛緩法）

R-2（リラックス訓練練習表）

【構成要素3】感情表現と調整

感情を表現するスキルを高めるトレーニングを行う。さまざまな感情を受け入れ、感情の名前をつけ、自分や他者の感情について同定できるようにする(表情を見る、聴く、質問する)。また、感情について表現したり話したりする。トラウマに関連する幅広い一連のさまざまな感情に対処できるようになることを目指す。

会話の中で、男子は、さまざまな異なる感情を「mad (ムカツク)」と表現することが多い。怒りは重要な感情であり、怒りを上手に調整することが大切であると伝える。子どもは、怒りを感じたときに、すぐに緩和する対処スキルを身につける必要がある。

保護者にも、子どもの感情を評価するワークをしてもらうとよい。感情について理解し、子どもの気持ちがわかるようになることで、保護者は子ども自身を理解し支援することができる。子どもが適切な対処法を用いて、感情の調整ができたときには、すぐに保護者がほめるようになる。逆に、子どもが不適切な対処法(大声で叫ぶ、怒る、言い張る、閉じこもるなど)を用いているときには、保護者はこれらの行動を止めて、肯定的な行動(例;運動、適切な感情の共有、肯定的な活動をするなど)を強化し、それをほめる必要がある。

【構成要素3】感情表現と調整 《資料》

巻末資料を参照してください。

A-1 (感情調節プリント：すぐに気分が良くなる方法)

A-2 (気持ちイロイロ)

A-3 (気持ちぬりえ)

【構成要素4】認知のコーピング

子どもは認知（思考）を理解することが難しいので、理解を促すために生活場面を取り上げながら具体的な問い合わせをする。例えば、「今朝起きて、すぐに自分の頭の中で何て言った？」など問い合わせて、子どもの思考を共有するように働きかける。幼い子どもは、認知と感情を切り分けることが難しい。このワークの目的は、子どもが、自分の頭のなかに浮かぶ考えを特定し、思考・感情・行動の結びつきを理解するよう支援することである。

この要素は、トラウマではない体験を取り上げて、感情と行動と認知の関係を説明する。トラウマに関する認知は、のちのナラティブのセッションで扱う。

保護者は、子どものよいモデルになるために、自分自身の適応や能力を高めるような対処スキルを学び、実践する。養育者が子どもにどのように話し、どのようにふるまうかということは、子どもの自己や他者・世の中についての信念に大きな影響を及ぼす可能性がある。それだけに、保護者が子どもの行動について考えを巡らせているときに、彼らの思考を引き出すことが重要である。次に例を示す。

例) 「私って、ダメな母親なんです」

<本当にそうでしょうか？>

では、お子さんに起きたできごとを見て見ぬふりをする母親のほうが、よい母親ってことですか？

あなたはお子さんの症状に気づいて、ここへ連れてきてくれました。それは、とってもよいお母さんってことではないでしょうか？>

<あなたは、母親としてできることをたくさんしています。そのことをいつも胸にしまって、いつも自分自身に言い聞かせてください。あなたがお子さんを治療に連れてきたことは、とてもすばらしいことでした。そのおかげで、お子さんの状態はよくなっていますよ！>

非機能的な思考に対する介入

役に立たない、あるいは現実的ではない非機能的な思考は、恒久的で、拡大的で、個人に起因させる特徴がある。

例) 恒久的：「うちの子は、もう二度と幸せになれない」

拡大的：「うちの子は、もう誰のことも信用できない」「世の中は安全ではない」

個人的：「私がダメな親だから、こんなことが起きたのだ」

「あの男が性犯罪者だと、私が気づくべきだったのに」

こうした非機能的な思考に対しては、ソクラテス式問答によってその思考が適切なものかどうかを考えさせる。ソクラテス式問答で用いられる問い合わせは次のようなものがある。

例) <誰がそんなふうに思っている（言っている）のですか？>

<本当にそうでしょうか？>

あるいは、次のように考えさせてもよい。

「もし私の友人の子どもが同じような目にあったなら、今、私が思っていることを友人に言うだろうか？」

認知コーピングと認知プロセッシングの違い

認知コーピングとは、治療の初期に教えられるスキルであり、①セルフエスティーム ②悪夢 ③不安 について、緩やかに扱うものである。

認知プロセッシングは、治療の初期には保護者に対してなされるもので、子どもに対してはトラウマナラティブと同時あるいは事後に開始する。トラウマナラティブについて新たな結末を考えるものである。

【構成要素4】認知のコーピング 《資料》

巻末資料を参照してください。

C-1（ものごとのとらえかた1週間練習）

* “問題解決ワークシート”も参考資料としてお使いください

【構成要素5】トラウマナラティブ

トラウマナラティブは、TF-CBTの重要な要素である。全体のセッションのうち、約3分の一を占める。例えば、全9セッションであれば、トラウマナラティブは約3セッション、全15セッションであれば、そのうち5セッションが相当する程度である。

子どものトラウマナラティブは、段階的なエクスポージャー (gradual exposure : GE) である。TF-CBTにおけるナラティブは、記憶を思い出して語ること(馴化)を目的としていない。心理教育をし、特定されたトラウマ性の認知を「プロセッシングすること」が主眼である。子どもが、トラウマ性の記憶によりよく向き合えるように支援する。

トラウマナラティブに先立ち、ラポールを確立させておく。子どものコミュニケーションスキルやトラウマ刺激に対する不安反応のアセスメントを行う。段階的な不安階層表を作成し、まず、練習として最近あったよいできごとについて詳細なナラティブを作成させるとよい。

どんなふうにナラティブを作るかは、子どもの希望に合わせてさまざまな形態から選ぶ。年少児の場合、リポーターとしてできごとを報告してもらったり、俳優としてやりとりを再現してもらったりするのもよい。できごとについて絵を描き、メッセージをつけてポスター風のものを作成してもよいし、キャッチコピーを書いてもらうのもよい。

子どもは「覚えていない」と言うことがあるが、多くの場合、自責感のために話すことができないだけである。少しづつ取り組んでいくと、話せるようになる。また、子どもが話すには、セラピストとの信頼関係があることが前提になる。

複数のトラウマを体験している子どもの場合、どのエピソードについて話すかを子どもに尋ねる。子ども自身がエピソードを選んで取り組むことが大切である。通常、もっとも恐ろしいエピソードについて最初から話すことはできないので、より話しやすいものから始めて、語ることで自信をつけていく。

状況の説明、その時の気持ちや考え、身体感覚などについて話してもらいながら、セラピストは子どもの発達や能力についても確認し、徐々に不安階層を挙げていく。感情がうまく表出できない子どもには、セッション中の感情や虐待を受けていた時の感情を、感情のリストから選び、○をつけてもらうこともある。

セラピストの問い合わせは、最初はオープンな質問から、次第に細かい点について質問するようにする。子どもが沈黙しているときは、トラウマ記憶を思い出しているときなので、邪魔をせずに子どもとその時間を共有する。

例) オープンな質問：<何を考えていたの?>

<心の中で、何と言っていた?>

<どんなふうに感じていたの?>

<それから、何が起きたの?>

具体化する質問：<それについて、もう少し話してくれる?>

<私はそこにいなかったから、説明をしてほしいの>

<それについて、すべて知りたいの>

<その場面について、もう一度話してくれる？>

<そう、あなたの伯父があなたの脛を触り始めたのね…>

また、トラウマティックな死別を経験している子どもに対しては、子どもが死についてどの程度の知識があるのかを確認し、さらに追加のセッションが必要となる。例えば、カトリーナ・ハリケーンの時は、家族のアルコール依存症、薬物依存症、DV、身体症状、家族の離散などの問題が多く起きた。事件や災害後のTV視聴率が長い子どもは、より PTSD のリスクが高いため、視聴を制限するよう保護者や教師への支援をすることが求められる。保護者に対しては、子どものトラウマナラティブの課題について次のような説明をする。

例) <ケガを放置すると、傷口のばい菌が増えてしまいます。ケガを治すには、傷口を洗って、消毒をする必要があります。放っておくと、かえって悪化してしまいます。最初はちょっと痛いかもしませんが、傷をやさしく洗って必要であれば薬をつけることが大切です。トラウマも同じなのです。>

段階的な曝露の階層の例

- ① 子どものトラウマについての一般的な情報
- ② 加害者との非虐待的な関係
- ③ 開示と調査
- ④ 最初の、または、最も近いトラウマ体験のエピソード
- ⑤ トラウマの他の特別なエピソード
- ⑥ 最もひどいトラウマ体験

セラピストは、<何が起きたの？><そのとき、どう感じた？><体の感覚はどんなふうだった？>などと質問をし、そのあと<今、どんな気分？>と現在の気持ちを尋ねる。

楽しい活動についてのナラティブを練習し、思考・感情・身体感覚について話す準備をする方が良い場合がある。短いエピソードについて話すことは、子どもの達成感を強化する。「あなたが今お話してくれたということはすごいことね！」と子どもを誉める。それから、セラピストはそのできごとに関連した質問をする。

例) <最近あつたいいことについて話してくれる？>

「テストでいい点がとれたよ」

<そう、そのときどう感じた？>

「うれしかった！ ャッターって思った」

<そういうときは、からだがどんなふうになるの？>

「ああ、よかったです、ほっとする」

<ほっとしたのね。それから？>

「うれしくて、心臓がドキドキした。家に帰ってお母さんに話したいと思った。」

<心臓がドキドキしたのね。それからどうなったの？>

「放課後家に帰って、お母さんのところに飛んで行って、テストでいい点取ったよって言った」

<次に何が起きたの？>

「お母さんがハグしてくれた。すごくうれしかった」

<あなたのお母さんがハグしてくれて、あなたはとてもうれしかったのね。そのことをお話して
くれてありがとう。私もそこにいたみたいに感じたわ。あなたがどんなにうれしかったかわか
るわ>

<じゃあ、最後に性的虐待を受けた時のことをお話してくれる？それとも、最初に、被害のこと
をお母さんに話したときについて話してくれる？>

(※セラピストは、子どもの協力を強化し、2つの選択肢を与えることで子どもにコントロール
感を持たせる)

「お母さんに話した時のこと」(※たいていの子どもは不安の少ない、母に話した場面を選ぶ)

<じゃあ、虐待についてお母さんに最初に話した時どんなふうだったか正確に話してね>

「言いたくなかったけど、言わなくちゃ、と思って言ったの」

<どんな気分だった？>

「ドキドキしたし、お母さんにどう思われるかわからなくて心配だった」

<どんなふうに？>

「怒られるかもしれないとか、お母さんがショックを受けたらどうしようって」

<何が起きましたか？>

「お母さんはちょっとびっくりした顔をしていたけれど、話を聞いてくれた」

<そのとき、どう感じた？>

「安心した」

<どんなことを考えたの？>

「ほっとして、言ってよかったです」

<そう、話したら…？>

「よかったです」

<今、話してみて、どんな気分？>

「よかったですと思う」

<そう、よかったですのね>

段階的な曝露

子どもが再び、トラウマの場面を再現できるように援助する。<覚えている？>という質問は用いない。ナラティブを読み返しては、進んだり戻ったりする。子どもが止まつたり中断した間も、待つようとする。最後は、ポジティブな内容や楽しい儀式で終えるようにする。

段階的なエクスポージャーのやり方として、①遊びを用いた再演 ②考え方や感情、身体感覚の描写 ③実生活内曝露 ④絵画や詩、本などで、虐待を表現したり記述したりする ⑤音楽や映画、TV番組などのポップ文化 などがある。

(段階的な曝露の例)

「伯父さんが、おやすみのキスをするために、私の部屋に入ってきた。伯父さんは布団をはいで、

「私は怖かったです。私はとても怖かったです。終わると、彼は出て行きました。翌朝、私が起きると、彼が『おはよう、気分はどうだい?』と言ったので、私は『いいわよ』と言って、学校へ行きました。」

「伯父さんが、おやすみのキスをするために、私の部屋に入ってきました。私はいい気分でした。伯父さんは布団をはいで、私に触り、私の脛を触りました。私はとても怖くて、いやな気持ちがしました。そして、どうして彼がこんなことをするんだろうと考えていました。私は伯父が好きでした。私は寝たふりをしていました。彼は私の脛を触ると、部屋を出て行きました。翌朝、私が起きると、彼が『おはよう、気分はどうだい?』と言ったので、私は『いいわよ』と言いました。内心では、私は怖くて、何といっていいかわかりませんでした。私は学校へ行きました。」

(ナラティブをまとめる)

トラウマナラティブにタイトルをつけ、それぞれの章を時系列に並べるように支援する。もう一度読んで、適切な思考と非機能的な思考を特定する。結末は肯定的なものにする(例; このプログラムで学んだこと、個人の強さ、将来への期待など)。

(最終章の例)

「私は伯父から性虐待を受けて、ここにきました。私は怖かったし、いやな気持ちがしていました。今は、私は自分のからだは何の問題もなくて、打ち明けることができた勇敢な子だと思っています。なぜ、彼はあんなことをしたのかわからないけれど、それは彼の問題であって、私の落ち度ではありません。

私は性虐待について、何といつていいか分からなかっただし、どうすべきかもわかりませんでした。自分では何もできないと思っていました。でも、そうではありませんでした。私はすごく勇気があったと思います。私はお母さんに打ち明けて、できごとについて、この本にまとめることができました。それはとても誇らしいことだと思います。

もし、あなたに同じことが起きたら、『いや』と言いましょう。そして、逃げて、誰かに言うのです。『いや』と口にするのはすごく難しいことだけど、とにかく言うのです。それは何よりも大切なことです！ 信用できる人に話して。おしまい。」

ナラティブが終了したあとに、プロセッシングを行う。途中で非機能的な思考がみられても、指摘せずに最後までナラティブを作成させることが重要である。途中で子どもを中断してはいけない。

回避を減らすために、子どもの努力をよく讃め、繰り返し治療原理を説明することが求められる。ゆっくり進めたり、しばらく待ったりすることが必要である。子どもが対処スキルを学ぶように支援していることを伝え、励ます。セラピストはとても創造的で忍耐強いことが求められる。このことは、治療を通じて非常に重要であるが、特にこの要素では重要である。

プロセッシング

トラウマナラティブをよりよいものにし、効果的なプロセッシングを行うためには、ソクラテス式問答によって、バランスのよい認知(思考)ができるようにすることが重要で

ある。過度に楽観的でもなく、悲観的でもない、現実的で役に立つ思考にしていく。

例) 「私がセクシーな格好をしていたから、レイプされたんだわ」

<セクシーな服装の女の子は、みんなレイプされるの?>

<以前、同じ服装をしていたときも、レイプされたの?>

<あなたのほかにも、セクシーな格好をしていた女の子は、レイプされるの?>

例) 「僕が 110 番通報をしたから、家族がバラバラになっちゃったんだ」

<本当にそうなのかなあ？あなたはなぜ警察を呼んだんだけ？>

<お父さんがお母さんに暴力を振るったから、あなたが警察通報をしてお母さんを助けたのよね>

<あなたの行動とお父さんの行動と、どちらが家族をばらばらにしたのかな？>

<あなたのしたことは勇気のあることだと思うわ>

例) 「地震はこれからもおさまらない」

<世界中で他に地震がずっと続いているところはあるかな？>

<他の地震はおさまりましたか？>

<この避難所は余震が起ったとき安全ですか？>

<この建物が安全かどうかを確かめるためにどうすればいいですか？>

<確かに、まだ余震は続いているけれど、今はこうして避難しているから大丈夫>

ナラティブづくりに役立つ書籍

- Maybe Days: A Book for Children in Foster Care.
- Please Tell!: A Child's Story about Sexual Abuse.
- A Safe Place to Live: A Story for Children Who Have Experienced Domestic Violence.
- Helping Families Heal. ※身体的虐待

【構成要素 5】トラウマナラティブ 《資料》

巻末資料を参照してください。

T-1 (あなたのことを話してくれますか?)

【構成要素6】実生活内での段階的曝露

ナラティブを作成することで、ほとんどの子どもは、トラウマ記憶やその他のリマインダーの回避を克服すると予想される。しかし、ナラティブの技法だけでは不十分な場合、実生活内曝露は、子どもが、日常生活機能を障害するような環境の中のトラウマ・リマインダーの回避から回復するのを支援する可能性がある。

実生活内曝露は、治療前には、ほとんどの子どもも保護者も取り組んでこなかったことである。恐怖に向き合えずにきたことで、回避症状が長期化してしまう。トラウマナラティブと同様に、段階的曝露でも、子どもが恐怖やリマインダーに徐々に慣れていき、圧倒されることが無くなるように支援することが重要である。

まず、実際には危険ではないのに子どもが恐怖を感じるような状況を確認する。それから、保護者と子どもと協力して、恐怖を引き起こす状況に向き合えるよう、段階的な計画を作成する。最終的に、その計画への保護者の信頼と同意、積極的な関与が不可欠である。保護者の賛同が得られるもののうち、子どもや協力してくれる機関（学校など）と話し合いながら課題を決定していく。

例) 自宅の母親が気がかりで学校に行けなくなってしまった子どもの計画

第一週目 月曜日・火曜日…家に電話を入れずに2時間だけ登校する

水曜日・木曜日…同じ条件で、3時間登校

金曜日 …同じ条件で、4時間登校

※気分が悪くなったら、5分間だけ保健室に行って呼吸法とリラクセーションをして
もよい。決めた時間よりも長く学校にいれたら、家に一度だけ電話をしてもよい。

目標を達成したら★のマークを一つ、目標以上に取り組めたら★★をもらえる。

★が10個たまつたら、週末に2本のDVDを借りて母親と観ることができる。

第二週目 月曜日 ……4時間登校

火曜日・水曜日…5時間登校

木曜日・金曜日…6時間登校

※条件は第一週と同じ。

第三週目・第四週目 一日中、学校にいる。

子どもが帰宅して★をもらっていたら、母親はすぐに子どもをよくほめて、安心感を与えるようにする。学校にいる間も、子どもの計画を教職員やスクールカウンセラーが理解していて、サポートしたりリラクセーションの練習を強化してあげるのが望ましい。

実生活内の段階的曝露によって、確実に大部分の回避症状は軽減される。大切なことは、子どもが自分の能力や克服する自信を持つことである。それによって、子どもは自己効力感を高めることができる。

【構成要素6】実生活内での段階的曝露 《資料》

巻末資料を参照してください。

I-1 (生活の中での練習：不安階層表)

I-2 (生活の中での練習：不安階層表チェック表)

* “イライラ日記”も参考資料としてお使いください

【構成要素7】親子合同セッション

初期の親子合同セッションは、保護者が、ほめる・選択的注目・reflective listeningなどの効果的なペアレンティング技術を練習できるように実施されることがある。親子は、クイズやゲームと一緒に参加し、これまでに学んだ対処法を練習し、トラウマの衝撃や特性についてこれまで学んだことを復習する。これらのゲーム形式のワークの目的は、ゲームを楽しみながら感情を表現したり、トラウマの心理教育で学んだ知識を復習することである。子どもが質問に回答し保護者が子どもをほめると得点が追加されるなどのルールになると、ペアレンティングの練習にもなる。

子どもが保護者の前でナラティブを読み上げる前に、保護者セッションで、保護者に先に読んでもらい、または、セラピストが読むのを聞いてもらい、説明をしておく。どちらにするか、保護者に選んでもらう。保護者にとっては苦痛を伴う課題になるので、子どもとの合同セッションの前に練習をしておく必要がある。そして、合同セッションで保護者がどのように反応したいのか、あらかじめ打ち合わせておくことが大切である。ポイントは、①しっかり聞く ②褒める の2点である。保護者は、子どもの話を注意深く聞いて、子どもの感情が当然のことであることや、子どもが成し遂げたワークを誉めていることを子どもに伝える必要がある。

また、子どもが合同セッションの前に、親の前でナラティブを発表したくないと言った場合、その理由を子どもに尋ねる。子どもは、ナラティブを読むと保護者が混乱するのではないかということを恐れていることが多い。セラピストは、保護者がそのできごとについてだいたいのことをすでにセラピストから聴いて準備ができているし、その体験を共有することをとても誇りに思っていることを伝え、子どもを安心させる。セラピストは、保護者がナラティブを聴きたがっていて、わが子がナラティブを書いたことを誇りに思っていると子どもに伝えてよい。回避を軽減するために、心理教育を行うことも必要である。例えば、性的虐待のケースで、ナラティブを読むのを嫌がっている子どもには、「性的虐待は、個人の性的体験ではなくて犯罪である」ことを説明する。また子どもが、「お母さんには見せてもいいけど、お父さんはダメ」などと言うときは、たいてい子どもの恥の気持ちが関連しているので、その感情や思考に注意を払うことが重要である。

保護者の前でのナラティブの発表が終わったら、保護者と子どもに「どんな気持ちがしますか?」「お母さんはどう思っていると思う?」など、自分やお互いの気持ちについて質問する。保護者には、事前に説明しておいたように、子どもに共感して話を聴いてもらい、子どものことを誇りに思うということを言葉で伝えてもらう。

性虐待のケースで母親が被害者である娘を責めている場合や、保護者もPTSDになっているような場合は、親子合同セッションの実施が難しい。このようなケースでは、ナラティブの共有は禁忌である。また、セッションで作成したナラティブは、司法における資料や証拠として用いるべきではない。ナラティブはあくまでも子どもとセラピストが作成した物語であり、回復やより健康な信念と結論を反映するようにデザインされたものである。

【構成要素 10】将来の安全感と発達の強化

標準的な安全のルールを再確認し、OK タッチと not OK タッチについて学ぶ。ストレスに対して、どんな問題解決スキルを身につければよいかを考えたり、気づきの力を高めたりする。自信のあるふるまいをすることで、恥の感覚を軽減させることができる。

個人的な安全スキルとして、アサーション（「あなたが～な時、私は…」「私は～と感じた」「私は～と思う」「私は～したい」など自己主張ができること）や、重要なからだの安全スキルとして覚えておくべき「NO, GO, TELL（声を上げて、逃げて、誰かに相談する）」のスキルを身につけさせる。これらは、子どもの安全を守るために非常に有用な方法である。子どもたちは、1セッション以上をかけて少しずつ学んでいく。さらに、治療が終わつた後、子どもが異なる発達段階に到達した時にも、保護者は個人的な安全についての会話を続けるように支援される必要がある（例；子どもが青年期になったとき、デート・レイプについて話すなど）。

DV 家庭のケースにおいて、セッション時にまだ現実的な危険性がある際には、安全スキルを教える必要がある。一方、性的虐待のケースでは、安全スキルについて早くに取り上げると、子どもの自責感（「私がやるべき対処をしなかったから、被害を受けたのだ」）を高めてしま恐れがある。だから、身体の安全スキルは、トラウマナラティブとプロセッシングが終わり、子どもが認知のプロセッシングの知識を獲得した後に、取り組む。

ボディイメージに関するワークは、「自信があるように見えるためにはどうしたらいいか？」などのゲームをしながら、顔や視線を上げたり、背筋を伸ばしてしっかり歩いたり、笑顔の表情をつくるなど、自信のある肯定的な態度やアサーティブなコミュニケーションスキルを学ぶことを支援する。子どもが、アサーティブ・受動的・攻撃的な行動の違いを学ぶように支援する。ロールプレイを通して、子どもは、相手の目を見て話すことや、自然な表情、自信に満ちた態度、しっかりした口調、してほしいことを言葉で伝えることなど、アサーション技術を使用することを学ぶ。

性的虐待を受けた子どもにとって、思春期について・セックスと性的虐待の違いについて・対人関係上の問題などのテーマを含む、適切な性教育は非常に役に立つものである。性についての絵本や教材を用いてもよいが、子どもの年齢に合わせて、内容を選択する。就学前の子どもにはよりわかりやすいものを用いる。

修了式

最終セッションでは、これまでに学んだスキルや学習内容の振り返りをし、今後、生活のなかで何かにつまずいたときにどうするかを話し合い、子どもが何かあったときにも対処できるという自信を持たせ、保護者は今後も引き続き治療上大きな役割を果たすことを再確認する。その後、治療の修了についてのお祝いをする。

TF-CBT の終了時には、クリニックやその他の場所において、修了パーティをする。子どもの年齢や趣味に合わせて、例えば、サルサ・ダンスパーティ、ミュージック、クッキング・食事、親がクッキーを持参してのお茶会など、いろいろなやり方がある。子どもと保護者が、成果を共有したいと思う祖父母や他のゲストをを招いてもよい。

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：24年度は子どもの双極性障害の診断・治療の標準化に必要なデータおよび情報についてエビデンスの収集を行った。また、本邦においての双極性障害の診断および治療についてのアンケート調査をおこない子どもの双極性障害の標準化に必要なデータの収集を行った

方法：調査対象は、子どもの双極性障害を対象として、プラセボ対照群あるいは観察群を対照群として用い、薬物療法および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を用いて行われた。データ収集をより包括的なものにするため、児童思春期の専門誌、子どもの双極性障害のガイドラインの引用文献にてデータを補完した。また、本邦での気分障害の診断・治療の実態について調査するために、6症例ビニエット（英米の診断比較に用いられたビニエットの翻訳）を用いて児童精神科医の診断・治療の実践について調査を行った。

結果：気分障害ビニエットを用いたアンケート調査の結果、本邦での双極性障害の診断は、イギリスの児童精神科医の診断パターンと類似し、アメリカの児童精神科医の診断パターンとは異なる傾向にあることが示された。本邦の児童精神科医は双極性障害の診断の際に気分の高揚、多幸感の存在を重視し狭義の双極性障害を双極性障害と捉え、いわゆる広義の双極性障害を双極性障害と診断する児童精神科医の比率は低かった。また、本邦では、うつ病を含めた気分障害を低捉える傾向が示された。データベース検索の結果、子どもの双極性障害に対してプラセボ対照を用いた臨床試験は、薬物療法については6報告、精神療法については1報告であった。精神療法は、従来成人で有効性が示された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。双極性障害躁病相に関しては、複数の非定型抗精神病薬がプラセボ対照試験にて有効性を示しているが、古典的な気分安定薬に関してのエビデンスが少なく、成人で有効性が認められている薬物に関してもプラセボ対照試験にて有意差が認められないものがあった。子どもの双極性うつ病に関しては有効性を示すプラセボ対照試験は存在しなかった。アンケート調査の結果では、双極性障害の診断症例では、抗精神病薬を治療の第一選択とする医師が多く、気分安定薬がそれに続き、疾病教育の重要性を認め、症状の寛解期に精神療法を行う児童精神科医の意見が多数を占めた。

考察・結語：本邦では、気分の高揚、多幸感を示す狭義の双極性障害を双極性障害と捉える傾向が明らかになった。症例報告やオープン・ラベル試験において、心理社会的介入が子どもの双極性障害では重要であることが示唆されているがエビデンスに乏しく、今後子どもの双極性障害への心理社会的介入に関してのさらなる研究が必要である。薬物療法に関しては成人と比較し、子どもの双極性障害の躁病相では非定型抗精神病薬の有用性が高く、古典的な気分安定薬の有効性が低いことが示唆されている。現時点では子どもの双極性うつ病に関しての有効なエビデンスを示す薬物はなく成人の双極性うつ病に準じて慎重に行う必要ある。

A. 研究目的

子どもにおける双極性障害の頻度は0.6-1.0%と推定されている。過去10年間でアメリカでの子どもの双極性障害の診断が入院で7倍、外来では40倍と急増していることから、子どもの双極性障害の適正な診断についての議論が盛んになってきている。従来、子どもの双極性障害は成人の治療に準じて行われていたが、子どもの双極性障害への認識が高まるにつれて、双極性障害の治療についてのevidenceも蓄積されてきている。今回、双極性障害の実態について、本邦で診断についてのアンケート調査を行うとともに双極性障害の治療のエビデンスについて系統的な文献検索を行った。

B. 研究方法

1) 双極性障害の診断・治療に関するアンケート調査：6症例ビニエットを用いて行われた。英米の診断比較に用いられたビニエット(Dubicka, 2008)（(資料参照)）を翻訳し、6症例の診断、症状の評価、治療について、多肢選択式の質問と記述式の質問を用いて尋ねた。対象は、全国の児童思春期の診察を行っている22施設の児童思春期外来あるいは入院治療を行っている施設に送付した。

2) 双極性障害の治療に関するエビデンスに関する調査：調査の対象は、児童期うつ病の患者を対象としてプラセボ対照群あるいは観察群を対照群として用いて精神療法の有効性を比較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Medilineを用いて行われた。過去15年間の医学雑誌に掲載された論文を対象に“bipolar”および“Child”あるいは“adolescent”」を第一の検索キーワードとして用い文献検索を行った。選択された文

献に対して「“evidenced based treatment”あるいは“psychotherapy”あるいは“double blind”」を検索キーワードとして掛け合わせ絞り込みを行った。また医学中央雑誌データベースで“抗うつ剤”“精神療法”“児童”“思春期”を検索キーワードとして邦文論文に対しても同様の検索を行った。同時に、J Am Acad Child Adolesc Psychiatry、Archives of General Psychiatry、Journal of Affective Disorders、Biological Psychiatry、Bipolar disorder、American Journal of Psychiatry、British Journal of Psychiatry、Psychol Bull、J Consult Clin Psychol、双極性障害治療ガイドラインからの過去15年間の児童の双極性障害の治療について原著論文および総説を手動で検索した。

(倫理面への配慮)

文献検索び児童精神科医へのアンケート調査に関しては、倫理的問題は発生しない。

C. 研究結果

ビニエットを用いたアンケート調査に対して送付した22施設のうち9施設(40.1%)から46の回答を得た。アメリカ、イギリスと比較して(Dubicka, 2008), 本邦での双極性障害の診断は、典型的な双極性障害である症例5では、アメリカ96%、イギリス92%、日本75%と双極性障害の一一致率は高かったが、症例1のような広義の双極性障害では、アメリカ75%、イギリス35%、日本17%と同一のビニエットを読んでも診断にはらつきが認められた。本邦の児童精神科医は双極性障害の診断の際に気分の高揚、多幸感の存在を重視し狭義の双極性障害を双極性障害と捉えていた。一方、いわゆる広義の双極性障害を双極性障害と診断する児童精神

科医の比率は低かった。また、すべてのビニエットで気分障害の存在を日本人の児童精神科医はイギリス、アメリカの児童精神科医よりも低く捉えていた。また、双極性障害の治療においては、日米欧ともに気分安定薬あるいは非定型抗精神病薬を治療の第一選択薬と考えていた。

データベース検索の結果から、精神療法に関しては待機群などを用いて対照試験を行い待機群との比較を行っている。165名の6-12歳のうつ病あるいは双極性障害患者を家族心理教育的精神療法と通常の治療を組み合わせた群（78名）と精神療法待機中で通常の治療を受けていた群（87名）に無作為に振り分けて、ベースラインと6, 12, 18か月後の比較を行った。6か月後の比較では、気分障害の症状の有意な改善が家族心理教育的精神療法と通常の治療を組み合わせた群においては通常の治療のみ群より認められた(Fristad, 2009)。

薬物療法に関するエビデンスは気分安定薬と抗精神病薬に分けてまとめる。

気分安定薬

Lithium : 50名の13歳から17歳の躁エピソードに対しての6週間のopen trialでは、Clinical Global Impression (CGI)での評価で68%の対象に有効性が示された。しかし、思春期前の発症群では、有効率が40%と思春期発症群の80%よりも有意に低く（ $p<0.02$ ）、若年発症群ではlithiumの有効性が低い可能性を示唆している (Strober, 1998)。100名の12歳から18歳の躁エピソードに対しての4週間のopen trialでは、Young Mania Rating Scale (YMRS) および CGIでの評価において、63%の対象に有効性が示された (Kafantaris, 2003)。Lithiumの有効性をプラセボ対照二重盲検臨床試験

で評価した研究は現在まで2つしかない。Gellerらは、プラセボ対照二重盲検デザインで、25名の薬物乱用を合併する双極性障害I型、II型思春期患者をthe Children's Global Assessment Scale (CGAS) を用いて評価した。6週間の比較ではLithium群（60%）はプラセボ群（8.3%）より有意な有効性を示した（ $p=0.024$ ）。しかし、気分に関する症状の比較では両群の間では有意な差が認められなかった (Geller, 1998)。双極性障害の思春期患者108名を対象にlithiumを4週間処方（平均血中濃度：0.99 mEq/L）し、症状の改善を示した症例に対して lithiumの継続とプラセボの2群に分けて症状の再燃を比較した。2週間後の比較では、プラセボ群の61.9%、lithium群の57.5%に症状の再燃が認められた。プラセボ群と比較しLithium群の再燃率は低かったが、統計的な有意差は認められなかった (Kafantaris, 2004)。12-18歳の双極性うつ病27名に対するopen studyでは、lithium血中濃度を1.0-1.2 mEq/Lに設定し治療を行い、effect sizeは1.7と高い治療効果を示した (Patel, 2006)。Lithiumの再燃予防の効果があることは、18ヶ月の調査で、lithiumを中止した群は、92%が再燃を起こし、継続した群は38%が再燃を起こしたことでも示されている (Strober, 1990)。2006年より急性期・長期のlithiumの有効性と安全性を明らかにするために、アメリカNIMH主導で7歳から17歳の双極性障害の多施設研究が始まっている (Findling, 2008)。

Valproate: 複数のopen studyでvalproateが子どもの躁病エピソードに効果があることが示されている。17名の躁病エピソード患者（平均年齢17.3歳）に7週間DVPXを投与した。試験終了時の一日平均投与量は、

1,423.08 mgであり、平均血中濃度は642.85 ± 183.08 mmol/Lであった。the Modified Mania Rating Scale (MMRS) で75%以上の症状改善を著効群、50-74%の症状改善を中等度改善群とした場合に、62%が著効、31%が中等度改善を示した (Papatheodorou, 1995)。Lithium, valproate と CBZ の躁病エピソードへの効果を比較したopen studyでは、valproate のeffect sizeは1.63、CBZの1.0、Lithiumの1.06であり、valproate はlithiumと同等の効果がある可能性が示唆された。一方で、最新のプラセボ対照二重盲検臨床試験では、150名の双極性障害の児童思春期患者（躁病エピソードあるいは混合エピソード）が、プラセボとvalproateの徐放剤の2群に無作為に振り分けられた。4週間後のYMRSを用いた比較では2群に有意差はなかった。

Carbamazepine (CBZ : CBZの効果については症例報告が多数をしめ、open studyでは前述したKowatchらの報告が双極性障害への効果を示唆しているのみである。一方、行為障害あるいはADHDが合併する双極性障害の症例にCBZを投与した際に20症例中6症例で症状が悪化したと報告がある (Pleck, 1988)。

Lamotrigine: Lamotrigineは、成人の双極性うつ病の治療に有効であることが示されている (Calabrese, 1999, Bowden, 2003)。一方、子どもを対象とした臨床試験はopen studyが一つのみである。12-17歳の双極性障害（うつ病エピソードあるいは混合エピソード）20名を対象にLamotrigineを単独あるいは他の薬剤に追加し8週間投与した。最終の平均の一日処方量は、131.6mgであり、84%がCGIで改善したと評価された (Chang, 2006)

その他の気分安定薬では、Gabapentinは、成人での臨床試験で双極性障害への効果がないことが示されている (Pande, 2000)。子どもにおいても症例報告で効果を示した症例が報告されているが (Soutullo, 1998)、一方で低年齢では脱抑制を引き起こすことも報告されている。Topiramateは、躁病エピソードに対してプラセボ対照二重盲検臨床試験が行われたが、効果が認められず、臨床試験の途中で試験は中止された (DelBello, 2005)。Oxcarbazepineは、成人では双極性障害に効果が示されているが、子どもに関してはプラセボ対照二重盲検臨床試験においてプラセボとの間で有意差が認められなかった (Wagner, 2006)。

非定型抗精神病薬

Aripiprazole : 10-17歳の双極性障害I型296例を対象に4週間の無作為プラセボ二重盲検試験が行なわれた。プラセボ群と、Aripiprazole10mg、30mgがYoung Mania Rating scale (YMRS) によって効果が判定された。Aripiprazoleは2mgより開始され、3日目より5mg、5日目より10mgに增量され、30mg群は7日に15mg、9日に20mg、13日目に30mgまで增量された。4週間後のYMRSの改善は、プラセボ群では8.2%、10mg群では14.2% ($p<0.001$)、30mg群では16.8% ($p<0.001$)と統計的に有意な差があった。また、寛解もそれぞれ、15.2%, 39.6% ($p=0.05$)、56.6% ($p<0.001$)と有意な差が認められた (Wagner, 2007)。

Risperidone : 10-17歳の双極性障害I型169例を対象に3週間の無作為プラセボ二重盲検試験が行なわれた。プラセボ群とrisperidone0.5-2.5mg群、3-6mg群の3群に分けられYMRSによって効果が判定された。81%が臨床試験を終了し、3週間後のYMRSの

改善は、プラセボ群では9.1%，0.5–2.5mg群では18.5% ($p<0.001$) 、3–6mg群では16.5% ($p<0.001$) と統計的に有意な差があった。また、YMRSのスコアが50%改善した反応群もrisperidone群が有意に多かった。有害事象の出現は、0.5–2.5mg群より3–6mg群で多かった (Pandina2007)。

Quetiapine: Quetiapineは2つの対照を用いた臨床試験で有効性が示されている。Delbelloらは(2002)、思春期の12–18歳の双極性障害（躁病エピソードあるいは混合エピソード）30名に対してdiavalproexを20mg/kgで開始し、quetiapine群とプラセボ群に無作為に振り分けた。Quetiapine群は1日450mgまで增量された。Diavalproexとquetiapine群は、diavalproexとプラセボ群よりもYMRSスコアで有意な症状の改善が認められた ($p=0.03$)。YMRSでの反応率に関しては、diavalproexとquetiapine群は8.7%と、diavalproexとプラセボ群の5.3%とよりも有意に高かった ($p=0.05$)。さらに、12–18歳の50名の双極性障害（躁病エピソードあるいは混合エピソード）に対してdiavalproex（血中濃度80–120mg/dl）とquetiapine（一日量400–600mg）を無作為に振り分けて4週間治療を行なった。寛解率は、Diavalproex群で28%、quetiapine群で60%とquetiapineは有意に寛解率が高く、寛解に至る時間も短かった。277名の躁病エピソードの患者を3週間quetiapine 1日400mg、1日600mgとプラセボの3群に無作為に振り分けた。quetiapineは、400mg群、600mg群のいずれの量でもプラセボと比べて統計的に有意な改善を示した。

olanzapine: olanzapineは、10–17歳の159名の双極性障害の患者が、3週間プラセボとolanzapineに1:2の比率で割り振られた。

Olanzapineの1日平均量は9.7±4.5mgであった。プラセボ一群に比べてolanzapine群は有意な躁症状の改善を示した、一方で42%の患者が7%以上の体重増加を示した (Tohen, 2007)。

D: 考察

子どもの双極性障害の治療は、複数の要因が関わり込み入った判断が必要である。そのため、しばしば多くのガイドラインは、薬物の選択の際に包括的な患者の評価を行い、1) 診断の確定、2) 疾患の病相、3) 並存する症状(すなわち 急速交代性、精神病症状)、4) 合併疾患、5) 副作用と安全性、6) 患者の過去の薬物への反応、7) 患者や家族の薬物への好みを考慮しながら、8) 有効性のエビデンスを加味して薬物を選択することを推奨している。

1) 子どもの双極性障害の診断

診断は、国ごとにばらつきがあるが、気分の高揚や多幸感が認められる狭義の双極性障害については日欧米間で一致した傾向が認められた。一方、広義の双極性障害を双極性障害として捉えるかどうかについては国ごとに違いが認められる。狭義の双極性障害をもって双極性障害と捉えるのが現時点では最も一致した見解と考えられる。

1) 躁病エピソードへの治療

成人の臨床体験から多くの薬物が躁病エピソードへの治療薬として使われ、現在まで気分安定薬や非定型抗精神病薬の単剤の使用が多く、治療アルゴリズムやガイドラインで推奨されている。最近は非定型抗精神病薬を第一選択にするアルゴリズムが推奨されている (Kowach 2009)。もし、非抗精神病薬の単剤で効果がない、あるいは副作用のため薬物服用が困難である場合は、気分安定薬と非定型抗精神病薬の併用

を試みる。さらに、十分な反応が認められないときには修正型通電療法 (ECT) が考慮されている。lithium、CBZ、divalproexを服用している双極性障害の子どもの40%にしか有効性を認めないと報告している。気分安定薬の単独療法はeffect sizeが小さく、気分安定薬の2剤の併用がしばしば必要であるとしている (Kowach 2009)。

2) 双極性うつ病の治療

双極性障害が、しばしばうつ病相で始まり、単極性のうつ病との鑑別は困難である。双極性うつ病の子どもは抗うつ薬により躁転する危険性があり、特に10-14歳の子どもは躁転する危険性が最も高い。さらに双極性うつ病が疑われる症例では気分安定薬を併用すべきである。また、子どものうつ病には三環系抗うつ薬は効果がないと報告されており、また三環系抗うつ薬は躁転の危険性が高く、子どものうつ病が双極性の始まりか単極性うつ病なのか鑑別が困難なことから子どもに三環系抗うつ薬は避けるべきである。子どもの双極性うつ病の治療に関してのエビデンスは乏しく、Lithium (Patel, 2006) と lamotrigine (Chang, 2006) でopen studyが報告されているのみである。急性期の双極性うつ病にはSSRIが効果があるとの報告もあるが、一方で躁転や気分の不安定化を招く可能性もある (Biederman, 2000)。

E:結語

子どもの双極性障害への注目が高まるにつれて薬物療法へ期待も高まってきている。双極性障害の診断は各国間のばらつきも多い。治療に関してはまだ明らかではないあるいは議論の十分なされていない部分も多く、双極性障害の治療におい手は今後多くの変化が予想される。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 齊藤卓弥 気分障害に対する薬の知識教育と医学 60 (10) 78-885 2012
- 2) 成重竜一郎, 川島義高, 齊藤卓弥, 大久保善朗: 児童・青年期の自殺未遂者の原因・動機に関する検討. 児童青年精神医学とその近接領域, 53(1), 46-53, 2012
- 3) 成重竜一郎, 川島義高, 大高靖史, 齊藤卓弥, 大久保善朗: 東日本大震災後における自殺未遂者の特徴. 臨床精神医学, 41(9), 1255-1261, 2012
- 4) Kawashima Y, Ito T, Narishige R, Saito T, Okubo Y: The Characteristics of Serious Suicide Attempters in Japanese Adolescents - Comparison Study between Adolescents and Adults-. BMC Psychiatry, 2012, 12: 191 (doi:10.1186/1471-244X-12-191)
- 5) 齊藤卓弥他 米国多発テロ事件に外傷後ストレス障害を発症した児童症例 児童青年精神医学とその近接領域 53 (2) 118-127 2012

2. 学会発表

- 1) 齊藤卓弥 児童青年期の統合失調症と気分障害に見られる関連性 第9回日本統合失調症学会 2012年3月 名古屋
- 2) 齊藤卓弥 成人の精神障害における発達障害傾向の評価と対応 日常臨床での成人期気分障害における発達障害の評価と治療 第108回日本精神神経学会学術総会 2012年5月 札幌
- 3) Saito T and Narishige R: ADHD and QoL in Japanese children. The International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) 20th World Congress, 2012,