

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⁾ 齋藤 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】

H22年度は、TF-CBTのマニュアルなどを文献的に考察し、Web Trainingを受講した。H23年度は、訪米しプログラム開発者から2日間のIntroductory Trainingを受講し、わが国の症例にもTF-CBTを実践した（pilot study）。H24年度は、引き続き実践を重ねるとともに、実践する際に使用する「TF-CBT日本語版プロトコル」を作成し、実際の臨床場面でTF-CBTを導入する際に使用する、本人保護者向け説明用リーフレットを作成した。

【結果】

①TF-CBTが、わが国の心的外傷関連障害の子ども症例にも十分適応可能であることが明らかになった。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。②日本語で利用できるプロトコ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。③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。

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⁾⁶⁾¹¹⁾「TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy、トラウマフォーカスト認知行動療法)」⁵⁾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

(H22年度)

国内で実施可能なTF-CBT技術の習得。

(H23年度)

TF-CBTプログラム開発者らから直接訓練を受け、国内の心的外傷関連障害の子ども症例に試行的にTF-CBTを実施。

(H24年度)

H23年度受講した訓練内容を基に、日本語版プロゴコールを作成し、研究班内の複数の施設で、試行的にTF-CBTを実施。子どもと保護者へのTF-CBTプログラム説明用リーフレットの作成。

C. 研究結果

(1) 国内で実施可能な TF-CBT 技術の習得

米国国立子どものトラウマティックストレス・ネットワーク (National Child Traumatic Stress Network、NCTSN) が発行している「TF-CBT 実施の手引き (How to Implement TF-CBT)」¹⁰⁾では、TF-CBT の実践において、治療者の準備性の重要性が強調されており、次の4つの条件が挙げられている。すなわち、①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⁾の熟読 ②Web上に公開されている Web-based training「TF-CBT web」²⁾の受講 ③プログラム開発者または認定されたトレーナーから直接 Introductory Training

を受けること ④TF-CBT 実施中にスーパーバイズを受けること である。

H22年度は、国内で実施可能な①と②を実践し、昭和大学精神医学教室特任助教(H22年度当時)の白川美也子医師より、Allegheny General Hospitalで実施された『TF-CBTワークショップ』の伝達講習を受けた。その結果、次のことが明らかになった。

TF-CBT は、さまざまな心的外傷を体験した子どもとその保護者を対象としたトラウマフォーカスト認知行動療法である。心的外傷により引き起こされた子どもの PTSD・うつ・不安・恥の感情や問題行動を改善し、保護者のストレスやうつを改善 することがいくつかの RCT で実証されている³⁾⁴⁾。また、喪失体験などに伴う悲嘆に焦点化した要素を追加することも可能である。TF-CBT には様々な治療原理が取り入れられており、いくつかの要素から構成されている。構成要素は下記の通り「PRACTICE」の頭文字で表されている⁵⁾。

P; Psychoeducation(心理教育)

Parenting skill(ペアレンティングスキル)

R; Relaxation and stress management skills
(リラクゼーションとストレスマネジメント)

A; Affective expression and modulation s
(感情表現と調整)

C; Cognitive coping skills(認知コーピング)

T;Trauma narrative and cognitive processing
(トラウマナラティブ・プロセス)

I; In vivo desensitization
(実生活内のリマインダーの統制)

C; Conjoint child -parent sessions
(親子合同セッション)

E; Enhancing Safety and future development
(将来の安全感と発達の強化)

プログラムは、少なくとも8セッション以上が必要とされているが、子どもの状態に合わせて柔軟に対応すべきであるとされている。子どもたちはまず、体験した心的外傷についての心理教育を受け、自分に何が起こったのかを適切に理解し、自

責感や罪障感を軽減するように支援される。そして、自らの身体とところをコントロールすることが可能であることを、さまざまなリレーション技法を通して学ぶ。また、自分の感情を同定し表出する練習や、思考・感情・行動の関わりに気づき、非機能的な思考を修正することを習得する。これらのセッションにより、子どもの自尊感情や自己コントロール感がある程度回復した段階で、心的外傷の記憶そのものに向き合う段階に入る。恐怖や自責のために回避していた様々な感情や身体感覚・思考などを、安全な治療環境の中で再度体験しなおし、非機能的な認知を修正していくのである。TF-CBTでは、成人の認知行動療法に比べて、より段階的に心的外傷の記憶にアプローチできるように配慮されている。

一方 TF-CBT では、保護者が治療に参加することで治療効果が上がることが実証されている⁷⁾。保護者に対しても心理教育がなされ、子どもの状態を適切に理解し対応することができるように支援される。保護者の心的外傷への曝露度や対応能力などを見極めながら、保護者の治療への関与の程度を柔軟に調節していくことが推奨されている。

(2) TF-CBT introductory training 受講

NCTSNが発行している「TF-CBT実施の手引き」¹⁰⁾に基づいて、CARES Institute (Child Abuse Research Education and Service Institute) において、プログラム開発者の一人である Deblinger 博士から、2日間の introductory training を受講した(H23年7月)。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。

Training では、ロールプレイ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。また、成人の PTSD に実践されている PE 療法(長時間曝露療法)と TF-CBT の基本原理の違いを理解することができた。すなわち、TF-CBT では、PE に比し、トラウマ体験の記憶に段階的に曝露していくように工夫されていた。さらに、PE が恐怖を伴うトラウマ記憶の馴化を目的としているのに対し、TF-CBT の治療目標は、子どもが非機能的な認知を修正し、トラウマ体験を組み込んだ肯定的なストーリーを描き、将来にわたって自らの安全を確保しながら健康に成長していけることであった。

(3) TF-CBTの試行的実施

H23～H24 年度にかけて、「TF-CBT 実施の手引き」¹⁰⁾に基づき、ケース進行中にプログラム開発者のスーパーバイズを受けながら、わが国で、心的外傷関連障害の子ども症例に TF-CBT を試験的に実施した。実施にあたっては、所属機関の倫理委員会の承認を受けた上で、本人および保護者から書面で同意を得た。

症例は、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 10例(2例は進行中)である。その結果、全例で PTSD 症状や性格機能の改善が認められた(進行中の2例は途中経過)。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⁹⁾。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。

(4) 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⁹⁾。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。

これらのことを勘案し、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⁸⁾。

(5) TF-CBT日本語版プロトコルの作成

H23年度、CARES Instituteで受講した、2日間のIntroductory trainingの概要をまとめ⁶⁾、TF-CBT日本語版プロトコルを作成した。作成にあたっては、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。

D. 考察

3年間で、TF-CBT実施のための治療者の準備性を高め、日本語版のプロトコルや、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、プログラム開発者らと情報交換しながら、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。

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(1997): A Treatment study for sexually abused preschool children: Outcome during a one-year follow-up. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36(9), 1228-1235.
- 4) Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, et al(2004): A multi-site, randomized

- controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43(4), 393-402.
- 5) Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E(2006): Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents. New York, Guilford Press.
- 6) Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E et al. (2009): 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.
- 7) Deblinger E, Lippmann J, Steer R(1996):Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. Child Maltreatment, 1(4), 310-321.
- 8) 兵庫県こころのケアセンター(2012): 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>
- 9) 亀岡智美、齋藤 梓、野坂祐子ら(2013):
トラウマ焦点化認知行動療法 (TF-CBT)
～わが国での実施可能性についての検討～. 児童青年精神医学とその近接領域 (in print)
- 10) National Child Traumatic Stress Network(2004): How to Implement Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy(TF-CBT). www.NCTSN.org
- 11) National Child Traumatic Stress Network(2004): How to Implement Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy(TF-CBT). www.NCTSN.org
兵庫県こころのケアセンター、大阪教育大
- 学学校危機メンタルサポートセンター
(2012.12): トラウマフォーカスト認知行動療法 (TF-CBT) 実施の手引き.
<http://www.j-hits.org/child/index.html>
- 12) 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ベーションをする	0.8
膣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ポイントは、子どもが楽しみながら治療を受けられるということだった。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。

構造化をしなくて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、クライア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アントと、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す。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にする。

II. 治療の導入

1. 導入

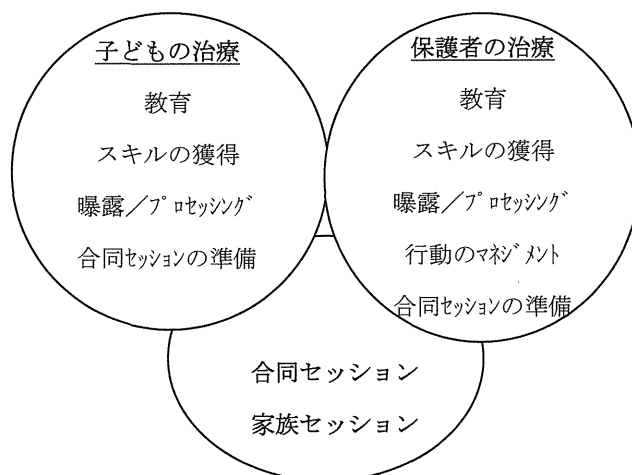
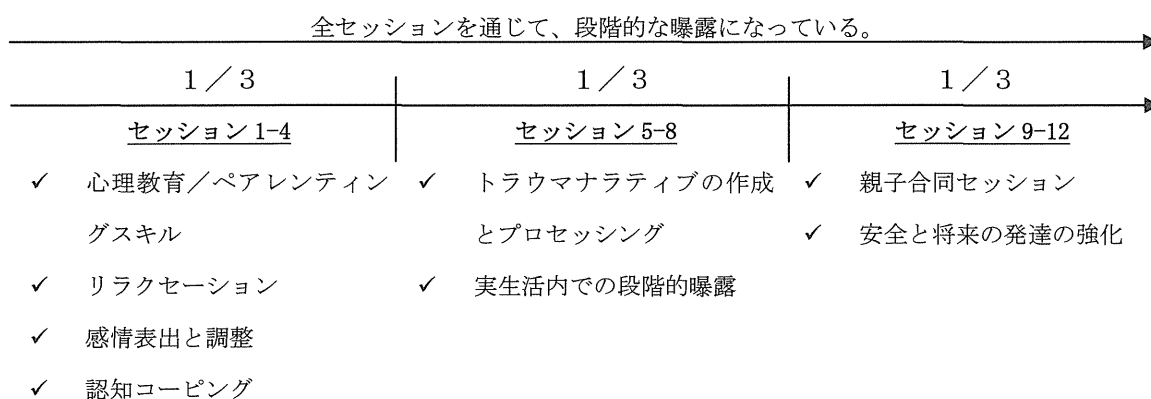
保護者にさまざまなトラウマ反応を説明し、状況を把握する。

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育てて強化する。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歳の女兒リサの保護者に、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。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、次に何が起こるかがわかるので怖くなくなっていくですね。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ますでしょうか？」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出会ってきましたが、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に行う。

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。子どものストレンク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に支援する。

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としたり、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聴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、十代の子どもは聴いてもらっている、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

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】リラクゼーション

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」、「フニャフニャのお人形」「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】リラクゼーション 《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する。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】 認知のコピーング

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かけをする。例えば、「今朝起きて、すぐに自分の頭の中で何て言った？」など問いかけて、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、いつで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かけ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。

G-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