

る。

出来事基準については、多くの場合、幼少期に始まり、なおかつ対人関係に関する、慢性、連続性および持続性のトラウマ（幼少期の虐待、親密なパートナーからの暴力、戦争捕虜、内戦（虐殺）の体験、売春/人身売買）と定義される。

また附加的な特徴として、感情調整の困難があり、挑発されやすく、感情的に刺激に対して敏感に反応し、平静を保つことができないことがあげられている。恐怖/解離、怒り、不安、悲しみなどの感情が問題となりやすい。

また対人関係の問題としては結婚および交際に関する問題、対人関係に対する不満足、子育てに関する問題、仕事における機能不全、社会的孤立、援助が少ないと感じられること。

3 治療の概要

本治療は STAIR (Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation:感情と対人関係調整スキル・トレーニング) と NST (Narrative Story Telling: ナラティブ・ストーリィ・テリング) から構成される。

STAIR の特徴は段階的な治療構造を有していることである。まずトラウマから回復する上での主要原則として過去についての意味づけをするが、患者に差し迫っている問題や必要とされる援助の重要性によって現在を扱うことが優先される。具体的には症状の安定化/対応（急性の苦痛、重度の PTSD）、日々の生活での問題（対人関係、混沌とした生活）、併存する症状（精神病症状、重度のうつ病）などである。

STAIR/NST は弁証法的治療 (DBT) と PE を合体した改良版であり、以下のような特徴を持つ。

STAIR では以下を目標とする。

- ① 希望のリソース
セッション1：治療への導入
 - ② 感情のリソース
セッション2：感情への気づきとネーミングの能力
セッション3：感情調整
セッション4：生活への感情的な関わり
 - ③ つながりのリソース
セッション5：対人関係のパターン（スキーマ）の理解
セッション6：対人関係のパターンの変化（代替スキーマと役割）
セッション7：対人関係の助けとなる力（自己主張と自己制御）
セッション8：対人関係における柔軟性（複数の作業モデル）
- NST の目標は以下の通りである。
- ④ 語りの繰り返し（セッション9-16）
トラウマ記憶の組織化
消去/馴化による恐怖の軽減
 - ⑤ 意味の分析・文脈付け（セッション9-16）
自己および他者に対する信念の作り直し（トラウマスキーマは過去の一部 v s 現在の一部）
トラウマ記憶を生活史に統合する
恐怖以外の感情探求と解消：恥、罪悪感、怒り、および喪失感
 - ⑥ 段階的スキルの継続的な練習（セッション9-16）
患者のニーズに合わせる

(解説)

- 感情調整とは感情の減少ではなく、目標を達成するために、個人が感情を観察、修正、表現するプロセス (Thompson, 1994) のことである。あるいは最適な行動をもたらすことができるように、内的な覚醒状態を処理する能力 (Cicchetti et al., 1991)、または特定の目的のために、感情を抑制または制御するとともに、感情によって導かれる行動を活性化する能力 (Valiente & Eisenberg, 2006) とも言われる。
- そのために感情体験を整理し、まず身体に焦点を当て、体験の内容を整理する (焦点化された呼吸) を行う。また日常生活の困難についての問題解決 問題について境界線を引くことで問題に圧倒されずに扱うのが可能となる。さらに回復力を身につけ維持することにより、脆弱性を低め、回復力を高める。
- また患者や他者を傷つけるような行為や行動をせずに苦痛や困難に耐える能力を高める。そのために、苦痛に耐えることの目標設定を行い、苦痛に耐えることによってもたらされる利益を確認する。
- さらに対人関係スキーマを導入する。これは感情に満たされた認知のテンプレートであり、過去の対人経験に基づく。重要な社会で生期伸びていくための重要な機能を有している。過去の重要な社会的体験によって形成されたスキーマは、現在の認知、判断、行動に影響を与え、自己充足的な特徴

をもつが、過去の状況に対して効果的であったスキーマでも、現在において効果的行動をとるのに適切とは限らない。性的虐待を受けた患者は「従順で『いい子』でいれば愛される」というスキーマを持ち、ドメスティックバイオレンスの患者は「黙って家事をこなしていれば、平和な家庭になるだろう」と思っているかもしれないが、被害がなくなった現在となつては不適切なスキーマになっている。次にこうした対人関係のスキーマを同定し、その修正を行う (図2, 3)。

- NST はエクスポージャーであるが、それを通じて馴化が起こり、圧倒されるような破壊的な不安なしにトラウマを想起することができるようになる。トラウマ記憶を呼び起こすこと自体は危険なことではなく、自己制御が不能になったり「おかしくなる」わけではないという理解が促進される。またセルフコントロールと個人的な能力の感覚の強化され、「あなたが記憶を所有しているのであり、記憶があなたを所有しているのではない」ことが理解される。単回トラウマに対するエクスポージャーとは異なり、トラウマ記憶の階層化を進める。まず患者は個々の記憶を生み出すあるいは“自由に連想する”し、最も難しい記憶から最も易しい記憶へと記憶を順序づける。そのなかで明らかに苦痛をもたらしており、かつ患者が取り組むことができる記憶、または日常生活における重要さに基づいて、課題とする記憶を選ぶ。このナラティブの後に再度対人

関係スキーマに戻って認知的な対話を行う。取り扱う感情は、恐怖、悲嘆、怒り、喪失などの多岐にわたる。

つの治療後より、有意に低い

STAIR/NST - 2002年の研究と比較した基準 (Levitt et al, 2007)

4 治療エビデンス

以下の2研究が代表的である。

STAIR/NST vs. Waitlist (Cloitre et al, 2002)

- ◆ N=58 幼少期のトラウマを抱える女性58名
- ◆ PTSDの軽減, 対人関係問題の軽減, 感情調整の向上
- ◆ 第1段階での感情調整の向上は第2段階でのPTSDの軽減を予測する

STAIR/NST vs. STAIR/SC, SC/NST (Cloitre et al, 2010)

- ◆ N=104 幼少期のトラウマを抱える女性104名
- ◆ STAIR/NST superior to SC/NST in symptom reduction, reduced dropout rate
- ◆ 症状軽減、中断率の低下に関してはSC/NSTよりSTAIR/NSTの方が効果が高い
- ◆ STAIR/NST治療後の再発率は、他の2

- ◆ N=59 9/11に関連したPTSDを抱える男女59名
- ◆ Effect sizes は2002年の研究に近い
- ◆ アルコール・薬物使用の減少と社会的援助の向上がみられた

STAIR グループ vs Treatment-As-Usual (Trappler & Neville, 2007)

- ◆ 重度の精神疾患とPTSDを抱える入院患者男女48人
- ◆ PTSD、感情の離脱と鈍化、および運動興奮性の軽減においてSTAIRグループが優位であった

なお治療効果研究の結果は表2の通りである。STAIRとNSTの組み合わせの治療効果が、STAIRと支持的カウンセリングなどに比べて最大となるのは治療後の追跡期間においてである。

5 日本におけるSTAIR&NSTの導入とスーパーバイズ体制

2012年4月、創始者のDr Marylene Cloitreを招聘し、2日間の研修を行った。ディスカッションやロールプレイを取り入れた参加型のWSとなった。同年8月より、3名の治療者が米国のスーパーヴァイザーの指導を受け

ながら、治療を進めている。スーパーヴァイズは週一回 Skype を通して行われている。

この SV を通じて臨床的に改善の見られた症例のうち 1 名を紹介すると以下の通りである。

事例（個人情報変更済み）

46 歳 女性

幼少期の同居中の叔父からの身体的精神的虐待を体験、実母への DV を目撃。その後同居していた従兄弟からの性暴力や、交際相手からの DV、悲惨な自然災害の目撃など、複数のトラウマを持つ。元交際相手からの DV のため、シェルターに避難した後、現在は治療を受けながら姉と生活している。フラッシュバック、多大な恐怖、不眠、不安、緊張、感情のコントロールが出来ない等の症状があり、回避、感情の麻痺、解離、過覚醒、抑うつ等を伴う複雑性 PTSD。

治療前評価

CAPS	62
DES	630
SCL-90-R	64
PTCI	167
MINI	気分変調症、広場恐怖、PTSD
BDI-II	33
DERS	108
STAI	(特性不安) 57 (状態不安) 49
IES-R	48
IIP-32	49

症状得点経過は図 3 の通りである。

図 3

PE の SV との比較

共通点と相違点は以下の通りである。

- 共通事項
 - 1 ビデオ映像を用いる
 - 2 1対1の個別SV
 - 3 group consultation も認められつつあり
- PE で見られた、導入期の混乱はほぼ回避
- 現状
 - 1 Cloud を利用したビデオ画像の共有
 - 2 スカイプによる米国人 Sver との SV （1対1、または1対2）
 - 3 日本での Sver 育成の段階には至っていない
- RCT に向けて治療者育成中 → 来年度以降の課題

結語

現時点では sv をかねた feasibility 検証の段階であるが、この指導システムにより順調に治療かが示されている。今後は SV を継続し、今後の RCT を実施するための体制整備を継続したい。

謝辞

本治療法の普及、導入に尽力を頂いた、Marylene Cloitre 教授、supervise をお引き受け頂いた先生方、WS のご参加頂いた諸先生に感謝致します。

文献

1. Cloitre M. Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. *CNS Spectr.* 2009 Jan;14(1 Suppl 1):32-43.
2. Cloitre M, Cohen LR, Koenen KC. *Treating Survivors of Childhood Abuse: Psychotherapy for the Interrupted Life.* 1st ed. Guilford Pr; 2006.
3. Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC, Green BL. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress.* 2011 Dec;24(6):615-27.
4. Cloitre M, Stovall-McClough KC, Noonan K, Zorbas P, Cherry S, Jackson CL, et al. Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 2010 Aug;167(8):915-24.
5. Cloitre M, Petkova E, Wang J, Lu Lassell F. An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. *Depress Anxiety.* 2012 Aug;29(8):709-17.
6. Havens JF, Gudiño OG, Biggs EA, Diamond UN, Weis JR, Cloitre M. Identification of trauma exposure and PTSD in adolescent psychiatric inpatients: an exploratory study. *J Trauma Stress.* 2012 Apr;25(2):171-8.
7. Levitt JT, Malta LS, Martin A, Davis L, Cloitre M. The flexible application of a manualized treatment for PTSD symptoms and functional impairment related to the 9/11 World Trade Center attack. *Behav Res Ther.* 2007 Jul;45(7):1419-33.
8. Noonan KB, Linares LO, Batinjane J, Kramer RA, Silva R, Cloitre M. Factors related to posttraumatic stress disorder in adolescence. *Trauma Violence Abuse.* 2012 Jul;13(3):153-66.
9. Trappler B, Newville H. Trauma healing via cognitive behavior therapy in chronically hospitalized patients. *Psychiatr Q.* 2007 Dec;78(4):317-25.

表1 各種PTSD/トラウマに対するCBT
(国際ガイドライン等でエビデンスが認められているもの)

- 成人期のトラウマによる成人PTSD
 - Prolonged Exposure Therapy: PE
- 児童期のトラウマによる成人PTSD(複雑型PTSD:ICD11にて採択予定)
 - Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation: STAIR+
 - Narrative Story Telling: NST
- 児童期のトラウマによる児童期のPTSD(PTSDとしての診断基準は未確定)
 - Trauma Focused CBT: TF-CBT
- トラウマを受けた母子のペア
 - Parent Child Interactive Training: PCIT

図1 CAPS 得点 治療前後
(ITT; T-test $p < 0.001$; ES 1.67)

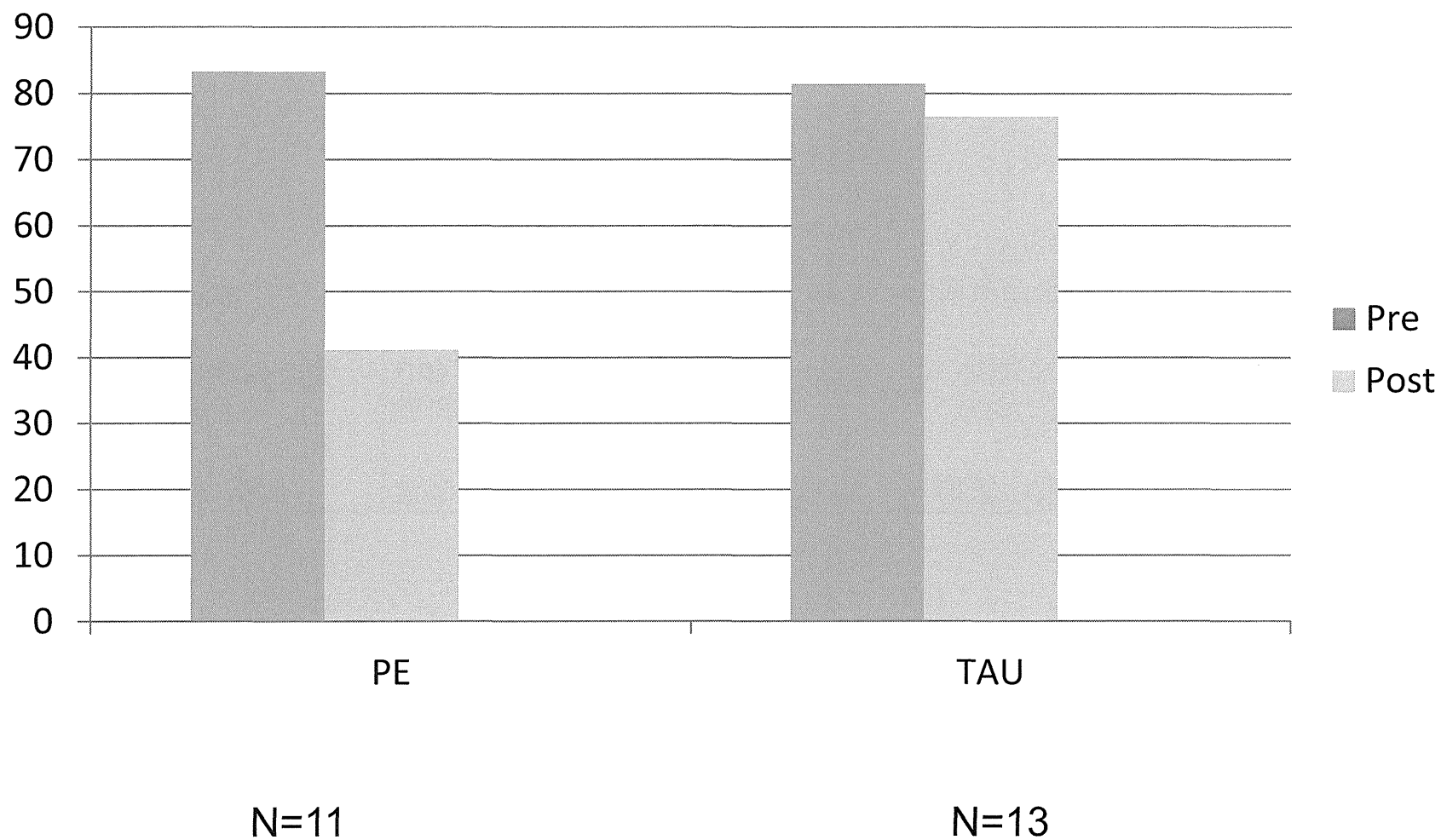


図2 対人関係スキーマの発見

状況	自分に対して何を考え感じたのか？		他者に何を期待したか？		その結果の行動
<p>何があったのか？</p> <p>姉とケンカした。Bさんに話そうと思ったけど、話すべきか迷う。</p>	<p>私の感情</p> <p>動揺 ストレス 孤独</p>	<p>私の思考</p> <p>私は弱く、文句ばかりの人だ。</p> <p>そんなにイライラせずに対処すべきだった。</p>	<p>他者の感情</p> <p>無関心</p>	<p>他者の思考</p> <p>大したことじゃないのにいつも大げさだ</p> <p>彼女の世話はあまりやきたくない。</p>	<p>何をしたか？</p> <p>彼に相談しない。</p> <p>自分だけのことにして、彼は関わらないようにする。</p>

発見されたスキーマ: 感情を表す → 私は弱い人間だ。

→ 私は自己中心的人間だ。

図3 代替スキーマの提案

状況	自分に対して何を考え感じたのか？		他者に対して何を期待していたか？		その結果の行動
何があったのか？ Bさんに話したかったケンカについて	私の感情 ストレス 恥 孤独	私の思考 私は弱い もっとうまく対処するべきだった	他者の感情 無関心	他者の思考 たいした事じゃないのにいつも大げさだ	何をしたか？ 誰にも話さない

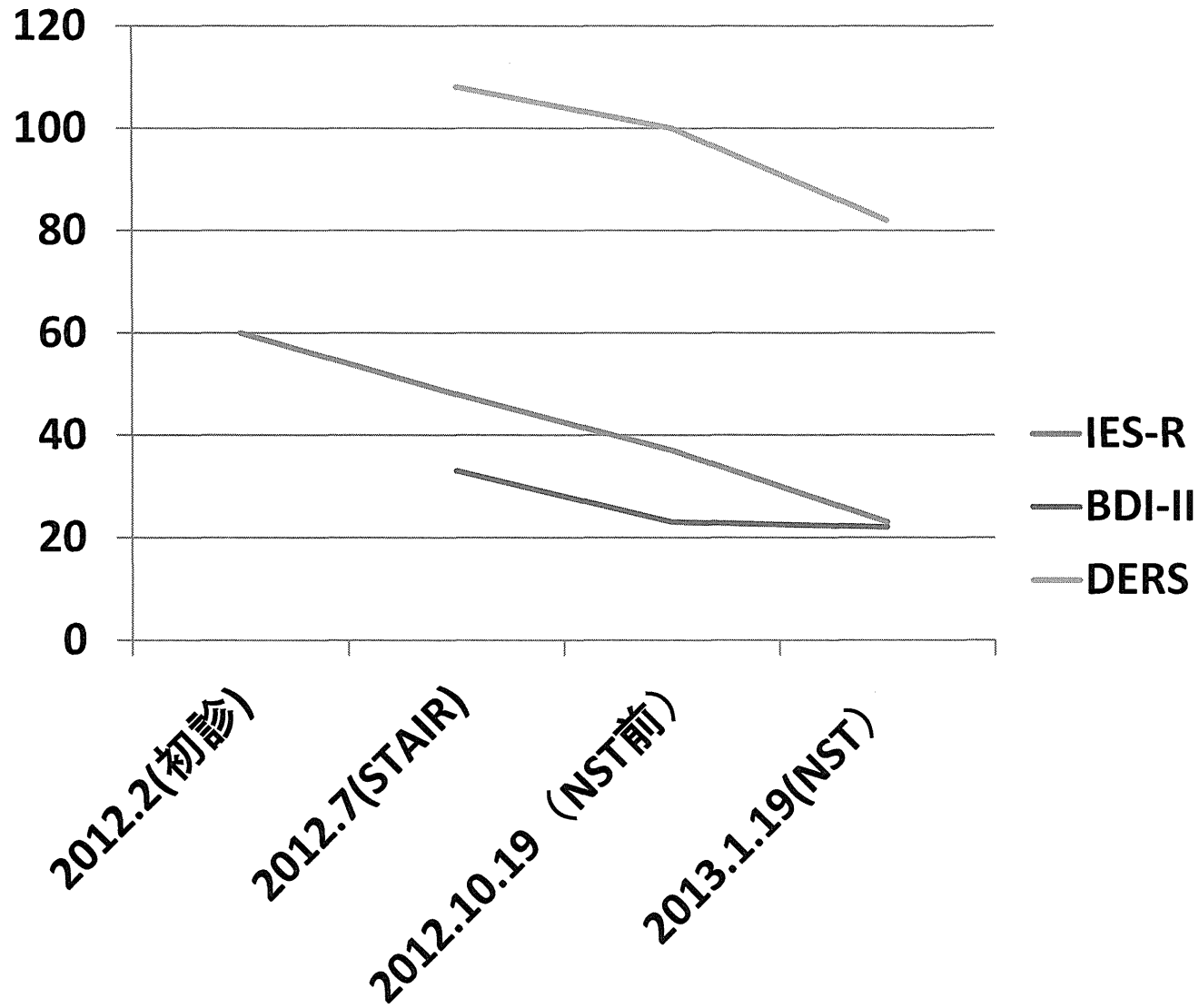
②

状況における目標	自分に対する代替的信念と感情		他者に対する代替的信念と感情は？		その結果の行動
その状況における目標は？ 要求を聞いてもらいつつ、愛情に満ちた関係を維持したい	私の感情:	私の思考: 自分のニーズが満たされるように頼んでも、私はいい人でいられる。	他者の感情	他者の思考 Bさんは助けてくれるかもしれない。もっと親しくなれるかも。	他に何ができたか？

古いスキーマ: 感情を共有する
→ 弱い / 自己中心的人間だ

新たなスキーマ: 感情を共有する
→ 彼は私を受け入れ、親しく思う

図4 治療経過



厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
総合研究報告書

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) 同志社大学心理学部

研究趣旨：本研究は、児童の不安障害に対する認知行動療法の有効性について、無作為割り付け比較試験（RCT）を用いて検討することを目的とした。スクリーニングを経て、包含基準を満たした不安障害の8-15歳の児童青年が対象となる。測定指標としては、半構造化面接、自己評定の不安症状、抑うつ症状、認知の誤りの尺度、親評定による子どもの不安症状の尺度、および親自身の不安と抑うつとの尺度が用いられた。治療プロトコルは先行研究で開発された児童青年の不安障害に対する認知行動療法プログラム（石川・佐藤・下津，2008）が採用された。現時点までに、現時点では11名が割り付けられている。今後も参加募集を続けていく予定となっている。

A. 研究目的

児童青年の精神障害の中でも、不安障害は最も有病率の高い問題の1つであるとされ、近年注目が集まるようになってきた。例えば、主な有病率調査を参照すると、6ヶ月有病率では9.1%～17.7%、生涯有病率では12.7%～27.0%と報告されている（Costello et al., 2004）。

わが国においても一般の小学生から中学生を対象とした調査において、欧米諸国と同じように不安症状がみられることが明らかとなっている（Ishikawa et al., 2009）。概して言えば、不安障害は、男子よりも女子で、年少の子どもよりも年長の子どもで多くみられ、複数の不安障害を同時に併発することは稀なことではない（Ollendick &

Ishikawa, 2013）。

さて、現時点で子どもの不安障害に対して、有効な心理療法として取り上げられているのは、認知行動療法のみである（Silverman et al., 2008）。そして、これまでの研究において、わが国でも児童の不安障害に対する認知行動療法の有効性を支持する成果が上げられてきた（Ishikawa et al., 2012；石川・下津・佐藤，2008）。

その一方で、これまでの効果研究は準実験デザインを採用したものであり、さらなるエビデンスを蓄積するためには、無作為割り付け比較試験（RCT）を行う必要がある。そこで、本研究では、児童の不安障害に対する認知行動療法の有効性について、RCTを用いて検討することを目的とした。

B. 研究方法

【募集手続きと対象者】

対象者の募集手続きは、コミュニティ誌への広報、もしくは地域のクリニックなど専門機関からの紹介を通じて行われた。問い合わせのあった家族について、電話による聞き取り調査を行い、不安の問題を抱えている可能性のある家族については、初回面接の予約を取ることにした。

初回面接では、①プログラムの概要説明、②インフォームドコンセント、③半構造化面接、④自己評定、親評定の尺度の記入(③④の詳細は下記の通り)、を実施した。インフォームドコンセントは、親と子どもの両者に行い、プログラムにおける情報管理に関して理解が得られた場合にプログラムが実施された。

対象者の包含基準は、①子どもが8～15歳である、②定期的にプログラムに参加することができる、③半構造化面接において、分離不安障害、社交不安障害、特定の恐怖、全般性不安障害を満たす、④外面化障害(ADHD、反抗挑戦性障害、行為障害)、PTSD、物質乱用、統合失調症、精神遅滞、広汎性発達障害、摂食障害、身体表現性障害に合致しない、⑤薬物療法を含めた他の治療を受けていない、であった。

本研究のデザインを Fig. 1 に示す。

【効果指標】

1) 面接

a) Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS ; Silverman & Albano, 1996)

ADIS は、信頼性と妥当性が確認された児童の不安障害のための半構造化面接である。ADIS は重症度 (Clinical Significance

Ratings: CSR) を8段階(0～8)で評定し、該当する症状を満たし、CSRが4を超える場合に不安障害に当てはまると判断する。

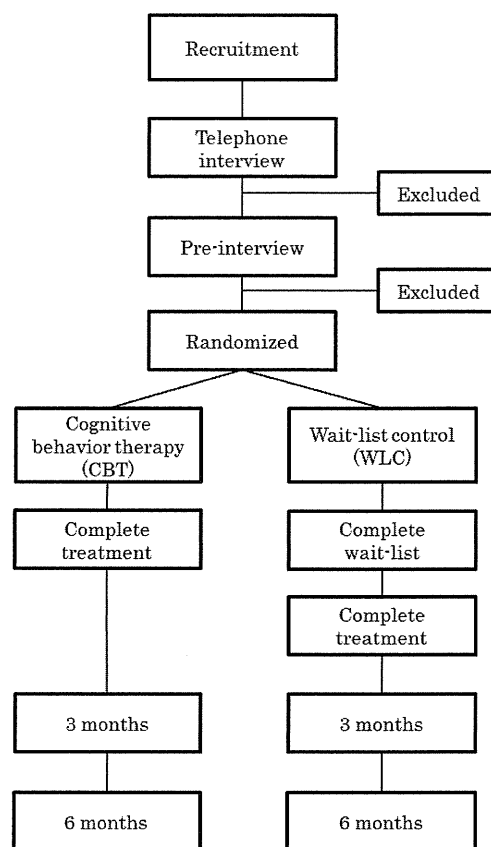


Fig. 1 本研究のデザイン

2) 自己評定尺度

b) Spence Children's Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1998)

本研究では、不安症状の測定に、Ishikawa et al. (2009) によって信頼性、妥当性の確認されている邦訳版を用いた。SCASはfiller項目を除くと38項目から構成され、「分離不安障害(SAD)」「社会恐怖(社交不安障害: SoP)」「強迫性障害(OCD)」「パニック障害および広場恐怖

(PD)」「全般性不安障害 (GAD)」「外傷恐怖 (特定の恐怖症: Phy)」の6つの下位尺度が含まれる。合計点の得点可能範囲は0～114点であり、全て得点が高い程、不安症状が高いことを表している。

c) Depression Self-Rating Scale for Children (DSRS; Birlleson, 1981)

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 DSRS 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いる。本尺度は、18項目から構成されており、得点可能範囲は0～36点である。

d) Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1985)

加えて、抑うつ症状の測定には CDI の邦訳版を用いた。CDI は、真志田ら (2009) によって因子構造が確認されるとともに、併存的妥当性が確認されている。本尺度も得点が高い程、抑うつ症状が高いことを表しており 27項目から構成されている (0～54点)。

e) Children's Cognitive Error Scale (CCES; Ishikawa, 2012)

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る。CCES は、まず、児童にあいまいな場面を積について、解答する形式の質問紙である。1因子 20項目で構成され、得点可能範囲は、0～60点であった。

3) 親評定尺度

f) Parent version of the SCAS (SCAS-P; Nauta et al., 2004)

本研究では、親評定による子どもの不安提示し、それに対して質問文に書かれた解

症状の測定のために、SCAS-Pを用いた。日本語版においても原版と一貫した構造が確認されている (下津ら, 2011)。合計点、および下位尺度の得点可能範囲は SCAS と同様である。

g) Beck Depression Inventory -II (BDI-II) 日本語版 (小嶋・古川, 2003)

親自身の抑うつ症状を測定するために、日本語版 BDI-II を使用した。本尺度は、21項目 4件法で構成される (0～63点)。

h) State-Trait Anxiety Inventory 日本語版 (STAI; 水口ら, 1991)

親自身の特性不安と状態不安を測定するために、日本語版 STAI を用いた。それぞれ特性不安 20項目、状態不安 20項目で構成され、特定可能範囲は 20～80点である。

【認知行動療法プログラム】

児童青年の不安障害に対する認知行動療法プログラム (石川・佐藤・下津, 2008) を基に実施された。各回のセッションについては、Table 1 に示す通りである。

(倫理面への配慮)

なお、本研究の実施については、大阪医科大学倫理委員会、および同志社大学「人を対象とする研究」倫理委員会の承認を得ている。

C. 研究結果

現時点では 11 名が割り付けられている。そのうちの 7 名についての情報は以下のとおりである。

対象者の不安障害の内訳は、分離不安障害 3 名、社交不安障害 11 名、特定の恐怖 9 名、全般性不安障害 5 名であった (述べ人数)。12 名中 9 名 (75.00%) が複数の不安

Table 1 認知行動療法プログラムの概要

セッション	題名	構成要素	具体的な内容
1	あなたの問題について考えよう！	心理教育①	不安症状について理解し、自分の問題について理解・整理する。
2	自分のきもちをつかまえよう！	心理教育②	自分の感情の問題を観察できるスキルと、感情を言葉で表現するスキルを身につけるとともに、感情の程度を数字で表現する練習を行う。
3	「場面」から「考え」をとりだそう！	認知再構成法①	不安を引き起こす状況と、それにとまなう感情を区別し、その間に個人の考え方が含まれていることを理解する。思考記録表をつける練習をする。
4	いろいろな考え方をしてみよう！	認知再構成法②	自分の「考え」以外の「考え」の存在に気づくように練習する。「場面」ではなく、「考え」が「きもち」を定めていることを理解する。柔軟な思考パターンを生
5	もっといろいろな考え方をしてみよう！	認知再構成法③	「考え」は適応的な思考と不適応な思考の2種類あることを学び、柔軟で多様な「考え」の中から、自分に合った適応的な思考を見つけ出す練習をする。
6	不安のかいだんをつくろう！	エクスポージャー①	エクスポージャーについての心理教育を実施する。実際に参加者が困っている場面について「不安階層表」を作成する。実際にエクスポージャーする場面
7	自分のこまっている場面にちようせん！	エクスポージャー②	エクスポージャーの効果を再確認する。実際に参加者が不安を感じる場面
8	これからのちようせんとして プログラムのおさらい	学習のまとめ	これまで学んできたことを復習し、今後のエクスポージャーの計画を行う。

障害を有していた。なお、参加が決まった対象者については、プログラム開始時点に加え、終了時点、3ヶ月フォローアップ時点において、半構造化面接、自己評定と親評定の尺度によるアセスメントが実施された。現時点での対象者のアセスメント結果を Table 2 に示す。

Table 2 現時点での両群のデータ

	CBT		WL	
	M	SD	M	SD
SCAS				
分離不安障害	7.67	(4.64)	4.50	(1.12)
社会恐怖	12.67	(1.70)	10.00	(3.39)
強迫性障害	7.33	(1.70)	6.00	(1.87)
パニック障害および広場恐怖	9.00	(5.89)	7.50	(3.91)
外傷恐怖	8.00	(0.00)	4.50	(2.06)
全般性不安障害	7.00	(3.74)	8.75	(2.28)
合計点	51.67	(13.70)	41.25	(7.69)
DSRS				
合計点	15.67	(4.03)	19.00	(8.28)
CDI				
合計点	19.00	(2.83)	22.67	(6.24)
STAI				
状態不安	53.33	(3.86)	38.50	(4.97)
特性不安	53.00	(4.32)	50.25	(6.42)
BDI				
合計点	24.00	(9.42)	17.00	(9.00)
SCAS-P				
分離不安障害	5.33	(2.87)	3.25	(2.17)
社会恐怖	9.33	(4.92)	10.00	(4.18)
強迫性障害	4.67	(2.49)	3.25	(4.55)
パニック障害および広場恐怖	8.00	(3.56)	4.25	(2.68)
外傷恐怖	8.67	(1.25)	3.25	(1.48)
全般性不安障害	9.33	(2.49)	4.75	(1.92)
合計点	45.33	(10.27)	28.75	(12.34)

Note: BDI = Beck Depression Inventory -II, CBT = Cognitive Behavior Therapy, CDI = Children's Depression Inventory, CSR = Clinical Significance Ratings, DSRS = Depression Self-Rating Scale for Children, SCAS = Spence Children's Anxiety Scale, SCAS-P = Parent version of the Spence Children's Anxiety Scale, STAI = State-Trait Anxiety Inventory, WL = Wait List

D. 考察

本研究の目的は、児童の不安障害に対する認知行動療法の有効性について、RCTを用いて検討することであった。現時点では、11名の対象者が割り付けられており、今後さらなる対象者の募集と割り付けが必要となってくる。

E. 結論

我が国における最初の無作為割り付け比較試験 (RCT) による児童の不安障害に対する認知行動療法の有効性についての検討は未だ進行中である。今後のデータの蓄積によって、若年層を対象とした認知行動療法の有効性について、より頑健なエビデンスが得られるものと考えられる。

(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.

Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A (2004). Developmental epidemiology

- of anxiety disorders. In T. H. Ollendick & J. S. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological intervention*. New York: Oxford University Press. Pp. 61-91.
- Ishikawa, S. (2012). Cognitive errors, anxiety, and depression in Japanese children and adolescents. *International Journal of Cognitive Therapy*, *5*, 38-49.
- Ishikawa, S., Motomura, N., Kawabata, Y., Tanaka, H., Shimotsu, S., Sato, Y., & Ollendick T. H. (2012). Cognitive behavioural therapy for Japanese children and adolescents with anxiety disorders: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *40*, 271-285.
- 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. 行動医学研究, *15*, 69-79.
- 小嶋雅代・古川壽亮 (2003). 日本語版 BDI-II 日本評論社
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, *21*, 995-998.
- 真志田直希・尾形明子・大園秀一・小関俊祐・佐藤 寛・石川信一・戸ヶ崎泰子・佐藤容子・佐藤正二・佐々木和義・嶋田洋徳・山脇成人・鈴木伸一 (2009). 小児抑うつ尺度 (Children's Depression Inventory) 日本語版作成の試み 行動療法研究, *35*, 219-232.
- 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.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H., & Waters, A. (2004). A parent-report measure of children's anxiety: Psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 813-839.
- Ollendick, T. H., & Ishikawa, S. (2013). Interpersonal and social factors in childhood anxiety disorders. In C. A. Essau & T. H. Ollendick (Eds.), *Treatment of Childhood and Adolescent Anxiety Disorders*. London: Wiley-Blackwell, Pp. 117-139.
- 水口公信・下仲順子・中里克治 (1991). 日本版 STAI-状態・特性不安検査使用手引 三京房.
- 下津紗貴・大野哲哉・佐藤容子・石川信一・笹川智子・近藤清美 (2011). 日本語版スペンス児童用不安尺度親評定版 (日本語版 SCAS-P) 作成の試み 第 37 回日本行動療法学会発表論文集,

- 288-289.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child version*. New York: Oxford University Press.
- Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescents Psychology*, *37*, 105-130.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 545-566.
- F. 研究発表
1. 論文発表
(著書・翻訳本)
- 石川信一 (2012). こどもの不安障害 坂野雄二 (編) 60 のケースから学ぶ認知行動療法 北大路書房 210-214.
- Ishikawa, S., Sasagawa, S., & Essau, C.A. (2012). The prevalence and nature of child abuse and violence in Japan. A. Browne Miller (Ed.), *Violence and abuse in society: Across time and nations*. New York: Praeger-Greenwood Publishing Group, Pp. 307-322.
(学術論文)
- 石川信一・下津紗貴・下津咲絵・佐藤容子・井上祐紀 (2012). 自閉症スペクトラム障害に併存する社交不安障害に対する認知行動療法 児童青年医学とその近接領域, *53*, 11-24.
- 石川信一・佐藤 寛・野村尚子・木谷村美香・河野順子・井上和臣・坂野雄二 (2012). 不登校児童生徒における不登校行動維持メカニズムに関する検討: 不登校機能アセスメント尺度適用の試み 認知療法研究, *5*, 83-93.
- Ishikawa, S. (2012). Cognitive errors, anxiety, and depression in Japanese children and adolescents. *International Journal of Cognitive Therapy*, *5*, 38-49.
- Ishikawa, S., Motomura, N., Kawabata, Y., Tanaka, H., Shimotsu, S., Sato, Y., & Ollendick T. H. (2012). Cognitive behavioural therapy for Japanese children and adolescents with anxiety disorders: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *40*, 271-285.
- 石川信一・元村直靖 (2012). 心理士による児童青年のうつ病性障害に対する認知行動療法の実施: 3事例の報告 行動療法研究, *38*, 203-213.
- 石川信一 (2012). 中学生における自己陳述と不安症状・抑うつ症状との関連 心理臨床科学, *2*, 1-13.
(総説・その他)
- 石川信一 (2012). 中学生の不安と抑うつに対する認知行動療法 ヘルスケアカウンセリング ケース研究, *206*, 124.
- 石川信一 (2012). 友だちともっと遊びたい: 社会的スキルを伸ばす 児童心理臨時増刊, *954*, 11-17.
- 石川信一 (2012). こどもの不安障害: 認知行動療法の実践と成果 日本保健医療行動科学会年報, *27*, 59-67.

石川信一 (2012). 子どものうつに対する認知行動療法 こころの科学, **162**, 64-70.

38 回日本行動療法学会大会発表論文集, 376-377 頁.

2. 学会発表

Ishikawa, S., Motomura, N., Kawabata, Y., Tanaka, H., Shimotsu, S., & Sato, Y. (2012). Normative comparison of cognitive behavior therapy for children and adolescents with anxiety disorders. The 45th Annual Convention of Behavioral and Cognitive Therapies, 244 頁.

Ishikawa, S., Shimotsu, S., Ono, T., Kikuta, K., Mitamura, T., Satoko Sasagawa, S., Shimotsu, S., Sato, Y., & Kondo-Ikemura (2012). Anxiety symptoms in children from children's and parents' point of views. The 44th Banff International Conferences on Behavioural Science.

Essau, C., Ishikawa, S., & Sasagawa, S. (2012). A Japanese form of social anxiety (Taijin kyofusho): Its frequency in two generations of the same family in Japan. 33rd STAR International Conference

Ishikawa, S., Kikuta, K., & Mitamura, T. (2012). Consistency of children's anxiety symptoms between self- and parent-reports: Moderator analysis of family CBT for children with anxiety disorders. The 46th Annual Convention of Behavioral and Cognitive Therapies, 311 頁.

楠 無我, 元村直靖, 川端康雄, 稲田泰之, 石川信一 (2012). 様々な不安症状によって登校が困難になった中学生に対して CBT プログラムを適用した一事例 第

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

精神療法の実臨床場面での有効性に関する研究

研究分担者 渡辺 範雄¹

1 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野 講師

研究要旨

精神療法，その中でも特に認知行動療法(CBT)は気分障害，不安障害を対象としたものを中心に発展し，さらに様々な精神科領域へ応用されている．しかしながらわが国では，特に実臨床における精神療法の有効性を検証した研究はまだ乏しい．

本研究では，不眠，パニック障害，高機能広汎性発達障害児の母親の心理的負担，社交不安障害，統合失調症，慢性めまいの6領域をとりあげ，精神療法の開発・有効性の検討・治療予後予測因子の検討・普及のための戦略開発を行った．

わが国でもさらにこの分野の研究が推進され，国民全体が精神療法の利益を享受できる環境が将来的に構築されることが望まれる．

A. 研究目的

精神療法，その中でも特に認知行動療法(CBT)は気分障害，不安障害を初めとした様々な精神疾患に対する治療方法が開発されている．また特に欧米では，無作為割り付け対照試験(RCT)によってこれらの有効性が証明されおり，実臨床での普及・適用が行政として取り組む段階となっている．

これら諸外国の動向とわが国も無関係ではない．マニュアル化されている CBT を行ったとしても，治療技能の差や，文化・人種の差異によって欧米とは治療の有効性にも差が生まれるかもしれないため，わが国でももう一度その有効性を検証し，どのような特性を持つ患者群に治

療の利益が望まれるのか，また有効性の証明された精神療法の普及のためには何が必要なのか，明らかにする必要がある．

研究分担者の所属する名古屋市立大学では，10年前からパニック障害・社交不安障害などの不安障害を対象に CBT の有効性や治療反応性の検証に取り組んできた．ここ数年はさらに拡大し，分担研究者は医局内の研究協力者(小川 成，鈴木真佐子，川口 彰子，近藤 真前，白石 直)らとともに，不安障害・気分障害のみならず不眠症，めまい，統合失調症などの疾患や，精神疾患患者を持つ家族のメンタル・ヘルスにも CBT を応用した治療介入を行っている．中にはわが国では初めて対象疾患として精神療法の効果を検討

しているものもある。

本研究では、これら幅広い疾患への応用を開始している治療の中で、わが国で初めて取り組む疾患では治療技法の開発と少数例を対象とした有効性の検証、既に有効性が示されている疾患では治療予後予測因子の検証や普及のための障害の検証というように、ステップごとのエビデンス創出を目的とする。具体的には、1) 不眠症対象 CBT の普及のための障害の検討、2) パニック障害の回避行動と QOL の相関の検証、3) 高機能広汎性発達障害児の母親心理教育の有効性検討、4) 全般型社交不安障害に対する集団認知行動療法長期予後と治療効果予測因子の検討、5) 統合失調症の当事者心理教育の有効性の検討、6) 慢性めまいの認知行動療法の開発研究を行う。

B. 研究方法

1) 不眠の認知行動療法の普及研究（主たる研究者：渡辺）

不眠はうつ初期症状として最も良く見られ、うつが多少改善した後も残存してうつ再発の大きな危険因子である。われわれは既に不眠認知行動療法から必須要素を抽出して改良した短期睡眠行動療法 (bBTi) を開発して 8 週間の無作為割り付け対照試験 (RCT) を行ない、その有効性を証明した (Watanabe et al, J Clin Psychiatry, 2011)。

本研究では、実際の精神療法教育システ

ムの構築を通じて、その知識量の推移を量的検証を行い、また教育システムに対するコメントに対して質的研究を行った。具体的には、2011 年 12 月に名古屋、2012 年 5 月に東京にて、精神科医・精神科看護師・臨床心理士・精神保健福祉士で希望したものを対象に 2 日間の不眠・短期睡眠行動療法の研修を行った。さらにこの研修会前後に、不眠・CBT・不眠の CBT の知識量を 30 点満点で評価し、これらに対応のある t 検定を行うことで、有意な知識変化が生じるかどうかを検討した。

さらに、研修会後の評価では、研修会に対する満足度や改善点に関するアンケートを実施して、質的データを抽出することで研修をより効果的に行うための要素を分析した。

2) 認知行動療法施行後の広場恐怖を伴うパニック障害患者の回避が QOL に及ぼす影響の検討（小川）

広場恐怖を伴うパニック障害 (Panic Disorder with Agoraphobia : PDA) 患者の Quality of Life (QOL) は回避行動と関連があることは複数の先行研究により明らかとなっている。第 11 回日本認知療法学会において我々は PDA 患者の回避行動の中でも公共の場所に対する回避行動の程度が高いことが低い QOL や社会機能の予測因子である可能性があることを指摘した。しかし、これは治療前の患者についての分析であり、薬物療法や精神療法など何らかの治療後の患者につきいかな

る回避行動が QOL に影響を及ぼしているかを分析した研究はほとんどない。今回は認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) 施行後の PDA 患者について回避をいくつかの因子に分類し、それらが QOL や社会機能に及ぼす影響について検討することとした。

対象は 101 名のグループ CBT 施行後の広場恐怖を伴うパニック障害患者である。QOL や社会機能については MOS Short-Form 36-item Health Survey (SF-36) および Work, Home, and Leisure activities Scale (WHLS) を用いて測定した。回避については、Mobility inventory for agoraphobia (MI) を用いた。解析にあたっては、複数の研究により抽出されている MI の 3 因子 (public spaces, enclosed spaces, open spaces) を独立変数、SF-36 および WHLS の各下位項目を従属変数として、stepwise 法による重回帰分析を行った。

3) 高機能広汎性発達障害児の母親心理教育の有効性の検討 (鈴木)

研究デザインは、子どもの通常治療 (Treatment as Usual: TAU) のみか、TAU を受けながら母親に対して 1 回 2 時間、隔週、全 4 回行われるグループ心理教育 (Group Psychoeducation : GP) の 2 群にそれぞれ 1:1 の割合で無作為に割り付ける無作為化比較試験 (RCT) である。目標症例数として、TAU 群 32 例、GP32 例の計 64 例を予定する。

研究の対象者は、2 歳～6 歳 6 か月で、DSM-IV-TR にて広汎性発達障害圏の診断を受けていて、かつ知能指数あるいは発達指数が 70 以上の子どもの母親とした。

試験期間は介入前評価期 (1 週間)、治療介入期 (6 週間・全 4 セッション)、フォローアップ評価期 (14 週間) の 3 つで構成される。評価は割り付け前 1 週間のベースライン評価 (割り付け 1 週間前～割り付け時を 0 週とする、治療介入期終了後 (割り付けより 7 週間)、フォローアップ評価期終了後 (割り付けより 21 週) の 3 回で行う。

評価項目は、主要評価項目として母親の精神的健康度 (GHQ28) を測定する。副次評価項目として、母親の) 生活の質 (SF36)、介護負担尺度 (ZBI)、子どもの行動異常の尺度 (ABC) を測定する。また、介入群の GP のセッション参加の平均回数と研究期間中に向精神薬の増量があった研究参加者の割合を測定する。

多施設共同試験として、名古屋市立大学、豊川さくら病院、かずおメンタルクリニックの 3 施設で対象者のエントリー及び介入を行う。

また RCT において無作為割り付けの隠蔽化を図るため、対象者のエントリー・介入に関わらない名古屋市立大学看護部に中央割り付けセンターを設置する。無作為割り付け表の作成と、割り付け表の管理、2 群に割り付けることが可能な 6-8 名のエントリーが集まり次第、割り付け