

第104回日本精神神経学会総会

シンポジウム

エビデンスに基づく子どもの精神療法

齊藤 万比古 (国立国際医療センター国府台病院)

——今はたぶん目先の時代なのだと思う。——
高田 渡 (2001)⁷⁾

1. 今なぜ精神療法のエビデンスか

わが国で子どもに実施している、あるいは実施している可能性のある精神療法の主なものは支持的精神療法、遊戯療法、認知行動療法、集団精神療法、家族療法、対人関係療法などである。医療においては、これらの技法に準拠した精神療法が主として精神科医や小児科医などの医師と心理士によって実施されているが、集団療法では作業療法士や看護師、時にはケースワーカーや薬剤師なども加わった治療チームによって実施されている。

遊戯療法 (play therapy) はわが国では現在でも最も一般的に実施されている子どものための精神療法技法である。治療者と子ども間の交流の媒体とし、遊びそのものが持つ治療的機能を駆使した遊戯療法は、一般には Rogers 派のクライアント中心療法の枠内で Virginia M. Axline が確立した遊戯療法、精神分析派の治療思想と技法を子どもに適用し、Melanie Klein や Anna Freud、さらには Donald W. Winnicott らが発展させた児童分析、ユング派精神療法の技法の一つである Dora M. Kalf が確立した箱庭療法 (子どもの治療こそ箱庭療法のルーツである) などをまとめた総称である。現在最も注目を集めている認知行動療法 (CBT) は心理教育やソーシャル・スキル・トレーニング (SST) を含んで捉えることが子どもでは妥当と思われる。CBT は行動分析を背景とする行動療法と認知論に基づく認知療法

を包括した治療技法であるが、子どもの恐怖症や強迫性障害などでは行動療法単独でも実施されている。集団遊戯療法を含む集団精神療法は遊びやスポーツなどの集団活動を媒体として子どもが葛藤を越えて他者と交流し、社会的活動に取り組む能力を発展させることができるよう支援するものである。SST や CBT もしばしば集団で実施することで治療成果を上げようとしており、広い意味での集団精神療法でもある。家族療法は本来子どもも加わった核家族のメンバー全員が参加するという構造で行われるものであるが、児童思春期の子どもの家族療法では両親への介入を目的とした夫婦療法に取り組むのが一般的であり、子ども本人は家族療法の全経過の後半ないしまとめの時期に参加するか、あるいは参加せずに終るかということが多い。対人関係療法は対人関係に焦点をあてた精神療法であるが、わが国での子どもへの応用は現在のところまだ少なく、今後の発展が期待されているものの一つである。

支持的精神療法を最後に残したのは、この精神療法技法こそ精神療法の基本となるべき技法であり、かつ心得とか感覚としか呼べない臨床家のとるべき姿勢を示唆しているものだからである。支持的精神療法はけっしてその場しのぎの保障や賞賛だけを技法とする治療ではなく、上記の様々な精神療法技法を折衷的に応用し、子どもの現実対応機能やセルフサポート機能を支えかつ改善し、それを維持しようとする総合的な治療である。より専門性の高い精神療法は、例外なく支持的精神療法を基盤として、その上に重ねられた技法であ

ると言ってもよいのではないだろうか。

さて、本シンポジウムは「これからの児童青年精神医学に求められるもの」というテーマで、エビデンスをキーワードとして企画されたものである。そこに薬物療法と並べて「子どもの精神療法」を位置づけてくれた企画者の見識に応えるべく、筆者は子どもの精神科医療において精神療法はなぜ必要かという点を検討してみたい。

そもそも精神療法にエビデンスは本質的になじまないと主張する精神療法の学派とそれに属する精神療法家は多い。その一方で、具体的かつ即物的な（すなわち数字で表現しやすい現象を組み込むことに成功した）治療目標を定め、それを数値化するインベントリーを開発して、巧みにエビデンスを出すことに成功した精神療法の学派もある。現在、EBMの観点から意義を認められている精神療法技法は後者の戦略に成功した諸学派の技法が大半といってよいだろう。こうした精神療法をめぐる現状は、米国の医療制度、特に managed care の制度の中で、効果があり有意義な治療法として医療の中に生き残るかという熾烈な戦いを生き残るための、各学派の取り組みとその成否をめぐる動向を反映したものと思われる。

筆者はこの動向をすべて是認するという気持ちにはなれないが、だからといって現状を無視してある技法にしがみつくといい気持ちにもなれない。そうではなく、EBMが目指した「確かな効果」という観点に対して精神療法の各技法がどう適応し、技法の修正に挑んでいくかという課題と、精神療法が目指すものをEBMではとらえることのできない観点としてどう明示できるかという課題が各学派に課せられていると考えることから始めてみたいのである。

2. 精神療法の意義の再構築が必要な現代

子どもの精神療法の現代的意義についての深刻かつ真剣な議論の一つが、意外にも（いやむしろ「だからこそ」というべきだろう）managed careの締め付けの中でEBMのもたらした医療技術に関する厳しい枠組みへの適応に苦闘する米国の児

童精神科医の中で行われている。米国児童青年精神医学会 (AACAP)²⁾が1998年6月に公表した「児童青年精神科医の中核的な能力としての精神療法」は精神療法に関する学会としての公式見解で、前記のような議論が到達した結論を正式な声明としてあらわしたものである。これは2008年現在でもAACAPのホームページ上に掲載されており、今でもAACAPの基本的な理念として生きていると理解してよいだろう。表1にその全訳を示した。

この公式見解では精神療法を治療技術と限定せず、児童精神科医のあらゆる診療活動の中に一貫して存在する視点であり、姿勢であり、思想であること、さらに精神医学的治療関係における患児と精神療法家（本声明は医師を前提としているが）の間に生じている関係性を理解するための技能であることを高らかに宣言している。さらに、純粋に生物学的治療の実施中であつたとしても、その治療への反応に関与する医師-患者関係を感知し理解しようとする観点なしに、その生物学的治療を十分に進展させることはできないとさえ言っているように読み取れる。以上のような意味において、この声明は精神療法の技法と思想（人間観と言ってもよい）が児童精神科診療を一貫して支える基盤であり、児童精神科医にとって必ず備えなければならない「中核的能力」であると高らかにうたっている格調の高い文章といえよう。

AACAPが1998年に公開した精神療法に関する公式見解を起草のために1997年にRachel Ritvoを議長として編成された委員会（The AACAP Psychotherapy Task Force）は、1998年6月に長文の報告書³⁾を提出しており、そこに精神療法の定義としてRothとFonagy⁵⁾の以下のような見解を取りあげている。

- 治療者-患者関係が存在すること
- 対人関係の文脈（個人、集団、家族など）を持っていること
- 治療が治療者の活動を導くモデルにしたがつて実施されるという意味での、訓練と専門性の概念が存在する

表1 AACAPの精神療法に関する公式見解「児童青年精神科医の中核的な能力としての精神療法」(1998)²⁾

精神療法は重要な技能であり、かつ児童青年精神医療の中核を担っており、今後もそうであり続けなければならない。依然として精神療法は、子どもの認知、情緒、そして行動上の諸問題の治療に必須の技法であり続けている。精神療法^(注1)の知識と技能は、診断的評価、薬物療法、公的機関や学校、あるいは他の医師との協議、さらには職場のスタッフや研修医との協働などのありとあらゆる精神医学的活動に、手がかりを与えてくれる。児童青年精神科医は、身体的愁訴に影響を与える心理的要因を含め、精神障害や発達障害の表現と治療から他の疾患のそれを区別することを、そして生物学的介入や社会的介入と精神療法介入とを統合することをトレーニングされる。また、児童青年精神科医は、受けたトレーニングの特性からして、医師と精神療法家の両者の技能と知識と思考様式を密接に兼ね備えている。

精神療法は学ぶことで身につける技能ではないし、「用いるか/用いないか」を選ぶような類の技能でもない。精神力動的なものを含めた精神療法の概念は、薬物療法の管理をはじめとするあらゆる臨床的努力における、精神科医の思考の必須の構成要因であらねばならない。精神力動的原則と精神療法的技術を医師-患者関係の相互作用に一貫して組み込むことのできる能力こそ、児童青年精神科医と小児科医やその他の領域の医師とを分けている技能の一つである。同じように、この相互作用に生物学、生理学、病理学をはじめとする医学の様々な分野の知識を組み込んでいく能力を持つことこそ、(医師以外の)精神保健領域の専門家と児童青年精神科医を区別しているものである。

(注1)『精神療法』には、多くの確立した学派があり、それらに広く言及する必要がある。力動的な精神療法、精神分析、認知行動療法、家族療法、集団療法などがこれに含まれるが、いうまでもなくこれらにだけ限定されているわけではない。

この定義は、治療を提供する治療者とそれを求める患者との間の関係性を治療手段とし、かつ治療対象ともするという点に精神療法を規定する基準を置くとともに、それを説明する関係性の概念が治療者-患者関係のみならず、患者の精神病理の形成に寄与したり改善に寄与したりする人間関係の理解や、技法の訓練におけるトレーナー・トレーニー関係にも応用可能な普遍性を持つものとして持っているか否かという点にも置いた非常にハードルの高い規定となっている。この定義はやや精神分析や精神力動的な精神療法の立場により過ぎていているというきらいはあるが、精神療法が持つべき概念の中核を関係性に置いたという点で評価できる。

さらに委員会報告は、同じくRothとFonagy⁵⁾の著書にしたがって、以下のような6技法を挙げている。一見して理解できるように、このリストは必ずしも子どもを考慮して作成されたものではなく、成人の精神療法に関するリストとなっている。

●精神力動的な精神療法

- 行動療法と認知行動療法
- 対人関係療法
- 戦略的ないしシステム論的精神療法
- 支持的・体験的精神療法
- 集団精神療法

このリストはAACAPの公式見解においては、精神療法が長く精神療法界の主流であった精神分析ないし精神力動的な精神療法に限定されたものではなく、多くの確立した学派を広く含んでいると強調する形で生かされている。さらにトレーニングや研究に関する検討の結果を記載した報告書は、最後に「精神療法は児童青年精神科医の中核的な能力であり、今後もそうあり続けなければならない。(Psychotherapy is and must remain a core competence of child and adolescent psychiatrists.)」という結論を記載した。もちろんこれが同じ年に公表された公式見解に、そのまま引き継がれていることは一目瞭然と言えよう。

筆者は評価法・治療法としての技法を提供するという点からとしても、また発達路線を理解し、そこからの逸脱としての精神病理を理解するため

の「発達」概念を提供するという点からしても、諸学派の精神療法体系の意義は大きいと考える。しかもそのような意義ある精神療法体系とは、一学派に固執するだけでは築きたいものであり、自然に複数の学派の概念を偏見なく取り入れた「折衷」的で総合的なものとなるのではないだろうか。このような精神療法体系は各臨床家が生涯にわたる学習と経験を通じて築き続けていくものであり、必然的にきわめて個人的な側面をある程度は持たざるをえないという側面を持っている。

このように考えてくると、精神療法のエビデンスにこだわるあまり、エビデンスを出せない精神療法は無意味になってしまう現在の風潮に強い疑問を感じるとともに、精神療法の真の意義をとらえる広い視野に立った臨床家の感覚が精神療法の今日的な再建に必須であるように思われてくる。一人の臨床家や一つの臨床チームが、その診療活動としての診断・評価と治療の全体を一貫して支える精神療法体系を自ら醸し出していこうとする営みの指針として、今回取り上げた AACAP の精神療法に関する公式見解と Task Force の報告書はその強い危機感と高い理想によって、わが国の臨床家にとっても意義深いものではないだろうか。

3. EBM における精神療法の現在と明日

前章で精神療法が児童青年精神医学とその医療の土台をなす基本的な特性の一つであるという観点について検討してきたが、現代のようなエビデンスに基づく精神科医療 (EBM) の時代に諸精神療法が治療技法として成功するための最も直接的な方法は、いうまでもなくその治療技法を実施した際の治療効果を統計的に実証することである。この点で注目すべき実証的研究は、わが国では行動療法や認知行動療法を除くときわめて乏しく、欧米の資料を利用せざるをえない。わが国の子どもの精神療法をめぐる近年の比較的良質な検討としては武井ほか⁸⁾の子どもの非言語的治療に関する 71 例の報告があるが、これも転帰の判定が漠然と「終了時の状態」を基準に行われたとの記載

があるだけで、欧米での研究のような明確に数値化された効果判定ツールを用いるという国際的には当然とされる標準的な手続きを欠いている点で、そのエビデンス度は低く、その技法がどのくらい有益かという課題に対する説得力はあまりない。

子どもを対象とする精神療法の治療効果に関するエビデンスをめぐる臨床研究はうつ病や不安障害で多く見出される。そのうち子どものうつ病に関しては斉藤ほか⁶⁾による総説がわかりやすくまとめられている。斉藤ほかはプラセボ対照群あるいは観察群を置いた子どもの大うつ病への精神療法の治療効果に関する比較試験をまとめた 10 論文 (全て欧米の論文でありわが国のものは 1 本もない) を挙げて検討している。このうち半分にあたる 5 論文は認知行動療法に関する研究であり、あとは対人関係療法が 3 論文、社会技能療法が 1 論文、愛着行動に重点づけた家族療法が 1 論文となっており、いずれも対照群より治療効果はあるという結果を得ている。ただこうした研究の特徴として、これらはいずれも治療期間が精神療法としてはかなり短く、セッションの回数では多くて 16 セッション、短いものは 2 セッション、期間的には認知行動療法で概ね 8~12 週間以内、対人関係療法で 12~16 週間、社会技能療法で 3 週間、家族療法で 12 週間であった。

子どもの不安障害に対する精神療法の治療効果に関しては、In-Albon ほか⁴⁾が 24 論文を対象にメタ解析を行っている (表 2)。それによればいずれも認知行動療法を組み込んだ治療であり、その効果は明確であり、数年間のフォローアップでも効果は維持されているとしている。また、個人療法として行うか集団療法とするか、個人に焦点をあてるか家族にあてるかといった構造の相違による有意な改善率の違いはないとしている。一方、Barrington ほか³⁾は子どもの不安障害に対する認知行動療法と通常の治療との比較を 7~14 歳の 54 症例で行い、両者に有意な差がないという結果を得ているが、この結論はかなり少数派といわざるをえない。

以上いくつかの例をあげてみた EBM に裏打ち

表2 子どもの不安障害に対する精神療法の改善率の比較 (In-Albon, T., et al., 2007⁴⁾)

	完遂例の改善率		包括解析による改善率	
	平均値±SD	研究数	平均値±SD	研究数
個人療法	72.1±14.48	11	57.3 ±17.42	7
集団療法	66 ±8.84	12	53.2 ±7.36	6
子どもに焦点づけた治療	64.1 ±10.46	12	54.4 ±12.95	11
家族に焦点づけた治療	76.9 ±7.88	10	65.2 ±14.76	9
全ての積極的治療	68.9 ±11.75	21	55.4 ±13.43	13
待機リスト (対照群)	12.9 ±9.8	15	—	—

治療を行った群と対照群の間には有意な改善率の相違がある。

された精神療法とは、結局のところエビデンスを生みやすい具体的・実証的な治療目標を持ち、この目標に向けた変化を敏感に数値化して表現することのできる心理検査、身体的検査、あるいは質問紙などの指標を見出しえた精神療法のことであるといわざるをえない。認知行動療法はそれに成功した典型的な技法の一つであり、精神分析や力動的な精神療法は具体的・実証的な目標とその数値化を担う指標という二つのアイテムを備えることに今のところ失敗している技法の代表といわざるをえない。しかし、それが両者の価値を決定する根拠であり、前者が真の精神療法であって、後者はいまや地に落ちた過去の偶像に過ぎないと結論づけるのは早計ではないだろうか。

いま一度 AACAP の Policy Statement を注目してみよう。精神療法とは、児童精神科医のあらゆる診療活動あるいは臨床姿勢を貫いて常に存在し影響を与え続けている脊椎動物の脊柱のようなものといってもいいすぎではないと筆者は考える。患児と治療者の間に展開する治療関係が意味する「関係性」の質と量を冷静に評価し、それを患児の症状改善とより健全な人格形成に利用するとともに、それらの営みを「発達」という時間軸で整理して理解することができるという点にこそ、児童精神科医の医師としての独自性と専門性の根拠があるのではないだろうか。

したがって、精神療法は治療技法であるとともに、児童精神科医の感覚そのものでもあり、それを精神療法の1技法に全て担わせるのは無理といわざるをえない。例えば認知行動療法の行動水準

での問題解決の評価と治療の両者にわたる技法と、力動的な精神療法が提供する関係性や心理的発達の体系に対する深い理解と、遊戯療法が提供する遊び本来の癒しの力と創造性に対する柔軟な信頼と、集団精神療法や心理教育の体系が提供する集団力動的なダイナミックな展開に調和し、その治癒促進力を高めることのできる能力と、家族療法が提供する家族機能や家族メンバーの相互作用をシステム論的な体系の中で理解し家族を支持する感覚などは、いずれも児童精神科医の能力にとって欠くことのできない必須の要素である。

結局のところ、児童精神科医にとって精神療法とは折衷的なものとならざるをえない。個々の児童精神科医は上記のような多様な精神療法の思想と技法の両者を積極的に学ぶことを通じて、自分に特有な混合比で折衷した独自の精神療法の体系を確立すべきである。しかも、その精神療法が独善的で自己愛的な閉じた体系とならないために、臨床経験と新たな客観的情報と、それらを繋ぎ、かつまとめ上げる自らの思考によって常に修正され続けるものでなければならないだろう。

4. いま児童精神科医がなすべきこと

まとめに替えて、以上のような子どもの精神療法の概括から見えてくることを、いまこの課題に対して児童精神科医は何をなすべきかという問いとそれへの回答として述べておきたい。

フォーク歌手の高田渡 (故人) がその自伝的著書の中で「その時代その時代には必ず流行があるものだが、少なくとも昔は個人個人が自分の色彩

感覚を持っていた。……今はたぶん目先の時代なのだと思う。」と 20 世紀末から 21 世紀の開始期にかけての時代性を述懐しているとおり、まさに目先の成果をあげないと存在意義が認められないという時代を精神医療も例外ではなく迎えている。まさにこれは、この時代に精神療法がどうしたら生き抜けるのかという問題なのである。

筆者は子どもの精神療法はこの問題に二つの目標を掲げて取り組むべきだと考える。その第一は、「現在直面している問題の解決をめざす」という時代性に合わせた目標である。まさに「目先の時代」である現在の精神療法の目標とは、目先の課題に焦点をあて、一つ一つ問題を克服していくことを通じて、技法としての有用性を証明することに取り組むということに他ならない。このような現実的な目標は、実はけっして目先だけを見ているものというわけではない。個々の行動の修正された方向づけに成功すれば、それだけ偏りを修正された行動を反復することができるようになり、いずれは健全かつ個性的な人格の成熟に寄与することができる可能性も増してくることだろう。認知行動療法や行動療法、あるいはシステム論的家族療法などはこの目標に適合しやすい精神療法といつてよいだろう。

そして忘れてはならない精神療法の第二の目標とは、患児が自分らしく生きることの受容をめざす苦難に満ちた経過を一貫して支えることである。このことは、治療者の持続的な支えと支援の下で、内的葛藤に取り組む反復的な経験を積むということに他ならない。このようにして、現実と向かい合うことを実際にも内的にも反復することで、個人として存在しうる个体化過程を歩むことができ、自己の独自な存在を受容することのできる人格的成熟に近づいていくことができるのである。このような人格の展開過程へ精神療法として関与する方法と向かうべき方向を明確に提示できるという意味では、認知行動療法や行動療法だけではものならず、力動精神療法各派の考え方やシステム論的家族療法の思想などを組み込む必要性は大いにある。

精神療法は目先の具体的目標を達成する戦術や技法を提供することで、EBM 下の精神医療においても、その存在意義が認められることになる。その一方で、独立した存在としての自己をそこそこに良い存在として受容した人格形成を個々の患児ができるよう一貫して支援するという、EBM ではその意義を証明しきれない精神療法の存在意義も臨床的には非常に大きい。これら二つの目標を持つ精神療法は児童精神科医にとって必須の素養であり、かつ学習だけでは獲得しきれないという意味で資質の領域に踏み込んだものでもある。児童精神科医は早期から、そして生涯を通じて、いくつかの体系化した精神療法の学習とそれをめぐる臨床経験の深化に取り組むべきであり、ついには独自の折衷的な精神療法の体系を持つべきであると筆者は考える。

文 献

- 1) American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Final Report of the Task Force on Psychotherapy. in Home Page of AACAP (http://www.aacap.org/cs/root/member_information/practice_information/final_report_of_the_task_force_on Psychotherapy), 1998
- 2) AACAP: Psychotherapy as a Core Competence of Child and Adolescent Psychiatrist. in Home Page of AACAP (http://www.aacap.org/cs/root/policy_statements/psychotherapy_as_a_core_competence_of_child_and_adolescent_psychiatrist), 1998
- 3) Barrington, J., Prior, M., Richardson, M., et al.: Effectiveness of CBT Versus Standard Treatment for Childhood Anxiety disorders in a Community Clinic Setting. Behaviour Change, 22 (1); 29-43, 2005
- 4) In-Albon, T.: Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. Psychotherapy and Psychosomatics, 76 (1): 15-24, 2007
- 5) Roth, A., Fonagy, P.: What Works for Whom?: A Critical Review of Psychotherapy Research. Guilford Press, New York, 1996
- 6) 斉藤卓弥, 西松能子: 児童思春期うつ病の治療—過去 10 年間の対照試験の結果の検討—. 精神科治療学, 20 (4); 421-433, 2005

- 7) 高田 渡：バーボン・ストリート・ブルース。山 言語的治療一年代別に見た治療法の検討一。児童青年精神
と溪谷社，東京，2001 医学とその近接領域，43 (5) ; 461-473, 2002
- 8) 武井 明，太田充子：児童青年期症例に対する非
-