

特集 認知行動療法と社会との接点

ドメスティック・バイオレンス被害母子の養育再建と親子相互交流療法
(Parent-Child Interaction Therapy : PCIT)

加茂 登志子

〈索引用語：ドメスティック・バイオレンス，養育再建，Parent-Child Interaction Therapy，
外在化行動障害，うつ病〉

1. はじめに

日本の虐待相談件数は年間4万件，配偶者間暴力(DV)相談件数は6万件を超え，家庭内暴力に曝された心的外傷により外在化行動障害(問題行動，多動など)や内在化障害(うつ，不安，PTSDなど)を持つ子どもは増加しつつあり，家族再統合の困難さも指摘される。加茂らによるDV被害を受けた母子へのフォローアップ研究¹²⁾では，被害母の精神健康障害や子の精神面・行動面での問題は暴力から逃れた後も続き，両者は互いに影響し合い，場合によっては良好な交流回復が得られないまま両者とも悪化することが明らかになりつつある。虐待事例に対する親子への同時的治療介入の必要性は日本の臨床においても既に広く認識されており，複数の試みはなされているものの，全て施設毎の個別的なものにとどまり，エビデンス研究には至っていない。その結果，わが国においては家庭内暴力被害者に対して身体的安全確保のための援助体制は整えられながらも，児童の心的後遺症や親子交流の改善に対する治療資源は限定され，効果的な治療援助を行う人材育成および提供する援助の均質化も大きな課題のまま残されている。

本論文では，まずDV被害母子における精神健康障害について概観を述べ，次に特に親子関係の再建に向けた試みとして「親子相互交流療法

Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)¹¹⁾の概観と日本への導入過程について論じる。

2. DV被害母子における精神健康障害

GoldingはDV被害女性の精神科的后遺障害に関する研究のメタ分析から，DV被害者における最も多い精神健康障害はうつ病とPTSDであるとしているが⁷⁾，日本のシェルター内における調査でも，気分障害，不安障害がそれぞれ約40%¹⁹⁾，PTSD 40%⁸⁾，大うつ病現在57.4%，PTSD 現在39.7%¹⁰⁾と同様の傾向が指摘され，同時にDV被害者に高い自殺準備性があることも報告されている。またその他，DV被害者には不安障害，身体化障害，アルコールや薬物乱用がしばしば認められている。

また，DV被害が配偶者だけでなく子どもの精神健康面にまで影響を及ぼすことは，わが国においても公立一時保護所^{9,13)}や母子生活自立支援施設¹⁵⁾に入所中の母子を対象にした調査で指摘されてきた。金らによる公立一時保護所での調査では，同伴する全ての子どもたちに母親の暴力被害の目撃が認められ，そのうち23%の子どもが母親と同じ加害者から日常的に身体的虐待を受けており，精神的暴力を含めると全体で54%の子どもたちが虐待被害を受けている実情が浮き彫りとなった。そして，一時保護所に同伴した子どもの

表1 PCIT の適用集団

〔子の問題行動〕
行為障害
反抗挑戦性障害
知的障害を伴う反抗挑戦性障害
分離不安を伴う反抗挑戦性障害
高機能自閉性障害に伴う問題行動
ADHD に伴う問題行動, ADHD 様の問題行動
〔養育の困難〕
養育不全/マルトリートメント
DV 被害による養育困難 (母が直接被害, 子は目撃)
身体的虐待
虐待被害後の里親養育措置

精神健康は実際の暴力被害を受けた母親と同様、重篤に阻害された状態にあることが明らかにされている。DV 目撃、あるいは直接被害を体験した子どもに出現しやすい精神健康障害としては、ADHD 様症状、不登校、ひきこもり、抑うつ状態などが指摘されている。

DV 被害やその目撃だけではなく、被害後の母子の精神状態が相互に影響を及ぼす可能性も指摘されている。金らはまた、母子関係の悪化と子どもの「攻撃的行動」との間に関連があることを示し、母子関係の質が子どもの「攻撃的行動」の予測に有効であることも報告している。DV の渦中にあった母子にとっては、「攻撃的行動」のような暴力にまつわる些細な行動や心理状況の一つ一つが過敏に双方の精神状態を混乱させ、母子関係を悪化に導く。これらの先行研究や臨床的経験から、DV 被害母子をユニットとして捉え、早期から母子の相互交流に着目した治療的介入を行っていく必要があるとの認識は現場において徐々に広がりつつあり、日本においても既に母子の同時並行グループプログラムの試みなどがあるが、エビデンス研究には至っていない。

3. PCIT について

PCIT は 1970 年代にフロリダ大学の Eyberg 教授によって開発された行動療法であり、当初は

発達障害児童における外在化行動障害とその親を治療の対象としてきたが、次第に家庭内暴力被害事例に援用されるようになった。現在では被虐待児童の行動面・精神面の症状と親子相互交流改善に有効性が確認されつつあり²⁾、米国 The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) において推奨されるエビデンスに基づいた治療のひとつとなっている。

PCIT は親子間のアタッチメントの回復と適切な命令の出し方 (しつけ) を中心概念とした行動療法である。対象児童は行動面や精神面でなんらかの症状を有しているもので、最適年齢は 2~7 歳だが、12 歳までは治療可能であるとされている。養育者は生物学的な親の他、里親や祖父母なども含まれる。表 1 に PCIT の適用集団を示した。

表 2 に PCIT プログラムの概観を示す。治療回数は親のスキル到達 (マスタリング) の進捗度によってケース毎に異なるが、1 回 60 分から 90 分のセッションを毎週行い、通常 12 回から 20 回で完了する。具体的には子どもに対し親 (養育者) が遊戯療法を行い、治療者はマジックミラーを通してこれを観察し、親が獲得すべき相互交流のためのスキルをマスターできるようトランシーバーを用いて実地訓練 (ライブコーチ) を行う。プログラムは 2 段階に分かれており、前半部分では「特別な遊びの時間 special play time」のなかで、親が子どものリードに従うことによって、親子の関係を強化することを目的とした CDI (Child-Directed Interaction) を行う。後半では CDI で獲得したスキルを維持しながら、よい命令の出し方や子どもがより親の指示・命令に従えるようにする効果的な「しつけの仕方」を指導し、子の問題行動をターゲットにその減少をはかる PDI (Parent-Directed Interaction) を行う。親が獲得すべきスキルは Dyadic Parent-Child Interaction Coding System 第 3 版 (DPICS-III)³⁾ を用いて毎回コーディングされ、CDI で定められたスキル (表 2) をマスタリングすることによって PDI セッションに移行することができ

表2 PCIT プログラムの概観

-
1. 親（養育者）が子どもに遊戯療法を行い、セラピストはマジックミラー越しにトランシーバーを使って親にコーチする
 2. 対象となる子どもの年齢は2～7歳（12歳まで可能）
 3. 1セッションの長さは1回60分から90分
 4. 通常12～20回で終了
 5. プログラムは前半部分と後半部分の2段階に分かれており、前半部分のスキルをマスターすると後半部分に進める
 6. セッション間に宿題をする
 7. 親スキルはDIPICS-III¹⁾を用いてコーディングする
 8. 子どもの問題行動はECBI²⁾（親評定）で点数化する
 9. 各部分の目的と獲得すべきスキル：
 - (ア) 前半部分：子ども指向相互交流（Child-Directed Interaction：CDI）
 1. 目的：親子の関係の強化
 2. Special Play Time「特別な遊びの時間」において
 - (ア) 行うこと：PRIDE skills (Do Skills)：
 - ①具体的な賞賛，②繰り返し，③まね，④行動の説明（描写），⑤楽しい雰囲気作り
 - (イ) 避けること（Don't Skills）：
 - ①命令，②質問，③批判
 - (ウ) 無視すること：気に障る不快な行動
 - (エ) 危険行動または破壊行動があった時は遊びを中止する
 - (イ) 後半部分：親指向相互交流（Parent-Directed Interaction：PDI）
 1. 目的：しつけ
 - (ア) 子どもが親の命令を聞く訓練を行う（命令は1回に1個）
 - ①良い命令を出すことを親に教える
 - ②親子にタイムアウトを教える
 - ③まずセラピストを相手に練習してから，子どもと練習する
 - ④親は言うことを聞く練習の間は怒りをコントロールすることを学ぶ
 - (イ) 親は家庭で徐々にタイムアウトを適用していく
 - (ウ) 子どもが依然として攻撃的な場合はハウスルールを設定する
 - (エ) 公共の場へPDIスキルを導入する
-

1) Dyadic Parent-Child Interaction Coding System 第3版

2) Eyberg Child Behavior Inventory

る。各セッション間には、プログラムの進捗に沿って宿題が出される。親がCDIのスキルを維持しながらPDIにおけるスキル（表2）をマスターし、同時に子どもの問題行動が改善することが治療終結の指標となる。なお、子どもの問題行動の改善についてはEyberg Child Behavior Inventory (ECBI)⁶⁾の得点の一定水準以下への減少が一つの目安となる。

PCITの効果については既に米国、オーストラリアなどで数多くのランダム化比較試験が行われており、メタアナリシス研究¹⁷⁾によればアメリカ心理学会の提示するエビデンスに基づく治療のガイドラインにおいて「よく確立されたwell-es-

tablished」治療に位置付けられている。被虐待児童とその親に対するPCITの治療効果は1990年後半から報告されるようになり、被虐待児の行動障害、親の育児ストレスの減少、短期的な虐待の減少が認められたとする報告¹⁸⁾や虐待の再発を防ぐ中期的効果の報告⁴⁾、DV被害を受けた親子に対し有効であったとする報告^{3,16)}などがある。PCITの異文化圏への導入については、米国内において既にヒスパニック系住民やアフリカン-アメリカン系住民に対する効果が確認され、また、米国外でもオーストラリア、オランダ、ドイツ、カナダ、プエルトリコ、中国、台湾、韓国に使用が広がっている¹⁾。日本においては本研究チーム

が初めて導入を試みることとなった。

4. PCITの日本への導入

2005年、当センターを中心とするPCIT研究チームのコアメンバー3名が米国シンシナティ子ども病院トラウマ治療トレーニングセンター(Trauma Treatment Training Center: TTTC)主催のPCITトレーニングワークショップに参加し、TTTCで用いている治療プロトコルをもとにほぼ忠実に翻訳し、日本版治療プロトコル(ドラフト)を完成した。この日本版治療プロトコルを用いて、2008年12月と2009年10月の2回にわたってTTTCからErna Olafson氏、Erica Pearl氏の2名をトレーナーとして招き、5日間のワークショップを合計32名の精神科医や臨床心理士などの専門家に行った。

なお、TTTCで用いている治療プロトコルは主として家庭内暴力被害児童に向けられたものであり、そのためオリジナルのPCITに若干の変更が加えられている。そのため2010年5月、筆者を含む研究コアメンバー2名がPCITの創始者であるEyberg博士の主催するフロリダ大学における5日間のトレーニングワークショップに参加し、現在Eyberg博士の許可を得てオリジナル版プロトコルの翻訳とPCITの日本への言語的・文化的適応に着手している。

わが国でのPCITのオープントライアルは、本ワークショップでトレーニングを受けた臨床家を中心に2008年12月から当センター心理室にて開始している。なお、字幕に逐語翻訳をつけたビデオを用い、ワークショップトレーナーの2名から事例のスーパーバイズを受けている。

2010年5月現在、母子12組(母親11人、子ども12人)がオープントライアルにエントリーしている。なお、本研究は東京女子医科大学倫理委員会の承認を得ている。

現時点で1例がCDI中に参加の撤回を表明しドロップアウトとなったが、他の11例は研究参加を続行しており、うち6例が治療を終結している。治療終結6事例のうち、5例の子どもに

Child Behavior Checklist (CBCL) を用いた評定で外在化症状、内在化症状ともに改善が認められ、また、5例の母親にBeck Depression Inventory (BDI)-IIを用いた評定でうつ状態の改善が、5例の母親にParental Stress Indexを用いた評定で母の育児ストレスの軽減が認められた。なお、子ども、母親ともに改善が認められなかった事例は、PCITとほぼ同時並行で離婚裁判が進行していたものであった。なお、ドロップアウト例の母親の精神健康障害は10例中最も重篤な事例であったが、母親側の症状アセスメントや離婚裁判の負荷などはPCIT導入に際する重要なポイントであると考えられた。

対象事例のPCITの受け入れは親子ともに良好であり、シンシナティ子ども病院で用いられているプロトコルも大きな変更の必要なく使用できた。まず、CDIにおけるDoスキルとDon'tスキルなどのスキルの受け入れについては抵抗を表明する対象は少なかった。CDIスキルは現在の日本の子育てでもよく指摘される「誉める子育て」に通じるところが大きいため、今後も大きな齟齬なく導入できるのではないかと考えられた。PDIにおけるタイムアウトチェアの手法は日本では使用されていないしつけの方法であるが、やはり受け入れは良好であった。親スキルのコーディングとコーチングに関しては日本語と英語の文法上の相違と文意・文脈の伝達様式の相違に関して今後検討を重ねる必要があることがわかり、検討課題となっている。

事例の集積はまだ不十分であるが、これらの中間的な結果からは、PCITはDV被害を受けた母子に対し安全に導入できる心理療法であり、また、子どもの全般的な症状と親の抑うつ症状の改善、親の育児ストレスの軽減への効果が期待できるものと考えられる。PCITは今後DV被害家庭の養育再建にむけて重要な治療ツールとなるであろう。

文 献

- 1) Bjorseth, A., Wormdal, A., Chen, Y.: PCIT around the world. Parent-Child Interaciton Therapy

(ed. by McNeil, C., Hembree-Kigin, T.). Springer, New York, p. 421-428, 2010

2) Borrego, Jr., J., Urquiza, A.J., Rasmussen, R.A., et al.: Parent-Child Interaction Therapy with a Family at High Risk for Physical Abuse. *Child Maltreatment*, 4 (4); 331-342, 1999

3) Borrego, J.Jr., Gutow, M.R., Reicher, S., et al.: Parent-child interaction therapy with domestic violence populations. *Journal of Family Violence*, 23; 495-505, 2008

4) Chaffin, M., Silovsky, J.F., Funderburk, B., et al.: Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (3); 500-510, 2004

5) Eyberg, S., and members of the Child Study Lab: Abridged Manual for the Dyadic Parent-Child interaction coding system, Third Edition. Child Study Laboratory of Florida, 2004

6) Eyberg, S.M., Pincus, D.: Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised: Professional Manual. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL, 1999

7) Golding, J.M.: Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis, *J Fami Viol*, 14; 99-132, 1999

8) 石井朝子, 飛鳥井 望, 木村弓子ほか: シェルター入所者におけるドメスティックバイオレンス被害の実態と精神健康に及ぼす影響. *精神科治療学*, 20; 183-191, 2005

9) 石井朝子: DV 被害母子に対する援助介入に関する研究—平成 16 年度厚生労働科学研究 子ども家庭総合研究事業報告書 (主任研究者 石井朝子). 2005

10) 加茂登志子, 氏家由里, 大塚佳子ほか: 夫・恋人からの暴力被害女性の呈する精神症状の経過—緊急一時保護後アフターケア 2 ヶ年計画の結果報告から—. 厚生科学研究費補助金 (分担) 「研究報告書母親とともに家庭内暴力被害を受けた子どもへの心理的支援のための調査」平成 16 年度報告書. 2004

11) Kigin, T.H., McNeil, C.B.: Parent-Child Interaction Therapy: A Step-By-Step Guide for Clinicians (Clinical Child Psychology Library). Plenum Press, New York, 1995

12) 金 吉晴, 加茂登志子, 大澤香織ほか: DV 被害を受けた母子へのフォローアップ研究—1 年後の精神的健康・行動・生活と母子相互作用の変化に関する検討—厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 「大規模災害や犯罪被害等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究」 (主任研究者: 金 吉晴) 分担研究報告書, 2008

13) 金 吉晴, 柳田多美, 加茂登志子ほか: DV 被害を受けた女性とその児童の精神健康調査—厚生労働科学研究費補助金 子どもと家庭に関する総合研究事業総括・分担研究報告書 (主任研究者 金 吉晴). 2005

14) 森田展彰, 春原由紀, 古市志麻ほか: ドメスティック・バイオレンスに曝された母子に対する同時並行グループプログラムの試み (その 1) —プログラムの概要と子どもに関する有効性. 子どもの虐待とネグレクト, 11; 69-80, 2009

15) 奥山真紀子: 被害児童への治療・ケアのあり方に関する研究—平成 16 年度厚生労働科学研究 子ども家庭総合研究事業報告書 (主任研究者 石井朝子). 2005

16) Pearl, E.: Parent-child interaction therapy with an immigrant family exposed to domestic violence. *Clinical Case Studies*, 7 (1); 25-41, 2008

17) Thomas, R., Zimmer-Gembeck, M.J.: Behavioral Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P-Positive Parenting Program: A Review and Meta-Analysis. *J Abnorm Child Psychol*, 35; 475-495, 2007

18) Timmer, S.G., Urquiza, A.J., Zebell, N.M., et al.: Parent-Child Interaction Therapy: Application to maltreating parent-child dyads. *Child Abuse & Neglect*, 29; 825-842, 2005

19) 吉田博美, 小西聖子, 影山隆之ほか: ドメスティック・バイオレンス被害者における精神疾患の実態と被害体験の及ぼす影響. *トラウマティック・ストレス* (1348-0944), 3 (1); 83-89, 2005