

家庭内暴力を受けた子どもの精神面・行動面の問題と家族再統合に 対するエビデンスに基づいた心理療法の導入 及び治療ネットワークモデルの構築

研究代表者

東京女子医科大学附属女性生涯健康センター
加茂登志子

共同研究者

国立精神・神経医療研究センター精神保健研
究所 成人精神保健研究部
金吉晴

東京都児童相談センター治療指導課
小平かやの

武蔵野大学人間関係学部・大学院人間社会研
究科人間学専攻臨床心理学コース
春原由紀

東京女子医科大学附属女性生涯健康センター
三上由里

1) まえがき

日本の虐待や配偶者間暴力（Domestic Violence 以下 DV）の相談件数は増え続けており、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、多動等）や内在化障害（うつ、不安、外傷後ストレス障害等）を持つ子どももまた増加しつつある。被害を受けた子どもが将来の被害者や加害者となる世代間連鎖問題も考慮すると、家族再統合を視野に入れた心理療法は今ここにある問題を改善するだけでなく、将来の家庭内暴力の予防にも影響する可能性もあろう。実際、日本国内において家庭内暴力被害を受けた子どもとその親を対象とし、家族再統合を視野に入れた治療的介入の必要性は広く認識されている。しかし、現状では治療的介入方法の系統的導入や診断治療に関するネットワーク作りに至るまで議論は成熟し

ていない。

一方国際的な観点からみると、近年、心理療法の治療効果エビデンス研究は虐待のある家族の領域にも広がりつつある。家庭内暴力被害への対応が喫緊となりつつある現在、エビデンスが既に確立した心理療法を取り入れるのが最も安全で確実な方法であり、地域格差等無く全国どこでも等しく高度な治療的介入をうけることができるようにするいわゆる治療の均てん化を近未来の目線にあればエビデンスの持つ意味はさらに重要になる。しかし、一言でエビデンスに基づく心理療法を導入するといっても、その工程は単純なものではなく、その治療で用いるマニュアルや評価方法、ひいては治療者（セラピスト）や指導者（トレーナー）の質が担保されなければ、オリジナルの治療で得られたエビデンスを再現することは困難であるか

らである。家庭内暴力被害をめぐる深刻な状況には、一層確実な介入的心理療法が望まれることは言うまでもない。

2) 目的

本研究の目的は、米国等でエビデンスが確立している短期心理療法である「親子相互交流療法 Parent Child Interaction Therapy (PCIT)」について、オリジナル版の有する治療効果エビデンスを維持しつつ、家庭内暴力被害を受けた子どもとその親に対し本治療を導入し効果研究を施行すること、並行して PCIT をモデルに、コミュニティレベルにおいて、家庭内暴力被害を受けた子どもと家族再統合を目指した治療ネットワークの構築を検討することにある。

上述した目的を達成するために、本研究は以下の3つの部分に分割して行った。

【研究 1】オリジナル版マニュアルと実施に不可欠な評価尺度等のテキストを日本語に標準化し、そのテキストをもとにセラピストとトレーナーを育成するシステムを構築する。(日本語版標準化テキストを用いた PCIT セラピストとトレーナーの育成システムの構築)

【研究 2】【研究 1】で作出した日本語標準化テキストを用い PCIT の臨床事例に対する効果研究を行う。(日本語標準化テキストを用いた PCIT の効果研究：クリニックベースでの試験導入事例の検討及び PCIT のランダム化比較試験 (RCT))

【研究 3】PCIT をモデルに、家庭内暴力の領域におけるエビデンスに基づいた心理療法の均てん化を担う治療ネットワークモデルの構築を検討する。(PCIT 等エビデンスに基づいた心理療法の治療ネットワークモデルの構築の検討)

PCIT について

PCIT は 1970 年代にフロリダ大学 Eyberg 教授に

よって開発された行動療法¹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、米国 The National Child Traumatic Stress Network(NCTSN)²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 は親子間の相互交流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歳とされているが、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。

PCIT プログラムの概観は以下の表1の通りである。

表1 PCIT プログラムの概観

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">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. 親スキルと子どもの反応は短縮版(DIPICS 1)を用いてコーディングする8. 子どもの問題行動はECBI 2(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:<ol style="list-style-type: none">A. 前半部分: 子ども指向相互交流 (Child-Directed |
|--|

Interaction: CDI)

目的: 親子の関係の強化

Special Time 「特別な時間」において以下の I~IV をマスターする

I. 行うスキル: PRIDE skill (Do Skills):

- ① Praise 具体的賞賛
- ② Reflect 繰り返し
- ③ Imitate まね
- ④ Description 行動の説明 (描写)
- ⑤ Enjoy 楽しい雰囲気作り

II. 避けるスキル(Don't Skills):

- ① Command 命令
- ② Question 質問
- ③ Criticisms 批判

III. 気に障る不快な行動を無視する

IV. 危険行動または破壊行動があった時は遊びを中止する

B. 後半部分: 親指向相互交流 (Parent-Directed Interaction: PDI)

目的: しつけ

A. 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 先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

B. 親は家庭で徐々にタイムアウトを適用していく

C. 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

D. 公共の場へ PDI スキルを導入する

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

2) Eyberg Child Behavior Inventory

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、一回 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 (プレイセラピー) 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に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子ども指向相互交流 (Child-Directed Interaction, CDI) 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親指向相互交流 (Parent-Directed Interaction, PDI) を行う。親が獲得すべきスキルは「親子対の相互交流評価システムのための短縮版マニュアル」(Dyadic Parent-Child Interaction Coding System: DPICS)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 におけるスキルをマスタリングし、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「アイバーグ子どもの行動評価票」(Eyberg Child Behavior Inventory: ECBI)⁴の得点の一定水準以下への減

少が一つの目安となる。ECBIは2-16歳の子どもの行為や行動の問題を測定するための36項目からなる自記式尺度であり、通常養育的立場にある大人が回答する。問題となる行動を強度スコアと問題数スコアから測定する。日本語版は原作者と出版社の承諾のもと、筆者らが作成し、標準化を施行している^{5,6}。

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-established」治療に位置付けられている⁷。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⁸や虐待の再発を防ぐ中期的効果の報告⁹、DV被害を受けた親子に対し有効であったとする報告^{10,11}等がある。筆者らの行った予備的なDV被害母子に対するPCIT導入研究¹²では、養育者側に精神健康障害を有する母子であっても治療完遂率は70%と高く、また、治療回数の通算は約17回と米国での推奨回数とほぼ同等であった。治療終了時にECBIを用いた計測による子どもの問題行動は概ね軽減していたが、一般治療群との比較においても子どもの外向性症状群およびADHD症状の有意な改善が確認された。また、PCIT終了時には母親の精神健康状態は軽快方向にあり、育児ストレスにおいて親子の非機能的相互関係が改善されていた。

【研究1】日本語版標準化マニュアル等を用いた治療者（セラピスト）と指導者（トレーナー）育成システムの構築

PCITを施行するためのマニュアルにはオリジナル版以外にも、対応する親子の事例性に即して

数種類の修正版が存在しているが、2011年に国際PCIT学会(PCIT international)が設立されて以降、確実な治療効果エビデンスが確認されているオリジナル版マニュアルに統一される方向にある。筆者らは2008年からPCITを臨床導入し、上述した導入研究を行い、一定の効果も上げていたが、使用したマニュアルは修正版であり、またDPICSは英語原版を用いていた。

特定の心理療法の均てん化を目指した場合、最良のエビデンスが得られる標準化されたテキストの作成とセラピスト育成システムの構築は不可欠である。そこで【研究1】では、まずPCITの実施に必要なテキストの翻訳及び標準化と、これに基づいたセラピスト育成システムの構築を目指した。

PCIT施行に不可欠で、また最良の治療効果エビデンスを担保する材料として、

①オリジナル版PCITマニュアル

②短縮版DPICS

③ECBI

の3点が挙げられる。

このうち、マニュアルはPCITの実施に、また、短縮版DPICSとECBIは治療経過中の親子の行動評価（アセスメント）に必要である。ECBIに関しては、上述したように本研究に先行して筆者らが翻訳と多数例研究による標準化を施行し、報告を行っているため、今回はマニュアルと短縮版DPICSの翻訳を行うこととした。

PCIT マニュアル

PCIT マニュアルはプログラムの進捗をセッション毎に具体的に示したもので、PCIT施行の根幹をなすものである。今回の研究では、米国側協力者であるEyberg教授、Brestan-Knight教授、Bussing医師らと協議の上、筆者らがすでに著作権を得ているオリジナル版である「PCIT-治療完成チェック

リストとセッションのための資料」2.09版 (Sheila Eyberg とフロリダ大学子ども研究所研究室、2009) を翻訳することとした。

DPICS

DPICS は 1980 年代から米国を中心に使用されている親子の社会的交流の量的質的評価のための評価システムであり、PCIT と同じく Eyberg 教授によって作成されている。DPICS は親の子どもに対する言語的接触や子どもの親に対する反応を細かくカテゴリー分類し、各カテゴリーの頻度を測定するもので、PCIT では臨床の必要性に応じ、短縮版が用いられている。DPICS 評価は PCIT の進捗を決定する不可欠な評価尺度であり、やはりマニュアルと同様に標準化が必要である。DPICS は順次改定されているが、今回は、米国側協力者と協議の上、マニュアルと同様に筆者らがすでに版權を得ている「短縮版 DPICS 第 3 版 (短縮版 DPICS-III)」について翻訳・標準化を行った。

研究 1 では、ステップ 1 として、PCIT マニュアルと DPICS の翻訳・標準化を行い、ステップ 2 として標準化された日本語版テキストを用い、セラピストとトレーナーの養成システムのモデルとなる初期研修会とセラピストスーパービジョンを行った。なお、初期研修会開催期間中、ステップ 1 で標準化されたテキストの翻訳に関する参加者全員が参加した最終チェックを行った。

【研究 1】－ 1 方法

ステップ 1 :

以下の手順でマニュアルと短縮版 DPICS-III の翻訳と標準化を行った。なお、ECBI の翻訳と標準化でも同様の手順をとっている。

①原版の日本語訳 (一次ドラフト翻訳) : 筆者及び研究協力者 6 名による

② 1 次翻訳の英訳 (バックトランスレーション) : 日英バイリンガルであり、英語による臨床経験を持つ日本人心理士で、PCIT に関する専門知識を有さない者 1 名による

③標準化された日本語版の作成 : バックトランスレーションされた一次ドラフト翻訳と原版を比較検討し、標準化された日本語版を作出する。子の過程には、日本側から翻訳者代表 1 名、バックトランスレーションを施行した心理士 1 人、米国側協力者 2 名が参加する。

ステップ 2 :

ステップ 1 で完成したテキストを用い、米国からエキスパートをトレーナーとして招聘し、推奨されている初期研修会とセラピスト養成スーパーバイズシステムを日本語を母国語とする参加者に施行し、日本の臨床現場への適合について検討した。また、テキストの翻訳について初期研修会期間中参加者全員により最終チェックを行った。

【研究 1】－ 2 結果

ステップ 1 :

マニュアル・短縮版 DPICS-III とともに、一次翻訳は筆者を含めた日本語を母国語とする精神科・心理領域の専門家 6 名のチームが行い、用語の統一や翻訳修正などの監訳を筆者が行った後、一次ドラフト版を作成した。この一次ドラフト版に対し、2012 年 5 月から 8 月にかけて、日本語を母国語とし、米国で英語を用いて心理療法の臨床を行っている心理学専門家 1 名がバックトランスレーションを行った。バックトランスレーション翻訳を用い、日本側から翻訳者代表 1 名 (筆者)、バックトランスレーションを行った心理士 1 人、PCIT マスタートレーナー資格を持つフロリダ大学 Regina Bussing 医師と、オーバーン大学 Elizabeth

Brestan-Knight 教授からなる検討チームで翻訳に関する調整を行い、原版の意図する表現に最も近い形での日本語標準化版を作成した。

表2にPCITマニュアルと短縮版DPICSに共通し、PCIT実施の重要な概念となる重要な親子の行動カテゴリーの概略を、表3に短縮版DPICS-IIIにおける同カテゴリーのリスト表を示す。このカテゴリー分類を基礎に、PCITでは親のコーチングと親子の行動の評定（コーディング）を行う。

なお、原版の表現に日本語表現を優先させた箇所については別個に抽出し、「日本語ノート」（表4）を作成し、日本での使用に対する注意事項として日本語版マニュアルと短縮版DPICS-IIIの巻末に注意事項として付け加えた。日本語ノートとして抽出したものは、①Descriptionの訳語について、②終助詞「ね」の取り扱い、③義務責任の表現の翻訳、④子どもの呼名について、の4点である。①は通常Descriptionの訳語として用いられている「描写」が文語的であることから、より口語的な「説明」を用いた。また、④では、DPICSでは子どもの呼名は間接的命令にコードされることが多いが、日本語では子どもの名前が二人称表現として頻繁に使われることから、二人称表現としての呼名はコーディング外とすることを記載した。②、③に関しては日本語と英語のモダリティの相違から生じたニュアンスの相違について具体的に示したものである。モダリティとは話している内容に対する話し手の判断や感じ方を表す言語表現のことであり¹³、会話を手段とする心理療法では非常に重要な部分である。

表2 PCIT実施における親子の行動カテゴリーの概略

親カテゴリー

否定的会話 (negative talk: NTA) : 否定的会話は子どもや、子どもの性質、活動、生産物（作品）、あるいは選択に対

する不承認の言語的表現である。否定的会話は生意気な、皮肉的な、失礼な、あるいは厚かましい発言も含んでいる。

命令 (Commands : CO) : 命令は話し手（親あるいは子ども）が言動や行動によって他者に従うように指示する発言であり、直接的命令 (Direct commands: DC) と間接的命令 (Indirect Commands: IC) がある。直接的命令は、実行される言動や行動のための注文や指示を含み、子どもがその行動を行うよう示す宣言的な発言であり、間接的命令は、実行される言動や行動のための提案であり、暗に示されるか質問形で述べられる。

賞賛 (Praise) : 賞賛は子どもの性質、生産物あるいは行動に対する好意的な判定を表現する言語表現であり、具体的賞賛 (Labeled Praise: LP) と一般的賞賛 (Unlabeled Praise: UP) がここに含まれる。具体的賞賛は、具体的賞賛は子どもの特定の行動、活動あるいは生産物に肯定的な評価を与えるもので、子どもが引き続き親の賛同を受けるために出来ることをはっきり限定して、子どもに教えることを目的としている。一般的賞賛は、子ども、子どもの性質、あるいは子どもの非特定の活動、行動、あるいは生産物に対して肯定的評価を与えるもので、必ずしも行動を強化しないが、しかし、子どもの自尊心を高める可能性がある。

質問 (Question: QU) : 質問は、文末に上り調子になったり、あるいは、質問の文章構造を持つことによって平叙文から区別可能となる言語的問いかけである。質問は回答を要求するが、子どもが行動することを提案してはいない。DPICSには2つのタイプの質問がある。: 説明的/繰り返しの質問は、通常、反応に短い確認以上のものを求めない、閉じられた (closed-ended) 質問である。情報質問 (information questions) は、特定の情報を尋ねる、開かれた (open-ended) 質問である。この短縮版マニュアルでは、情報的質問と説明的質問とを合わせて、複合的な質問カテゴリー (QU) を創出している。

繰り返し Reflective Statement, RF) : 繰り返しの発言は先行する子どもの言語表現と同じ意味を持つ表現、あるいは発言である。繰り返しは、子どもの言語表現の言い換え

や詳述でありうるが、子どもの発言の意味を変えたり、述べられていない考えを解釈することは出来ない。

行動の説明 (Behavioral Descriptions, BD) : 行動の説明(描写)は評価的でない叙述的な文章またはフレーズである。その文章またはフレーズの中では、主語は他者であり、動詞はその人が現在行っている、あるいはたった今完了した(5秒未満)観察可能な言語的、非言語的行動を描写している。

中立的会話 (Neutral Talk, TA) : 中立的会話は人、物、出来事あるいは活動についての情報を紹介したり、子どもへの注目を示したりする発言からなるが、子どもの現在の、あるいはたった今完了したばかりの行動を明確に描写したり評価しているものではない。

子どもカテゴリー

命令への反応(Responses to Command) : 親が命令を発した後の子どもの命令に対する反応を見る。命令への反応を説明するのに 3 つのカテゴリーがある：命令に従う (Compliance: CO)、命令に従わない(Noncompliance: NC)、そして、命令に従う機会なし (No Opportunity for Compliance: NOC)である。命令に従うは、5秒以内にその命令が実行されたか、あるいは、実行され始めた場合にコードされる。命令に従わないはその命令が5秒以内に実行されなかった場合、あるいは、その命令にそぐわない行動が行われた場合にコードされる。命令に従う機会なしは、従うための適切なチャンスが与えられなかった場合にコードされる。

表3 短縮版 DPICS-III におけるカテゴリー

短縮版 DPICS におけるカテゴリー	
親カテゴリー	子どもカテゴリー
言語表現カテゴリー	
否定的会話 (NTA)	

直接的命令 (DC)	
間接的命令 (IC)	
具体的賞賛 (LP)	
一般的賞賛 (UP)	
質問 (QU)	
繰り返しの発言 (RF)	
行動の説明 (BD)	
中立的会話 (TA)	

反応カテゴリー	
	命令に従う (CO)
	命令に従わない (NC)
	命令に従う機会なし (NOC)

表4 DPICS 日本語ノート Ver.1.01

ノート1 : Description の訳語について

本来、Description の訳語としては「描写」を用いるのが最も適切だが、「描写」はより文語的な表現であり、口語的な日常用語としての使用はごく稀である。そのため、親によっては、とりわけ知的水準に若干の問題がある養育者にとっては、その意が十分に理解できない可能性がある。そこで日本語版 PCIT では、あえて「説明」という誰でも知っている易しい日本語表現を用いることとした。これらを鑑み、日本語版 CDI ティーチングでは、PRIDE スキルにおける「説明」の示す意について、以下の点をセラピストから養育者に具体的に伝えることとする。すなわち、英語における Explanation と Description は前者が解釈を含み、後者は解釈を排し、ありのままを言語化するという点が大きく異なっており、PCIT における「説明」とは後者にあたるものである。

ノート2 : 終助詞「ね」の取り扱い

「ね」は日本語文法では終助詞に分類される。終助詞とは文や句の末尾について疑問・禁止・感動などの意味を付け

加えるものであり、そのものだけでは意味を持たない。「ね」は、日本語の終助詞の中でも特に重要であり、使わなければ会話が不自然となる場合があることが知られている。そのため、以下のように、会話のリズムや柔らかさを維持する働きのみである「ね」は軽い「ね」としてコーディングしない。一方、談話の文脈や語気の強さ、イントネーションによって念押しや強い同意を求めること、あるいは質問の意味合いを含むことが明らかである場合は、その意図するところに合わせてコーディングする。なお、「ね」における評価者間一致等の詳細は今後の研究課題である。

「ね」のコーディングにおける暫定的な判断

- 軽い「ね」はコードしない
 - 会話のリズムや柔らかさを維持する
- 重い「ね」はコードする
 - 念押しの「ね」⇒間接的命令
 - 強く同意を促す「ね」⇒間接的命令
 - 質問の「ね」（語尾上がり）⇒質問

ノート3：義務・責任の表現の翻訳（should, must, have to, need to の訳語について）

should, must, have to など、義務・責任に関する英語表現は一般に二重否定「～ねばならない」を使用して日本語に翻訳されることが多い。この二重否定を用いた命令「ねばならない」は、日本語において義務・責任を表す表現として多用され、子どもにもよく使われる。この「ねばならない」は「～しないあなたはよくない（正しくない）」という否定的メッセージもまた含意するため、DPICS 親カテゴリーでは否定的会話との異同が問題となる。1つの文章が2つの意を示すとき、DPICS では Priority Order を用いる。PO において命令と否定的会話では否定的会話が上位となるため、二重否定は必然的に否定的会話に分類されることになる。これらを鑑み、日本語 DPICS-III 第1版は二重否

定を用いた命令を、命令ではなく否定的会話に分類することとした。

一方、義務、責任を示し、二重否定に代わる表現には「べき」があるが、「べき」には固いイメージがあり、文章には頻繁に使われるが、大人同士の口語でも使用はまれであり、親子の会話では通常ほとんど使われない。

そのため、DPICS-III 日本語第1版では、原版における should, must, have to, need to 等の義務・責任表現を、暫定的に「しなさい」「してください」といった柔らかかで丁寧な命令に意識（変換）して翻訳した。

二重否定を用いた命令を、否定的会話に分類することの是非、義務・責任を表す命令に柔らかかで丁寧な命令や既存の決まりがあることを示す表現を用いることの是非については引き続き今後の研究課題である。

ノート4：子どもの呼名について

DPICS において、注意を喚起するために子どもの名前を呼ぶことは、「こちらを向きなさい」という意を含む間接的命令に分類される。そのため、PCIT プロトコルでは、子どもの名前を呼びすぎないこと、特に、命令を与える直前には呼名しないようにすることが示されている。日本語版 DPICS においても、原版同様注意喚起のための呼名は間接的命令としてコーディングされる。

一方、日本語による親子の会話で子どもを「あなた」と呼称することは少なく、通常「あなた」は省略されるか、あるいは、子どもの名前がそのまま使われることが多い。この場合の呼名は英語の三人称（She, He）とは異なるものであり、「you」同様二人称的機能を有するものである。これらを鑑み、通常の会話のなかで用いられる二人称としての呼名については、コーディング外のものとする。

ステップ2：

①初期研修会

2012年12月12日から16日まで、フロリダ大学 Sheila Eyberg 教授とオーバーン大学 Elizabeth

Brestan-Knight 教授を講師とし、ステップ 1 で作成した日本語版マニュアル 2.09 と短縮版 DPICS-III をテキストに用い、5 日間計 40 時間の初期研修会を開催した。この研修会はフロリダ大学で行われている PCIT 初期研修会を踏襲した内容になっており、スライドを用いた座学研修のほか、ロールプレイ実施、健常親子 2 組のボランティア参加によるライブ PCIT の施行を取り入れた。

日本側からは、今後日本での PCIT 均てん化の中心的役割を担う指導者となり得る 16 人(新規参加者 8 人、トレーナー候補者 8 人) が参加した。参加者は、医療機関に勤務する医師(精神科医、児童精神科医、小児科医)、臨床心理師(大学病院、地域基幹病院)、児童相談所に勤務する医師、臨床心理士、児童心理司、大学附属心理臨床センターに勤務する臨床心理士であり、活動地域は東京都、埼玉県その他、北海道、兵庫県、福岡県であった。

初期研修会は参加者全員が最後まで休むことなく参加した。ボランティア親子に行った PCIT の実地研修では、これまで PCIT 経験のない新規参加者全員がコーチングを体験した。

また、初期研修会開催期間中、講義や実習を行いながら翻訳や言い回しに関連する疑問点、問題点を収集し、また、日本側参加者のみで 1 回のミーティングを開催した。その結果、翻訳や日本語の言い回しに特に問題点は上がってこなかったが、短縮版 DPICS-III における「肯定的評価の単語か句」や「賞賛を含意するために十分に肯定的ではないと考えられる説明的な単語形容詞表現」に関しては、直訳より日本語表現への適合 Adjustment が必要なのではないかの検討課題が提出された。原版 DPICS において「賞賛を含意するために十分に肯定的ではないと考えられる説明的な単語形容詞表現」表現のなかに、日本語表現としては十分に賞賛を含意する単語が含まれていると考えられるからである。

②セラピストスーパービジョン

初期研修会の受講終了に伴い、参加者は臨床例に PCIT を導入することが可能となるが、臨床水準を上げるために米国側から次の 2 点が提案され、日本側とも相談の上、実行することとなった。一つは、実際のパイロットケースを用いてセラピストスーパービジョンシステムを確立すること、またもう一つは初期研修後、一定の PCIT に関する臨床経験を経たのち、特に後半の PDI 部分に焦点を当てたアドバンス研修会を開催することである。

パイロットケースによるスーパービジョン

ケーススーパービジョンのシステム開発のため、初期研修会修了後 2012 年 12 月から 2013 年 4 月まで、筆者と初期研修会に参加したトレーナー候補 1 名による女性生涯健康センターチームが自験例 1 例について Brestan-Knight 教授からスーパービジョンを受けた。

具体的には以下の Case1 に対し、ステップ 1 で標準化したマニュアルと短縮版 DPICS-III を用いて女性生涯健康センターチームが PCIT を行い、これをビデオに録画し、さらに同時通訳による英語吹き替えを添付したビデオを米国側に送付し、治療に同時並行してセッション毎に治療終了まで週 1 回 1 時間のインターネット通信によるスーパービジョンを受けた。

Case 1: 母 32 歳、2 歳男児

<主訴>子どもが言うことを聞かないのでつい怒鳴ってしまう、子どもに上手く対応できない、子どもに分離不安がある

<背景因子>母に摂食障害による精神科治療歴がある。両親は離婚しており、母子 2 人で生活している。本事例は母親から研究参加について応諾を受けている。

図 1 に示すように、本パイロットケースはこの

スーパービジョンシステムを背景に順調に回復し、ベースラインを除くと約4か月間12回のセッションで PCIT を修了することが出来た。子どもの ECBI 強度スコアは 130 点から 81 点減少し(図 1)、母親も PCIT におけるスキルをマスターし(図 2)、子どもの分離不安、母親の育児不安はともに軽減した。

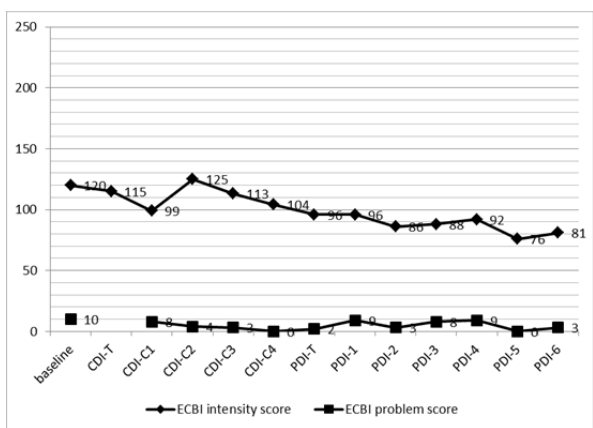


図 1 パイロットケースの治療経過 (ECBI 強度スコア及び問題数スコアの経時変化)

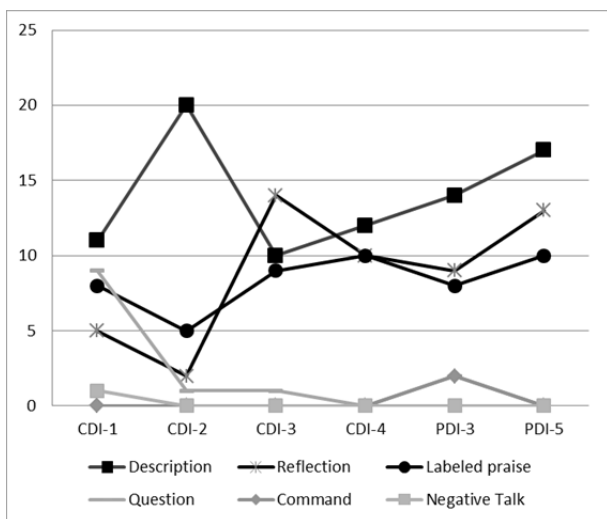


図 2 パイロットケースの親の CDI スキルマスタリング (短縮版 DPICS-III に基づく)

また、日本側トレーナーの養成としては、このセラピスト養成スーパービジョンを受けた 2 名がさ

らにトレーナー養成スーパービジョンを受け、研修会参加者を中心に日本語によるスーパービジョンを行うこととなった。

③アドバンス研修会

アドバンス研修会は、2013 年 5 月 18 日、19 日、Eyberg 教授と Brestan-Knight 教授を再び招聘し、12 月研修会参加者を対象に開催した。本研修会では、PDI スキルに関する追加講義や PCIT マニュアルの特定ケースへの適合、修正等に関する講義を行い、また、女性生涯健康センターの臨床事例 2 例がライブケースボランティアとして参加した。アドバンス研修会后、パイロットケースで検討したスーパービジョンシステムを用い、新規参加者を対象にスーパービジョンを開始した。

④新規参加者の PCIT 臨床導入実績とスーパービジョン

2012 年 12 月初期研修会后 2014 年 2 月末まで、初期研修会に参加した新規参加者 8 名のうち 6 名が自身のケースで PCIT を開始し、そのうち 3 名が米国側から、また 1 名が日本人トレーナーから初回導入ケースに対しスーパービジョンを受けた。なお PCIT が開始できなかった新規参加者のうち 1 人は他の参加者のスーパービジョンに参加した。

また、トレーナー候補者のうち 1 名が日本人トレーナーから 1 例のスーパービジョンを受けた。

【研究 1】－ 3 考察

他の文化圏で他言語で行われている心理療法について、治療効果に関するエビデンス水準を維持しながら日本文化圏で日本語を母国語とする対象に導入するためには、翻訳から実施まで複数の段階での標準化と調整が必要である。具体的には翻訳を正確に行うこと、しかし、言語を治療手段とする心理療法において日本語としての自然さも失

わないようにすること、専門用語を現在日本国内で使われているものと突き合わせ、出来る限り齟齬がないようにし、かつ翻訳内でも統一化すること、そしてそれらが完成した上で、日本の文化と言語に最も適した形で仕立てなおし Tailoring や、場合によっては 適合 Adjustment や 修正 Modification を行うこと、その過程で実際の事例に導入し、エビデンスを確認しつつ再調整を繰り返していくことなどが挙げられよう。なお、Tailoring とは、原版を逸脱しない範囲で、個別の事例に対し適した形に治療を形作することを示し、Adjustment は原版の一部を一定の集団の治療のために適合させること、Modification とは原版の大幅な修正である。本研究での翻訳は原版のエビデンス担保を目的にしているため、出来る限り原版に近づけることを目標とした。

まず、翻訳の正確さについてはバックトランスレーション法を用い、翻訳者を挟んで日本側専門家と米国側専門家が検討することで担保した。原版の意図する表現と日本語表現に齟齬が生じた場合は原則的に出来る限り原版表現に近づけたが、日本語表現を優先させた箇所については「日本語ノート」を作成し、その理由もまた付記した。表4に見るように、今回の翻訳では「日本語ノート」に、以下の4点を示している。すなわち、Description の翻訳をあえて「説明」にしたこと、親子の会話における終助詞「ね」の DPICS コーディング上の取り扱いを別に定めたこと、義務・責任の表現 (should, must, have to, need to) の翻訳で二重否定文（「ねばならない」）も「べき」表現もともに避けたこと、子どもの呼名について主語表現の限りでは可能としたことである。特に、終助詞「ね」の取り扱いと、義務責任表現の翻訳については、心理療法におけるモダリティの取り扱いに関する問題を浮き彫りにすることとなった。

モダリティとは事柄がどのようにあるのか、あ

るいはあるべきなのかに関する（話し手の）捉え方を表す意味的カテゴリーのことであり、認知からコミュニケーションに至るあらゆる次元がかかわっており¹³、特に言語学の分野では重要な研究領域となっているが、心理療法領域ではこれまであまり俎上に上がることがなかった。PCIT はアセスメント重視の行動療法であり、その根幹をなすものが DPICS を用いた母親の言動・行動のカテゴリー別の計量であったため、モダリティに関する問題に踏み込んで、母親の言動がどのカテゴリーに所属するかを明確化するために詳細に検討する必要があった。日本語ノートに示した通り、日常会話のなかに頻繁に使われる二重否定による命令（「しなければいけません」）を否定的会話 NTA とするか否か等、をまだ検討課題として残されている点も多い。

また、初期研修会で参加者から挙げられた「肯定的評価の単語」や「賞賛を含意するために十分に肯定的ではないと考えられる説明的な単語形容詞表現」についても、モダリティ関連の課題提起である。

今回日本語ノートに示したようなごく小さな範囲での変更点、留意点は先に上げた Tailoring の範囲であって、Adjustment や Modification といった大きな変更には当たらないと考えられるが、変更点が治療全体に与える影響はいずれ検証する必要がある。モダリティ解釈の採択範囲を広げるとは、すなわち意識範囲を広げることに通じている。意識が心理療法のエビデンスに与える影響は十分に意識されるべきであり、「肯定的評価の単語」や「賞賛を含意するために十分に肯定的ではないと考えられる説明的な単語形容詞表現」の Adjustment についても、モダリティの視点から十分な論理的裏付けを持って検討すべきであると考えている。

セラピストスーパービジョンのパイロットケー

スは米国での方法論を踏襲することによって非常に円滑に修了まで持っていくことが出来た。この方法を用い、初期研修会受講者8名のうち6名、75%がスーパービジョンを受講した。なお、アドバンス講習会は、PCITに対するより深い理解を与えると同時に、スーパービジョンを開始する機会を与えていた。今後はこの方法論を踏襲し、セラピストを育成するとともに、本研修会の参加者からスーパービジョンが出来る日本語トレーナーを育成していくことが課題である。均てん化には地域で活動できる相当数のセラピストを確実に育成することが大きな鍵になるが、セラピスト育成のためには標準以上のスキルを持ったトレーナーの存在が不可欠であることは言うまでもない。

【研究2】日本語標準化テキストを用いた PCIT の効果研究：クリニックベースにおける試験導入事例の検討及び家庭内暴力被害児童とその家族に対する PCIT のランダム化比較試験 (RCT)

【研究2】では【研究1】の成果物である日本語標準マニュアルと短縮版 DPICS-III を用いた PCIT (以下標準 PCIT と記載) を臨床ケースに対し以下の2段階で PCIT の治療効果研究を行う。

ステップ1：

子どもの問題行動に対する対応困難を主訴に受診し標準 PCIT を導入した事例に対し、後方視的観察研究を行う (標準 PCIT を用いた臨床導入試験)

ステップ2：

標準2歳から7歳までの家庭内暴力被害を受け外在化行動障害 (問題行動、多動等) や内在化障害 (うつ、不安、PTSD 等) を呈する子どもとその親 (直接の養育者) を対象に PCIT による治療介

入群と通常治療群について、ウェイトニングリスト法を用いたランダム化比較試験 (Randomized Control Trial: RCT) を実施する。RCT は東京女子医科大学附属女性生涯健康センター及び武蔵野大学心理臨床センターに来院した家庭内暴力被害児童とその親を本研究の対象とする (標準 PCIT の多施設共同ランダム化比較試験)。

ステップ1：標準 PCIT を用いた臨床導入試験

ステップ1-対象

2012年12月の初期研修会後2014年2月末までの期間、子どもの問題行動や親の育児困難を主訴に東京女子医科大学附属女性生涯健康センタークリニックを受診した9母子に対し、標準 PCIT を導入した。なお、事前連絡無く2回連続してセッションを欠席した場合はドロップアウトとすることを治療開始前に親と治療者間で申し合わせた。そのうち6母子が治療を修了し、1母子がドロップアウト、2母子が現在治療継続中である。なお、1母子のドロップアウトの理由は2回連続しての事前連絡なしの欠席であった。

セラピストは標準 PCIT テキストを用いた研修会を受講しており、2008年以降 PCIT 施行経験をもつ日本人セラピスト2名を主とし、若干名がコセラピストとして治療に参加した。治療を修了した6事例は全て Brestan-Knight 教授のスーパービジョンを受けている。

治療を修了した母子6ケースのうち、研究参加に同意が得られた5ケース及びドロップアウトとなった1ケースを本研究の対象とした。

ステップ1-方法

対象のプロフィール、ECBI スコアの継時的変化、治療前後の DPICS カテゴリーの変化について後方視的事例観察を行う。

ステップ1ー結果

治療途中である2例を除く7例のうち、6例がPCITを修了、1例が母の骨折事故で脱落した。治療脱落率は17.2%であった。

対象のプロフィールを表1に示す。主たる治療動機は子ども側は「言うことを聞かない」、親側は「育児困難」であり、マルトリートメントを主訴に受診した事例は後に治療脱落に至った1例のみであったが、面接の過程で最終的には6母子中5母子の母親が子どもに対するマルトリートメントに悩んでいることが判った。内容としては、比較的軽微なもので、怒鳴ってしまう、子どもが言うことを聞かないと手が出てしまうという訴えが主であったが、親はこの行為に悩んでいるものの、治療初期には詳細に語らないといった傾向が認められた。また2母子がDV被害のため加害者のもとから避難していた。マルトリートメントのため子どもが受傷したケースはなかった。また、4母子が母子家庭、2母子が父親同居であった。

脱落事例は第3セッション後、事前連絡なく2回連続してセッションを欠席していた。このケースは6事例のなかでは母に非虐待歴、自殺未遂歴、薬物乱用歴があり、主訴は子に対するマルトリートメントと怒りのコントロール不全で最も重篤なものであった。

表5 標準PCIT導入ケースのプロフィール

	子の年齢	子の性別	母の年齢	子どもの問題	母親の問題	子に対するマルトリートメント	治療経過
case1	2	男	30代前半	言うことを聞かない、分離不安	育児困難、摂食障害	+	修了
case2	4	男	40代前半	広汎性発達障害	育児困難、ADHD疑い	-	修了
case3	2	女	30代前半	言葉が遅い	子どもに手を挙げる、怒りのコントロールができない 非虐待歴、自殺未遂歴、薬物乱用歴	++	ドロップアウト(第3セッションまで)
case4	5	女	40代前半	言うことを聞かない、わがまま	育児困難	+	修了
case5	5	女	30代前半	言うことを聞かない、ADHD疑い	DV被害、うつ病、育児困難	++	修了
case6	4	男	30代後半	言うことを聞かない、わがまま、乱暴	DV被害、うつ病、PTSD、育児困難	++	修了

導入ケースのECBI強度スコアの経時変化を図3に示した。治療後ECBI強度スコアは治療前得点に比し全対象が減少しており、かつ114点以下となっていた。治療によりECBI強度スコアが114点以下になることがPCIT修了基準の1つだが、5母子全例の子どもが基準に達していたという結果である。

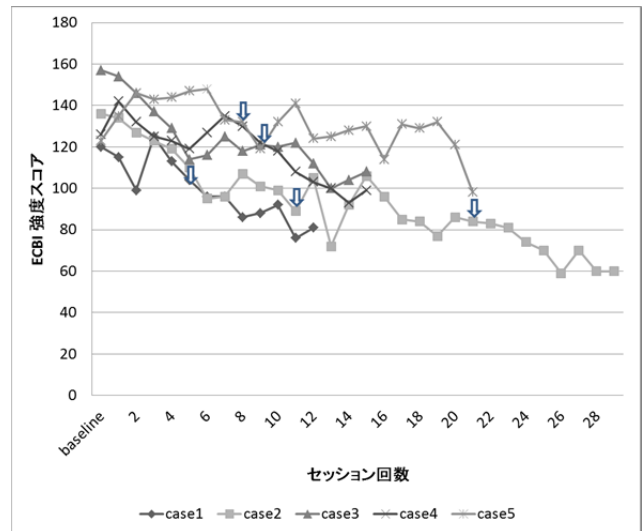


図3 試験導入ケースのECBI強度スコアの経時変化(↓PDI導入時)

図4に、対象の平均値からみた子ども主導の遊び場面における治療前後のDPICSにおける各カテゴリーの変化を示した。DPICSによる観察では、子どもにかかるストレスが低い順に、子ども主導の遊び、親主導の遊び、お片付けの3場面で評価を行う。子ども主導の遊び場面はPCITの前半部分である子ども指向相互交流CDIに相応する場面であり、CDIでは、親は5分間に親が行うスキルとして行動の説明(BD)、繰り返し(RF)、具体的賞賛(LP)をそれぞれ10回ずつ行い、また、避けるスキルとして質問(QU)、命令(CO)、批判(NTA)を合計3回以下に抑える。

結果をみると、避けるスキルである質問(QU)、

命令 (CO)、批判 (NTA) は治療前に比べて全て 2 回以下に下がっており、行うスキルは全て回数が増えているが、このうち行動の説明 (BD)、具体的賞賛 (LP) は平均が 10 回に達していた。

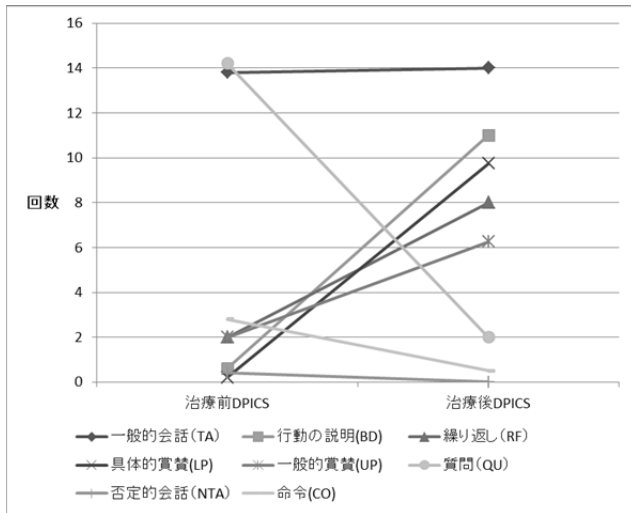


図 4 対象の平均値からみた子ども主導の遊び場面における治療前後の DPICS 各カテゴリーの変化

表 4 に各ケースのセッション回数を示した。CDI の平均回数は 10.0 回 (SD 5.9、range 5-20)、PDI の平均回数は 8.2 回 (SD 3.4、range 5-14) で、PCIT 全体を通し平均 18.2 回 (range 12-28)、治療前後の DPICS アセスメントを入れると平均 20.2 回 (range 14-31) であった。

表 6 各ケースのセッション回数

	CDI回数	PDI回数	PCIT回数	アセスメントを含めた治療回数
case1	5	7	12	14
case2	20	8	28	30
case3	8	7	15	17
case4	10	5	15	17
case5	7	14	21	23
平均回数	10.0	8.2	18.2	20.2
標準偏差	5.9	3.4	6.4	6.4

治療終了時、全ケースが子どもとのかかわりが楽になったと述べ、また、マルトリートメントを訴えた事例も、怒鳴ったり、手を上げたりすることはほとんどなくなったと述べた。

ステップ1-考察

今回の導入試験における対象の脱落率は 17.2% と非常に低いものであった。これは、今回の導入事例が自ら子どもの問題行動や自身の育児困難等を医療機関に相談しに来るなど、改善に向けて十分な動機づけを有していたことが背景にあると考えられる。児童相談センター等虐待事例への介入を行う施設では治療脱落率がより高くなる可能性がある。一方、ドロップアウトは最も重篤な事例に生じていた。母親に治療動機があっても、精神健康状態が重篤な状態に置かれている場合は、より強力な支援体制を敷くか、母の精神健康状態の治療を優先させる必要があると考えられる。

詳細な分析の対象となった治療終了 5 例のうち、4 例で母から子に対し軽微ではあるがマルトリートメントの訴えがあったが、これらは当初の受診動機とは別に面接で語られていた。このことから、主訴に子どもの問題行動や育児困難を上げて医療機関を受診する事例についても、隠れたマルトリートメントの存在を意識した面接をすることが重要である。しかし、その際、親の受診行動を十分に尊重し、自責感を助長させない態度で接する必要があることは言うまでもない。

5 例全例に ECBI 強度スコアの改善、治療前後の DPICS 各カテゴリーの変化、親の育児に対する自信回復が認められ、マルトリートメントも軽減した。この結果から見れば、クリニックに治療動機を持って受診する親子に対し、標準 PCIT は十分な治療効果が期待でき、かつマルトリートメントの軽減にも寄与する可能性が高いと考えてよいだろう。

DPICS カテゴリーの平均値からみた親のスキルに関しては、治療前後を比較すると、避けるスキルは十分なマステリーに到達していることが判った。一方行うスキルでは繰り返し（RF）がやや不十分であり、コーチングにおける本スキルの強化が必要であると思われた。

治療回数の平均値は、CDI が 10 回、PDI が 8.2 回であった。すなわち両者を合わせて 18.2 回を PCIT による本体治療に要し、また前後 2 回の DPICS を用いた査定を含めた全過程では 20.2 回の治療回数を要した。全過程回数の最小値は 14 回、最大値は 31 回であり、事例ごとに大きなばらつきがあることが判る。このことから、クリニックベースでの標準 PCIT による治療期間は、毎週の来院が得られると仮定として、平均 5 か月、最短 3.2 か月、最長 7.8 か月を見込む必要がある。

今回の研究で、クリニックベースで行う標準 PCIT の短期的治療効果は非常に良好であることが確認できたが、同時に治療の均てん化に際し、幾つかの到達目標があることもまた確認できた。まず、今回の結果は PCIT に適切な治療環境を備えたクリニックで 2 名のセラピストがスキルの高いトレーナーにスーパービジョンを受けて行われた、いわば最良の環境で達成されたものである。しかし、医療施設や地域関係機関での均てん化を最終的な目標とすれば、セラピスト 1 人で 1 親子に対し、現場に応じた環境で今回と同様の治療効果が得られる水準まで到達する必要がある。そのためには研修会開催と並行して行う効果的なスーパービジョンシステムの整備や、個別事例に関するコンサルテーションシステムの開発が不可欠である。これを担うスキルの高い日本人トレーナーの育成が急務であることは言うまでもない。

費用対効果の観点も重要である。今回の研究結果から、標準 PCIT は治療環境を備えたクリニックベースで毎週 1 時間平均 5 か月を要することが

判った。本研究の結果から、PCIT の均てん化に際し、週 1 回全 20 回、最大 30 回までの治療回数を担保する費用のリソース確保が必要であることが見込まれた。今回の臨床導入に参加した 6 母子のうち、4 母子が母子家庭であり、経済的な困窮が背景にある可能性を考慮すると、将来的に診療報酬制度への組み込み等の検討が急務である。

ステップ 2 – 標準 PCIT の多施設共同ランダム化比較試験

標準 PCIT の臨床導入試験を挿入したこと、RCT の方法をより精密なものにしたことを背景に、RCT は開始されたばかりである。本報告書では現在施行中の RCT の方法を簡略化して記載する。なお、本研究の実施計画は東京女子科大学倫理委員会の承認を得ている。

ステップ 2 – 方法

1. 対象患者および適格性の基準

(1) 対象患者のうち、(2) 選択基準をすべて満たし、かつ (3) 除外基準のいずれにも該当しない場合を適格とする。

(1) 対象患者

東京女子医科大学附属女性生涯健康センター及び武蔵野大学心理臨床センターに来院した、外在化行動障害（問題行動、多動等）や内在化障害（うつ、不安、PTSD 等）を呈する家庭内暴力被害児童（2 歳から 7 歳まで）とその親を本研究の対象とする。

(2) 選択基準

①親 20–60 歳

②子ども 2–7 歳

③子どもは DV 目撃を含め子に家庭内暴力被害の既往がある

④子どもに外在化行動障害か内在化障害が存在す

る

⑤治療開始時に緊急に対応を要する虐待がない

⑥日本語を母国語とする

(3) 除外基準

①親に意識障害、精神病性障害、A 群人格障害、中等度以上の精神発達遅滞、緊急の治療を要する身体疾患、深刻な自殺念慮がある場合

②子に緊急対応を要する精神発達障害がある場合

③PCIT を受ける予定である親が加害者である性的虐待事例

④その他主治医が不適格と判断した事例。

(4) 代諾者による同意が必要な被験者とその理由
本研究では未成年者を対象に加える。本研究の対象疾患の年齢構成を考えると、未成年者を被験者に加えなければ研究自体の遂行が困難であると判断されるためである。

尚、代諾者としては、被験者の家族構成等を勘案して、被験者の意志および利益を代弁できると考えられる者を選択することを基本とし、被験者の子どもとともに PCIT を受療する親とする。

2. 研究の方法

(1) 研究の種類・デザイン

ランダム化比較試験

(2) 研究のアウトライン

図 1 の流れ図に従い、PCIT による治療介入群 (PCIT 群 15 例) と通常治療群 (TAU 群 15 例) について、ランダム化比較試験を実施する。

1) 対象の候補者に書面上において本研究の趣旨を説明し、口頭で同意が得られた親子に対してスクリーニングを行う。スクリーニングは、適格基準についてのチェックシートに加え、親の精神健康状態について GHQ-30 を、子どもの問題行動について Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) を行う。

GHQ - 30 では項目 30 で親の自殺念慮の強度を確認し、数週間以内に「自殺しようと思えること」について「たびたびあった」と回答するものについては、実際の企図の有無を確認し、企図があったものについては適格外とする。研究参加適格者から書面で同意を確認する。

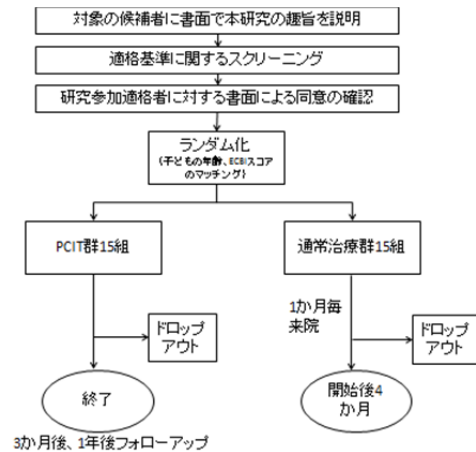


図 5 RCT の流れ図

1) 対象の候補者に書面上において本研究の趣旨を説明し、口頭で同意が得られた親子に対してスクリーニングを行う。スクリーニングは、適格基準についてのチェックシートに加え、親の精神健康状態について GHQ-30 を、子どもの問題行動について Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) を行う。GHQ - 30 では項目 30 で親の自殺念慮の強度を確認し、数週間以内に「自殺しようと思えること」について「たびたびあった」と回答するものについては、実際の企図の有無を確認し、企図があったものについては適格外とする。研究参加適格者から書面で同意を確認する。

2) ランダム化の手順：子どもの年齢、ECBI 強度スコアをマッチングさせたランダム化を行う。

3) PCIT 群、TAU 群について、それぞれ観察を

続ける。PCIT 群は治療開始時から治療中セッション毎、終了時、3 か月後、12 か月後を観察点とする。また、TAU 群は治療観察時から開始し、1 か月毎を観察点とし、治療開始後 4 か月目を観察終了時とする。

(3) 介入を伴う研究の方法

PCIT プログラムは以下の二部である。

1) CDI(Child-Directed Interaction): 親に子との「遊び方」を指導し親子の相互交流を改善する。CDI に定められたスキルをマスタリングしたのち、親はPDI(Child-Directed Interaction)セッションに移行することができる。

2) PDI: 親へ効果的な「躰の仕方」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。
治療プロトコルに定められたスキルを親がマスタ
リングすることと ECBI 得点が 114 点以下になる
事で治療は終結する。

セラピストは標準 PCIT ワークショップ受講者を
中心とし、原則セラピストーコセラピストチーム
で行う。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、平
均的には週 1 回 60~90 分の治療で 12 回から 15
回で終結する。本研究に用いる治療プロトコル
は PCIT の開発研究者であるフロリダ大学 Eyberg
博士研究室で使用されている英語版を著者らの許
可を得て日本語に訳出した日本語版である。また、
治療の進捗評価には DPICS (Dyadic Parent-Child
Interaction Coding System) と ECBI (Eyberg Child
Behavior Inventory) を用いる。

なお、治療効果の測定のため全てのセッションに
おいて原則ビデオ撮影を行う。

(4) 併用療法についての規定

特に心理療法、薬物療法ともに併用は禁じないが、

並行して行われる介入療法については被験者に原
則すべて開示していただくことを研究参加の前提
とする。

(5) 症例登録、割付の方法

子どもの年齢、ECBI 強度スコアをマッチングさ
せたランダム化を行う。

(6) 被験者の研究参加予定期間

各被験者は同意後、PCIT プログラム終了以降 12
か月の観察期間で参加する

(7) 研究終了後の対応

本研究終了後は、この研究で得られた成果も含め
て、研究責任者は被験者に対し最も適切と考える
医療を提供する。

3. 観察および検査項目

<PCIT 群>

治療前評価

- ①親子の基本属性の検討 (親の年齢、性、学歴、
職歴、嗜好品歴、子どもの年齢、性、出生時情報、
発達状況、親のしつけのスタイル等)
- ②出来事チェック: 親のストレス体験歴、子の家
庭内暴力体験歴、現在の子に対する家庭内暴力の
有無、子どもに関連のないストレスフルな出来事
の有無
- ③親の精神健康状態の計測: IES-R(Impact of
Event Scale revised)、BDI-II(Beck Depression
Inventory-II)、DES-II(Dissociative Experiences
Scale-II)、PDS、(Posttraumatic Stress Diagnostic
Scale)、PTCI(Posttraumatic Cognition Inventory)、
DERS
- ④親の育児ストレスの計測: PSI-SF (Parental
Stress Index-Short Form)
- ⑤子どもの行動面・情緒面での症状の計測: ECBI、
CBCL(Child Behavior Checklist)、
ADHD-RS(ADHD-Rating Scale)、もぐら一ず (子ど
もの注意機能を測定するコンピューターを用いた

テスト)

⑥DPICS を用いた親子の相互交流の測定 (ビデオ撮影を含む)

なお、文書での承諾が得られた事例に関しては適宜判定にビデオを用いる。

⑦生理学的検査:親は治療前後の DPICS の観察前後に血圧、脈拍、体温の測定を行う。子どもは同じタイミングで体温測定のみ行う。

治療中の評価:治療プロトコルに従い、治療毎に ECBI と DPICS 測定を行う。加えて、母親のうつ状態の推移について治療毎に BDI-II を測定する。CDI 終了、PDI 開始時は上記に加えて IES-R,DES-II,PSI-SF を行う。生理学的検査としては、親は治療前後の CDI-coach1, PDI-coach1 の観察/コーチング前後に血圧、脈拍、体温の測定を行う。子どもは同じタイミングで体温測定のみ行う。

治療後評価 (PCIT 終了時、3 か月後、12 か月後)

①出来事チェック:親のストレス体験歴、子の家庭内暴力体験歴、現在の子に対する家庭内暴力の有無、子どもに関連のないストレスフルな出来事の有無

②親の精神健康状態の計測: IES-R(Impact of Event Scale revised)、BDI-II(Beck Depression Inventory-II)、DES-II(Dissociative Experiences Scale-II)、PDS、(Posttraumatic Stress Diagnostic Scale)、PTCI(Posttraumatic Cognition Inventory)、DERS

③親の育児ストレスの計測:SI-SF(Parental Stress Index-Short Form)

④子どもの行動面・情緒面での症状の計測:ECBI、CBCL(Child Behavior Checklist)、ADHD-RS(ADHD-Rating Scale)、もぐら一ず(子どもの注意機能を測定するコンピューターを用いたテスト)

⑤DPICS を用いた親子の相互交流の測定 (ビデオ撮影を含む)

なお、文書での承諾が得られた事例に関しては適宜判定にビデオを用いる。

⑥生理学的検査:親は治療前後の DPICS の観察前後に血圧、脈拍、体温の測定を行う。子どもは同じタイミングで体温測定のみ行う。

<通常治療 (TAU) 群>

観察開始時評価:親子で来院する。PCIT 群の治療開始時評価と同じものを行う。

観察中の評価:親子で来院する。1 か月毎に来院し、通常診察、出来事チェックのほか、ECBI と BDI-II、育児ストレスを測定し、2 か月目はこれに加え、IES-R,DES-II を測定する。

観察終了時 (観察開始から 4 か月目) の評価:親子で来院する。PCIT 群の治療後評価と同じものを行う。

4. 予想される利益および不利益 (副作用)

(1) 予想される利益

PCIT 群については、PCIT を施行し、効果が得られた場合子どもの精神面・行動面での問題と親子相互交流の問題を改善することが出来る。また副次的に親の精神健康状態の回復が得られる可能性がある。また、TAU 群については、PCIT がすぐに受けられないという不利益があるが、観察終了後可能な限り迅速に PCIT を開始することを約束する。

(2) 予想される不利益 (副作用)

PCIT を施行することによって生じる副作用や健康被害はこれまでの研究報告では明らかなものはないが、およそ 30%がドロップアウトすることが知られている。セッションは毎週ウイークデイに行われる予定であるため、親は仕事を、また子どもは保育園・幼稚園・小学校を休む必要がある PCIT 群、TAU 群ともに予想される不利益は、質

問紙を記入することで、時間的負担や心理的負担を生じる可能性があることだが、質問紙記入時間はおよそ 30 分であり、また質問紙の内容も通常の心理テストを越えて回答者の心理的動揺を誘うものではないと考えられるため、両者とも軽微な負担に留まると考えられる。セッション中、子どもの椅子からの転落などプレイセラピー中の事故を想定すべきである。

5. 評価項目（エンドポイント）

(1) 主要評価項目：PCIT 群の治療前後及び TAU 群の観察前後を比較し、評価尺度毎の変化量についてエフェクトサイズを算出し、①子どもの精神面・行動面の症状と②親の精神健康状態③親の育児ストレスに対する PCIT の治療効果について評価する。

(2) 副次的評価項目

以下の項目の治療前後の変化：

- ①PCIT の治療前後および終了 3 か月目、12 か月目の変化を検討する。
- ②PCIT による生理学的変化の可能性を探索するため、治療および観察前後の母親の血圧、脈拍数、体温などの生理学的変化を比較する

6. 個々の被験者における中止基準

(1) 研究中止時の対応

研究責任者または研究分担者(以下、研究担当者)は、次に挙げる理由で個々の被験者について研究継続が不可能と判断した場合には、当該被験者についての研究を中止する。その際は、必要に応じて中止の理由を被験者に説明する。また、中止後の被験者の治療については、被験者の不利益とならないよう、誠意を持って対応する。

7. 有害事象発生時の取扱い

(1) 有害事象発生時の被験者への対応

研究担当者は、有害事象を認めたときは、直ちに適切な処置を行うとともに、診療録ならびに症例報告書に記載する。また、介入行為を中止した場合や、有害事象に対する治療が必要となった場合には、被験者にその旨を伝える。

これまで PCIT では重大な有害事象の報告はないが、本プログラム実施中に親の自殺未遂、自殺既遂、子どもの虐待による受傷があった場合には有害事象として報告する。

研究責任者は、重要な有害事象の条件を満たす事例が発生した場合は、速やかに重篤な有害事象の報告に準じて報告を行う。

その他の有害事象については、研究担当者は適切に診療録および症例報告書に記載する。

8. 目標症例数とその設定根拠

PCIT 群親子 15 組（女性生涯健康センター12 例、武蔵野大学 3 例）

TAU 群 親子 15 組(女性生涯健康センター15例)

【設定根拠】

治療（観察）終了時に子どもの ECBI 強度スコアが 114 点以下になっているものを改善例とし、Chi-square test または Fisher's exact probability test を用い、TAU 群の改善率を 0.1、PCIT 群の改善率を 0.7 とし、 α エラーを 0.05、Power を 0.8 として上記目標症例数を導きだした。両群の改善率は文献リスト 1) の結果に基づき推定した。

9. 統計解析方法

SPSS を用い、Mann-Whitney の U 検定、Paired T-test を使用する予定である。

10. 被験者の人権に対する配慮および個人情報の保護の方法

本研究のすべての担当者は、「ヘルシンキ宣言（2008年10月修正）」および「臨床研究に関する倫理指針（平成20年7月31日改正、以下臨床研究倫理指針）」を遵守して実施する。

11. 同意取得方法

研究担当者は、倫理委員会で承認の得られた同意説明文書を被験者および代諾者に渡し、文書および口頭による十分な説明を行い、被験者の自由意思による同意を文書で取得する。

ステップ2ー考察

近年では心理療法の領域においても、薬物療法と同様にすでに多数のRCTを用いた効果研究が蓄積されており、それらについての文献レビューもメタ分析も数多く行われている。PCITのRCT研究はこれまで主として米国内で行われてきたが⁶、ここ数年の間に、香港¹⁴、オランダ¹⁵等からもPCITの治療有効性を示すRCTの結果が報告されている。

子ども虐待やマルトリートメント家族へのPCITの効果研究に関してはオクラホマ大学のグループが系統的に行っており^{16,17}、動機づけセッションを追加したPCITによる虐待家族への介入はとりわけ良好な結果を得ている。オクラホマ大学の研究によれば、850日後の虐待の再開率を比較したところ、通常地域保健で使用されていた介入的治療におけるそれが49%であったのに対し、PCIT群は19%であった。

ステップ1で行った標準PCITを用いた外来クリニックでの臨床導入試験は上述したように良好な結果を示したが、今後、日本の子ども虐待領域でPCITがスタンダードな治療として発展していくために、とりわけ、児童相談センター等公的機

関での均てん化を進めていくためには、家庭内暴力被害を受けた子どもRCT研究は不可欠である。引き続き本研究に取り組んでいきたい。

【研究3】PCIT等エビデンスに基づいた心理療法の治療ネットワークモデルの構築の検討

米国シンシナティ子ども病院マイヤーソンセンタートラウマ治療トレーニングセンター(Trauma Treatment Training Center: TTTC)¹⁸では、本部スタッフらにより地域の児童保護施設職員や保健師等を対象にPCITのほかTrauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy(TF-CBT)¹⁹、Child Adult Relationship Enhancement(CARE)²⁰等エビデンスのある心理療法について研修会を開催しセラピストを養成したうえで、治療に対するスーパーバイズを行い、また地域のデータを反復的に集積かつ分析するシステムReplication cycle systemを導入し、その結果を地域保健施設に還元するなどして家庭内暴力被害に向け、地域ぐるみの治療スキルの底上げを達成している(図6)。

ここでは、TTTCシステムをひな形に、PCITを軸とし、研修施設と治療施設の連携、データの集積、関連施設の家庭内暴力被害児童対応治療スキル底上げを目指した治療ネットワークモデルの構築を検討する。今回は、シンシナティTTTCモデルに準じ、研修施設である女性生涯健康センターからトレーナーを派遣する形で初期研修会を行い、その後1年間児童相談センターの現状に合わせて児相内で実際のケースコンサルテーションを実施し、その成果や改善を要する点について、特にPCITの治療効果エビデンスの維持という観点に着目し、論点を抽出、検討した。

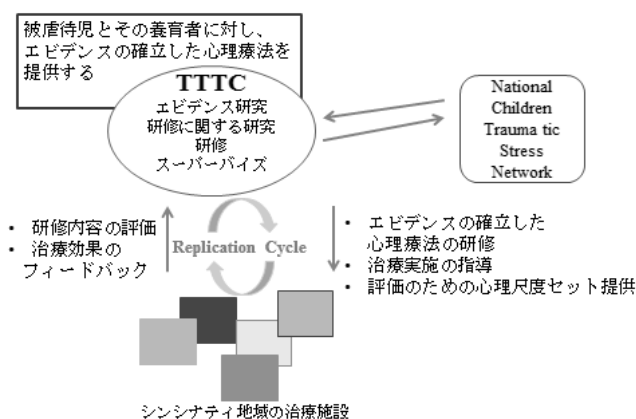


図6 シンシナティ子ども病院 Mayerson Center for Safe and Healthy Children 所属 Trauma Treatment Training Center (TTC) における Replication cycle system

【研究3】-1 方法

東京都下全 11 児相に所属する児童心理司 23 人に児相内で標準 PCIT 初期研修会を施行し、研修会終了時に、研修会に対する満足度や、PCIT で用いるスキル等についてアンケート調査を行った。初期研修会終了後、研修会参加者が開始した PCIT のうち 2 事例をピックアップし、研修会トレーナーによるスーパーバイズを児相内で月 1 回 1 年間に渡って行い、その経過と効果を示した上で、日本における Replication cycle system 導入の可能性について検討した。なお、本プロジェクトは東京都新宿区に位置する東京女子医科大学附属女性生涯健康センターと東京都児童相談センターとの協働作業で行った。

【研究3】-2 結果

①初期研修会

【研究1】で示した通り、標準 PCIT の初期研修会は原則 5 日間連続 40 時間であり、講義部分と健常親子ボランティアの参加による PCIT の実践部分からなる。しかし、多忙な児相において 5 日間連続研修会を開催するには参加心理職の日常の

実務への支障が生じる可能性が高かったため、今回は 2 連続の週末を利用して前期 3 日間 (DPICS 及び CDI 研修中心)、後期 2 日間 2 回 (PDI 研修中心) に分けて行った。

今回の研修会は会場を児相内とし、トレーナーが出向く形で開催した。そのため健常母子のボランティア参加によるライブケースの導入は困難であった。その代替として、参加者とトレーナー間で行うロールプレイとビデオによる研修を多用した。ライブケース体験については、過去に実施した研修会に参加し、すでに児相内で PCIT を導入しているセラピストがいるため、実際の臨床ケースを見学することとした。

なお、研修会には、現在すでに PCIT を実施している児相内経験者もサブトレーナーとして参加し、参加者のスキル獲得を支援するとともにロールプレイに積極的に参加した。

図7から図10に研修会終了時のアンケート結果を示した。

図7は研修会に関する満足度に関する質問に対し、参加者が5段階評価で回答したものである。

「デモンストレーション・ロールプレイは全般的な学習に役立った」「発表者はこのテーマに精通していた」の2項目は全員が5を付ける高い評価を受けた。一方最も低い評価を受けたのは「掲示された目的や学習目標は満たされた」であり 3.9 であった。

PCIT に特徴的な手法であるライブコーチングと DPICS を用いたコーディングに対し、印象と効果への期待に対して質問したところ、ほとんどが「受け入れられる」と回答し、特に、ライブコーチングに対する効果への期待では、とても効果があると思うに回答したものが多かった (図8)。

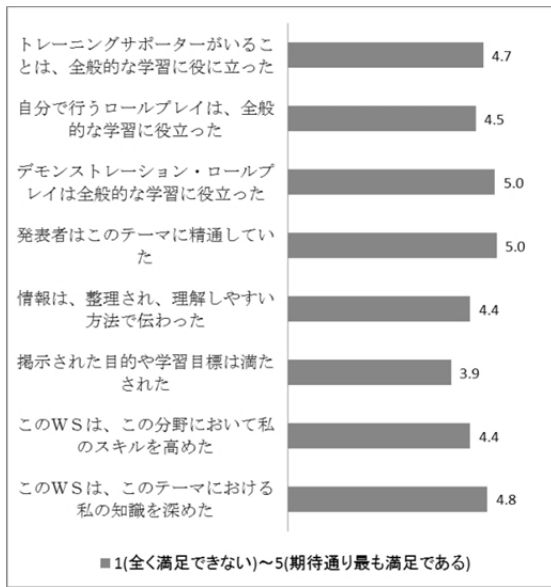


図7 児童相談センターにおける初期研修会修了時アンケート結果：参加者の満足度（平均値）

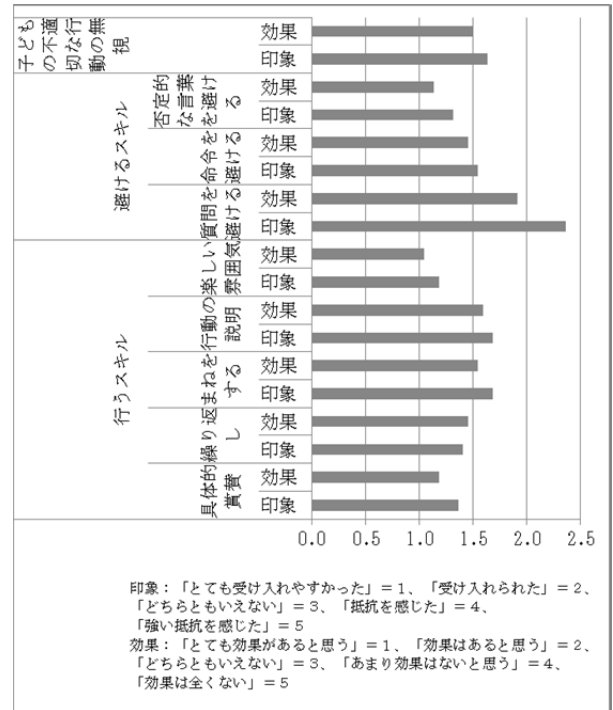


図9 児童相談センターにおける初期研修会修了時アンケート結果：子ども指向相互交流で親がマスターすべきスキルに関する参加者の印象と効果への期待（平均値）

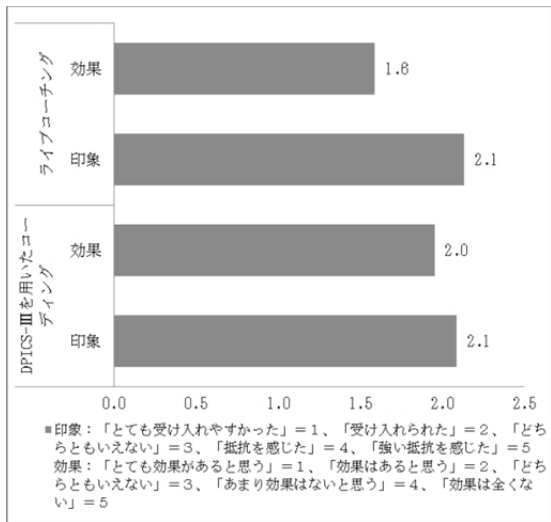


図8 児童相談センターにおける初期研修会修了時アンケート結果：ライブコーチングと DPICS コーディングに対する参加者の印象と効果への期待（平均値）

PCIT の前半で行う子ども指向相互交流で親がマスターすべきスキルに関する参加者の印象と効果の期待に関する質問では、いずれのスキルでも平均値は「受け入れられる」「効果はあると思う」の範囲であったが、「質問を避ける」に対する評価が他のスキルに比べ、やや低い傾向にあった（図9）。

後半の親指向相互交流において親子がマスターすべきスキルに関する参加者の印象と効果への期待も、平均値は「受け入れられる」「効果はあると思う」の範囲であったが、タイムアウトの手順、椅子、部屋に対する評価、なかでもタイムアウトの部屋に対する印象の評価が「どちらともいえない」に近づいていた（図10）。

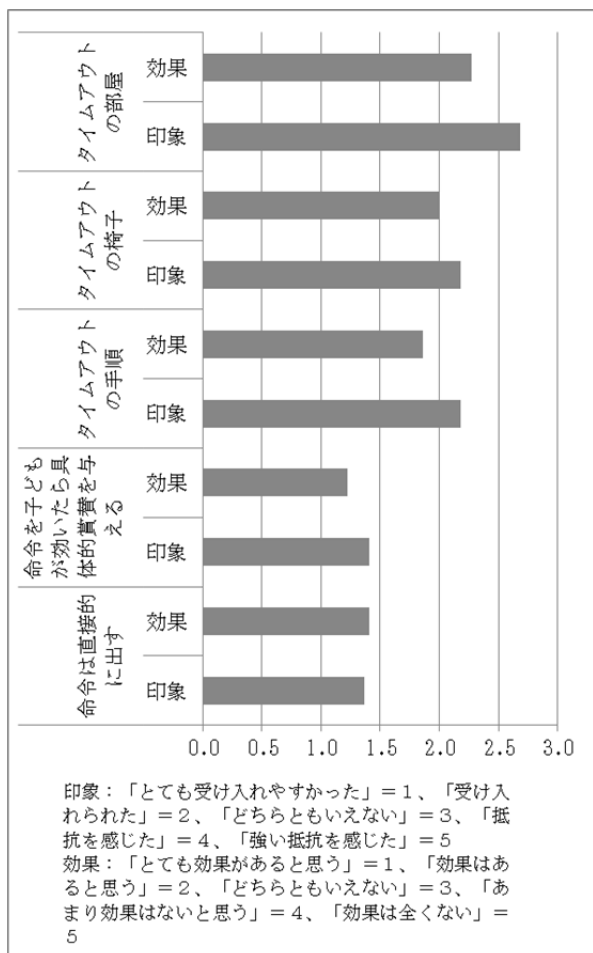


図10 児童相談センターにおける初期研修会終了時アンケート結果：親指向相互交流において親子がマスターすべきスキルに関する参加者の印象と効果への期待(平均値)

研修会終了後、都下11児相全てにおいてPCITが導入された。その中で初期研修会受講者が開始したケース2例に関し、研究代表者である筆者とアシスタントが2013年3月から2014年2月まで月1回2時間のケースコンサルテーションを行った。2ケースとも子どもに問題行動があり、母親が育児困難を訴えているケースであり、身体的虐待のケースではない。セッションは担当心理司のスケジュールと親子のスケジュールをともに勘案し、2週間から1か月毎の間隔となったため導入から終了まで12か月を要した。ECBI強度スケールは両者とも改善したが、親のスキル獲得はともに不十分であった。

【研究3】－ 考察

東京都児童相談センターで行った初期研修会の構成は米国内で標準的に行われ、国際的な基準ともなる40時間ワークショップを基礎としている。ただし、日程構成や時間配分については児相の規模や参加人数、勤務環境に合わせて適合させた。PCITの国際的な標準初期研修会は参加者8名、5日間連続であり、原則的にライブケースもこの期間中に体験する。しかし、多忙な児相職員において5日間連続研修会を開催するには日常の実務への支障が生じる可能性が高かったため、2連続の週末を利用して2回に分けて児相現地で初期研修会を行い、なるべく多くの受講者が参加できるようにした。その結果、23人の児童福祉司が初期研修会に参加することになった。

児相現地で初期研修会を行ったため、初期研修会中にライブケースを導入することは困難であった。その代替としてロールプレイとビデオを多用し、実践的な訓練を盛り込んだ。ライブケース体験については、東京都児相にはすでに訓練を受けた経験豊富なPCITセラピストがいるため、実地臨床で実際のケースを同席見学することとした。

初期研修会後のアンケート結果をみると、参加者の満足度調査は概ね良好な結果が得られているが、「掲示された目的や学習目標は満たされた」の平均点がやや低い点については、実施に向けて参加者の自身のPCIT実施に対する不安感が反映されたものではないかとも考えられた。初期研修会でライブケースに触れることはスキル向上だけでなく、効果を実体験し、実施への自信を高めるものでもあるため、児相現地で実施する研修会においても出来る限りライブケースを体験できるよう状況を整えていきたい。

PCITで親子がマスターすべきスキルに関する参加者の印象と効果への期待に関するアンケート調査の結果からは、各スキルの評価にややばらつ

きが認められた。特に「質問を避けること」と「タイムアウトの部屋」は、他のスキルに比べ、印象は中立的で効果への期待も低かった。「質問を避けること」への抵抗感の背景には、親から子どもへの質問が両者間の会話で非常に日常的になされるものであること、日本でも普及している分析学に依拠したプレイセラピーでは質問が多用される点もまた指摘できると思われた。「タイムアウトの部屋」に関しては、本研修会に限らず、米国内でも子どものトラウマ記憶を刺激する可能性が危惧されてきた。対策としては、第一にタイムアウトの部屋を、スペースを十分にとるなどして、必要以上に怖い場所に設定しないようにする配慮が必要なことと言うまでもない。ここで最も指摘しておきたいのは、タイムアウトの手順の一貫性、徹底性について順守することの重要性である。すなわち、もしタイムアウトの部屋に子どもが入ることになったとしても手順が最後まで一貫性を持ってやり遂げられた場合は、子どもは必ず具体的賞賛を受けてその手順を終了することができる。一貫性、徹底性によってタイムアウトの部屋は「先が見えない恐ろしい罰」ではなく、「乗り越えられる課題」となるのである。いずれのスキルの評価においても参加者の印象と効果への期待は連動して動いており、参加者の印象において受け入れが悪ければ、効果への期待も低くとどまる傾向にあった。セラピストがスキルの効果を熟知し、信頼して対象に導入することは治療成功の大きな鍵となることから、日本における初期研修会で「質問を避けること」と「タイムアウトの部屋」の原理と効果は特に十分に説明していく必要があると思われた。

初期研修会後、都下 11 児相全てで PCIT が導入された点、コンサルテーションを行った 2 例について ECBI 強度スケールが改善し、子どもの問題行動が軽減した点については肯定的に評価できる。

しかし、それに続くケースコンサルテーションでは数多くの課題が明確化された。まずに上げられるのは、事例のセッション間隔が 2 週間から 1 か月と長く、また、終結にも 1 年を要した点である。この背景には、セラピスト側のマンパワー不足の問題、親のモチベーションの問題、及びコンサルテーションの頻度とタイミングの問題の 3 点があると考えられた。

コミュニティベースで心理療法を均てん化する際、最大限に治療効果エビデンスを維持するためにはその心理療法のテキストと治療プロセスに対する忠実性 Fidelity の維持が重要なポイントとされている²¹が、今回のコンサルテーションの様式では標準 PCIT に対する Fidelity が十分に確保されたとは言い難い。心理療法を推奨された枠組みに準じて行うことは、治療効果を最大限に引き出す欠かすことのできない前提である。今回の結果からは、それぞれの施設の治療環境を考慮しつつも週 1 回のセッションの開催を目標とすべきであることと、月 1 回のコンサルテーションではなく、セッション毎のスーパーバイズを導入していけるよう環境を整える支援を行う必要がある点が浮き彫りになった。

Fidelity の維持にはスーパービジョンやコンサルテーションの在り方が重要な意味を持つ。行動療法においては、特に初学者が治療を行う場合、指導の場でスキルエラーの修正をその都度十分に行っていくことが特に重要とされている。今回の研究では月 1 回のケースコンサルテーション方式を用いたが、親のスキル獲得が不十分であったことをみると、エラー修正が不十分であったと言わざるを得ない。PCIT の標準的スーパービジョンとしては、トレーナーがセラピストの脇につくライブスーパービジョン、あるいは遠隔であればビデオを用いて電話や Web を用いて行うスーパービジョンがある。今回、トレーナーが児相に向向く

形でコンサルテーションを行った背景には、守秘義務厳守が何より前提である児相において、事例のビデオの持ち出しが困難かつ危険であったという事情がある。これらの問題を解決し、現行のスーパービジョンシステムにより近づけるためには、児相での PCIT に頻繁に立ち会う等相応の時間的フレキシビリティを持つトレーナーを養成するか、初期研修会以降のスーパービジョンを外部施設に委託する方法が考えられる。

これらの結果をもとに、PCIT 等エビデンスに基づいた心理療法を地域治療正接に均てん化するための治療ネットワークモデルについて最後に考察する。今回の【研究3】は、シンシナティ TTTC モデルに準じ、研修施設である女性生涯健康センターからトレーナーを派遣する形で研修会を行い、児童相談センター内でコンサルテーションを行ってその成果と改善すべき点を検討したものであった。

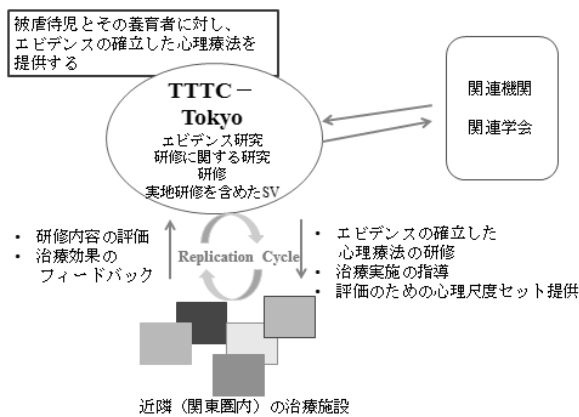


図 1 1 クリニック、コミュニティ両者に PCIT 等エビデンスに基づいた心理療法を均てん化するための治療ネットワークモデル - TTTC-Tokyo のイメージ図 : TTTC-Tokyo; Trauma Treatment Training Center-Tokyo, SV; supervision

図 1 1 に、東京女子医科大学附属女性生涯健康センターに Trauma Treatment Training Center-Tokyo (TTTC-Tokyo) を設置した場合のイメージ図を示す。TTTC-Tokyo におけるシンシナティ TTTC モデルとの最大きな相違は、セラピストトレーニングで重要な位置を占めるスーパービジョンを TTTC-Tokyo 内で行う機能を設置したことである。初期研修会後、初学者が自分の所属する施設で新しい心理療法を開始するには様々なハードルがあるが、初回の事例を指導体制の整った外部施設で行うことによって、初期研修会参加者はより迅速にそのスキルを学び、セラピストとしての自信をつけることが出来ると考えられる。

TTTC-Tokyo モデルの最終目標は、PCIT に代表されるエビデンスに基づく心理療法をその効果を落とすことなく地域内の公的・私的治療施設に均てん化し、さらに Replication cycle を用いてその施設から情報のフィードバックを受け、より良い治療効果や研修会の在り方をめざす治療ネットワークモデルを構築することである。今回の研究をもとに、家庭内暴力を受けた子どもの精神面・行動面の問題の改善と家族再統合に対し、さらに寄与貢献していきたい。

文献

- 1 Kigin TH and McNeil CB. Parent-Child Interaction Therapy, Springer, 2nd ed. 2010
- 2 <http://www.nctsnet.org/>
- 3 Robinson, EA., Eyberg, SM. The dyadic parent-child interaction coding system: Standardization and validation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49(2), 1981
- 4 Eyberg, Sheila M., Pincus, Donna: ECBI & SESBI-R : Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised : professional manual. Psychological Assessment

Resources, Odessa, FL, 1999

⁵ Kamo T, Ito F, Niwa M et al. Japanese version of Eyberg Child Behavior Inventory: Translation and validation, published abstracts of the 1st biennial convention of PCIT International, 2011

⁶ Ito F, Kamo T, et al. Japanese version of Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI): Evaluation of Japanese norms. published abstracts of the 2nd biennial convention of PCIT International, 2013

⁷ Rae Thomas · Melanie J. Zimmer-Gembeck. Behavioral Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P—Positive Parenting Program: A Review and Meta-Analysis. *J Abnorm Child Psychol* (2007) 35:475–495

⁸ Susan G. Timmer*, Anthony J. Urquiza, Nancy M. Zebell, Jean M. McGrath. Parent-Child Interaction Therapy: Application to maltreating parent-child dyads. *Child Abuse & Neglect* 29 (2005) 825–842

⁹ Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B et al. Parent-Child Interaction Therapy With Physically Abusive Parents: Efficacy for Reducing Future Abuse Reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Copyright 2004 by the American Psychological Association 2004, Vol. 72, No. 3, 500–510

¹⁰ Borrego J. Jr. Gutow MR Reicher S et al. Parent-Child Interaction Therapy with Domestic Violence Populations. *Journal of Family Violence* (2008) 23:495-505

¹¹ Pearl E. Parent-Child Interaction Therapy with an Immigrant Family Exposed to Domestic Violence. *Clinical Case Studies*, Vol. 7, No. 1, 25-41 (2008)

¹² 加茂登志子、金吉晴他：DV 被害母子に対する親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy: PCIT) の効果に関する研究—DV 被害母子フォローアップ研究との比較、平成 23 年度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方法の開発に関する研究分担研究報告書

¹³ 澤田治美：モダリティ。開拓社，2006

¹⁴ Leung C, Tsang S, Sin TCS, Choi S. The Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy With Chinese Families: Randomized Controlled Trial, Research on

Social Work Practice January 16, 2014

¹⁵ Abrahamse, M. E., Junger, M., & Lindauer, R. J. (2012). The effectiveness of parent-child interaction therapy in the Netherlands: Preliminary results of a randomized controlled trial. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60(5), S88.

¹⁶ Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Breston, E. V., Balachova, T., ... & Bonner, B. L. (2005). Physical Abuse Treatment Outcome Project: Application of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) to Physically Abusive Parents, Final Report.

¹⁷ Chaffin, M., Funderburk, B., Bard, D., Valle, L. A., & Gurwitch, R. (2011). A combined motivation and parent-child interaction therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 84.

¹⁸ <http://www.cincinnatichildrens.org/research/divisions/m/mayerson/ttcc/default/>

¹⁹ Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents: Treatment Applications. Guilford, 2012

²⁰ 福丸由佳：CARE プログラムの日本への導入と実践。白梅学園大学 教育福祉研究センター研究年報(14), 23-28, 2009.

²¹ Travis, J. K., & Brestan-Knight, E. (2013). A Pilot Study Examining Trainee Treatment Session Fidelity when Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) Is Implemented in Community Settings. *The journal of behavioral health services & research*, 40(3), 342-354.