

## 児童青年の身体症状に対する認知行動療法の展望

Cognitive behavioral therapy for somatic symptoms  
in children and adolescents: A review

乳原彩香<sup>1</sup> 岸田広平<sup>1,2</sup> 石川信一<sup>3</sup>

Ayaka UBARA Kohei KISHIDA Shin-ichi ISHIKAWA

### 要約

本稿の目的は、児童青年における身体症状の研究知見について概観し、その展望を行うことであった。まず、児童青年における身体症状の現状を踏まえ、児童青年の身体症状の特徴と早期介入の必要性が示された。次に、身体症状に関連する精神疾患である身体症状症が議論された。続いて、児童青年の身体症状に関するアセスメント方法と、身体症状の維持を説明する代表的な心理学的モデルの説明を行った。さらに、児童青年の身体症状に対する心理療法の有効性について概観した。最後に、以上を踏まえた上で、児童青年の身体症状に対する認知行動療法の展望を行った。その結果、身体症状に関する尺度の不整備、基礎研究の不足、実施者と実施場所の問題点、介入技法の選択が挙げられ、これらの研究の必要性が議論された。

キーワード：児童青年，身体症状，認知行動療法，展望

### 児童青年における身体症状

身体症状 (Somatic symptoms) とは、医学または心理学的条件によって説明されるかに関わらない持続性の身体的健康に関する訴えをさす (Williams & Zahka, 2017)。その他にも身体症状は、医学的に説明できない症状 (不定愁訴: Medically unexplained symptoms) や自覚症状や苦痛の程度が確認できる組織障害の程度と比して大きい身体症状 (機能性身体症

状: Functional somatic symptoms) とも呼ばれ、それぞれの定義により構成概念の包括する範囲が多少異なることが指摘されている (Creed, Henningsen & Fink, 2011)。

身体症状にはさまざまな症状があり、主に、神経症状、心肺症状、疼痛症状、胃腸症状の4つに分類される (Williams & Zahka, 2017)。神経症状とは、主に転換に関連する症状であり、協調運動または平衡の障害などの運動性の症状、痛覚の消失や幻覚などの感覚性の症状、自発運動性や感覚性要素を伴った発作やけいれんなどが含まれる。次に、心肺症状とは、主に気絶に関連する症状であり、心拍数の変化、めまい、意識消失といった感覚を含む症状である。続いて、疼痛症状とは、頭部、腹部、背部、関節などさまざまな部位に見られる痛みの症状である。

<sup>1</sup> 同志社大学大学院心理学研究科 (Graduate School of Psychology, Doshisha University)

<sup>2</sup> 日本学術振興会特別研究員 (Research Fellow of Japan Society for the Promotion of Science)

<sup>3</sup> 同志社大学心理学部 (Faculty of Psychology, Doshisha University)

最後に、胃腸症状とは、嘔吐、吐き気、腹痛、鼓脹、下痢、または、便秘といった胃腸に関連する症状である。以上のように、身体症状はさまざまな部位や感覚にみられる症状である。

児童青年は心身の関係が未成熟であり、精神的ストレスが身体症状としてあらわれやすい可能性がある。これまでに児童青年の身体症状は、いくつかの横断研究や縦断研究を用いて有病率が検討されている。たとえば、横断調査によると、22.7%の青年(15-16歳)が身体症状を訴えることが報告されている(van Geelen, Rydelius, & Hagquist, 2015)。次に、5-7歳の児童に対する縦断研究では、1年間に身体症状を示すものが23.2%存在することが報告されている(Rank et al., 2009)。さらに、10-17歳の縦断調査でも、児童青年の4.1%は身体症状を示すことが示されている(Janssens, Klis, Kingma, Oldehinkel, & Rosmalen, 2014)。

加えて、児童青年の身体症状はさまざまな悪影響を及ぼすことが知られている。たとえば、児童青年の身体症状は、抑うつ症状、不安症状、学校欠席などのさまざまな症状や問題と関連する(Konijnenberg et al., 2005; Walker, Garber, & Green, 1991)。さらに、児童青年の身体症状は、後の生活の質および機能障害の悪化をもたらすことが示されている(Miró, Castarlenas, & Huguet, 2009)。以上のように、児童青年の身体症状は頻繁にみられる症状であり、さまざまな症状や問題との関連が報告されているため、適切な早期介入が求められている。本稿では、身体症状を「医学または心理学的条件によって説明されるかに関わらない持続性の身体的健康に関する訴え」と定義し、児童青年における身体症状の研究知見について概観し、その展望を行うことを目的とする。

### 身体症状に関連する精神疾患

精神疾患に関する代表的な診断基準の1つに、American Psychiatric Association (APA)

の Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) がある。DSM においては身体症状に関連する診断についても触れられている。身体症状は不安症群や抑うつ障害群などのさまざまな精神疾患との関連が記されているものの、身体症状と最も関連が強い精神疾患としては DSM-IV-TR (APA, 2000) における「身体表現性障害」と DSM-5 (APA, 2013) における「身体症状症」があげられる。

DSM-IV-TR における身体表現性障害 (Somatoform Disorders) は、一般身体疾患を示唆する身体症状で、それが一般身体疾患、物質の直接的作用、および他の精神疾患によっては完全に説明されないものであるとされる。さらに、それらの症状が、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の領域における機能障害を引き起こしていなければならないことが記されている。以上のように、DSM-IV-TR の身体表現性障害は身体症状に関連する精神疾患であると考えることができる。しかし、DSM-IV-TR における身体表現性障害の下位分類には多くの重複があり、診断の境界が不明瞭であることが問題視されていた。

そこで、DSM-5において身体表現性障害は再編成され、身体症状症および関連症群 (Somatic Symptom and Related Disorders) として再概念化された。身体症状症では、身体症状に対して医学的な説明ができないことよりも、むしろ症状および徴候に基づく診断が強調される。症状とは苦痛を伴う身体症状をさし、徴候とは身体症状に対する反応としての異常な思考、感情、および行動をさす。後者の基準を含めることで、身体的な訴えのみを評価する場合より、臨床像が具体的に示されるようになった。Table 1に DSM-5における身体症状症の診断基準を示す。以上のように、身体症状に関連する精神疾患は、DSM-IV-TR における身体表現性障害から DSM-5における身体症状症という経過をたどり、その診断基準が変更されてきた。

加えて、DSM-5では子どもの身体症状症に関して、いくつかの特徴が記載されている。子

Table 1 DSM-5における身体症状症 (Somatic Symptom Disorder)

---

A. 1つまたはそれ以上の、苦痛を伴う、または日常生活に意味のある混乱を引き起こす身体症状

B. 身体症状、またはそれに伴う健康への懸念に関連した過度の思考、感情、または行動で、以下のうち少なくとも1つによって顕在化する。

- (1) 自分の症状の深刻さについての不釣り合いかつ持続する思考
- (2) 健康または症状についての持続する強い不安
- (3) これらの症状または健康への懸念に費やされる過度の時間と労力

C. 身体症状はどれひとつとして持続的に存在していないかもしれないが、症状のある状態は持続している (典型的には6カ月以上)。

▶ 該当すれば特定せよ

**疼痛が主症状のもの** (従来の疼痛性障害) : この特定用語は身体症状が主に痛みである人についてである。

▶ 該当すれば特定せよ

**持続性** : 持続的な経過が、重篤な症状、著しい機能障害、および長期にわたる持続期間 (6カ月以上) によって特徴づけられる。

▶ 現在の重症度を特定せよ

**軽度** : 基準Bのうち1つのみを満たす。

**中等度** : 基準Bのうち2つ以上を満たす。

**重度** : 基準Bのうち2つ以上を満たし、かつ複数の身体愁訴 (または1つの非常に重度な身体症状) が存在する。

---

Note. DSM-5=Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. American Psychiatric Association (2013) アメリカ精神医学会 高橋 三郎・大野 裕・染谷 俊幸 (監訳) (2014) より引用。

どもに最も一般的な症状は、反復性の腹痛、頭痛、疲労感、および嘔気であり、子どもは成人と比較して、1つの顕著な症状がみられることが一般的であるとされている。また、年少の子どもは身体症状を訴えることがあるかもしれないが、青年以前に彼らがそれらの症状を病気として心配することはまれである。さらに、子どもの場合、症状に対する親の反応は、関連した苦痛の程度を決定する可能性がある。具体的には、症状の解釈、それに関連した学校の欠席、そして医学的援助を求める行動に親が関与することが推察される。以上のように、児童青年の身体症状症においては、身体症状の特定化、病気への懸念の低さ、親の反応の重要性が特徴的であると言える。

先に述べたように、本稿では医学または心理学的条件によって説明されるかに関わらない持続性の身体的健康に関する訴えを身体症状と定義している。身体症状症における身体症状にお

いても、医学的に説明ができることについては重要視をしておらず、身体症状症の身体症状と本稿における身体症状は同一のスペクトラム上にあると考えられる。一方で、身体症状症は身体症状とそれに対する反応を含む診断であり、身体症状の重症化が、そのまま身体症状症という診断基準につながるとは一概には判断できない。さらに、身体症状は身体症状症以外の問題にも広くみられることが指摘されている (APA, 2013)。そこで、本稿では診断基準として示されている身体症状症にのみに限らず、児童青年の身体症状に広く焦点を当てて議論を進めることとする。

### 児童青年における身体症状に関連するアセスメント

児童青年における身体症状 (神経症状、心肺症状、疼痛症状、胃腸症状) の測定には、主観

的自己報告(疼痛症状のみ), 全般的な身体症状に対する尺度, 全般的な感情のおよび行動的問題の一部として身体症状を測定する尺度が用いられてきた(Williams & Zahka, 2017)。まず, 疼痛症状の主観的自己報告式尺度の代表的なもの1つに, Numerical Rating Scale (NRS) がある。NRS は痛みを0から10の11段階に分け, 痛みが全くないのを0, 考えられるなかで最悪の痛みを10として, 痛みの点数を問う評価形式である。これまで, NRS は児童青年に対しても頻繁に使用されており, 6歳という低年齢の児童に対しても使用されている(Castarlenas, Jensen, von Baeyer, & Miró, 2017)。本邦の児童青年の疼痛症状を測定する際にも NRS は使用されている(e.g. 浅井・岩村・新居・浅井, 2017)。

次に, 全般的な身体症状を測定する尺度として代表的なものに Children Somatic Inventory (CSI) がある。CSI は身体表現性障害に記載されている身体症状を中心に作成された身体症状の頻度を測定する尺度である(Walker, Garber, & Green, 1991)。最近の2週間において, 各身体症状がどの程度対象者を悩ませたかについて回答する5件法の親報告式または自己報告式の尺度である。この尺度は24項目の短縮版が作成され, 信頼性と妥当性が確認されている(Walker, Beck, Garber, & Lambert, 2009)。先に示した4つの症状が明確に因子分析によって再現されるわけではないものの, CSI は13か国語に翻訳され, 信頼性と妥当性が繰り返し確認されている尺度である(Walker, 2018)。しかし, 現在のところ(2018年9月24日), 日本語版は作成されていない。

最後に, 全般的な感情のおよび行動的問題の一部として身体症状を測定する尺度として, Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASBEA) がある(Achenbach et al., 2008)。この尺度は, 対象者の感情のおよび行動的問題を広く評定する質問紙尺度であり, 4-18歳を対象にした保護者評定の Child Behavior Checklist (CBCL), 5-18歳を対象

とした教師評定の Teacher Report Form (TRF), 11-18歳の子どもの自己評定の Youth Self Report (YSR) がある。この尺度は, 内在化問題(引きこもり尺度, 身体的訴え尺度, 不安/抑うつ尺度)や外在化問題(非行的行動尺度, 攻撃的行動尺度)といった児童青年にみられる感情と行動の問題を幅広く測定する尺度である。身体症状を測定する下位尺度(身体的訴え尺度)は内在化問題に含まれる下位尺度であり, 不安や抑うつに関連する問題として扱われる。本尺度は, 世界各国で翻訳されており, 十分な信頼性と妥当性が確認されている(Flanagan, 2005)。本邦においても, 日本語版の整備が進められ, 信頼性と妥当性が確認されている(河内他, 2011)。

加えて, 本邦の成人に対しては, 身体症状に対する認知や感情を測定する尺度が翻訳されている。代表的なものに, Pain Catastrophizing Scale (PCS) がある。PCS は, 4つの身体症状の中でも, 疼痛症状に対する認知を測定するための自己記入式の尺度である。そして, 成人用の PCS については日本語版が作成されている(松岡・坂野, 2007)。一方, 既存の尺度としては, 児童青年の自己評定と親評定が作成されているものの(Crombez et al., 2003; Goubert, Eccleston, Vervoort, Jordan, & Crombez, 2006), 児童青年用の PCS 日本語版は作成されていない。

以上のように, 児童青年の身体症状については, 日本語で使用可能な尺度の存在が限られている。そのため, 本邦における児童青年の身体症状に関する研究は, 尺度整備などが必要な初期段階にあると考えられる。

## 児童青年の身体症状に関する 心理学的モデル

身体症状に対して, ささまざまな心理学的モデルが提唱されている(Husain, Beowne, & Chalder, 2007)。上述したように, 子どもにおいては精神的ストレスが身体症状として表れ

やすいことから、特に医学的に説明できない身体症状が問題となりやすいことが既に指摘されている。こうした身体症状がどのようなメカニズムで維持されるかに関して、心理学的モデルによって説明がなされている。心理学的モデルの代表的なものには、学習理論、認知行動理論、システム理論があげられている。

まず、学習理論に基づくモデルでは、古典的条件づけ、オペラント条件づけ、社会的学習理論の3つの理論によって児童青年の身体症状を説明している。古典的条件づけ理論では、生体が本来持っている反応を生じさせる無条件刺激と中性刺激を対提示し学習が成立すると、中性刺激に対しても条件反応を生じさせる刺激となる。たとえば、生体は生得的に、ストレス（無条件刺激）に対してストレス反応（無条件反応）を生じさせることが知られる（尾仲，2005）。そのため学校（中性刺激）において授業についていけないことや友人との喧嘩などの強いストレス（無条件刺激）が繰り返し生じると、学校のことを考えるだけでストレス反応として頭痛や腹痛（条件反応）が生じるように変容すると考えられる。次に、オペラント条件づけとは、ある状況で特定の行動に伴った結果によって、その行動の生起頻度が変容する学習の一種である。オペラント条件づけ理論に基づくと、子どもにとっての快刺激の出現（e.g. 注目の獲得）、あるいは不快刺激の消失（e.g. 苦手な活動への非参加）という結果によって、身体症状の訴えが維持していると考えられている。最後に、社会的学習理論とは、直接経験なしに、他者の行動の観察や模倣によっても学習が成立するという理論である（Bandura, 1978）。すなわち、社会的学習理論では、子どもの身体症状は家族の行動の観察あるいは模倣によって獲得された行動であると言える。また、家族の観察学習を通して、身体症状に対する考えや態度、反応なども学習している。このように、学習理論の観点に基づく、学習によって身体症状の表現あるいは維持を説明しており、適切な学習や消去あるいは周囲の環境に対してアプローチ

を行うことが考えられる。

次に認知行動理論に基づくモデルでは、認知理論、認知行動理論、脆弱性－ストレス－対処モデルによって児童青年の身体症状を説明している。まず、認知理論では、身体症状に対する認知や考えが身体症状を維持させている。たとえば、児童青年が自分自身の健康や身体症状に対する破局的な信念を持つ場合、身体への感覚が過敏になることで身体症状を増幅させたり、身体活動を避けたりする行動をとることによって、身体症状を維持させると考えられている。次に、認知行動理論では、身体症状に対する行動、考え、感情が相互に影響し、身体症状の維持に影響を及ぼしている。たとえば、めまい症状に対して「倒れてしまうのではないか」という考えを持った結果、積極的に活動を避けることによって余計に身体症状を強めていると考えられている（Husain et al., 2007）。このような場合、「行動、考え、感情」の不適切なパターンが生じており、症状を維持していると捉えられる（Williams & Zahka, 2017）。そして最後に、脆弱性－ストレス－対処モデル（Disability-stress-coping model）は、個人のリスク要因と保護要因の相互作用によって子どもの身体症状の表現を説明している（Wallander & Varni, 1992）。このモデルにおいて、リスク要因には、a) 障害パラメーター（Disease/disability parameters）、b) 心理社会的ストレスが挙げられている。このリスク集団は、障害パラメーター（e.g. 手術経験や身体機能）が心理社会ストレスの増加量を決定に関与する関数依存性の関係にあると仮定している。反対に、保護要因には、a) 対人的要因、b) 社会的・経済的要因、c) ストレス対処要因が挙げられている。脆弱性－ストレス－対処モデルでは、子ども自身の要因と同様に、DSM-5で指摘するような親の反応の影響についても重要視している。そのため、脆弱性－ストレス－対処モデルに基づけば、子ども自身のストレス対処行動だけでなく、親の身体症状に対する認知的評価や対処行動に対してもア

アプローチを行うと考えられる。このように、認知行動理論の観点に基づく、子ども、親の両方の身体症状に対する不適切な認知や対処行動、ストレスに対する対処法といった要因が身体症状の維持に関わっており、これらに対してアプローチを行うことが考えられる。

最後に、システム論に基づくモデルでは、家族の存在が子どもに大きく影響を及ぼしていることに基づき、児童青年の身体症状を理解しようとする。システム論に基づくモデルには、家族成員を1つの「システム」として捉え、家族成員間の相互作用に焦点づける家族システム論 (Minuchin et al., 1974)がある。Minuchinは、システムとしての家族の相互作用の葛藤パターンを「境界 (Boundary)」「提携 (empowerment)」「権力 (power)」の三条件から捉えている。システム論によると、家族システム内で何らかの葛藤パターンが生じている際、その葛藤パターンを解消するために、子どもの身体症状が現れる。すなわち、子どもの身体的健康に関する訴えが家族システム間における一時的な葛藤の回避として機能するのである。したがって、システム論に基づいたアプローチでは、家族システムの葛藤の解消を目的としたアプローチを行うことが考えられる。

### 児童青年の身体症状に対する心理療法

近年では、児童青年の身体症状に対して、さまざまな心理療法の知見が蓄積されてきている。Bonvanie et al. (2017) は、児童青年の身体症状に対する22のランダム化比較試験 (Randomized Controlled Trial : RCT) をまとめ、メタ分析を行っている (Table 2)。ちなみに、このメタ分析で対象となった身体症状には神経症状が含まれなかったものの、心肺症状、疼痛症状、胃腸症状が含まれ、本稿において定義された身体症状が扱われている。上記のメタ分析に基づいて分類すると、児童青年の身体症状に対する心理療法には、認知行動療法を中心とした心理療法、催眠やイメージを用い

た心理療法、筆記療法に分類される。

まず、認知行動療法とは、「個人の行動と認知の問題に焦点を当て、そこに含まれる行動上の問題、認知の問題、感情や情緒の問題、身体の問題、そして、動機付けの問題を合理的に解決するために計画された合理化された治療法であり、自己理解に基づく問題解決と、セルフ・コントロールに向けた教授学習のプロセスである」と定義付けられている心理療法のことである (坂野, 1995)。認知行動療法は、もとより学習理論を基盤とする行動療法の流れから認知理論を基盤とする認知療法へと展開することで認知行動療法として発展した (坂野, 2011)。したがって、本稿で述べる「認知行動療法」とは、上述した学習理論と認知行動理論の理論的基盤に基づく介入技法の体系であるといえる。

こうした点を踏まえて、Bonvanie et al. (2017) のメタ分析に含まれた認知行動療法を中心とした児童青年の身体症状に対する心理療法を概観すると、心理教育、問題解決スキルやコーピングスキル訓練、認知再構成法、リラクゼーション、バイオフィードバック法などのさまざまな介入技法が用いられている (Table 2)。前述した心理学的モデルと照らし合わせると、問題解決スキル訓練、コーピングスキル訓練、リラクゼーションは、身体症状に対する対処や行動の重要性を指摘する脆弱性-ストレス-対処モデルや認知行動モデルに、認知再構成法は認知理論に、バイオフィードバック法はオペラント条件づけ理論にそれぞれ基づいた介入技法であると考えられる。さらに、学習理論に基づくモデル、システム論に基づくモデル、そして脆弱性-ストレス-対処モデルにおいて指摘されている親の対処や行動の重要性に基づき、症状をもつ子どもの親に対しても心理教育や問題解決やコーピングスキルの獲得を目的とした介入技法を行う研究も存在する (e.g. Chalder, Deary, Husain, & Walwyn, 2010 ; Levy et al., 2010 ; Levy et al., 2013)。このように、認知行動療法を用いた心理療法では、学習理論および認知行動理論に基づいた身体症状に関す

Table 2 児童青年期の身体症状に対する心理療法

著者	対象年齢	対象症状	セッション数, 期間	研究デザイン	介入技法
<b>認知行動療法</b>					
Al-Haggar, Al-Naggar, & Abdel-Salam (2006)	10-14歳	慢性疲労症候群	40-60セッション	CBT v.s. control	リラクゼーション, コーピングスキル訓練
Bussone, Grazi, D'Amico, Leone, & Andrasik (1998)	11-15歳	緊張型頭痛	10セッション	BFB/REL v.s. REL/PLAC	バイオフィードバック
Chalder et al. (2010)	11-18歳	慢性疲労症候群	13セッション	FCBT v.s. 心理教育	activity pacing, 認知再構成法
Groß & Warschburger (2013)	7-12歳	慢性腹痛	6セッション	CBT v.s. WLC	リラクゼーション, 認知再構成法, コーピングスキル訓練
Kashikar-Zuck, Jones, & Graham (2005)	13-17歳	線維筋痛症	8セッション	CBT v.s. SM	リラクゼーション, activity pacing, 認知再構成法, 問題解決スキル訓練
Kashikar-Zuck et al. (2012)	11-18歳	線維筋痛症	8セッション	CBT v.s. 心理教育	心理教育, リラクゼーション, activity pacing, 問題解決スキル訓練
Larsson, Melin, Lamminen, & Ullstedt (1987)	16-18歳	緊張型頭痛, 偏頭痛	5週間	SHR v.s. PDC v.s. SM	リラクゼーション
Larsson, Melin, & Döberl (1990)	16-18歳	緊張型頭痛	セルフヘルプ, 5週間	SHR (+ placebo v.s. TAU) v.s. WLC	リラクゼーション
Larsson & Carlsson (1996)	10-15歳	緊張型頭痛	1セッション, 5週間	SHR v.s. no-treatment control	リラクゼーション
Levy et al. (2010)	7-17歳	腹痛 (FAP)	3セッション	SL/CBT v.s. 心理教育	リラクゼーション, 親子に対する認知再構成法, 親教育
Levy et al. (2013)	7-17歳	腹痛 (FAP)	3セッション	SL/CBT v.s. 心理教育	認知再構成法, 問題解決訓練
Nijhof, Bleijenberg (2012)	12-18歳	慢性疲労症候群	インターネット	internet CBT v.s. TAU	心理教育, 21の CBT モジュール
Palermo, Wilson, Peters, Lewandowski, & Somhegyi (2009)	11-17歳	慢性疼痛	インターネット, 8週間	internet CBT v.s. WLC	心理教育, コーピングスキル訓練, activity pacing, 親教育
Palermo et al. (2016)	11-17歳	慢性疼痛	インターネット	internet CBT v.s. 心理教育	心理教育, コーピングスキル訓練, activity pacing, 親教育

Robins, Smith, Glutting, & Bishop (2005)	6-16歳	過敏性腸症候群	5セッション	TAU + CBT v.s. TAU	心理教育, コーピングスキル訓練, 認知再構成法, 親教育
Sanders, Shepherd, Clegghorn, & Woolford (1994)	7-14歳	腹痛	6セッション	FCBT v.s. TAU	心理教育, コーピングスキル訓練, 認知再構成法, 親教育, 問題解決訓練
Stulemeijer, de Jong, Fiselier, Hoogveld, & Blijenberg (2004)	10-17歳	慢性疲労症候群	10セッション	CBT v.s. WLC	心理教育, 親教育, セルフマネジメント訓練
van der Veek, Derkx, Benninga, Boer, & Haan (2013)	7-12歳	腹痛 (FAP)	6セッション	CBT v.s. TAU	リラクゼーション, 呼吸法, 認知再構成法, コーピングスキル訓練, 親教育
<b>催眠/イメージ療法</b>					
Gulewitsch, Müller, Hautzinger, & Schlarb (2013)	6-12歳	IBS	4セッション (子ども2, 親2)	treatment group v.s. WLC	自己暗示
Vlieger, Menko-Frankenhuys, Wolfkamp, Tromp, & Benninga (2007)	8-18歳	腹痛 (FAP) + IBS	6セッション	Gut-directed HT v.s. TAU	イメージ療法
Van Tilburg et al (2009)	6-15歳	腹痛 (FAP)	3セッション	TAU + GI v.s. TAU	自己暗示
<b>筆記療法</b>					
Wallander, Madan-Swain, Klapow, & Saeed (2011)	11-18歳	腹痛 (FAP)	3セッション (病院1+自宅2)	WSD + TAU v.s. TAU	筆記療法

Note. Bonvanie et al. (2017) を参考に, 著者が翻訳, 加筆して作成した。

慢性疲労症候群の症状は, 本稿の分類においては心肺症状, 疼痛症状, 胃腸症状とさまざまである。

IBS: Irritable Bowel Syndrome, FAP: Functional Abdominal Pain, CBT: Cognitive behavioral therapy, BFB/REL: BioFeedback-assisted Relaxation, REX-PLAC: relaxation-placebo, FCBT: Family CBT, WLC: waiting list control, SM: self monitoring, SHR: self-help relaxation, SL/CBT: Social Learning CBT, TAU: Treatment as usual, HT: Hypnosis Therapy, GI: Guided Imagery



る認知や対処行動をターゲットとした介入がなされている。

催眠やイメージを用いた心理療法では、催眠療法とイメージ療法の2つに分かれる。まず、催眠療法のセッションでは、対象者は一般的なリラクゼーションに加え、自身の症状に対するコントロール能力や自尊心を強くするための自己暗示（自己教示）を行っている（Gulewitsch et al., 2013；Vlieger et al., 2007）。van Tiburg（2009）の報告したイメージ療法では、CDを用いたセルフヘルプの方法をとっている。対象者はCDを聞きながらリラクゼーションを行い、CDに従って心地のよい場面のイメージを行う（e.g. 風に乗って空を飛ぶ）。このように、催眠療法やイメージ療法では、自身の能力を高める自己暗示や心地よいイメージの導入を用いることでストレスの軽減を図り、症状の改善を促すものであると考えられる。しかしながら、催眠やイメージを用いた心理療法は先に述べた身体症状に関する心理学的モデルのいずれにも基づいているとはいえない点は留意すべきである。

最後に、筆記療法を児童青年の身体症状に適用した Wallander et al（2011）では、1セッション目に「20-30分の間、普段の生活の中で経験した最もトラウマを感じた、あるいは混乱した出来事についての感情や思考を書いてください（Schwartz & Drotar, 2004）」という説明を行った後、対象者はそれぞれ自宅で筆記療法に取り組むよう教示される。筆記による出来事への感情や思考の開示は、その出来事や体験に対する認知変容を促進しているのではないかという指摘がある（佐藤, 2012）。しかしながら、出来事への感情や思考の変化に関する理論的な説明はなされているものの、上述した身体症状に関する心理学的モデルに基づくとはいえず、身体症状への適用に関しては留意すべきである。

以上の心理療法を用いた研究をまとめたメタ分析の結果、児童青年の身体症状に対する心理療法の有効性が報告されている。Bonvanie et al.（2017）はメタ分析を行った結果、児童青

年の身体症状に対する心理療法は、身体症状、社会的機能、学校の欠席に対してそれぞれ一定の改善効果があることが示されている（Hedges  $g = -0.61, -0.42, -0.51$ ）。ただし、身体症状に対する心理療法全体としての効果が認められた一方で、心理療法の効果の違いに関する分析は行われていない。Bonvanie et al.（2017）のメタ分析においては、催眠やイメージを用いた心理療法（3本）や筆記療法（1本）と比べ、認知行動療法に関する研究数が18本で大多数を占めている。とはいえ、どの心理療法がより有効であるかに関しては、今後の検討課題であるといえる。

また、身体症状に対する心理療法について、それぞれの心理療法における改善プロセスは明らかではないことが課題として挙げられる。しかしながら、Bonvanie et al.（2017）において報告された研究数の多さを鑑みると、今後、児童青年の身体症状に対する認知行動療法に焦点づけた検討することが求められるといえる。

## 今後の展望

以上のように、児童青年の身体症状について、身体症状の現状と精神疾患の関連、身体症状を測定するアセスメント方法、身体症状のメカニズムを説明する心理学的モデル、身体症状に対する心理療法の有効性について述べた。以上を踏まえて、児童青年の身体症状においては下記の4つの課題があると考えられる。

第1に、日本語で使用できる信頼性と妥当性を備えた尺度の不整備があげられる。現在のところ、いくつかの尺度を用いて児童青年の身体症状を測定することができる。しかし、上記の尺度は疼痛症状に特化したものや、特定の症状に特化していない全般的な尺度が利用できるにとどまっており、さまざまな症状をより包括的に測定することのできるCSIの日本語版が作成されていない。CSIは既存の尺度の中でも、最も広範囲の身体症状を測定することのできる尺度であり、本邦の児童青年の身体症状の実態

把握を進める際には最も有益な尺度となる可能性がある。DSM-5では子どもの身体症状は特定化しやすいことが示されているものの、実際にはどのような身体症状が本邦の児童青年に特徴的であるかは明らかになっていない。そのため、CSI日本語版を作成し、本邦の児童青年における身体症状の特徴を明らかにすることが適切な支援につながると考えられる。

第2に、子どもの身体症状の維持悪化要因に関する実証的な基礎研究の不足がある。現時点においては、どのような要因が本邦の子どもの身体症状の維持・悪化に関与しているのかについては明らかにされていない。上記のような複数の心理学的モデルは提唱されているものの、それらは一般的な理論から導き出される概念説明に過ぎない。加えて、DSM-5においては、子どもの場合、病気への懸念の低さや親の反応の重要性が指摘されている。上記の心理学的モデルや子どもの特徴が本邦の児童青年においても再現されるかについては、実証的なデータを用いた研究が必須である。

第3に、子どもの身体症状に対する支援の実施場所や実施者に関する課題がある。本邦において、学校の保健室は、子どもが身体症状を訴えやすい場所である（日本学校保健会, 2008）。そのため、保健室内で身体症状に対して有効性が示されている心理療法を実施することが適切な支援に繋がるのが考えられる。特に保健室での実施を考えた場合、心理療法の中でも、認知行動療法の有用性は高い。たとえば、認知行動療法を活用した介入は学級担任や看護師など認知行動療法の非専門家による介入が可能であることが報告され始めている（佐藤他, 2009; 吉永他, 2015）。したがって、養護教諭による認知行動療法の適用可能性は高いといえる。しかしながら、現状においては学校において養護教諭が実施できる身体症状に対する認知行動療法に関する報告はない。したがって、今後は、子どもの身体症状に対して養護教諭が適切な認知行動療法的介入を実施していけるよう、短時間かつ養護教諭が実施可能である簡便な認知行

動療法プログラムの整備が求められる。

そして最後に、子どもの身体症状に対する介入技法の選択に関する課題が挙げられる。認知行動療法は、身体症状の心理学的モデルに基づいている点、かつ上述したような有用性の高さといった点で優れている。Bonvanie et al. (2017) のメタ分析に含まれた児童青年の身体症状に対する認知行動療法の介入技法を概観すると、主に心理教育、リラクゼーション、認知再構成法、コーピングスキル訓練などが頻繁に選択されている。しかしながら、これらの介入技法のうち、どのような身体症状や状態（たとえば、子どもの病気への懸念の程度や親の反応様式）に対してどの介入技法を選択することが有効であるのかは明らかではない。したがって、今後は、それぞれの身体症状や状態にとってより有効性の高い介入技法の選択が可能となるように、個々の介入技法を用いた子どもの身体症状に対する介入研究のエビデンスを蓄積していくことが求められる。

## 引用文献

- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H. C., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 251-275.
- Al-Hagggar, M. S., Al-Nagggar, Z. A., & Abdel-Salam, M. A. (2006). Biofeedback and cognitive behavioral therapy for Egyptian adolescents suffering from chronic fatigue syndrome. *Journal of pediatric neurology*, 4, 161-169.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of*

- mental disorders* (4th ed. Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.  
 (高橋 三郎・大野 裕・染谷 俊幸 (訳) (2002). DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.  
 (高橋 三郎・大野 裕 (監訳) (2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院)
- 浅井 武・岩村 喜信・新居 章・浅井 芳江 (2017). Anterior cutaneous nerve entrapment syndrome (ACNES) の2小児例 日本小児外科学会雑誌, 53, 944-948.
- Bandura, A. (1978). Social learning theory of aggression. *Journal of communication*, 28, 12-29.
- Bonvanie, I. J., Kallesøe, K. H., Janssens, K. A., Schröder, A., Rosmalen, J. G., & Rask, C. U. (2017). Psychological interventions for children with functional somatic symptoms: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Pediatrics*, 187, 272-281.
- Bussone, G., Grazzi, L., D'Amico, D., Leone, M., & Andrasik, F. (1998). Biofeedback-assisted relaxation training for young adolescents with tension-type headache: a controlled study. *Cephalalgia*, 18, 463-467.
- Castarlenas, E., Jensen, M. P., von Baeyer, C. L., & Miró, J. (2017). Psychometric properties of the numerical rating scale to assess self-reported pain intensity in children and adolescents: a systematic review. *The Clinical journal of pain*, 33, 376-383.
- Chalder, T., Deary, V., Husain, K., & Walwyn, R. (2010). Family-focused cognitive behaviour therapy versus psycho-education for chronic fatigue syndrome in 11-to 18-year-olds: a randomized controlled treatment trial. *Psychological medicine*, 40, 1269-1279.
- Creed, F., Henningsen, P., & Fink, P. (Eds.). (2011). *Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress: developing better clinical services*. Cambridge University Press.
- Crombez, G., Bijttebier, P., Eccleston, C., Mascagni, T., Mertens, G., Goubert, L., & Verstraeten, K. (2003). The child version of the pain catastrophizing scale (PCS-C): a preliminary validation. *Pain*, 104, 639-646.
- Flanagan, R. (2005). Review of the Achenbach system of empirically based assessment. In R. A. Spies & B. S. Plake (Eds.), *The sixteenth mental measurements yearbook* (pp.6-17). Lincoln, NE: Buros Institute of Mental Measures.
- Goubert, L., Eccleston, C., Vervoort, T., Jordan, A., & Crombez, G. (2006). Parental catastrophizing about their child's pain. The parent version of the Pain Catastrophizing Scale (PCS-P): a preliminary validation. *Pain*, 123, 254-263.
- Groß, M., & Warschburger, P. (2013). Evaluation of a cognitive-behavioral pain management program for children with chronic abdominal pain: a randomized controlled study. *International journal of behavioral medicine*, 20, 434-443.
- Gulewitsch, M. D., Müller, J., Hautzinger, M.,

- & Schlarb, A. A. (2013). Brief hypnotherapeutic-behavioral intervention for functional abdominal pain and irritable bowel syndrome in childhood: a randomized controlled trial. *European journal of pediatrics*, *172*, 1043-1051.
- Husain, K., Browne, T., & Chalder, T. (2006). A review of psychological models and interventions for medically unexplained somatic symptoms in children. *Child and Adolescent Mental Health*, *12*, 2-7.
- Janssens, K. A., Klis, S., Kingma, E. M., Oldehinkel, A. J., & Rosmalen, J. G. (2014). Predictors for persistence of functional somatic symptoms in adolescents. *The Journal of pediatrics*, *164*, 900-905.
- Kashikar-Zuck, S., Swain, N. F., Jones, B. A., & Graham, T. B. (2005). Efficacy of cognitive-behavioral intervention for juvenile primary fibromyalgia syndrome. *The Journal of rheumatology*, *32*, 1594-1602.
- Kashikar-Zuck, S., Ting, T. V., Arnold, L. M., Bean, J., Powers, S. W., Graham, T. B., ... & Lovell, D. J. (2012). Cognitive behavioral therapy for the treatment of juvenile fibromyalgia: A multisite, single-blind, randomized, controlled clinical trial. *Arthritis & Rheumatism*, *64*, 297-305.
- 河内 美恵・木原 望美・瀬戸屋 雄太郎・榎野 葉月・北 道子・上林 靖子 (2011). 子どもの行動チェックリスト 2001年版 (CBCL/6-18) 日本語版の標準化の試み 小児の精神と神経, *51*, 143-155.
- Konijnenberg, A. Y., Uiterwaal, C. S. P. M., Kimpen, J. L. L., van der Hoeven, J., Buitelaar, J. K., & de Graeff-Meeder, E. R. (2005). Children with unexplained chronic pain: substantial impairment in everyday life. *Archives of disease in childhood*, *90*, 680-686.
- Larsson, B., & Carlsson, J. (1996). A school-based, nurse-administered relaxation training for children with chronic tension-type headache. *Journal of Pediatric Psychology*, *21*, 603-614.
- Larsson, B., Melin, L., Lamminen, M., & Ullstedt, F. (1987). A school-based treatment of chronic headaches in adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, *12*, 553-566.
- Larsson, B., Melin, L., & Döberl, A. (1990). Recurrent tension headache in adolescents treated with self-help relaxation training and a muscle relaxant drug. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, *30*, 665-671.
- Levy, R. L., Langer, S. L., Walker, L. S., Romano, J. M., Christie, D. L., Youssef, N., ... & Whitehead, W. E. (2010). Cognitive-behavioral therapy for children with functional abdominal pain and their parents decreases pain and other symptoms. *The American journal of gastroenterology*, *105*, 946-956.
- Levy, R. L., Langer, S. L., Walker, L. S., Romano, J. M., Christie, D. L., Youssef, N., ... & Whitehead, W. E. (2013). Twelve-month follow-up of cognitive behavioral therapy for children with functional abdominal pain. *JAMA pediatrics*, *167*, 178-184.
- 松岡 紘史・坂野 雄二 (2007). 痛みの認知面の評価: Pain Catastrophizing Scale 日本語版の作成と信頼性および妥当性の検討 心身医学, *47*, 95-102.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family*

- therapy*. Harvard University Press.
- Miró, J., Castarlenas, E., & Huguet, A. (2009). Evidence for the use of a numerical rating scale to assess the intensity of pediatric pain. *European Journal of Pain*, *13*, 1089-1095.
- Nijhof, S. L., Bleijenberg, G., Uiterwaal, C. S., Kimpen, J. L., & van de Putte, E. M. (2012). Effectiveness of internet-based cognitive behavioural treatment for adolescents with chronic fatigue syndrome (FITNET): a randomised controlled trial. *The Lancet*, *379*, 1412-1418.
- 尾仲 達史 (2005). ストレス反応とその脳内機構 日本薬理学雑誌, *126*, 170-173.
- Palermo, T. M., Law, E. F., Fales, J., Bromberg, M. H., Jessen-Fiddick, T., & Tai, G. (2016). Internet-delivered cognitive-behavioral treatment for adolescents with chronic pain and their parents: A randomized controlled multicenter trial. *Pain*, *157*, 174-185.
- Palermo, T. M., Wilson, A. C., Peters, M., Lewandowski, A., & Somhegyi, H. (2009). Randomized controlled trial of an Internet-delivered family cognitive-behavioral therapy intervention for children and adolescents with chronic pain. *Pain*, *146*, 205-213.
- Rask, C. U., Olsen, E. M., Elberling, H., Christensen, M. F., Ørnboel, E., Fink, P., ... & Skovgaard, A. M. (2009). Functional somatic symptoms and associated impairment in 5-7-year-old children: the Copenhagen Child Cohort 2000. *European journal of epidemiology*, *24*, 625-634.
- Robins, P. M., Smith, S. M., Glutting, J. J., & Bishop, C. T. (2005). A randomized controlled trial of a cognitive-behavioral family intervention for pediatric recurrent abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, *30*, 397-408.
- 坂野 雄二 (1995). 認知行動療法 日本評論社
- 坂野 雄二 (2011). 認知行動療法の基礎 金剛出版
- Sanders, M. R., Shepherd, R. W., Cleghorn, G., & Woolford, H. (1994). The treatment of recurrent abdominal pain in children: a controlled comparison of cognitive-behavioral family intervention and standard pediatric care. *Journal of consulting and clinical psychology*, *62*, 306-314.
- 佐藤 寛・今城 知子・戸ヶ崎 泰子・石川 信一・佐藤 容子・佐藤 正二 (2009). 児童の抑うつ症状に対する学級規模の認知行動療法プログラムの有効性 教育心理学研究, *57*, 111-123.
- 佐藤 徳 (2012). 筆記開示はなぜ効くのか 感情心理学研究, *19*, 71-80.
- Schwartz, L., & Drotar, D. (2004). Effects of written emotional disclosure on caregivers of children and adolescents with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology*, *29*, 105-118.
- Stulemeijer, M., de Jong, L. W., Fiselier, T. J., Hoogveld, S. W., & Bleijenberg, G. (2004). Cognitive behaviour therapy for adolescents with chronic fatigue syndrome: randomised controlled trial. *BMJ*, *330*, 14-17.
- van Geelen, S. M., Rydelius, P. A., & Hagquist, C. (2015). Somatic symptoms and psychological concerns in a general adolescent population: Exploring the relevance of DSM-5 somatic symptom disorder. *Journal of psychosomatic research*, *79*, 251-258.

- Van Tilburg, M. A., Chitkara, D. K., Palsson, O. S., Turner, M., Blois-Martin, N., Ulshen, M., & Whitehead, W. E. (2009). Audio-recorded guided imagery treatment reduces functional abdominal pain in children: a pilot study. *Pediatrics*, *124*, 890-897.
- van der Veek, S. M., Derkx, B. H., Benninga, M. A., Boer, F., & de Haan, E. (2013). Cognitive behavior therapy for pediatric functional abdominal pain: a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 1163-1172.
- Vlioger, A. M., Menko-Frankenhuys, C., Wolfkamp, S. C., Tromp, E., & Benninga, M. A. (2007). Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Gastroenterology*, *133*, 1430-1436.
- Walker, L. S. (2018). Questionnaires and Protocols. Retrieved from <https://pediatrics.mc.vanderbilt.edu/interior.php?mid=5679> (September 24, 2018.)
- Walker, L. S., Beck, J. E., Garber, J., & Lambert, W. (2009). Children's Somatization Inventory: psychometric properties of the revised form (CSI-24). *Journal of pediatric psychology*, *34*, 430-440.
- Walker, L. S., Garber, J., & Greene, J. W. (1991). Somatization symptoms in pediatric abdominal pain patients: relation to chronicity of abdominal pain and parent somatization. *Journal of abnormal child psychology*, *19*, 379-394.
- Wallander, J. L., Madan-Swain, A., Klapow, J., & Saeed, S. (2011). A randomised controlled trial of written self-disclosure for functional recurrent abdominal pain in youth. *Psychology and Health*, *26*, 433-447.
- Wallander, J. L., & Varni, J. W. (1992). Adjustment in children with chronic physical disorders: Programmatic research on a disability-stress-coping model. In La Greca, A. M., Siegel, L. J., Wallander, J. L., & Walker, C. E. (Eds), *Advances in pediatric psychology. Stress and Coping in child health*, (PP.279-298). New York: Guilford Press.
- Williams, S. E., & Zahka, N. E. (2017). *Treating Somatic Symptoms in Children and Adolescents*. Guilford Publications.
- 吉永 尚紀・野崎 章子・宇野澤 輝美枝・浦尾 悠子・林 佑太・清水 栄司 (2015). 日本の看護領域における認知行動療法の実践・研究の動向: 系統的文献レビュー 不安症研究, *6*, 100-112.
- 財団法人日本学校保健会 (2008). 保健室利用状況に関する調査報告書 平成18年度調査結果 日本学校保健会