

小児の不安障害

石川 信一

抄録 実証に基づく心理療法の発想に基づいて、どの問題・症状に対してどの心理療法を選択すべきかについてのガイドラインが提唱されている。現在までに児童思春期を対象として有効性の示されている治療技法のほとんどが認知行動療法に基づく治療技法である。特に、近年のエビデンスを考慮すると、子どもの不安障害に対する心理療法の第1選択肢は認知行動療法であると結論づけられる。そこで、本稿では、本邦で開発された不安障害の子どもに対する認知行動療法プログラムを例として取り上げ、アセスメント法、心理教育、認知再構成法、エクスポージャーの手続きについて概説を行った。そして、子どもに対する認知行動療法の留意点として、信頼関係の構築、プログラム課題の工夫、親への治療参加、の3点について説明を行った。

精神科臨床サービス 9:516-520, 2009

キーワード: 小児, 子ども, 不安障害, 認知行動療法, 実証に基づく心理療法

はじめに

子どもにおける治療が、成人の相談と異なる点は何であろうか。その1つが「誰が」治療を希望しているかという点である。子どもは医療現場に「自ら来る」のではなく、親（あるいは周囲の大人）に「連れて来られる」ことが多い。そのため、自ら治療を希望し、自らがその効果を体験する成人のケースとは異なり、子どもを対象とした治療の場合、治療そのものの目的が曖昧になりかねない。そのため、質の高い臨床サービスを提供するためには、治療者の方が当該のケースに対して有効性の示されている治療技法は何であるのかを正確に把握し、治療構造を維持するための努力をしなければならないといえるだろう。

1. どの心理療法を選択すべきか

一口に子どもと言ってもその問題は多岐にわたり、万能な臨床サービスなどは存在しない。したがって、「どのようなクライアントが来ても同じサービスをする」ということはあってはならないことである。米国や英国など諸外国においては、どの問題・症状に対してどの心理療法を選択すべきかについて、公正な立場に立って評価するという「実証に基づく心理療法」の発想が定着しつつある。最新の实証に基づく心理療法の基準においては、児童思春期を対象として、自閉症、うつ病、不安障害、破壊的行動障害、AD/HD、摂食障害、薬物依存、強迫性障害、トラウマの問題における治療選択の基準が示されている¹⁾。すべてを紹介することは誌面の関係上難しいが、この報告を概観すれば、有効性の示されている治療技法のほとんどが行動療法や認知療法を含む認知行動療法に基づく治療技法であることに気づくはずである。その他にも、複数の家族療法に基づく治療技法、

あるいは青年の抑うつに対する対人関係療法の有効性が支持されているが、その他の治療技法の有効性を積極的に支持する証拠は見あたらない。ちなみに、この基準は米国の研究成果のみに基づくものではなく、欧州各国や中国などその他の国々における成果も取り込まれていることを付記しておきたい。

実証に基づく心理療法の基準を満たす認知行動療法は、いまや臨床心理学やその近接領域において世界標準（グローバル・スタンダード）となっており、認知行動療法の発展によって、メンタルヘルスの専門家の治療能力は格段に進歩したと言われる⁸⁾。

Ⅱ. 小児の不安障害

不安障害とは過度な不安症状と、日常生活に支障をきたす回避行動を特徴的病状とする障害である。DSMにおいては、子どものケースについていくつかの注意書きがなされているものの、基本的には成人の診断基準に準じている。一般に子どもの不安障害には、①全般性不安障害（過剰不安障害）、②社交不安障害、③分離不安障害、④特定の恐怖症、⑤パニック障害、⑥強迫性障害、⑦外傷後ストレス障害（PTSD）、が含まれる。その中でも、PTSDと強迫性障害については有効性が実証されている治療技法が異なるため、若年層では発症率の低いパニック障害と併せて、その他の不安障害と区別していることも少なくない。不安障害の有病率は、6カ月有病率では9.1%~17.7%、生涯有病率では12.7%~27.0%とされており⁹⁾、子どもの精神障害の中でもっとも有病率の高い問題の1つである。

また、子どもの不安障害では、不安障害内での併発に特徴があり、2つ以上の不安障害を同時に示すことが少なくない。加えて、発達段階によって主たる不安の訴えが推移していく可能性も示されている。たとえば、ピークとなる発症年齢を考慮すると、分離不安障害とパニック障害の間に併発はほとんどみられないが、長期的な視野に立っ

てみると分離不安障害が後のパニック障害のリスク要因となる可能性がある。したがって、子どもの不安障害においては、主たる診断の症状についてアセスメントするとともに、その他の症状を有しているか否かを確認する必要がある。

このような子どもの不安障害の特徴から、全般性不安障害、社交不安障害、分離不安障害、それに、特定の恐怖症を加えた症状群を対象として、子どもの不安障害に対する認知行動療法パッケージが開発されている。実証に基づく心理療法の基準において、上記の障害に対して有効性が実証されているのは認知行動療法だけであり⁷⁾、このレビュー論文に前後して実施された最新の効果研究によって、そのエビデンスはより強固なものとなっている（たとえばHudson et al.²⁾；Kendall et al.⁶⁾）。以上のことから、子どもの不安障害に対する心理療法の第1選択肢は、認知行動療法であると結論づけられる。

Ⅲ. 子どもの認知行動療法の実際

子どもの不安障害に対しては、諸外国においてさまざまな認知行動療法に基づく治療パッケージが開発されているものの、わが国において実践されている例はほとんどない。そこで、ここでは筆者らが開発・実践を行った認知行動療法プログラム（いっチャが教室⁹⁾）を例として取り上げ、子どもに対する認知行動療法の実際について述べたい。

まず、プログラムに先立ってアセスメントを実施する。子どもの現状についての正確な査定という目的だけでなく、治療の効果を目に見える形で提示するためにも適切なアセスメントを実施することが重要である。本プログラムにおいては、半構造化面接に加え、親と子どもに対してスペンス児童用不安尺度の邦訳版³⁾に代表される信頼性と妥当性の確認された質問紙を実施し、多角的に子どもの状態についてアセスメントを行っている。自分の不安の内容について、容易に口に出して説明できる子どももいれば、そうでない子どももい

表1 認知行動療法プログラムの内容¹⁾

セッション数	題名	目的	内容
セッション1	あなたの問題について考えよう!	「場面」「考え」「きもち」「行動」「からだ」の5つのポイントから、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。	<ul style="list-style-type: none"> ・例示(給食のことで困っている場面) ・5つの要素の解説 ・例示(友だちに無視された場面) ・まとめ
セッション2	自分のきもちをつかまえよう!	自分の感情の問題を観察できるスキルと、感情を言葉で表現できるようなスキルを身に付ける。加えて、感情の程度を数字で表現する練習を行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・感情のラベリング(「きもち」にはいろいろある) ・感情の程度を評定(「きもち」の大きさをはかろう) ・まとめ
セッション3	「場面」から「考え」をとりだそう!	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。加えて、思考記録表をつける練習をする。	<ul style="list-style-type: none"> ・感情と認知の区別(「場面」と「きもち」を区別しよう!) ・認知の抽出(「考え」をつかまえろ!) ・思考記録表の練習(「考えきろくノート」をつけよう!) ・まとめ
セッション4	いろいろな考え方をしてみよう!	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。加えて、柔軟な思考パターンを生み出す練習をする。	<ul style="list-style-type: none"> ・例示(友だちが学校を休んでしまった場面) ・自分以外の思考について(ほかの考え方はあるかな?) ・思考の柔軟性(ひとつの「場面」からできるだけたくさんさんの考えを作り出してみよう) ・まとめ
セッション5	もっといろいろな考え方をしてみよう!	「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。	<ul style="list-style-type: none"> ・適応的な思考と不適応な思考の区別(おたすけマンとおじゃまムシ) ・認知の変容(おたすけの呪文) ・思考記録表の練習 ・まとめ
セッション6	不安のかいだんをつくろう!	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。加えて、実際にエクスポージャーする場面を選択する。	<ul style="list-style-type: none"> ・エクスポージャーの心理教育(不安とは何者だ!?) ・不安階層表の例示(不安のかいだんをしらべる) ・不安階層表の作成(あなた「不安のかいだん」をつくってみよう!) ・エクスポージャー場面の選択(不安のかいだんにしようせん!) ・まとめ
セッション7	自分のこまっている場面にしようせん!	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で、セッション内エクスポージャーを行う。	<ul style="list-style-type: none"> ・エクスポージャーの心理教育再確認(思い出してみよう) ・セッション内エクスポージャー(解決ハンターのしようせん!) ・セルフモニタリングシートの記録(しようせんきろくシート) ・まとめ
セッション8	これからのしようせん とプログラムのおさらい	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。	<ul style="list-style-type: none"> ・これからのエクスポージャーの計画(これからのしようせん) ・復習 ・修了式

る。さまざまな情報源から、さまざまな方法で情報を集める必要がある。

本プログラムは、不安症状に関連した認知の修正を促す認知再構成法と、実際の生活場面におけるエクスポージャーの組み合わせに特徴がある。プログラムは、全8セッションで構成されており、各セッションは60~90分で終了するよう作成さ

れている。プログラムの詳細は表1に示す。

1. 心理教育

はじめに子どもと親に対して不安の仕組みについて説明する。治療に訪れた時点では、なぜ自分が苦しんでいるのかを正確に理解している子どもは少ない。例を使いながら、自分の不安について

適切な理解を促す。また、子どもの場合、自分の気分を適切な言葉で表現することが難しい場合が少なくない。そこで、自分の気分を言葉で表現する練習を行う。加えて、不安の程度を数値で評定する練習を行う。不安にも程度があることを学ぶことによって、もっとも苦手な場面は何か、どのような場面ならそれほど不安を感じないですむかを整理することが可能となる。

2. 認知再構成法

認知再構成法とは、歪んだ考えや不適応な信念を、適応的で現実的なものに修正していく治療技法の総称である。重要なことは、ある場面で不安を感じるのには、その場面そのものに原因があるのではなく、「自分がその場面をどのように捉えるか」であることを子どもに教えることである。本プログラムにおいては、子どもが容易に理解できるように、いやな気持ちになったり不安がひどくなる考えを「おじゃまムシ」、逆に不安が和らいだりする考えを「おたすけマン」と比喩を使って説明している。この手続きにおいては、集団形式で実施していれば、他の子どもの意見を尋ねるなどモデリングを用いることが有益である。ある場面において、自分とは違った考えを聞くことによって、今までの考えとは違った考えの存在に気づくことができるようになる。重要な点は、新たな考え方に気づき、柔軟に考えることができるように支援することであり、決して「前向きに考えなさい」と説得することではない。また、言葉のやりとりのみですべてを解決しようとするのは難しいこともある。思いついた新たな適切な考え方について、実際の行動で確かめてみるのが重要である。

3. エクスపోージャー

不安な場面に直面することで、症状の改善を目指す治療技法をエクスపోージャーと呼ぶ。不安の治療においては、エクスపోージャーは中核となる技法である。これまでのセッションを通じて、「不安の場面そのものではなく、偏った考え方が

不安にさせていること」を学んでではじめて、エクスపోージャーに対して積極的に取り組むことができるようになる子どもも少なくない。いずれの場合でも、エクスపోージャーがなぜ有効であるのか、きちんと子どもと親に理解してもらうことが必要不可欠である。本プログラムでは、エクスపోージャーの仕組みについて、クイズを使って学ぶといった工夫がなされている。実際の導入にあたっては、子どもが不安を感じる場面や刺激を順次段階的に配列した不安階層表を作成して、それに基づき段階的エクスపోージャーを行うことが多い。また、最初はできるかぎり治療者がついていき、モデルを示したり、他の子どもがうまくやっている姿を見せたりする。重要な点は、確実に実施できる場面で行うこと、十分に不安が低減するまで行うこと、不安の低減を子どもが体験すること、不安の低減を子ども、親、治療者が確認することである。さらに、一度や二度ではなく、日常生活場面で繰り返し実施することも重要である。

IV. 子どもの認知行動療法の留意点

認知行動療法に限らず、心理療法においては、子どもとの信頼関係を築くことが必要不可欠である。プログラムの遂行に気を取られ、この点をおろそかにしてはならない。また、認知行動療法では、いわゆるカウンセリングの基本である傾聴や共感をしないとといった誤解も耳にする。これは大きな誤りである。セッションを構造化する目的は、①時間の有効活用、②重要な話題への集中、③枠組みの設定、④達成感の経験、といった点にあり⁹⁾、治療のいずれの時期においても、子どもや親の訴えに耳を傾けることと、具体的な治療プログラムを実施することは、双方行われなければならないことを強調しておきたい¹⁰⁾。

注1) 逆にプログラムの構成要素でなく、このような心理療法の非特異的要因(治療者の姿勢、参加者の期待、集団の凝集性、など)によって、症状が改善していると主張されることがあるが、先行研究においては、このような非特異的要因の影響を超えて、認知行動療法の有効性が実証されている(たとえば、Hudson et al.⁹⁾)

治療への参加動機を高めるためにも、プログラムの中で紹介される対処スキルを適切に学べるようにするためにも、子どもの特徴や発達段階に合わせて課題を工夫する必要がある。本プログラムにおいては、挿絵やシールを使った活動など、プログラムの課題自体を楽しめる形式にしているだけでなく、プログラム終了後にそれぞれの子どもが楽しみにしている軽いスポーツ活動などを準備している。社会的な場面に不安を感じる子どもや、親との分離に不安を感じる子どもの場合、プログラムに参加すること自体が大きな挑戦となるため、それに応じた報酬(強化子)を用意することは、治療者として至極当然な姿勢である。加えて、本プログラムでは、トークンエコノミー法を用いて、毎回への参加の動機づけを図っている。ここでは、バックアップ強化子として、修了証や下敷きを準備しているが、子どもの場合、トークンとなるシール自体にもさまざまなバリエーションを用意してあげる方が、なお治療への参加動機が高まるようである。

最後に、子どもに認知行動療法を行う場合、誰を治療に加えるのかが重要になる。一般的には、幼い子どもであれば、より親への参加が求められる。本プログラムにおいては、親は子どもの様子を見学しており、不安階層表の作成、エクスポージャー場面の選定など、必要に応じてセッションへ参加している。加えて、セッション終了後に、親が関わる不安症状を維持する回避行動のパターンについて説明するとともに、家庭でのホームワークエクスポージャーの計画などについて話し合いを行う。子どもは、家庭であれば親、学校であれば教師に依存して影響を受けていることが多い。したがって、十分な治療効果を生みだし、それを維持していくためには、子どもにさまざまな対処スキルを身につけてもらうだけでなく、その対処スキルが適切に発揮され、維持されるように環境を整える取り組みも必要不可欠である。

文 献

- 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. Oxford University Press, New York, pp.61-91, 2004.
- 2) Hudson, J.L., Rapee, R.M., Deveney, C. et al.: Cognitive-behavioral treatment versus an active control for children and adolescents with anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48; 533-544, 2008.
- 3) Ishikawa, S., Sato, H., Sasagawa, S.: Anxiety disorder symptoms in Japanese children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 23; 104-111, 2009.
- 4) 石川信一, 下津咲絵, 佐藤容子: 児童の不安障害に対する短期集団認知行動療法の効果. *精神科治療学*, 23; 1481-1490, 2008.
- 5) 伊藤絵美: 認知療法・認知行動療法カウンセリング初級ワークショップ. 星和書店, 東京, 2005.
- 6) Kendall, P.C., Hudson, J.L., Gosch, E. et al.: Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76; 282-297, 2008.
- 7) Silverman, W.K., Hinshaw, S.P.: The second special issue on evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents: A 10-year update. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37; 1-7, 2008.
- 8) 丹野義彦: 認知行動療法とは. 内山喜久雄, 坂野雄二編: 認知行動療法の技法と臨床. 日本評論社, 東京, pp.2-8, 2008.