

■研究報告

児童の不安障害に対する短期集団認知行動療法の効果

石川 信一¹⁾ 下津 咲絵²⁾ 佐藤 容子¹⁾

抄録：本研究の目的は、児童の不安障害に対する短期集団認知行動療法プログラムを開発し、半構造化面接において不安障害の診断基準に合致した児童12名を対象にその有効性を検討することであった。本研究の結果、プログラム終了後、および1ヵ月と3ヵ月フォローアップ時点において自己評定、および親評定において不安症状の改善がみられた。また、プログラム参加児童の9名(75%)が不安障害の診断基準から外れることも示された。同レベルの不安症状を示すマッチングサンプルとの比較の結果、プログラム参加児童はプログラム終了時点での不安症状の得点が有意に低いことが示された。同様に、認知の誤りやネガティブ自己陳述においても改善が確認された。一方、抑うつ得点については、プログラム参加児童において時期による変化がみられた。以上の結果から、本邦における児童の不安障害に対する短期集団認知行動療法プログラムの適用可能性と有効性が示唆された。

精神科治療学 23(12) ; 1481-1490, 2008

Key words : cognitive behavior therapy, children, anxiety disorders

I. はじめに

欧米諸国においては、児童の不安障害は最も有病率の高い問題の1つであり¹⁾、その有病率は10%弱であるとされている¹⁰⁾。一般児童を対象とした国際比較調査において、本邦の児童においてもDSMシリーズで定義されるような不安症状がみられることが示唆されている⁷⁾。したがって、不

安障害を示す児童に対する支援方法の確立は、精神医学・臨床心理学領域における重大な課題といえる。本邦における児童期の不安障害を対象とした研究領域では、不登校児童における不安障害の割合を報告したものや³⁰⁾、児童・青年期における不安障害の一般的な治療におけるガイドラインの報告^{28,29)}があるものの、具体的な治療プログラムの実施や、その治療効果を検討した研究は不足している。

児童期の不安障害に対する治療法には主に、心理療法と薬物療法が行われているが、薬物療法における有効性は強迫性障害を除き、確立されているとは言い難い^{19,29)}。一方、アメリカ心理学会(APA)による「心理的手法の促進と普及のための専門家委員会(Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedure)」によるエビデンスに基づく心理療法の評価によると、1998年の第1報、2008年の第2報の両者において、児童の不安の問題に対しては認知行動療法の有効性

2008年3月31日受稿、2008年10月23日受理
Short-term and group cognitive behavior therapy for children with anxiety disorders.

¹⁾宮崎大学教育文化学部
〒889-2192 宮崎市学園木花台西1-1)
Shin-ichi Ishikawa, Ph.D., Yoko Sato: Faculty of Education and Culture, University of Miyazaki, 1-1, Gakuenkihanadainishi, Miyazaki-shi, Miyazaki, 889-2192, Japan.

²⁾九州保健福祉大学社会福祉学部
Sakie Shimotsu: Department of Social Welfare, Kyushu University of Health and Welfare.

が示されている^{5,26)}。また、Ishikawaら⁸⁾の児童の不安障害に対する認知行動療法のメタ分析によると、統制群との比較で算出された効果サイズは $d=0.61$ 、治療前後を比較した被験者内効果サイズは $d=0.94$ であり、成人の不安障害に対する認知行動療法の効果サイズと匹敵する値が得られている。すなわち、現時点においては、児童の不安障害に対する認知行動療法の有効性が強く支持されているといえよう。

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice³⁾によると、当該の心理療法が有効であるか（すなわち、症状の低減、障害からの回復）を検討する有効性（Efficacy）と、その心理療法が特定の状況で有益な結果をもたらすかという有用性（Effectiveness）は区別して考えるべきであり、どちらも心理療法のエビデンスの確立に必要な不可欠であるとされている。しかしながら、欧米諸国では有効とされているにもかかわらず、本邦の児童を対象とした認知行動療法については、単一事例に対する試行的な取り組み¹¹⁾が存在するだけで、複数の児童を対象とする治療効果に関する報告はない。有用性（Effectiveness）という観点から、さまざまな人種において児童の不安障害に対する認知行動療法の外的妥当性を確立することは、重大な研究課題の1つである²⁶⁾。その際には、欧米の治療プログラムを表面的な翻訳によって導入することは有益ではなく²⁶⁾、認知行動療法に関する治療要素の理論基盤に基づき、本邦の児童に適したプログラムの導入が必要不可欠である。

一方、心理療法の費用対効果を検討することも重要な検討事項である³⁾。Ishikawaら⁸⁾のメタ分析結果によると、個人形式のプログラムの方が効果サイズは大きいものの、集団形式との効果サイズの差は大きいものではなく、両者ともに中程度の効果サイズが得られることが示されている。一方、特定恐怖症のみに焦点を当てたÖstら²²⁾、不登校の児童を対象としたKingら¹⁸⁾を除くと10セッションを下回るプログラムの効果は報告されていない。これらの治療プログラムは、児童の不安障害の中心的症状を必ずしも治療ターゲットとしてはいないことを考慮すると、現状では短期の認知行動療

法プログラムの有効性が確認されているとは言い難い。児童の不安障害に対する認知行動療法が普及しているとは言い難い本邦の現状を考慮すると、短期間かつ集団形式のプログラムの有用性（Effectiveness）が示唆される。そこで本研究では、より短期間・集団形式で実施可能であり、かつ本邦の児童に適した認知行動療法プログラムを開発し、その有効性を検討することを目的とした。

Ⅱ. 方法

1. 対象者と募集手続き

不安症状を示す児童は、以下の手続きで募集された。まず、A県B市内の公立学校に保護者宛のパンフレットを配布し、学校内での募集を呼びかけた。次に、A県内の新聞の紙面上で対象者の募集を行った。問い合わせのあった家族について、児童の不安障害を診断するための半構造化面接²⁴⁾を実施した。その結果、不安障害の基準に合致し、外面化障害（ADHD、反抗挑戦性障害、行為障害）、物質乱用、統合失調症、精神遅滞、広汎性発達障害、摂食障害、身体表現性障害に合致しない小学生12名（男子6名、女子6名；平均年齢10.33歳、標準偏差1.85）を介入群とした。対象者の不安障害の内訳は、分離不安障害3名、社会恐怖7名、特定の恐怖10名、全般性不安障害8名であり、その他に緘黙1名、気分変調症1名が含まれた（延べ人数）。12名のうち、10名（83.33%）が複数の不安障害の診断基準を満たしていた。

2. 認知行動療法プログラム

これまで実施されてきた認知行動療法プログラム^{4,16)}と、本邦における試行的な取り組み¹¹⁾を参考に、表1に示すような児童の不安障害に対する認知行動療法プログラムを開発した。プログラムの構成要素として、不安症状に関連した認知の修正を促す認知的介入と、実際の生活場面において不安を感じる場面を取り上げエクスポージャーによって不安症状を改善する行動的技法が含まれており、両技法を用いて不安症状の改善を促すことを目標としている。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

表1 認知行動療法プログラムの内容

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、感情を言葉で表現する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」の大きさははかろう） ・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、それに伴う感情を区別し、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らう！	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（不安のかいだんにちょうせん！） ・まとめ
セッション7	自分のこままっている場面にちょうせん！	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（解決ハンターのちょうせん！） ・セルフモニタリングシートの記録（ちょうせんきろくシート） ・まとめ
セッション8	これからのちょうせん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（これからのちょうせん） ・復習 ・修了式

了するよう作成されている。効果の維持のために、およそ1週間に1回のペースで実施された。また、毎回のセッション終了時には、ホームワークを課した。

3. 測定材料

1) 面接

i) Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS)²⁴⁾: ADISは、信頼性と妥当性が確認された児童の不安障害を診断するための半構造化面接である。面接で取り扱った領域は、「登校歴」「不登校行動」「分離不安障害」「対人関係」「社会恐怖(社会不安障害)」「特定の恐怖」「パニック障害」「広場恐怖(パニック障害を伴う、伴わない)」「全般性不安障害」「強迫性障害」「外傷後ストレス障害」「急性ストレス障害」「気分変調症」「大うつ病」「外面化障害」「選択性緘黙」「その他」であった。加えて、それぞれの診断について事前と事後において、八段階の不安度と日常生活障害度を評定した。なお、ADISでは、不安度と日常生活障害度の臨床的な基準を4に定めており、必要な症状を満たし、かつ不安度と日常生活障害度の両者が4を超えるときに診断基準に当てはまると判断する。なお、面接は基本的には児童を対象としたが、親にも同席を求めるとともに、不安度と日常生活障害度については親にも評定してもらい、親子の評定が異なるときは面接者と親子で話し合い評定を定めた。

2) 質問紙

i) Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)²⁷⁾: 本尺度はSpence²⁷⁾により作成された児童の不安症状を測定する尺度である。本研究では、Ishikawaら¹⁴⁾によって信頼性、妥当性の確認されている邦訳版を用いた。加えて、本研究においては、親評定においてもSCASの得点を求めた。SCASの親評定(SCAS-P)は、「次の質問を読んで、普段のお子さんの状態に最もよくあてはまると思われる数字を○で囲んで下さい」という教示の下、児童用と全く同じ項目を用いた。SCASおよびSCAS-Pの回答は四件法(「3. いつもそうだ」～「0. ぜんぜんない」)で評定を求めた。得点可能範囲は、0～114点であった。

ii) 児童用自己陳述尺度(CSSS)¹³⁾: CSSSは児童の自己陳述を測定するために作成された尺度であり、「ポジティブ自己陳述」と「ネガティブ自己陳述」の2因子40項目からなる尺度である。回答は、四件法(「3. よくそう思う」～「0. ぜんぜんそう思わない」)で求めた。得点可能範囲は、「ポジティブ自己陳述」と「ネガティブ自己陳述」それぞれ0～60点であった。

iii) 児童用認知の誤り尺度(CCES)⁹⁾: CCESは不安場面での児童の推論の誤りを測定するために作成された尺度である。CCESは、まず、児童に場面を提示し、それに対して質問文に書かれた解釈について、解答する形式の質問紙である。1因子20項目で構成され、回答は、四件法(「3. とてもそう思う」～「0. ぜんぜんそう思わない」)で求めた。得点可能範囲は、0～60点であった。

iv) Depression Self-Rating Scale for Children (DSRS)³⁰⁾: DSRSは自己記入式の児童の抑うつを測定する尺度である。本尺度は、18項目から構成されており、これらの質問に、三段階(そんなことはない=0, 時々そうだ=1, いつもそうだ=2)で評定を求める。総得点の得点可能範囲は0～36点である。

3) アセスメント時期

質問紙査定は、プログラム開始時点、終了時点、1ヵ月および、3ヵ月フォローアップ時点において行われた。ADISによる面接査定は、プログラム開始時点、終了時点、3ヵ月フォローアップ時点において実施された。

4. プログラム実施形態

プログラム開始に先立ち、オリエンテーションを開催し、①認知行動療法プログラムの概要説明、②質問紙調査、③インフォームドコンセントを親と子どもの両者に行った。なお、本研究においては、プログラムに参加して得られた個人情報については厳守されること、得られた情報は研究目的以外には使用しないことの2点について親と子の両者に対して書面と口頭で説明を行った。さらに、プログラムにおける情報管理に関して理解が得られた親と子に対して、個人が特定できない形式において、面接やプログラムの結果の報告の

許可を得た上で、プログラムが実施された。プログラムのリーダーは臨床心理士の資格を有する筆頭著者が務め、コ・リーダーとして、臨床心理士の資格を有する共著者、および臨床心理学を専攻する大学院生がセッションの補助を行った。本プログラムの構成においては、前回の内容を把握していないと次のセッションに参加しても児童が内容を理解できないため、セッションは小グループ形式で行ったが、日程上の都合が合わない参加者に対しては、そのセッションの内容を補うために個別セッションを行った。したがって、すべての参加者が、全セッションに参加している。保護者は、セッションを部屋の後ろで見学しており、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に参加することもあった。加えて、セッション終了後に、親だけを集めて、家庭でのホームワーク、ホームワークエクスポージャーの計画等について話し合いを行った。

5. 統制群の設定

統制群については、個人が特定されることはないことを条件に学校長の判断の下に、プログラム実施期間とほぼ同じ期間（2ヵ月）において2度の質問紙査定（SCAS, CSSS, CCES, DSRS）がなされた。児童に対しては、プライバシーは守られること、個人が特定されることはないことを伝えた上で、参加を求めた。その結果、公立小学校に通学中の3～6年生403名（男子194名、女子209名；平均年齢10.19歳、標準偏差1.04）から回答が得られた。その中から、同じ不安症状の得点レベルを示す児童同士を比較するために、マッチングサンプルの抽出を行った。まず、認知行動療法プログラムに参加した児童と性、学年、および事前のSCAS得点が一致する統制群の児童を抽出し、その中から、乱数表に基づいてマッチングサンプルとなる児童を無作為に抽出した。マッチングされた統制群（12名）と介入群の男女比は完全に一致しており、平均年齢（ $t(22)=0.74$ ）、事前のSCAS（ $t(22)=0.01$ ）、CSSSの「ポジティブ自己陳述」（ $t(22)=1.27$ ）と「ネガティブ自己陳述」（ $t(22)=0.52$ ）、CCES（ $t(22)=0.67$ ）、および

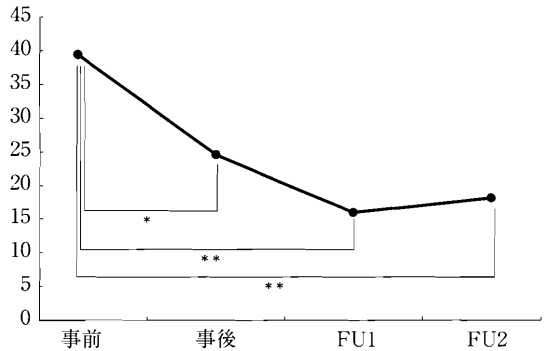


図1 介入群のSCAS38項目合計点の推移

* $p < .05$, ** $p < .01$

DSRS（ $t(22)=1.06$ ）に有意な差はみられなかった。また、統制群の中で、介入群の事前のSCAS平均点（39.50）を上回る児童は72名（17.87%）であった。

III. 結果

1. プログラムの効果

介入群の変化を確認するために、プログラム開始前（事前）、プログラム終了後（事後）、1ヵ月フォローアップ（FU1）、3ヵ月フォローアップ（FU2）の4点におけるSCAS38項目合計得点について分析を行った。その際、一部の対象者において欠損値がみられる点を考慮し、混合モデルによる分析を採用した。時期（事前、事後、FU1、FU2）を固定効果、対象者を変量効果として分析を行ったところ、時期の主効果が有意であった（ $F(3, 32.27)=11.29, p < .01$ ）。Bonferroniの法を用いた多重比較の結果を図1に示す。プログラム終了時点の得点は、プログラム開始前よりも有意に低減していることが示された（ $p < .05$ ）。さらに、FU1およびFU2においても、プログラム開始前よりも得点が有意に低く（いずれも $p < .01$ ）、効果の維持が確認された。またプログラムの効果の大きさを検討するために、事前-事後、事前-FU2について、SCASの得点を元に被験者内 d 値を算出した。その結果、事前-事後においては、 $d=1.14$ （95%信頼区間=0.47-1.80）と効

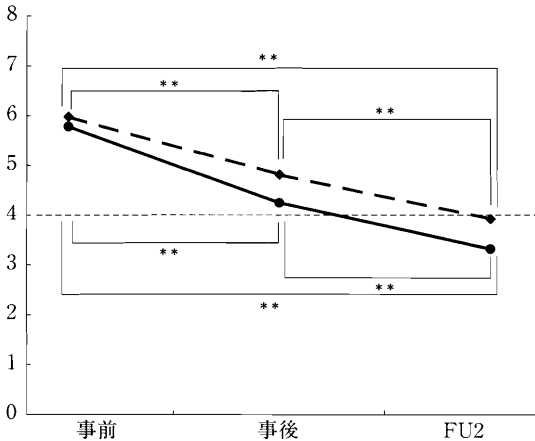


図2 介入群のADIS不安度、日常生活障害度の変化
 --- 障害判断基準, ---♦--- 不安度, ●— 日常生活障害度,
 ** $p < .01$

果サイズは大きいことが明らかとされた ($p < .05$)。さらに、事前-FU2の被験者内 d 値は、 $d = 1.45$ (95%信頼区間=0.88-2.02) とさらに大きく ($p < .01$)、プログラムによって、大きな治療効果が得られていることが示された。

SCAS-P 得点においても、時期の主効果は有意であった ($F(3, 26.80) = 7.58, p < .01$)。多重比較の結果、事後では事前よりも有意に得点が減少しており ($p < .05$)、その効果はFU2においても維持されていることが示された ($p < .01$)。CCES 得点についても時期の主効果が有意であった ($F(3, 28.09) = 19.20, p < .01$)。多重比較の結果、事前と比較して事後、FU1、FU2の得点は有意に低いことが示された (いずれも $p < .01$)。一方、CSSSの「ポジティブ自己陳述」については時期の主効果は有意でなかった ($F(3, 28.09) = 1.53$)。CSSSの「ネガティブ自己陳述」については、時期の主効果が有意であり ($F(3, 28.13) = 14.53, p < .01$)、事前の得点と比較して、FU1とFU2においてネガティブな自己陳述が有意に減少していることが示された (いずれも $p < .01$)。DSRS 得点においても、時期の主効果は有意であった ($F(3, 27.31) = 7.26, p < .01$)。多重比較の結果、事前と比較してFU1とFU2の得点が有意に低いことが示された ($p < .05, p < .01$)。

次に、ADISの不安度、日常生活障害度につい

て変化を検討するために、プログラム開始前と、プログラム後、FU2の変化について一要因の分散分析を行った (図2)。その結果、ADISの不安度について時期の主効果が有意であった ($F(2, 94) = 44.21, p < .01$)。Bonferroniの法を用いた多重比較の結果、プログラム終了後の不安度は、プログラム開始前より有意に低く ($p < .01$)、FU2においては、開始前、終了後よりも得点が有意に低減していることが示された (いずれも $p < .01$)。一方、日常生活障害度についても時期の主効果がみられ ($F(2, 39) = 29.57, p < .01$)、多重比較を行ったところ、プログラム終了後の日常生活障害度は、プログラム開始前より有意に低く ($p < .01$)、FU2においては、開始前、終了後よりも得点が有意に低減していることが明らかとなった (いずれも $p < .01$)。さらに、FU2の不安度の平均値は3.92、日常生活障害度では3.32と診断の基準とされる4を下回っている。つまり、プログラムによって、不安度や日常生活の障害度の平均値は非臨床レベルまで改善することが示された。また、プログラムの結果、何らかの不安障害の診断基準から外れたものは、12名中9名 (75.00%) であり、ADISの診断基準において不安度、日常生活障害度のいずれかで改善がみられた児童は12名すべてであった (100.00%)。

2. 統制群との比較

次に、各指標におけるプログラム参加者の変化と同レベルの不安症状を示す一般児童の時間経過による変化を比較した。分析には混合モデルを用いた。SCAS、CCES、CSSS、およびDSRSの得点について、対象者を変量効果として、群の効果 (介入群・統制群)、時期の効果 (事前・事後)、およびその交互作用項をモデルに投入した。結果を表2に示す。まず、SCAS 得点においては、交互作用が有意であったため、単純主効果の検定を行った (図3)。その結果、介入群のみ事前から事後にかけて得点が有意に減少していることが示された ($p < .01$)。また、プログラム開始前は得点に差はなかったが、事後においては介入群の得点が有意に低いことが示された ($p < .05$)。次に、CCES 得点については、時期の主効果と交互

表2 プログラム事前事後における介入群と統制群の変化

	介入群 12名		統制群 12名		群	時期	交互作用
	事前	事後	事前	事後			
SCAS ^a	39.50 (5.66)	24.58 (5.66)	39.58 (5.66)	44.58 (5.66)	1.89	2.31	9.34**
CCES ^a	27.92 (3.81)	15.17 (3.81)	31.75 (3.81)	28.92 (3.81)	3.27 [†]	11.16**	4.52*
CSSS-P ^b	47.17 (3.76)	49.75 (3.76)	40.75 (3.76)	39.83 (3.76)	3.74 [†]	0.07	0.29
CSSS-N ^a	33.92 (4.02)	26.08 (4.02)	30.33 (4.02)	36.67 (4.02)	0.50	0.07	6.32*
DSRS ^b	11.33 (1.76)	10.38 (1.79)	12.58 (1.76)	13.08 (1.76)	0.70	0.08	0.84

Note: CCES = 児童用認知の誤り尺度, CSSS-N = 児童用自己陳述尺度ネガティブ自己陳述, CSSS-P = 児童用自己陳述尺度ポジティブ自己陳述, DSRS = Depression Self-Rating Scale for Children, SCAS = スペンス児童用不安尺度; カッコ内は標準誤差。[†]群, 時期, 交互作用: $F(1, 22)$ [†]群: $F(1, 22.14)$; 時期, 交互作用: $F(1, 21.32)$ [†] $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$

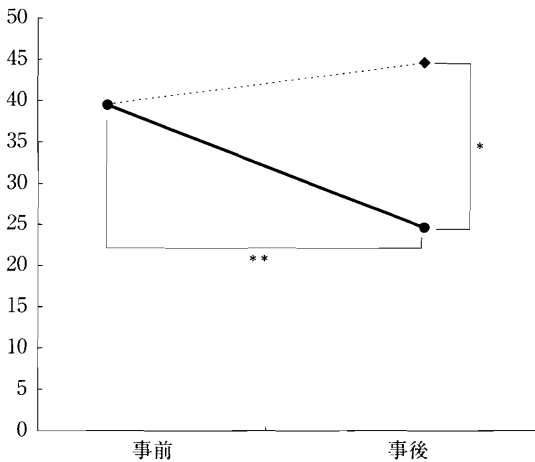


図3 介入群と統制群のSCAS38項目合計得点の変化
●—● 介入群, -●-● 統制群, * $p < .05$, ** $p < .01$

作用が有意であった。そこで、単純主効果の検定を行ったところ、介入群においてのみ事前から事後にかけて得点が減少していることが示された ($p < .01$)。また、介入後においては、介入群の方が統制群と比べて有意に得点が低かった ($p < .05$)。CSSSの「ポジティブ自己陳述」については、群の主効果においてのみ有意傾向がみられ、時期の主効果および交互作用が有意ではなかった。「ネガティブ自己陳述」得点については、交互作用は有意であった。単純主効果を検討したところ、介入群においては得点の変化が有意傾向で

あり ($p = .05$)、終了後の両群の差も有意傾向であった ($p = .08$)。一方、DSRSにおいては、有意な結果は得られなかった。

IV. 考 察

本研究の目的は、児童の不安障害に対する認知行動療法プログラムを開発し、その有効性を半構造化面接の結果、不安障害の診断基準に合致した児童を対象に検討することであった。その効果サイズは、終了時点で $d = 1.14$ とメタ分析の値 (終了時点 $d = 0.94$) を上回る値を示している。また、3ヵ月フォローアップ時点では $d = 1.45$ と、メタ分析の結果得られた値 ($d = 0.99$) を大きく上回っており、本研究のプログラムの効果は十分であったと結論づけられる。加えて、3ヵ月フォローアップ時点において、ADISの不安度および日常生活の障害度の平均値は、診断基準に当てはまる基準値4を下回っている。以上の結果から、認知行動療法プログラムにおいて、臨床的に意義のある変化がもたらされたと考えられる。さらに、3ヵ月フォローアップにおいて、介入群の児童12名のうち9名 (75.00%) が何らかの不安障害の診断基準から外れた点は注目に値する。この値は、先行研究で示された不安障害の診断基準からの回復率と近似の値を示している (例, Barrett⁴¹: 64.8% (親を含めた場合84.8%); Silvermanら²⁵):

77%)。したがって、本研究では、先行研究と同程度の児童が不安障害の診断基準から外れることが確認された。以上の結果から、本邦においても認知行動療法が適用可能であることを示すとともに、その有効性が実証されたといえる。重要な点は、先行研究よりも少ないセッションで同程度の成果を上げていることにある。本研究で開発されたプログラムは、集団形式でかつセッション数も比較的短いことから、欧米諸国で行われているプログラムと比べ、本邦でも比較的導入が容易であると考えられる。本邦において、不安障害を示す児童に対する具体的な治療プログラムが不足している現状を考慮すると、本研究の成果は意義があると指摘できる。

本プログラムでは、エクスポージャーとともに認知の誤りやネガティブな自己陳述といった認知の変容を治療の中心要素としている。本研究においては、不安症状だけではなく、ネガティブな認知においてもプログラムの効果がみられたことから、児童が本プログラムの治療要素を適切に身につけていることが窺える。このように、媒介要因の変容と治療効果との関係を示した研究は少ないことから²³⁾、本研究の意義を指摘することができる。一方で、ポジティブな自己陳述は、プログラム終了後、フォローアップ時点のいずれにおいても変化がみられないことが示された。石川と坂野¹³⁾においても、ポジティブな自己陳述と不安症状との関連がみられないことが示されている。したがって、児童の不安症状を改善するためには、現時点以上にポジティブになるのではなく、ネガティブではない認知を獲得することが重要であるといえよう。

一方で、本研究においては、介入群の抑うつにおいて特にフォローアップ期における減少がみられることも示された。児童の不安障害とうつ病性障害は有病率の高い問題であることが示されており⁶⁾、メタ分析の結果から不安障害に対する認知行動療法は、抑うつ症状の改善をもたらすことも明らかとなっている⁸⁾。しかしながら、治療終了時点での統制群との比較においては、有意差はみられていないため、治療直後においては明確な治療効果が得られているとは言い難い。いずれにせ

よ、気分変調症を示す児童が1名しか含まれていないことを考慮に入れると、本研究において児童のうつ病性障害に対する認知行動療法の効果について明確な結論を出すことは難しく、今後はさらなる検討が必要となる。

先行研究においては、ウェイティング・リスト・コントロール (Waiting List Control: WLC) デザインを用いているが^{4, 16)}、本研究においては、WLC群を設定可能な程度のサンプルサイズが期待できない点を考慮し、一般児童生徒に対する調査を行い、その中から不安症状の得点が同程度のマッチングサンプルを抽出することで統制群を設定している。無作為割付されていない統制群を有するデータは、準実験デザインとして扱うことができるが¹⁵⁾、実証の水準としては無作為割付対照試験 (Randomized Controlled Trial: RCT) に劣る。さらに、本研究の統制群の設定では、統制群のみがアナログサンプルであるという問題点がある。児童の不安障害においては、診断の有無だけではなく、不安症状の頻度や重症度を重要視するアプローチも採用されているものの²¹⁾、治療に対するモチベーションをはじめとして、両群の間に質的な違いが存在する可能性は考慮しなければならない。その一方で、本研究の統制群設定が可能となった背景として、一般児童の中に介入群と同程度の不安症状を示す児童が少なからず含まれているという現状があることを見逃すことはできない。これまで、専門的な介入を受けていない一般の児童の中に不安障害の児童が数多くいることが指摘されている²⁾。そして、このような見逃しの原因の1つとして、不安の高い児童の行動的な特徴が関連している可能性がある。石川と坂野¹²⁾が行った教師評定による社会的スキルと、不安症状の関連を検討した調査結果によると、教師からみて規律性のスキルが高く、問題行動の少ない児童の一群が、比較的高い不安症状を示すことが明らかとなっている。つまり、不安障害の児童においては、自身は不安の問題に苦しんでいるにもかかわらず、教師や親からは問題の少ない児童であると評価されている場合がある¹⁷⁾。したがって、児童に関係する周囲の人々は、上記のような児童の存在を認識するとともに、見逃さないように注意

を払うことが肝要である。

本研究においてはアセスメントにおいても一定の限界が存在する。本研究で用いられたADISは欧米においてその信頼性と妥当性が確認されているものの、本邦においての実施手続き、および有用性については試験的段階であることに加え、児童精神科医による診断も得られていないため、本研究の対象者における鑑別、除外、併存の診断については限界があると言わざるを得ない。加えて、親評定の不安症状を測定できる尺度が存在しないため、本研究ではSCAS-Pを用いたが、今後はその信頼性と妥当性を検討する必要もある。以上のように、いくつかの限界点が存在するため、今後は、本研究の知見をふまえてさらなる治療効果研究の蓄積が必要となる。有効性(Efficacy)と有用性(Effectiveness)の両面から、児童の不安障害に対する心理療法のエビデンスを確立するため、児童の不安障害に対する認知行動療法の実証研究を蓄積する必要がある。

文 献

- Albano, A.M., Chorpita, B.F. and Barlow, D.H.: Childhood anxiety disorders. In: (eds.), Mash, E. J. and Barkley, R.A. *Childhood Psychopathology*. 2nd ed. Guilford, New York, p.279-329, 2003.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36: 69-84, 1997.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice: Evidence-based practice in psychology. *Am. Psychol.*, 61: 271-285, 2006.
- Barrett, P.M.: Evaluation of cognitive-behavioral group treatment for childhood anxiety disorders. *J. Clin. Child Psychol.*, 27: 459-468, 1998.
- Chambless, D.L. and Ollendick, T.H.: Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annu. Rev. Psychol.*, 52: 685-716, 2001.
- Costello, E.J., Egger, H.L. and Angold, A.: Developmental epidemiology of anxiety disorders. In: (eds.), Ollendick, T.H. and March, J.S. *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Clinician's Guide to Effective Psychosocial and Pharmacological Intervention*. Oxford University Press, New York, p.61-91, 2004.
- Essau, C.A., Sakano, Y., Ishikawa, S. et al.: Anxiety symptoms in Japanese and in German children. *Behav. Res. Ther.*, 42: 601-612, 2004.
- Ishikawa, S., Okajima, I., Matsuoka, H. et al.: Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children adolescents: A meta-analysis. *Child Adolesc. Ment. Health*, 12: 164-172, 2007.
- 石川信一, 坂野雄二: 児童における認知の誤りと不安の関連について: 児童用認知の誤り尺度(Children's Cognitive Error Scale)の開発と特性不安の関連. *行動療法研究*, 29: 145-157, 2003.
- 石川信一, 坂野雄二: 児童の不安障害に対する認知行動療法の展望. *行動療法研究*, 30: 125-136, 2004.
- 石川信一, 坂野雄二: 不安症状を示す児童に対する認知行動療法プログラムの実践. *行動療法研究*, 31: 71-84, 2005.
- 石川信一, 坂野雄二: 児童における不安症状と行動的特徴の関連: 教師の視点からみた児童の社会的スキルについて. *カウンセリング研究*, 38: 1-11, 2005.
- 石川信一, 坂野雄二: 児童における自己陳述と不安症状の関連. *行動療法研究*, 31: 45-57, 2005.
- Ishikawa, S., Sato, H. and Sasagawa, S.: Anxiety disorder symptoms in Japanese children and adolescents. *J. Anxiety Disord.*, 2009 (in press)
- Kazdin, A.E.: *Research Design in Clinical Psychology*, 4th ed. Allyn and Bacon, Boston, 2003.
- Kendall, P.C.: Treating anxiety disorders in children: Results of randomized clinical trial. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 62: 100-110, 1994.
- Kendall, P.C., Chu, B., Pimentel, S.S. et al.: Treating anxiety disorders in youth. In: (ed.), Kendall, P.C. *Child and Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures*, 2nd ed. Guilford Press, New York, p.235-287, 2000.
- King, N.J., Tonge, B.J., Heyne, D. et al.: Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: A controlled evaluation. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 37: 395-403, 1998.
- Labellarte, M.J., Ginsburg, G.S., Walkup, J.T. et al.: The treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Biol. Psychiatry*, 46: 1567-1578, 1999.
- 村田豊久, 清水垂紀, 森陽二郎ほか: 学校における子どものうつ病: Birlersonの小児期うつ病スケールからの検討. *最新精神医学*, 1: 131-138, 1996.

- 21) Ollendick, T.H. and Seligman, L.D. : Anxiety-Children. In : (eds.). Freeman, A., Felgoise, S.H., Nezu, A.M. et al. Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy. Plenum Press, New York, p.39-41, 2005.
- 22) Öst, L.G., Svensson, L., Hellström, K. et al. : One-session treatment of specific phobias in youths : A randomized clinical trial. J. Consult. Clin. Psychol., 69 ; 814-824, 2001.
- 23) Prins, P.J.M. and Ollendick, T.H. : Cognitive change and enhanced coping : Missing mediational links in cognitive behavior therapy with anxiety-disordered children. Clin. Child Fam. Psychol. Rev., 6 ; 87-105, 2003.
- 24) Silverman, W.K. and Albano, A.M. : Manual for Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV : Child version. Graywind Publications, New York, 1996.
- 25) Silverman, W.K., Kurtines, W.M., Ginsburg, G.S. et al. : Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy : A randomized clinical trial. J. Consult. Clin. Psychol., 67 ; 995-1003, 1999.
- 26) Silverman, W.K., Pina, A.A. and Viswesvaran, C. : Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. J. Clin. Child Psychol., 37 ; 105-130, 2008.
- 27) Spence, S.H. : A measure of anxiety symptoms among children. Behav. Res. Ther., 36 ; 545-566, 1998.
- 28) 山上敏子, 大隈紘子, 瀬口康昌ほか : 行動療法. 精神科治療学, 16 (増) ; 36-44, 2001.
- 29) 山崎晃資 : 薬物療法. 精神科治療学, 16 (増) ; 19-27, 2001.
- 30) 山崎透 : 不登校に伴う身体症状の遷延要因について. 児童青年精神医学とその近接領域, 39 ; 420-432, 1998.