

### 講演3

## 子どもの不安に対する心理的介入について

石川信一

(同志社大学心理学部)

### はじめに

不安はだれもが抱く感情であり、不安を全く感じずに生活している人はいない。しかしながら、過度な不安が私たちの平穏な生活を脅かすこともまた事実である。親と離れることに強い不安を感じる子ども、体育の実技や歌のテストを過度に心配する子ども、友だちに話しかけることを懸念している子ども。彼らは、学校や家庭で多くの苦痛を感じている。現在ではこのような子どもの問題は改善することができないような性格的な特徴ではなく、援助可能な問題である「不安障害」として理解されている。

### 子どもの不安障害

このような子どもの問題を不安障害と呼ぶと、なにやら特別な状態のように思われるかもしれない。まずは支援の必要がある不安の問題、つまり不安障害と、通常的不安とを区別する必要がある。もちろん正式な診断のためには半構造化面接などを行う必要があるが、それが叶わない場合、目安としては、①不安・恐怖の程度が同世代の子どもたちと比べて顕著であること。②その不安・恐怖の問題で日常生活（例えば、家庭生活、学校生活、友人関係など）が困っていること、の2つを考慮すると良い。

子どもの不安障害は心理的な問題の中でも最も有病率の高い問題の1つであるということは定説となっている。たとえば、6～12ヶ月有病率においては、おおよそ10%前後の子どもが不安障害に罹患していると考えて良さそうである（Costello et al., 2004）。したがって、どう少なく見積もっても、学級内に1人は不安障害と判断すべき子どもがいることになる。

不安の高い子どもたちは、学業場面、社会的場面、そして、それらを含めた全般的な学校への適応の問題を抱えることがあるとされているが（石川, 2013 参照）、もっとも目に見える形で、教師の目に留まる学校不適応の問題は不登校であろう。「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査（文部科学省, 2012）」を参考にすると、不登校の継続している理由として、「無気力」について「不安など情緒混乱」が高い割合で報告されている。我々の研究チームで行った調査においても（石川ら, 2012）、不登校児童生徒と通学している児童生徒を比較すると、不登校児童生徒の方が不安症状と抑うつ症状の得点が高いことが分かっている（図1）。

さて、このように多くの子どもが苦しんでいる不安の問題であるが、ともすると「成長を見守る」という耳あたりの良い言葉を隠れ蓑として、放置されてしまっていることはないだろうか。実際に、小学校低学年のときに分離不安症状を示した子どもが、大学生になって同じように分離不安症状を

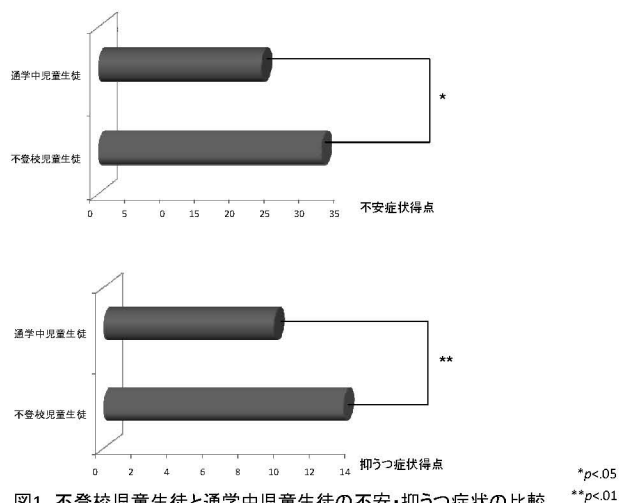


図1 不登校児童生徒と通学中児童生徒の不安・抑うつ症状の比較  
石川ら(2012)を一部改変

示すとは考えにくい。むしろ、発達早期の分離不安症状は後のパニック障害のリスク要因として、いわば警笛が鳴らされている状態であると考えられている (Silove & Manicavasagar, 2001)。それ以外にも、早期の不安症状は将来の抑うつ症状や行為障害のリスク要因となることが指摘されていることから、子どもの不安の問題は、他の心理的な問題に発展していくいわば「入り口」の役割を果たすと考えられている (石川, 2013 参照)。

### 子どもの心理療法

子どもの心理療法が成人のものと大きく異なる点として、「誰が」相談を希望しているかという点が挙げられる。そのため、自ら支援を希望し、自ら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心理療法の場合、支援の目的そのもの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、セラピスト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 (石川, 2009)。

当たり前のことであるが、誰にでも万能な心理療法などは存在しない。現在、臨床心理学においては、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。表は、現在の児童思春期を対象とした心理療法選択の基準をまとめたものである (Silverman & Hinshaw, 2008)。ここからわかるように、子どもの不安障害を含めて、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ことに気づく。

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

に進歩したといわれる（丹野，2008）。そこで，本稿ではわが国で実施されている子どもの不安に対する認知行動療法について紹介していくこととする。

表1 認知行動療法(CBT)の有効性が証明されている児童思春期の心理的問題

心理的問題	CBTの有効性	CBT以外に有効性が実証されている心理療法
自閉性障害	十分に確立された治療法	なし
うつ病性障害	十分に確立された治療法	青年期に対する対人関係療法
恐怖と不安 (不安障害)	十分に確立された治療法	なし
強迫性障害	おそらく効果のある治療法	なし
破壊的行動障害	十分に確立された治療法 おそらく効果のある治療法	単独の技法としてはなし
AD/HD	十分に確立された治療法	なし
摂食障害	効果のある可能性がある治療法	ANIに対する家族療法
薬物依存	十分に確立された治療法	機能的家族療法 多次元家族療法
トラウマに関する問題	十分に確立された治療法	なし

Silverman & Hinshaw (2008) を参考に作成された石川(2013)を一部改変

### 子どもの認知行動療法

これまでに実証的にその効果が確認されている行動的技法と認知的技法を効果的に組み合わせる用いることによって，問題の改善を図ろうとする治療アプローチを総称して認知行動療法という(坂野，2000)。図2は，子どもの不安障害に対する認知行動療法で用いられることの多い技法を示したものである。これ以外にも，問題解決療法や社会的スキル訓練なども組み合わせられることも多く，使用可能な技法のレパートリーの多さも認知行動療法の特徴の1つである。

機械的に技法をクライアントに適用することは決してあってはならない。にもかかわらず，認知行動療法における誤解には，この種のものが比較的多い。それでは，目の前にいる子どもに対して，数多くある技法の中でどのようなものを適用していくのか。その判断はケースフォーミュレーションに基づくことになる。まず，面接，自己報告，評定尺度，行動観察，生理指標の測定などさまざまな行動アセスメントを実施し，クライアントの主訴を明確化していく。その上で，明確化された主訴について，クライアントセラピストの間で介入目標について話し合いがもられる。そして，評定となる行動や症状を特定し，機能分析を実施することになる(松見，2007)。ケースフォーミュレーションとは，アセスメントに基づく介入計画の設計図のようなものである。

ケースフォーミュレーションの肝は，丁寧な機能分析に集約される。その根幹をなすのが，先行



図2 子どもの不安障害に対する認知行動療法で用いられる技法の一例

事象 (**A**ntecedent Events) → 行動 (**B**ehavior) → 結果 (**C**onsequences) という3項随伴性の考え方である。たとえば、不安を伴う不登校の子どもの朝の様子を見てみると、友だちが迎えに来る (先行事象) → トイレにこもる (行動) → 友だちは先に学校に行く (結果), といった機能分析ができるかもしれない。この際、登校時間が近づくにつれて高まった不安は、友だちが先に学校に行くという回避行動によって、急激に減少するという結果が得られている点が重要である。このような負の強化のメカニズムを考えることによって、毎朝の回避行動が習慣化しているという理解が進むのである。

一方で、認知的技法には、先行事象 (**A**ntecedent Events) → 認知 (信念: **B**elief) → 結果 (**C**onsequences) という認知モデルのABCが共通してみられる。これに対応して考えると、上述の3項随伴性は、行動モデルのABCと理解することができる。さて、先ほどの不登校の子どもの例で考えると、例え家を訪ねてきたのが友だちでなかったとしても、誰かがチャイムを鳴らすと (先行事象), 「あ! どうしよう。誰か来た! どうしよう・・・」と考えて (認知), 不安になり、お腹が痛くなり、トイレから出てこない (結果) といったことが起きうるだろう。ここで重要なのは、この子どもは実際にはいない「友だち」をイメージして、言い換えれば、現実にはそぐわない捉え方 (認知) をもって、不安に至る悪循環を生み出しているという点である。このような、偏った考えや非現実的な解釈があり、そこに介入することが問題解決に有益である場合、認知的技法の適用を検討することになる。

### 子どもの認知行動療法の成果

多種多様な技法がある認知行動療法は、ケースフォーミュレーションに基づき個々に合わせたテーラーメイドの心理療法が提供できるという点に加え、それらを多くのクライアントに適合する形でまとめた、いわば「最大公約数」としての標準的治療パッケージの作成を可能にするという長所

も併せ持つことになる。質の高い臨床心理サービスのためには、全てのクライアントにできる限りテラーメイドの心理療法を提供したいところであるが、さまざまな制約からそれが叶わないこともある。その場合、費用対効果の側面から、クライアントセラピスト両者にとって治療パッケージの適用が望まれることになる。

表2は、我々の研究チームが開発した不安障害の子どもに対する認知行動療法プログラムである。最後に、このプログラムを用いた研究成果について紹介したい。この研究では、不安障害に合致する小中学生33名（男子13名、女子20名）を対象に、集団療法と個人療法の2つのタイプのプログラムを実施した（Ishikawa et al., 2012）。その結果、プログラム終結時点で半数強の子ども達が主たる不安障害の診断から外れ（54.55% for ITT sample）、3か月時点では6割（60.61% for ITT sample）にまでその割合が伸びることが明らかとなった。さらに、3か月時点では半分弱の子どもが全ての不安障害の診断を満たさなくなることも示された（48.48% for ITT sample）。興味深いことに、不安における改善は、集団療法と個人療法で差はみられず、スペンス児童用不安尺度の日本語版（SCAS: Ishikawa et al., 2009）における自己報告では、両群共に有意な改善を示すことが明らかとなった（図3）。

表2 子どもの不安障害に対する認知行動療法プログラム(石川・下津・佐藤, 2008を改変)

セッション 題名	構成要素	具体的な内容
1 あなたの問題について考えよう!	心理教育①	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。
2 自分のきもちをつかまえよう!	心理教育②	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つけるとともに、感情の程度を数字で表現する練習を行う。
3 「場面」から「考え」をとりだそう!	認知再構成法①	不安を引き起こす状況と、それにともなう感情を区別し、その間に個人の考え方が含まれていることを理解する。思考記録表をつける練習をする。
4 いろいろな考え方をしてみよう!	認知再構成法②	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。柔軟な思考パターンを生み出す練習をする。
5 もっといろいろな考え方をしてみよう!	認知再構成法③	「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。
6 不安のかいだんをつくろう!	エクスポージャー①	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。実際にエクスポージャーする場面を選択する。
7 自分のこまっている場面にちょうせん!	エクスポージャー②	エクスポージャーの効果を確認する。実際に参加者が不安を感じる場面で、セッション内でエクスポージャーを行う。
8 これからのちょうせんプログラムのおさらい	学習のまとめ	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。

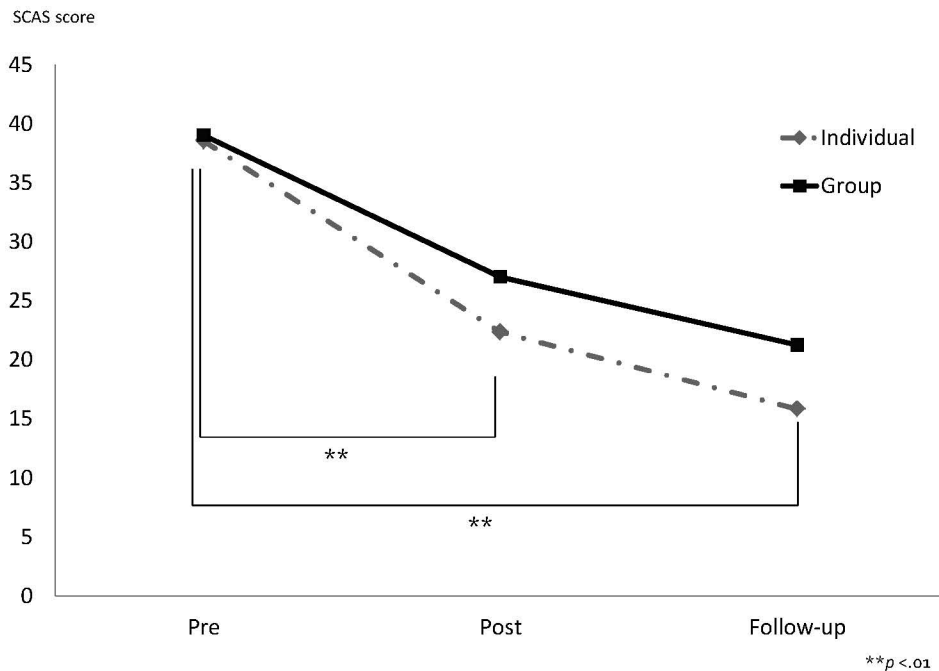


図3 自己評定の不安症状の変化

### おわりに

上記のプログラムを受けた子ども達の中には、登校しぶりを示していたり、完全に不登校状態の子ども含まれていた。親御さんたちからは、プログラム終了後に「教室に入れるようになった」「授業に参加できるようになった」といった報告が聞かれた。フォローアップに来ていた子ども達の中には、「最初から不安なことなんてない」と言っている小学生や、「どうして不安がなくなったのか分からない」と報告するもう少し年長の子どももいた。

子どもにかかわる心理臨床家の願いは、子どもから感謝の言葉を聞くことでも、長い間相談室に来てもらうことではなく、なるべく早く子どもが自らの生活の場で楽しく充実した生活を送ることができるようになることであろう。国内外の研究成果を見る限り、認知行動療法は、そのような心理臨床家の願いを具現化できる心理療法であるといえるかもしれない。

### 文献

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*, 267-283.
- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A (2004). 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*. New York: Oxford University Press.

Pp. 61-91.

石川信一 (2009). 小児の不安障害 精神科臨床サービス, **9**, 516-520.

石川信一 (2013). 子どもの不安と抑うつに対する認知行動療法 金子書房

Ishikawa, S., Motomura, N., Kawabata, Y., Tanaka, H., Shimotsu, S., Sato, Y., & Ollendick T. H. (2012). Cognitive behavioural therapy for Japanese children and adolescents with anxiety disorders: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **40**, 271-285.

石川信一・佐藤 寛・野村尚子・木谷村美香・河野順子・井上和臣・坂野雄二 (2012). 不登校児童生徒における不登校行動継続メカニズムに関する検討 — 不登校機能アセスメント尺度適用の試み — 認知療法研究, **5**, 83-93.

Ishikawa, S., Sato, H., & Sasagawa, S. (2009). Anxiety disorder symptoms in Japanese children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, **23**, 104-111.

石川信一・下津咲絵・佐藤容子 (2008). 児童の不安障害に対する短期集団認知行動療法 精神科治療学, **23**, 1481-1490.

松見淳子 (2007). アセスメント, 機能分析, そしてケースフォーミュレーションへ 下山晴彦 (編) 認知行動療法: 理論から実践的活用まで 金剛出版 Pp. 51-59.

文部科学省 (2012). 平成 23 年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」について 2012 年 9 月 11 日

<[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/24/09/\\_icsFiles/afieldfile/2012/09/11/1325751\\_01.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/24/09/_icsFiles/afieldfile/2012/09/11/1325751_01.pdf)>

(2013 年 1 月 10 日)

坂野雄二 (2000). 臨床心理学キーワード 有斐閣双書.

Silove, D., & Manicavasagar, V. (2001). Early separation anxiety its relationship to adult anxiety disorders. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety*. New York: Oxford University Press. Pp. 459-479.

丹野義彦 (2008). 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, Pp. 2-8.