



自閉スペクトラム症と注意欠如・多動症児の不安症状に対する家族認知行動療法の研究動向

野上, 慶子
山根, 隆宏

(Citation)

神戸大学大学院人間発達環境学研究科研究紀要, 14(2):23-30

(Issue Date)

2021-03-31

(Resource Type)

departmental bulletin paper

(Version)

Version of Record

(JaLCD0I)

<https://doi.org/10.24546/81012651>

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/81012651>



自閉スペクトラム症と注意欠如・多動症児の不安症状に対する 家族認知行動療法の研究動向

Research Trends of Family Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Symptoms of Children with Autism and Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder

野上 慶子* 山根 隆宏**
Keiko NOGAMI* Takahiro YAMANE**

要約：近年、自閉スペクトラム症（ASD）や注意欠如・多動症（ADHD）児の不安の高さと、それらの症状の併存による情緒・行動上の問題のリスクが高まることが指摘されている。ASD や ADHD と不安症の併存に対しては認知行動療法（CBT）による介入の有効性が認められているが、その実践では ASD や ADHD の特性に対する配慮に加えて、介入への親や家族の関与が求められている。本研究は、ASD や ADHD の不安症状軽減のための家族認知行動療法（Family CBT；以下、FCBT）研究を、親の養育スタイル及びメンタルヘルスト、それらの要因が介入効果に及ぼす影響に注目しながらレビューすることを目的とした。海外論文データベースを用いて 12 編の文献を抽出した。FCBT の有効性については、不安症や発達障害に関連する症状の減少に加えて、生活スキルの向上や家族の QOL の向上等が報告されていた。また、FCBT の有効性に寄与する要因には、親が介入内容の般化を促したことが挙げられていた。考察では、子どもの不安症状を減少させるためのスキルを親が獲得することや養育スタイル、親自身の不安症について検討した。これらの FCBT の有効性への影響に関しては引き続き検証する必要があることや、FCBT は家族の多様なニーズにも応えうる介入方法であることが示唆された。

キーワード：自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症、不安症、CBT、親

問題と目的

我が国の通級による指導を受ける発達障害児の人口は増加傾向にあり、令和元年の調査時には、自閉スペクトラム症（Autism Spectrum Disorder；以下、ASD）が最も多く 25,635 人、次いで注意欠如・多動症（Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder；以下、ADHD）が 24,709 人と報告されている（文部科学省、2020）。また、近年の研究では、ASD や ADHD 等、発達障害児の不安の高さや不安症との高い併存が指摘され、ADHD では 25%～50%（Pliszka, 2009）、ASD とでは 11%～84%の不安症発症率が報告されている（White, Oswald, Ollendick, & Scahill, 2009）。さらに、国内のコミュニティサンプルを対象とした調査でも、発達障害児の不安症状の高さが明らかになっている（Ishimoto, Yamane, & Matsumoto, 2019）。

他方、不安症（Anxiety Disorders）とは過剰な恐怖や不安状態と、関連する身体症状や特徴的な行動が持続する障害群の名称であり、その種類には全般不安症、社交不安症、分離不安症、選択性緘黙症等がある（American Psychiatric Association；以下、APA, 2013）。また、全般不安症と社交不安症とが併存する等、同じ不安症の下位分類内の障害が複数併存すること（APA, 2013）や、発達段階によって、い

くつかの種類の不安症が発生し、一つの不安症が改善しても、別の種類の不安症を発症することがある（石川、2013）。そのため、子どもの不安症には多面的かつ長期的なサポートが求められると考えられる。

これまでの研究では、ASD や ADHD と不安症の併存の診断は容易ではないとされている（e.g., Tannock, 2000；Wood & Gadow, 2010）。例えば、ASD 児にみられる社交回避、コミュニケーション能力の不足、儀式的あるいは反復的な行動は、不安症においても同様にみられるため、ASD と不安症の併存の診断を困難にする（Wood & Gadow, 2010）。一方、ADHD と不安症の併存では、全般不安症と ADHD の双方の診断項目に落ち着きのなさや集中の困難といった重複した症状がある（APA, 2013）。加えて、ADHD のみの子どもと比較すると、不安症が併存する ADHD 児は、多動・衝動性が少なく（Pliszka, 2009）、多動症状がみられ始める平均年齢が 5.2 歳と約 3 年遅いと報告されている（Bowen, Chavira, & Bailey, 2008）。これらの点から、ASD や ADHD 児の不安症併存の有無に関しては、保護者だけでなく治療者にとってもわかりづらく、早期発見や診断の確定を困難にしていると考えられる。

さらに、ASD や ADHD と不安症の併存は、その症状による困難

* 神戸大学大学院人間発達環境学研究科博士課程後期課程
** 神戸大学大学院人間発達環境学研究科准教授

（2020年9月30日 受付）
（2020年12月4日 受理）

だけでなく、その他の問題にも発展しやすい。ASD と不安症が併存する児童には、共感的スキルや主張的スキルの欠如といった ASD のみにも顕著な問題を呈するだけでなく (Bellini, 2004), 学校活動への支障や友人関係及び家族関係の悪化がみられると指摘されている (e.g., Sze & Wood, 2007)。他方, ADHD と不安症が併存する場合も、学校や家庭、社会的能力の問題がみられるが、それらに加えて不注意傾向の強さや気分障害を生じさせ、その症状の長期化によって物質乱用や行動問題へと発展する可能性も示唆されている (Bowen et al., 2008)。このように ASD と ADHD の不安症の併存は一部共通した問題が含まれるものの、その障害特性が影響し異なる問題も生じることから、これらの発達障害種に対応した支援方法を検討し、早期介入を行う必要性が考えられる。

ASD や ADHD 児の不安症に対する介入方法にはいくつかのアプローチがあるが、近年では認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy; 以下, CBT) の有効性が報告されている。CBT は子どもの不安症に対して早期より実証的に支持されてきた心理社会的介入方法の 1 つである (Rapee, Schniering, & Hudson, 2009)。

CBT では、多種多様な子どもの不安症状に対し、心理教育や認知再構成法、リラクセーション、エクスポージャーといった共通した構成要素が用いられており、特に介入効果を高める上で不合理な信念や回避行動を標的化する必要性が示唆されている (Rapee et al., 2009)。ところが、定型発達児の不安症を対象にしてきた従来の CBT は、障害特性ゆえに ASD や ADHD のある子どもへの適用が難しいことが指摘されている (Halldorsdottir & Ollendick, 2014; White et al., 2009)。例えば心理教育では、ASD 児は認知や感情の概念を理解することに難しさがある (Delli, Polychronopoulou, Kolaitis, & Antoniou, 2018) 一方で、ADHD 児の場合はセラピストの話を集中して聴くことに困難がある等、ASD や ADHD の症状が CBT の課題遂行を妨害するとされている (Halldorsdottir & Ollendick, 2016)。そのため、ASD や ADHD 児に対する CBT 適用に関しては、症状の精細な把握や各々の年齢・発達障害の特性に応じたプログラム運営と親が介入に関与することの重要性が示唆されている (e.g., Delli et al., 2018; Halldorsdottir & Ollendick, 2014; White et al., 2009)。

特に、介入への親の関わり方に着目すると、国外では子どもの不安症状改善のために親の関わり方に主に焦点化した Family CBT (Creswell & Cartwright-Hatton, 2007; 以下, FCBT) 研究が蓄積されつつある。FCBT は、子どもだけでなく親自身の不安症状や養育スタイル等に介入する CBT の一形式でありその実施方法には多様なヴァリエーションがみられる (Creswell & Cartwright-Hatton, 2007)。また、FCBT の有効性に関しては、支持と不支持が混在しているが、有効性が認められた FCBT では効果が長期的に維持されていること (Cobham, Dadds, & Spence, 1998) や、親の不安が強い場合は子どものみを対象とした CBT (以下, CCBT) よりも FCBT の有効性が報告されている (Creswell & Cartwright-Hatton, 2007)。そのため FCBT は、長期的な効果の維持だけでなく、親自身が不安症または不安傾向を持つ場合にも、不安症のある ASD や ADHD 児の不安症状軽減に有効な介入方法となる可能性が考えられる。

これまでの研究では、ASD や ADHD 児の不安症状においても、5 歳～8 歳と比較的低年齢の場合、養育スタイルや母親自身の不安症状との関連がみられている (足立・高柳・吉田・安田・高橋,

2017; Park, Park, Kim, & Yoo, 2012; Pfiffner & McBurnett, 2006)。その一方で、発達障害児をもつ母親には子どもの障害や問題行動による困難が早期より生じることが多く、母親自身のメンタルヘルスの問題へと発展しやすい (e.g., Hastings, Kovshoff, Ward, degli Espinosa, Brown, & Remington, 2005; 山根, 2013)。これらの点を踏まえると、ASD や ADHD 児の不安症では親の養育スタイルや親の不安の高さの問題が背景として考えられ、従来の CCBT では限定的な効果しかみられないと考えられる。そのため、FCBT による親子双方に対する早期介入の必要性があると考えられるが、そのような介入研究は国内では乏しいのが現状である。

国外においては、Creswell & Cartwright-Hatton (2007) が子どもの不安症に対する FCBT と CCBT の有効性を比較検討したレビューを行い、不安症状の査定方法や、子どもの年齢・性差による介入効果の違い、親と子それぞれの不安症状の特徴、プログラム内容等の側面から多面的に検討している。しかし、ASD や ADHD と併存する不安症については検討がなされていない。発達障害児の不安症は、不安症のみ子どもよりも、様々なリスクや問題等が懸念される上、その症状の把握しづらさといった要因から支援が不足している (Davis, Saeed, & Antonacci, 2008)。また、前述のように、国内では ASD や ADHD 児の不安症を対象とした FCBT 研究はほぼみられないため、ASD と ADHD の不安症状に対する FCBT 研究の動向を概観し全体像を把握することは、不安の高い ASD や ADHD 児に対する介入研究の導入に向けて意義あることと考えられる。さらに、不安の高い ASD や ADHD 児には、前述のような親自身の問題 (足立他, 2017; Park et al., 2012; Pfiffner & McBurnett, 2006) が指摘されているため、介入による親の養育スタイル及びメンタルヘルス等の変容や、それらの要因が介入効果に及ぼす影響に注目しながらその有効性と今後の研究課題を検討する意義も考えられる。

そこで、本研究では ASD や ADHD 児の不安症を対象とした国外の FCBT 研究の動向について、研究デザインや対象者の特徴、症状の査定方法、プログラム内容といった側面から概観し、その有効性、介入効果に対する親要因の影響と、今後の課題を検討することを目的とする。なお、本研究では、我が国の発達障害児の中で上位を占めることが推定される ASD と ADHD (文部科学省, 2020) を特に取り上げ、不安の高さがみられる ASD 症状や ADHD 症状のある子どもをそれぞれ「ASD + ANX 児」、「ADHD + ANX 児」と略記することとする。また本稿では、併存症の確定診断の難しさを考慮し、正式な診断がない発達障害傾向や不安症傾向も対象に加えた FCBT 研究も含めてレビューを行う。

方法

分析対象の論文抽出

2020 年 4 月に論文検索を行った。ASD や ADHD 児に対する CBT による介入研究がレビューの対象であるため PsycINFO, ERIC と PubMed を用いて「ASD」, 「Autism」, 「ADHD」, 「Attention deficit hyperactivity disorder」, 「anxiety」, 「CBT」, 「family」, 「parent」の用語を組み合わせて検索した。検索された論文から、(a) 18 歳以下が対象である、(b) 子どもの不安症状に加えて家族にも介入している、(c) 対象者は不安症状とともに ADHD あるいは ASD の症状が併存

している、(d) 介入前後の ASD や ADHD の症状・不安症状いずれか、もしくは双方に関連する症状の変化を具体的な指標を用いて検討している、(e) 査読付き論文である、(f) 英文で書かれているといった基準で筆頭著者が文献を抽出した。また、ASD や ADHD と不安症の併存症のみではなく、不安症のみの群と介入の有効性を比較検討している文献や、二次分析で ASD や ADHD 児のデータを抽出し分析を加えた研究もレビューの対象に含めた。結果、12 編が分析対象となった。

対象論文の分析内容

レビューの対象論文は、2009 年～2020 年 4 月までに発表された ASD + ANX 児に対する研究が 9 編、ADHD + ANX 児に対する研究が 3 編となった。ASD + ANX 児あるいは ADHD+ANX 児と、介入の対象別に文献を大別し、研究デザインや対象者数（性別・群）、年齢、子ども・親・家族に対して実施した主な測定方法、FCBT プログラムの内容、介入の評価を抽出した。また、FCBT プログラムの内容に関しては、マニュアルの名称や介入手続きで親や子に実施した内容、セッション回数を記した。Table1 に ASD + ANX 児に対する FCBT 研究一覧を、Table2 に ADHD + ANX 児に対する FCBT 研究一覧を示す。

結果

研究デザインと対象児の特徴

研究デザインは、12 編中、二次分析が 4 編あり、過去の研究に対して、親の養育スタイルや親の不安症状等の分析を加えて報告がなされていた。ランダム化比較試験（以下、RCT）は二次分析を含めて、5 編あった。正式な診断がない発達障害傾向の対象者を含む研究は、ASD と ADHD で各 1 編あった。一方、不安症に関しても、正式な診断はないが、不安の高さがみられる子どもを対象にした研究が 1 編あった。不安症の種類に関しては、分離不安症、全般不安症、社交不安症が主な対象であった。年齢に関しては、7 歳～15 歳を対象としていた研究が、7 編あり、そのうち 2 編（Drahota, Wood, Sze, & Dyke, 2011; Jarret, 2013）が二次分析でありサンプルの重複がみられた。また、18 歳までを対象に含む研究も 3 編中 2 編（Maric, van Steensel, & Bogels, 2018; van Steensel, Zegers, & Bögels, 2017）が二次分析であった。就学前児を対象とする研究については 2 編あった。性差に関しては、女児よりも男児の比率が高い研究が 12 編中 8 編であり、うち 2 編が二次分析であった。

測定方法

不安症状に加えて ADHD と ASD の症状が主な測定の対象であったが、親子関係や親のメンタルヘルス、家族機能等、多面的に測定した研究がみられた。不安症状の測定方法に関しては、Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM- IV Child / Parent Version (Silverman & Albano, 1996) による半構造化面接を行った研究が多かったほか、質問紙では親評定のみならず子どもの自己評定を取り入れた研究もみられた。しかし、不安症状の親評定と子どもの自己評定の不一致が報告された研究がいくつかあった。また、3 歳～7 歳児を対象とした研究（Driscoll, Schonberg, Stark, Carter, & Hirshfeld-

Becker, 2020）では、Koala Fear Questionnaire（Muris et al., 2003）を用いて、子どもの不安症状の自己評定を試みたが、尺度で質問された内容を対象児が理解できなかったと判断され、親評定のみで介入効果の検討が行われていた。さらに、ASD + ANX 児に対する研究では社会的機能の問題等の ASD 特性が測定されたほか、Puleo & Kendall（2011）は、正式な診断がない ASD 傾向を Social Responsiveness Scale-Parent version（Constantino et al., 2003）の T 得点範囲によって定型もしくは軽～中程度で 2 群に分けて検討していた。一方、ADHD + ANX 児に対する研究では不注意症状や行動上の問題、実行機能に関する測定が行われていた。ADHD 傾向については Child Behavior Checklist（Achenbach, 1991）の注意の問題に関する下位尺度を用い、T 得点が臨床域以上の子どもを選定していた（Maric et al., 2018）。

FCBT プログラムの特徴

親への介入方法 対象者は、母親のみが 2 編、親だけでなく兄弟姉妹も加わった研究が 1 編、残りの研究では、父母双方あるいは保護者のうちのいずれかとされていた。ASD + ANX 児および ADHD + ANX 児、双方のプログラムにおいて、子どもが CBT で習得したスキルを日常生活で般化できるように、心理教育、リラクセーション、随伴性マネジメント、問題解決療法、エクスポージャー場面での支援方法、子どもへのモデリング方法、子どもとのコミュニケーション方法を親が学ぶといった内容が主に含まれていた。加えて、行動問題に対処するためのペアレントトレーニングを組み合わせることや、過保護な養育スタイルや育児に関する認知再構成法を導入すること、親自身に不安症がある時には親自身にも CBT を実施する研究もみられた。

ASD + ANX 児と ADHD + ANX 児への介入方法 子どもの不安症軽減のため、ASD + ANX 児と ADHD + ANX 児に対する各プログラムで心理教育、リラクセーション、問題解決療法、エクスポージャーが主な構成要素として導入されていた。また、ASD と ADHD 双方の特性に対して行われた共通の工夫としては、視覚的情報の提示や、子どもの望ましい行動を賞賛するといった随伴性マネジメントがあった。視覚的情報の例としては、新しい概念の導入時に教材にチェックシートを提示することや、何らかの表現を行う際に写真や絵を用いることであった（Reaven, Blakeley-Smith, Nichols, Dasari, Flanigan, & Hepburn, 2009）。

上記に加えて、ASD + ANX 児に対しては、子どもの自立的スキルを向上させるための内容や、社会的スキル、適応スキルの弱さを考慮し、親・教師を通じた SST の実践を含めたプログラムもみられた。また、ASD 特性への対応としては、セッション内容の見通しを持たせることや、プログラムへの参加意欲を促進するために子どもの興味・関心に合わせたテーマ（e.g., 車のアニメ）を題材に用いて心理教育を行う研究がみられた。一方、ADHD + ANX 児に対する介入では、短い指示や休憩を多く取る等の工夫がみられた。また、ADHD 児の行動問題軽減のためのペアレントトレーニングと CBT プログラムを組み合わせた介入を行った研究（Jarrett, 2013）では、不安の強い子どもの嫌悪刺激に対する過敏さ（Rapee et al., 2009）を考慮し、タイムアウトやレスポンスコスト等の手続きは推奨せず、肯定的注目や有効な指示の出し方等が主に親に対して教示されていた。

Table 1 ASD+ANX 児に対する FCBT 研究一覧

著者名	研究デザイン	対象者数 (性別・群)	年齢	不安症状の 種類・特徴	測定方法	FCBTプログラムの内容 / 回数	発達障害児の不安症状に 対する FCBT の評価
Reaven et al. (2009)	ウェイティ ング・リス ト・コント ロールデザ イン	33 名 (男=26, 女=7) 介入群 ($n=10$) 待機群 ($n=23$)	8~14 歳	SOC, SEP, GAD	子: ADOS, SCQ, WASI, KSADS-PL, SCARED	子: 心理教育, 不安階層表, リラクセーション, エクス ポージャー, 親: 子どもの不安 症状の理解, 標的行動の選定, 過保護な養育行動の検討等/12 回	SCARED (親評定) による 不安症状が有意に減少。
Wood et al. (2009)	RCT	40 名 (男=27, 女=13) 介入群 ($n=17$) 待機群 ($n=23$)	7~11 歳	SOC, SEP, GAD	子: ADIS-C/P (盲検), CGII, MASC-C/P, ADOS, ADI-R	親子: The Building Confidence CBT program, 教 師・親: 社会的スキル獲得の ためのサポート方法を教示, 親: PT /16 回	待機群よりも, 介入群の ADIS-C/P の不安症の重症 度が有意に低下 ($ES=$ 2.46), 3 か月後の FU では 80%が不安症の診断から外 れた。MASC-CP では親評 定のみで不安症の減少効 果。
Drahota et al. (2011)	二次分析 (RCT: Wood et al., 2009)	40 名 (男=27, 女=13), 介入群 ($n=17$) 待機群 ($n=23$)	7~11 歳	SOC, SEP, GAD (Wood et al., 2009)	子: ADIS-C/P (盲検), VABS, 親: PCIQ	親子: The Building Confidence CBT program + ASD 対応, 親: 子どもの自立 スキルを助長するためのコミ ュニケーション方法/16 回	VABS の評価が待機群より も有意に上昇 (総合生活ス キル得点: $ES=$.48; 日常生活 スキル得点: $ES=$.58)。親の 過干渉が減少。
Puleo & Kendall (2011)	二次分析 (RCT: Kendall et al., 2008)	50 名 ASD 傾向の不安症 (男=10, 女=9), 不安症のみ (男 =18, 女=13), CCBT ($n=24$) FCBT ($n=26$)	7~14 歳	SOC, SEP, GAD	子: ADIS-C/P, SRS-P, ADOS-G	親子: Coping Cat Working book, 随伴性マネジメント, エクスポージャー, 親: 養育 面の認知再構成法, 子どもと のコミュニケーション方法 (Kendall et al., 2008) /16 回	軽~中程度の ASD 症状があ ると CCBT よりも FCBT で 有意に改善 ($OR=$ 8.67)。 ASD 特性の有無に関わら ず, FCBT 群のセッション 外でのエクスポージャー遂 行が有意に多かった。
Neufeld et al. (2014)	単一事例研究	1 名 (男)	5 歳	エスカレータ ーに対する恐怖	子: 行動観察・親面接, 家族: FAI, FAO	子: エクスポージャー 親: PBS, 随伴性マネジメント, エクスポージャーへの関与方 法 / 24 回	家族と一緒にエスカレータ ー昇降が可能となった。介 入終了から 2 年後の FU で も効果を維持。
van Steensel & Bögels (2015)	対照群のある 前後比較試験	174 名 ASD+ANX (男 =58, 女=21, うち 待機群= 17 名), 不安症のみ (男 =46, 女=49)	7~18 歳	SOC, SEP, GAD, SP, PAN, AGO, PSD, 他	子: ADIS-C/P, SCARED-71, CSBQ, EQ-5D, CBCL	Discussing+Doing= Daring Program (親子: 心理教育, 不安階層表, 子: 不安感情の 同定化, リラクセーション, エクスポージャー, 親: 養育 スタイル, 養育面の認知再構 成法, コミュニケーション方 法) /15 回	待機群よりも不安症が改 善: 重症度 ($d=$ 1.45); 不安 症状 ($d=$ 0.48)。2 年後の FU では 61%が不安症の診 断から外れた。不安症のみ 群と同様に, 不安症の重症 度と症状の改善 ($d=$ 1.05~ 1.46)。
Wood et al. (2015)	RCT	33 名 ASD+ANX (男=23, 女=10, うち待機群=14 名)	11~15 歳	SOC, SEP, GAD, 他	子: ADIS-C/P, CGII, MASC-P, PARS, SRS 等	BIACA (子: 行動活性化, 認 知再構成法, エクスポージャ ー, SST, 親: 不安症軽減のた めの PT) /16 回	待機群よりも不安症が改 善: PARS ($ES=$ 0.74, p =.04), 79%が CGII でポジ ティブな治療反応。
van Steensel et al. (2017)	二次分析 (対 照群のある前 後比較試験: van Steensel & Bögels, 2015)	79 名 (男=58, 女=21)	7~18 歳	SOC, SEP, GAD, SP, PAN, AGO, PSD, 他	子: ADIS-C/P, SCARED-71, CBCL, 親: SCARED-A, 家族: FFS	親子: Discussing+Doing= Daring Program Program /15 回 (van Steensel & Bögels, 2015)	不安症の父親の子どもの不 安症状重症度は低く介入後 の重症度はあまり減少しな かった。権威主義的な家庭 の子どもの不安症状が有意 に高く, 介入効果も高かつ た。
Driscoll et al. (2020)	前後比較試験	16 名 (男=13, 女=3)	3~7 歳	SEP, SOC, SP, GAD, 他	子: KSADS-E, PARS, SPAS, SCAS, CQ, SCQ, CELF-4, CBCL, KFQ 等, 家族: FLIS	The Being Brave protocol (親: 心理教育のみ, 随伴性マ ネジメント, 親子: エクス ポージャー)+ASD 対応/14 回	PARS および SPAS で有意 に不安症状が減少 ($ES=$ 1.18~2.32, $p<$.05)

FCBT の効果に対する評価

CCBT と FCBT の RCT を行った研究が 2 編あり, 不安症のみの子どもには CCBT が有効である一方で, ASD や ADHD 傾向の不安症児に対しては FCBT の有効性が示されていた (Maric et al., 2018; Puleo & Kendall, 2011)。また, RCT 以外のデザインで行われた研究でも FCBT による不安症状の減少が報告されていた (e.g., Reaven et al., 2009; van Steensel & Bögels, 2015)。しかし, 親評定では不安症状が介入前後で有意に減少したが, 子どもの自己評定では有意差がみられなかった研究 (Wood, Drahota, Sze, Har, Chiu, & Langer, 2009; Reaven et al., 2009) もあった。さらに, 不安症状以外の点でも介入の評価がなされ, 介入後に子どもの生活スキルの向上や養育スタイルの変容 (e.g., Drahota et al., 2011) のほか, 家族の凝集性の上昇や

家庭内での争いの減少 (Jarrett, 2013), 外出時や社交場面でのストレスの軽減等, 家族の QOL の向上等も報告されていた (Driscoll et al., 2020; Neufeld, Law, & Lucyshyn, 2014)。

介入効果の維持に関しては, Maric et al. (2018) が介入終了から 1 年後に FCBT の有効性を確認し, 不安症状の改善と ADHD 症状の減少を報告した。また van Steensel & Bögels (2015) では介入終了から 2 年後のフォローアップまでに不安症の診断から外れる子どもの割合が段階的に増加していたことが示されていた。

FCBT の有効性の要因については, プログラムに対する子どもの取組みの高さや生活スキルの向上が関連していることが示されていた (Puleo & Kendall, 2011; Drahota et al., 2011)。プログラムへの子どもの取組みについては, CCBT 群よりも FCBT 群で, セッション

Table 2 ADHD+ANX 児に対する FCBT 研究一覧

著者名	研究デザイン	対象者数 (性別・群)	年齢	不安症状の 種類・特徴	測定方法	FCBT プログラムの内容 / 回数	発達障害児の不安症状に 対する FCBT の評価
Jarret & Ollendick (2012)	前後比較試験	8 名 (男=4, 女=4)	8~12 歳	GAD, SOC, SEP	子: ADIS-C/P, DBDRS, SCAS	親: Defiant Child (PT), 親子: Cool Kids Program + ADHD 対応 / 10 回	半年後, 63%が ADHD 症状 を改善, 100%が不安症状改 善。
Jarret (2013)	二次分析 (前後 比較試験: Jarret & Ollendick, 2012)	8 名 (男=4, 女=4)	8~12 歳	GAD, SOC, SEP	子: DBDRS, SCAS-P, BRIEF, CNSVS 親: APQ, 親子: PCRQ, 家族: FES	親: Defiant Child (PT), 親子: Cool Kids Program + ADHD 対応 / 10 回	ADHD と不安症状が減少し 多動衝動性と不安症状が同 時に変化。認知機能の変化は ほぼないが, 親子関係・家族 機能がやや変化した。
Maric et al. (2018)	二次分析 (RCT: Bodden et al., 2008)	123 名 (男=51, 女=72), ADHD 傾向の不安症 (男=16, 女=21), 不安症のみ (男=35, 女=51), CCBT ($n=63$) FCBT ($n=60$)	8~18 歳	GAD, SEP, SOC, SP, PAN	子: ADIS-C/P, SCARED-71, CBCL (盲検)	親子: 不安管理・リラクセーシ ョン 親: 育児に関する認知再 構成法, 親子の交流・コミュニ ケーション方法, 随伴性マネジ メント, エクスプロージャーへの 関与方法, 家族: 家族機能の修正等 / 13 回	不注意症状は FCBT ($d=1.9$), CCBT ($d=1.7$) で減少。1 年後の FU では, CCBT よりも FCBT で不安 症状が減少傾向 ($p=.06$)。

測定方法 ADI-R: Autism Diagnosis Interview-Revised, ADOS: Autism Diagnostic Observation Schedule-Module 3, ADOS-G: Autism Diagnostic Observation Schedule Generic, ADIS-C/P: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV Child/Parent Version, APQ: Alabama Parenting Questionnaire, BRIEF: Behavior Rating Inventory of Executive Function, CBCL: Child Behavior Checklist, CELF4: Clinical Evaluation of Language Fundamentals, CGI: Clinical Global Impression Improvement Scale, CNSVS: CNS Vital Signs, CSBQ: Children Social Behavior Questionnaire, CQ: Coping Questionnaire, DBDRS: Disruptive Behavior Disorder Rating Scale, EQ-5D: EuroQol 5-D, FAI: Family Ecology Assessment and Functional Assessment Interview, FAO: Functional Assessment Observation, FES: Family Environment Scale, FFS: Family Functioning Scale, FLIS: Family Life Impairment Scale, KSADS-PL: the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version, KSADS-E: the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for DSM-IV Epidemiologic Version, KFQ: Koala Fear Questionnaire, MASC (-CP): Multidimensional Anxiety Scale for Children (Child/Parent Version), PARS: Pediatric Anxiety Rating Scale, PCIQ: Parent-Child Interaction Questionnaire, PCRQ: Parent-Child Relationship Questionnaire, SCARED(-71): Screen for Child Anxiety and Emotional Related Disorders(-71), SCARED-A: SCARED-Adult version, SCAS: Spence Children's Anxiety Scale, SCQ: Social Communication Questionnaire, SPAS: Spence Preschool Anxiety Scale, SRS (-P): Social Responsiveness Scale (Parent version), VABS: Vineland Adaptive Behavior Scale, WASI: Wechsler Abbreviated Scales of Intelligence. **不安症状の種類** AGO: 広場恐怖症, GAD: 全般不安症, PAN: パニック障害, SEP: 分離不安症, SOC: 社交不安症, SP: 特定の恐怖症. **プログラム** BIACA: Behavioral Interventions for Anxiety children with Autism, PT: ペアレントトレーニング, +ASD 対応: ASD 症状への工夫, +ADHD 対応: ADHD 症状への工夫. **その他** BL: ベースライン期, d : 効果量 (Cohen), ES : 効果量 (Cohen, 1998), FU : フォローアップ, OR : オッズ比.

中の子どもの関わり方や宿題の遂行量, セッション外でのエクスポージャーの実施数が有意に高いことが示されていた (Puleo & Kendall, 2011)。また, 子どもの取組みの高さはプログラムの有効性と関連する可能性があること (Puleo & Kendall, 2011) に加えて, 親が介入に積極的に関与しプログラムで学んだ内容の般化を促したことが考察されていた (Maric et al., 2018; Puleo & Kendall, 2010)。一方, Drahota et al. (2011) では子どもの生活スキルの向上と子どもの不安症改善との有意な関連性が示され, 親の養育スタイルとの関連も検討された。親の過干渉な養育スタイルは, Parent-Child Interaction Questionnaire (Wood, 2006) の下位尺度 8 項目で測定され, 親の過干渉が介入終了直後から 3 か月後のフォローアップにかけて減少し, 待機群よりも, FCBT による介入群の養育スタイルの改善に中程度の効果量が示された (Drahota et al., 2011)。しかし, 子どもの不安症の重症度軽減と養育スタイルの変化との有意な関連は認められなかった (Drahota et al., 2011)。

FCBT の有効性の予測因子に関しては, 子どもの性差・年齢要因による影響はみられなかった (van Steensel et al., 2017)。さらに, 介入前の外在化問題と不安症の重症度および, 内在化問題と不安症状の高さとの相関が示されていたが, これらの介入前の問題が FCBT の有効性に及ぼす影響は示されなかった (van Steensel et al., 2017)。また, 介入前に測定された家族機能が FCBT の有効性に及ぼす影響が検討され, 権威主義的な家族機能が介入前の子どもの不安症状の高さと正の相関があることや, FCBT の介入終了直後から 3 か月後までの子どもの不安症軽減に正の効果を与えることが示されていた (van Steensel et al., 2017)。親の不安症状に関しては, ASD + ANX 児をもつ父親が不安症の場合, 介入前の子どもの不安症の重症度が低く, 介入後の不安症の重症度の減少も低かったことが示された。

他方, 介入前の母親自身の不安症は介入前の子どもの不安症状と相関がなく介入効果にも有意な影響がみられなかった (van Steensel et al., 2017)。さらに, van Steensel et al. (2017) では介入後に保護者自身の不安症が減少したが, 介入による子どもの不安症状の減少との有意な関連はみられなかった。

考察

本稿では, 2009 年~2020 年 4 月までの ASD あるいは ADHD のある発達障害児の不安症状に対する国外の FCBT 研究 12 編の動向を報告した。ASD + ANX 児に対しては, ASD の特性である社会性やコミュニケーションの問題の程度を把握し, それらの問題と関連する不安症状軽減を狙いとしたプログラムがみられた。同様に ADHD + ANX 児に対しては, 不注意や実行機能の状態を把握し, 不注意や集中の困難に配慮したプログラム運営がみられた。以下, ASD や ADHD 児の不安症状に対する FCBT の有効性とその要因等を検討し, 今後の課題と本研究の限界を述べる。

FCBT の有効性

従来の不安症児に対する CBT は, ASD や ADHD が併存すると適用が難しいとされている (Halldorsdottir & Ollendick, 2014; White et al., 2009)。しかし親や家族を介入対象に加える FCBT のアプローチや, 子どもの特性を配慮する等, 実施方法を修正することで, 不安症のある ASD や ADHD 児にも CBT の適用が可能になると考えられる。また, 親が関わることから, 就学前児でも対象可能であるため, 不安の高い ASD や ADHD 児が経験しやすい就学後の問題の予防策としても有効であると推測される。

本稿の対象論文では、RCTが5編(うち二次分析による重複が1件)のみであったが、ほぼ全ての研究が不安症や発達障害に関連する症状の減少に加えて、生活スキルの向上や家族のQOLの向上等を報告していた。しかしこれらの結果では、親評定の不安症状得点が子どもの自己評定を上回るケース(e.g., Reaven et al., 2009)や、介入後から年月の経過とともに効果が認められるケース(e.g., van Steensel & Bögels, 2015)がみられた。また、CCBTよりもFCBTの有効性が示されていた(Maric et al., 2018; Puleo & Kendall, 2011)が、これらの研究では、正式な診断のないASDやADHD傾向の不安症児が対象であったことから発達障害の症状が軽い場合にFCBTの適応が可能であることが示唆されていた。以上の点を踏まえると、現状のFCBTの有効性は、RCTの不足に加えて、子どものASDやADHD症状および不安症状の評定での信頼性の点で限界があり、長期的かつ多面的に効果を検証していく必要があるが、FCBTはASDやADHD児の家族の多様なニーズに応えるものとも考えられる。

FCBTの有効性の要因

現状のFCBTには、前述のような限界があるものの、その有効性の要因として、プログラムに対する子どもの取組みの高さや生活スキル向上との関連が示されていた。またこれらの結果について、親が介入内容の般化を促進するといった親要因の関連が示唆されており(e.g., Maric et al., 2018; Puleo & Kendall, 2011)、この点についてはいくつかの側面から検討することが可能である。そこで、親による介入内容の般化促進について、「子どもの不安症状減少のための養育スキル獲得」、「親の養育スタイルの改善」、「親の不安症状の変容」と3つの側面から以下に考察を行う。

子どもの不安症状減少のための養育スキル獲得 FCBTプログラムを通して、子どもに対するコミュニケーション方法、不安刺激への対処方法のモデリング、エクスポージャーの支援方法や、随伴性マネジメントによる言語賞賛や褒美の使用法を学び(Driscoll et al., 2020; Maric et al., 2018; Puleo & Kendall, 2011; Wood, 2015)、親が子どもの不安症状減少のための養育スキルを獲得したことが考えられる。また心理教育で、CBT理論を学ぶだけでなく、子どもの不安行動をどのように観察し対処しているかを親自身が認識する上で、養育に関する認知再構成法を用いること(Driscoll et al., 2020)も新しい養育スキルの定着に寄与していたと考えられる。さらに、Puleo & Kendall(2011)では、FCBTに参加したASD + ANX児の宿題やセッション場面外でのエクスポージャーの実施の多さを報告し、子どもが家庭や様々な場面でエクスポージャーを実施するように親が支援していたことを示唆していた。これらのことから、親が子どもの不安軽減のための知識やスキルを獲得し、宿題の遂行やセッション場面外でのエクスポージャーの実施等を支援することで、介入内容の般化を促進していたことが考えられる。しかし、いずれの研究においても、親のCBTに対する知識の上昇や子どものエクスポージャーを促した回数が客観的に測定されていない。そのため、親による介入内容の般化促進のメカニズムについては、今後実証的に明らかにすることが求められるといえよう。

親の養育スタイルの改善 レビューの対象論文中、養育スタイルへの介入が行われた研究が多くみられた。例えば、Reaven al. (2009)は過保護な養育スタイルを取り上げ、子どもが対処可能

であるにも関わらず、親が不安刺激から子どもを回避させることで、子どもが不安や恐怖感を克服する機会を制限していること等をプログラムで紹介していた。また、親の過保護や過干渉が子どもの自立的スキルの不足および不安症にも関連しているとして、親の過干渉を軽減させるための介入(Wood, 2009; Drahota et al., 2011; Wood, 2015)もあった。しかし、介入による養育スタイルの改善を示した研究はDrahota et al. (2011)のみで、親の過干渉が介入終了直後から介入終了3か月後に減少したが子どもの不安症の重症度軽減との有意な関連は認められなかった。以上のことから、実証的なデータは乏しい現状ではあるが、FCBTの介入によって養育スタイルが変容することや、介入内容の般化を促進する等とFCBTの有効性にも影響を与える可能性が考えられる。また、介入プログラムの内容次第ではあるが、介入による養育スタイルの改善には介入終了後から3か月程度を要し、その改善された養育スタイルが子どもの症状に影響を及ぼすまでに至るにはより長期的になることが推測される。したがって、養育スタイルの変容が及ぼす子どもの不安症状への影響には縦断的に検討していく必要性が考えられる。

親の不安症状の変容 対象論文では、介入前後に親の不安症状を測定したのはvan Steensel et al. (2017)のみで、親自身の不安症が減少したが、介入による子どもの不安症状減少との有意な関連がなかったことが示されていた。しかし、前述のように親に不安症があるとCCBTよりもFCBTによる効果が高いとされている(Creswell & Cartwright-Hatton, 2007)。例えば、親の不安が強いと、過保護な養育スタイルや、子どもに対して親自身の不安行動のモデル提示がみられるほか、全般不安症と社交不安症等、親の不安症の種類等によってもFCBTへの取り組み方が異なることが報告されている(Creswell & Cartwright-Hatton, 2007)。そのため、ASDやADHD児の親の不安症が、介入で導入される新しい養育スキルの獲得に影響を及ぼす可能性が考えられる。したがって、親自身の不安症は、ASDやADHD児の不安症のFCBTの実践において注目すべき点であるとともに、その有効性への影響に関しては引き続き検証が必要であると考えられる。

FCBTの実践に向けて

レビューの対象となったFCBT研究を概観すると、有効性のあるFCBTの実践には、親に子どもの不安症状軽減のためのスキルを教示しながら養育スタイルの変容を促していくことや、プログラムの実施後には、適切な養育スタイルが定着するように介入者が継続的にサポートをすることが求められると考えられる。加えて、ASDやADHD児の親の不安症状に着目すると、周囲の理解のなさや、対応の難しさ、子どもの将来に関する不安等からストレスが生じる(e.g., 山根, 2013)等、子どもの障害によって親が不安症になることもありと考えられる。そのため、前述のvan Steensel et al. (2017)の研究で、FCBTによる介入後に親の不安症状が減少したことは、子ども自身の不安症状の改善との関連のなさが示されても、親自身にとっては介入としての意義があったのではないだろうか。さらに、親のストレスや不安等のメンタルヘルスの問題が長期的に継続すると、夫婦間や親子間で相互的に影響を与えていくこと(e.g., Hastings et al., 2005)から、家族全体のQOLの観点からも、多面的なサポートが求められるといえよう。したがって、ASDやADHD児の不安症

状に対する FCBT においては、プログラムに対する親の関与が重要であることから、その実践においては、親自身の不安やストレス等の程度を把握する必要性もあると考える。

今後の課題と本研究の限界

FCBT 研究の今後の課題については、全般的に縦断的な研究が求められるとともに、対象論文では FCBT の実践方法にヴァリエーションがみられたため、プログラムの構成要素が介入効果にどのように影響を及ぼしていくのかを検証していく必要がある。また、その研究方法に関しては、実証的あるいは質的と 2 つの方向性があると考えられる。

実証的な研究方法に関しては、十分なサンプルサイズの ASD や ADHD の診断がある児童を対象に、対象児の性・年齢や FCBT のプログラムの構成要素等が、介入の有効性に与える影響を検討することが必要である。その際には、親の評定と子どもの自己評定双方から、子どもの不安症状を測定する必要性があると考えられる。その一方で、質的な研究方法に関してはサンプルサイズが少なくとも、親の FCBT に対する関わり方の評定に加えて、養育スタイルや親自身の不安症状等の変容と対象児の不安症状、双方の変容を検討することにより、ASD や ADHD 児の不安症状改善のメカニズムを明らかにすることが可能になると考えられる。不安の高い ASD や ADHD 児の症状に対する介入方法の確立には、以上のような研究方法を縦断的に実施し、実証的な研究や実践事例を蓄積していくことが求められるといえよう。

本研究の限界は、まず ADHD+ANX 児に対する研究が 3 編のみであることや FCBT の効果検証に関する RCT 研究が不足していることである。また、レビューの方法や内容においても、レビューの対象文献の選定を 1 名で行ったことや、学校や病院等 FCBT の実施環境、集団や個人といった実施形態について検討できなかったことがある。今後はそれらの点を踏まえて、より詳細に検討することが望まれる。

引用文献

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington : University of Vermont, Department of Psychiatry.

足立匡基・高柳伸哉・吉田恵心・安田小響・高橋芳雄 (2017). 親の肯定的・否定的養育行動と発達障害児の向社会的行動および内在化・外在化問題との関連 発達研究 : 発達科学研究教育センター紀要, 31, 1-14.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.5th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Bellini, S. (2004). Social skill deficits and anxiety in high-functioning adolescents with autism spectrum disorders. *Focus on autism and other developmental disabilities*, 19, 78-86.

Bodden, D. H., Bögels, S. M., Nauta, M. H., De Haan, E., Ringrose, J., Appelboom, C., ... & Appelboom-Geerts, K. C. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American*

Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47, 1384-1394.

Bowen, R., Chavira, D., Bailey, K. et al. (2008). Nature of anxiety comorbid with attention deficit hyperactivity disorder in children from a pediatric primary care setting. *Psychiatry Research*, 157, 201-209.

Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66, 893-905.

Constantino, J. N., Davis, S. A., Todd, R. D., Schindler, M. K., Gross, M. M., Brophy, S. L., ... & Reich, W. (2003). Validation of a brief quantitative measure of autistic traits: comparison of the social responsiveness scale with the autism diagnostic interview-revised. *Journal of autism and developmental disorders*, 33, 427-433.

Creswell, C., & Cartwright-Hatton, S. (2007). Family treatment of child anxiety: Outcomes, limitations and future directions. *Clinical child and family psychology review*, 10, 232-252.

Davis, E., Saeed, S. A., & Antonacci, D. J. (2008). Anxiety disorders in persons with developmental disabilities: Empirically informed diagnosis and treatment. *Psychiatric Quarterly*, 79, 249-263.

Delli, C. K. S., Polychronopoulou, S. A., Kolaitis, G. A., & Antoniou, A. S. G. (2018). Review of interventions for the management of anxiety symptoms in children with ASD. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 95, 449-463.

Drahota, A., Wood, J., Sze, K., & Dyke, M. (2011). Effects of Cognitive Behavioral Therapy on Daily Living Skills in Children With High-Functioning Autism and Concurrent Anxiety Disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 41, 257-265.

Driscoll, K., Schonberg, M., Stark, M., Carter, A., & Hirshfeld-Becker, D. (2020). Family-Centered Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety in Very Young Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50, 3905-3920.

Halldorsdottir, T. & Ollendick, T. (2014). Comorbid ADHD: Implications for the Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21, 310-322.

Halldorsdottir, T., & Ollendick, T. H. (2016). Long-term outcomes of brief, intensive CBT for specific phobias: The negative impact of ADHD symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 465-471.

Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., degli Espinosa, F., Brown, T., & Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 35, 635-644.

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 : 理論と実践 金子書房

Ishimoto Y., Yamane T., & Matsumoto Y. (2019). Anxiety Levels of Children with Developmental Disorders in Japan: Based on Reports Provided by Parents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 3898-3905.

Jarrett, M. (2013). Treatment of Comorbid Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder and Anxiety in Children : Processes of Change.

- Psychological Assessment, 25, 545-555.
- Jarrett, M., & Ollendick, T. (2012). Treatment of Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Anxiety in Children: A Multiple Baseline Design Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 239-244.
- Maric, M., van Steensel, F., & Bögels, S. (2018). Parental Involvement in CBT for Anxiety-Disordered Youth Revisited: Family CBT Outperforms Child CBT in the Long Term for Children With Comorbid ADHD Symptoms. *Journal of Attention Disorders, 22*, 506-514.
- 文部科学省 (2020). 令和元年度 特別支援教育に関する調査の結果について Retrieved from https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/1402845_00004.htm (2020 年 11 月 24 日)
- Muris, P., Meesters, C., Mayer, B., Bogie, N., Luijten, M., Geebelen, E., ... & Smit, C. (2003). The Koala Fear Questionnaire: a standardized self-report scale for assessing fears and fearfulness in pre-school and primary school children. *Behaviour research and therapy, 41*, 597-617.
- Neufeld, V., Law, K., & Lucyshyn, J. (2014). Integrating Best Practices in Positive Behavior Support and Clinical Psychology for a Child With Autism and Anxiety-Related Problem Behavior. *Canadian Journal of School Psychology, 29*, 258-276.
- Park, S., Park, M.H., Kim, H.J., & Yoo, H.J. (2013). Anxiety and Depression Symptoms in Children with Asperger Syndrome Compared with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Depressive Disorder. *Journal of Child and Family Studies, 22*, 559-568.
- Pfiffner, L., & McBurnett, K. (2006). Family Correlates of Comorbid Anxiety Disorders in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*, 719-729.
- Pliszka, S. (2009). *Treating ADHD and Comorbid Disorders : Psychosocial and Psychopharmacological Interventions*, New York : Guilford Press.
- Puleo, C., & Kendall, P. (2011). Anxiety Disorders in Typically Developing Youth : Autism Spectrum Symptoms as a Predictor of Cognitive-Behavioral Treatment. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 41*, 275-286.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual review of clinical psychology, 5*, 311-341.
- Reaven, J. A., Blakeley-Smith, A., Nichols, S., Dasari, M., Flanigan, E., & Hepburn, S. (2009). Cognitive-behavioral group treatment for anxiety symptoms in children with high-functioning autism spectrum disorders : A pilot study. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 24*, 27-37.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV) : Child and Parent Interview Schedules*, San Antonio : Graywind Publications.
- Sze, K. M., & Wood, J. J. (2007). Cognitive behavioral treatment of comorbid anxiety disorders and social difficulties in children with high-functioning autism : A case report. *Journal of contemporary Psychotherapy, 37*, 133-143.
- Tannock, R. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder with anxiety disorders. In T.E. Brown (Ed.) : *Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults*, Washington, DC : American Psychiatric Press, pp.125-170.
- van Steensel, F. J. A., & Bögels, S. M. (2015). CBT for anxiety disorders in children with and without autism spectrum disorders. *Journal of consulting and clinical psychology, 83*, 512-523.
- van Steensel, F., Zegers, V., & Bögels, S. (2017). Predictors of Treatment Effectiveness for Youth with ASD and Comorbid Anxiety Disorders : It all Depends on the Family?. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 47*, 636-645.
- White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., & Scahill, L. (2009). Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical psychology review, 29*, 216-229.
- Wood, J. J. (2006). Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample. *Child Psychiatry and Human Development, 37*, 73-87.
- Wood, J. J., Drahota, A., Sze, K., Har, K., Chiu, A., & Langer, D. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders : a randomized, controlled trial. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*, 224-234.
- Wood, J. J., & Gadow, K. D. (2010). Exploring the nature and function of anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*, 281-292.
- Wood, J. J., Ehrenreich-May, J., Alessandri, M., Fujii, C., Renno, P., Laugeson, E., ... & Murphy, T. K. (2015). Cognitive behavioral therapy for early adolescents with autism spectrum disorders and clinical anxiety : A randomized, controlled trial. *Behavior therapy, 46*, 7-19.
- 山根隆宏 (2013). 発達障害児・者をもつ親のストレス尺度の作成と信頼性・妥当性の検討 心理学研究, 83, 556-565.

付記

本研究は、日本認知・行動療法学会 第46回大会で発表した内容に基づいたものです。