



ADHDと不安症の併存症の子どもに対する認知行動療法の研究動向

野上, 慶子

(Citation)

LD研究, 30(1):85-96

(Issue Date)

2021-02-25

(Resource Type)

journal article

(Version)

Version of Record

(Rights)

© 2021 一般社団法人 日本LD学会

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/90008675>



【総 説】

ADHDと不安症の併存症の子どもに対する 認知行動療法の研究動向

野 上 慶 子

〈要旨〉近年、ADHDと不安症の併存症は、本人の症状以外に親子関係等でも深刻な問題が生じやすいことが報告されている。本稿では、ADHDと不安症の併存症がある子どもに対する近年のCBT研究の国外での動向を報告し、支援の有効性と今後の研究課題を検討することを目的とした。2種類の海外論文データベースより文献を検索し、7つの基準を満たす10編の研究をレビューの対象とした。2013～2019年までの研究では、6～18歳を対象に、不安症の軽減を主目的とする支援が多かった。また、親子同席を含む、親がセッションに参加する実施形態のほか、支援の主目的となる症状以外に、併存症の特性を配慮した支援方法が多くみられた。考察では、ADHD下位分類によるCBTの有効性検討の必要性、効果測定方法、親・親子関係の変化と子どもの症状改善の関連性検討の必要性といった課題を述べた。

キーワード：ADHD、不安症、併存症、CBT、親子関係

Key words: ADHD, anxiety, comorbidity, CBT, parent support

LD 研究, Vol.30 No.1, 85-96, 2021

I 問題と目的

注意欠如・多動症（以下、ADHD）は不注意、多動、衝動性の症状が持続する神経発達症であり、不注意優勢型（以下、ADHD-I）、多動・衝動性優勢型（以下、ADHD-H）、混合型（以下、ADHD-C）と3類型に分類される（American Psychiatric Association：以下、APA, 2013）。ADHDのある子どもの多くは反抗挑発症や素行症、抑うつ症状、不安症等の併存症を発症しやすい（APA, 2013）。特に不安症に注目すると、25～50%と一般水準よりも高い発症率が報告されている（Pliszka, 2009）。

他方、不安症（Anxiety Disorders：以下、ANX）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、特定の恐怖症等がある（APA, 2013）。その中でも全般不安症の診断基準には落ち着きのなさや集中困難等、ADHDと重複する項目も挙げられている（APA, 2013）。また、全般不安症と社交不安症とが併存する等、同じANXの下位分類内の障害が複数併存することもある（APA, 2013）。

ADHDとANXの併存（以下、ADHD + ANX^{注1)}）については、ADHDやANX単独よりも複雑で深刻な問題が生じやすいことが報告されている。まず、ADHD + ANXの早期発見や診断の確定は容易ではないとされている（Tannock, 2000）。ADHDのみの子どもと比較すると、ADHD + ANX児は多動・衝動性が少なく（Pliszka, 2009）、多動症状がみられはじめる平均年齢が5.2歳と約3年遅い傾向がある（Bowen et

Keiko Nogami : CBT for the Comorbidity of ADHD and Anxiety : Review

神戸大学大学院人間発達環境学研究所

注1) 本稿ではADHDあるいはANXの診断の有無にかかわらずこれらの症状を併せもつことを「ADHD + ANX」とする。

al., 2008)。また、親が子どもの落ち着きのなさを不安症状と捉えてしまうことや子どもの不安自体に気付かないことがあるほか (Pliszka, 2009)、診断時にはADHDとANXの判別が難しいこともある (Gould et al., 2018)。さらにADHD + ANX児にはADHDやANX単独の子どもよりも、不注意傾向の強さ、学校に対する恐怖心 (school fears)、気分障害、社会的能力の低さといった問題がみられ、その症状が長期化すると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)。加えて、ADHD + ANX児の親に注目すると、子どものADHD症状の重さや不安の高さによって親自身に抑うつ症状や不安症状が生じている可能性もある (Mulraney et al., 2018)。しかし、Pffner & McBurnett (2006) は5～11歳までのADHD + ANX児あるいはADHD単独の子どもをもつ保護者の不安症状や養育スタイル等について検討した結果、母親の不安の高さ、過保護、肯定的養育態度の不足といった各要因と、子どものADHD + ANXとの相関性を示している。特に養育スタイルに関しては、母親の不安症状の有無に関わらず、全てのADHD + ANX児の母親の注意すべき点であると述べている (Pffner & McBurnett, 2006)。これらを踏まえると、ADHD + ANX児はADHDやANX単独の子どもよりも、その症状に関連するさまざまな問題に加えて、親の不安症状や養育スタイルに関する問題が比較的幼少期から生じやすく、親子の不適切な相互作用によって、行動問題等へと発展していく危険性が考えられる。

ADHD + ANX児に対しては、不注意や学校に対する恐怖心等の困難と行動問題の予防的側面からも有効な支援方法の確立の必要性があると考えられる。しかし、これまでのADHDの併存症に関する研究では、外在化障害への注目が多く (Jarret & Ollendick, 2008)、特に我が国ではADHD + ANX児に対する支援研究はほぼみられない。一方、近年国外ではADHD + ANX児を対象にした薬物療法や心理社会的介入に関する研究が報告されている。

まず、MTA Cooperative Group (1999) は、薬物療法群、ペアレントトレーニングを含む行動療法群、これら2つの組み合わせ、その他の介入方法の4種類の介入方法のランダム化比較試験 (以下、RCT) を実施し、行動療法群でADHD + ANX児のADHDとANX双方の症状軽減を示した。しかし、この研究結果は親の評定のみに基づいたものであり、その後の研究では (March et al., 2000)、子どもの自己評定との不一致や、親が子どもの否定的感情や破壊的行動を不安と関連付けた可能性が指摘されている。また、March et al. (2000) はADHD + ANX児に対する薬物療法と心理社会的介入の併用を推奨したが、ANX特有の恐怖症状に対しては、認知再構成法やエクスポージャーといった認知行動療法 (Cognitive Behavior Therapy: 以下、CBT) の技法適用の必要性を述べている。

CBTは子どものANX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つであり、とりわけ多くのCBTで親子同席の参加形態がANXの介入に導入されている (Rapee et al., 2009)。近年では、薬物療法によってADHDあるいはANXの症状を抑制するとともにCBTでANX症状に対処するためのスキルを習得するといった、薬物療法とCBTの併用がADHD + ANXに対する有効な介入方法として推奨されている (Pliszka, 2014)。

これまで、国外ではADHD + ANXに対する介入研究が報告されているが、そのレビューについては薬物療法を対象としたものが多い。CBTに関しては、Halldorsdottir & Ollendick (2014) があり、2001～2013年までのADHD + ANX児を対象とした文献が詳細にレビューされている。この展望では、従来のANXのためのCBTをADHD + ANX児に適用すると、ADHDの症状により、ANXのみ子どもよりも介入効果が低くなると報告されている。また、ADHDと併存するANXの種類とADHD症状の測定方法等の要因が介入結果に影響を及ぼすことについての指摘に加えて、今後の課題として、ADHD

の下位分類やCBTの実施形態といった側面からの有効性の検討や、ADHD症状の正確な測定のために教師評定の必要性等が挙げられている (Halldorsdottir & Ollendick, 2014)。このレビューはADHD + ANX児に対するCBTの有効性を多面的に検討し、さまざまな研究課題が示されており意義深いと考えられるが、この後にさらなる研究が蓄積されている可能性もある。特に、ADHD症状測定の妥当性の問題やADHDの下位分類による有効性の差異の検討は、ADHD + ANX児の個々の状態の把握と適切な介入方法の構築に向けても重要であると推測されるため、それらの研究課題の進捗状況を把握する必要性も考えられる。さらに、このレビューは親の抑うつ症状と介入効果との関連性を検討した研究 (Southam-Gerow et al., 2001) も含めていたが、Halldorsdottir & Ollendick (2014) は親要因が介入効果に影響する可能性を言及したのみである。しかしながらADHD + ANXは親自身のANXや養育態度との相関 (Pfiffner & McBurnett, 2006) がみられるため、それらの要因が介入効果に及ぼす影響に加えて、介入による親の不安症状や養育態度のほか親子関係の変容に注目しながらレビューをする意義も考えられる。

そこで、本研究ではADHD + ANX児に対する国外におけるCBT研究の2013年以降の動向を報告する。また、評定者種を含む測定方法とADHDの下位分類によるCBTの有効性の検討といった研究課題 (Halldorsdottir & Ollendick, 2014) の現状把握とともに、支援への親の参加形態、親の不安症状と養育態度等の測定の有無、ADHD + ANXの特性に配慮したCBTの実施形態を展望し、支援の有効性と今後の研究課題を検討することを目的とした。

II 方 法

1. 分析対象の論文抽出

本研究では、2019年7～8月に論文データベースのERICとPubMedを用いて「ADHD」「attention deficit hyperactivity disorder」等の

ADHD関連用語、「anxiety」「anxious」「phobia」等のANX関連用語のほか、「CBT」「therapy」「treatment」「comorbidity」等の用語を組み合わせて検索を行った。また、ADHD + ANXに関する研究論文の引用文献も参照し検索した。検索された論文から、①2013～2019年6月までに出版されている、②ADHD + ANX児が対象者に含まれている、③18歳以下が対象である、④CBTを採用している (ADHDあるいはANX治療薬の服用可)、⑤介入前後におけるADHD・ANX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、⑥英文で書かれている、⑦査読付き文献であるといった基準を満たす論文を抽出した。なおADHDとANXのみではなく、その他の障害群とCBTの有効性を比較検討している研究もレビューの対象に含むこととした。

2. 対象論文の分析内容

対象者数 (性別・群)、介入の評価、親・親子関係の変化等についてはADHD + ANX児に関する情報のみを抽出し、各研究対象者の症状に関してはADHD + ANX以外も含む全障害種を記した。また、年齢 (月齢は四捨五入で換算)、研究デザイン、主な測定方法、評定者、評定期間、プログラム (主な介入手続きや使用したマニュアルの名称)、セッション回数も抽出した。これらの情報は「ANXの症状軽減」「ADHDの症状軽減」「ADHDとANX双方の症状軽減」を主目的とした3種類の支援目的があると考えられたため、その観点から分類し整理を行った。表1にADHD + ANX児に対するCBT研究一覧を示した。

III 結 果

1. 研究デザイン、効果指標、評定に関する特徴

論文抽出の結果、分析対象は2013～2019年6月までに出版された10編となり、うち6編は過去の研究に新たに分析を加えて発表された文献 (post-hoc) であった。研究デザインに関しては、対照群のない前後比較試験が5編とRCTが5編

表1 ADHD + ANX児に対するCBT研究一覧

著者名	対象者数* (性別・群)	年齢	デザイン	主な測定方法	評定者／評定時期
ANXの症状軽減を主目的とした支援					
Halldorsdottir et al. (2015)	44 男 (n = 26) 女 (n = 18) COM群 (n = 12) MED群 (n = 13) CBT群 (n = 12) PL群 (n = 7)	7 ~ 17歳 (M = 10.8)	RCT (Phc)	ADIS-C/P, CGISS, CGIIS	親, 子／Pre, Post, 半年後
Halldorsdottir & Ollendick (2016)	11 男・女 (n = 不明)	6 ~ 15歳	RCT (Phc)	ADIS-C/P, CBCL／盲 検	親, 子／Pre, 1週間 後, 半年後, 1年後, 4年後
Houghton et al. (2017)	10 男 (n = 7) 女 (n = 3) 介入群 (n = 9) CSC (n = 1)	13 ~ 17歳 (M = 14.2)	前後比較試験	自己測定不安尺度, MASC	子／Pre, Mid, Post, 4週間後
Bériault et al. (2018)	20 男・女 (n = 不明) 介入対象 (n = 10)	8 ~ 12歳	前後比較試験	ADHD-RS, ADIS-C, CSHQ, MASC	親, 子／Pre, 3週間 後
Gould et al. (2018) ***	93 男 (n = 67) 女 (n = 26)	6 ~ 18歳	前後比較試験 (Phc)	ADIS-C/P, DASS, CBCL, SDQ	親, 子／Pre, Post, 3カ月後, 半年後
Maric et al. (2018)	37 男 (n = 16) 女 (n = 21) CCBT群 (n = 14) FCBT群 (n = 23)	8 ~ 18歳	RCT (Phc)	ADIS-C/P, CBCL, SCARED／盲検	親, 子／Pre, Post, 3カ月後, 1年後
Sciberras et al. (2018)	12 男 (n = 11) 女 (n = 1) 介入群 (n = 6) 統制群 (n = 6)	8 ~ 12歳	RCT	ADHD-RS, ADIS-C, DASS, SCAS-C/P, SDQ, PA&C, 学校欠席 数／盲検	親, 子, 教師／Pre, 6週間後
ADHDの症状軽減を主目的とした支援					
Antshel et al. (2014)	15 男 (n = 9) 女 (n = 6)	14 ~ 18歳 (M = 16.5)	前後比較試験	ADHD-RS, BASC-2, IRS, K-SADS-E, 成績, 学校欠席・遅刻数／盲 検	親, 子, 教師／Pre, Post
Boyer et al. (2016)	45 男・女 (n = 不明) SFT群 (n = 22) PML群 (n = 23)	12 ~ 17歳	RCT (Phc)	BRIEF, CDI, DISC-IV, DBDRS, IRS, SCARED	親, 子／Pre, Post, 3カ月後

研究対象者の症状 (障害種・下位分類)	プログラム／ 親の参加形態	セッション数	介入の評価	親・親子関係の変化等
主 症 状ANX (GAD, SEP, SOC) のうち、ANX単独あるいはANX とADHD-I, ODDいずれかとの併 存症	Coping Cat / 親のみ	12週**	CBT群内で、ANXのみ 群より、ADHD + ANX 群のANX症状減少効果 が有意に低い ($p < .01$)。	
ANX (SP) と、GAD, SOC, ADHD (下位分類不明), ODDい ずれかとの併存症	One-session treatment (OST)・Educational support (EST) / 親の参 加不明	1回	OST/ESTいずれの支援 でもADHD症状がある と有意に効果が低い (p $< .05$)。	
ANX (GAD) とADHD-Cの併存 症	心理教育, リラクセー ション, 認知再構成法 等, + ADHD対応 / 親 のみ	8週**	MASC全領域における ANXの得点が有意に低 下 ($p < .01$)。	
ANXとADHD (下位分類不明) の併存症	Super Squirrel + ADHD 対応 / 親子同席	10回	MASC総合点で中程度 の有効性 ($d = .6$)。入眠 時間の改善 ($d = 1.0$)。	
主 症 状ANX (GAD, SEP, SOC, SP) のうち、ANX単独あるいは ANXとADHD (C [$n = 27$], H [n $= 5$], I [$n = 61$]) の併存症	Cool Kids Program + ADHD対応 / 親子同席	10回	半年後、ANX症状では 53.5%, ADHD症状では 36.8%が寛解。	介入後の変化不明
主 症 状ANX (GAD, PAN, SEP, SOC, SP) のうち、ANX単独あ るいはANXとADHD (下位分類 不明) の併存症	CCBT: 心理教育, 認知 再構成法, エクスポー ジャー等, FCBT: 不安 管理, 親の認知再構成 法, 家族機能の修正等 / 親のみ + 親子同席	13回	不注意症状はFCBT (d $= 1.9$), CCBT ($d = 1.7$) で減少効果。ANX症状 は、FCBTで有意に減少 の傾向 ($p = .06$)。	
ANX (GAD, SEP, SOC) と ADHD (C [$n = 6$], I [$n = 6$]) の併存症	Cool Kids Program + ADHD対応 / 親のみ + 親子同席	10回	ANX症状の改善: SCASC ($d = .2$); SCASP ($d = .6$), ADHD症状の 改善 ($d = .4$)。	メンタルヘルスの改善 ($d = 1.0$), 易怒的な養 育態度の減少 ($d = .4$) 等。
ADHD (C, I) のうち、ADHD 単 独, ADHDとANX (GAD), DEP, ODD/CDいずれかとの併 存症	心理教育, 整理・プラン ニングスキル, 認知再構 成法, コミュニケーショ ン等 + ADHD対応 / 親 子同席	13 ~ 16回	内在化問題・学習上の問 題・欠席率・遅刻率が有 意に減少 ($p < .01$)。	IRSで親子関係・家族 機能の問題が減少。
ADHD (C [$n = 39$], I [$n =$ 112], H [$n = 8$]) のうち、 ADHD単独, ADHDとANX傾向, DEP傾向いずれかとの併存症	Solution-Focused Treatment (SFT)・Plan My Life (PML) / 親の み	10回	プランニングの問題改善 にはSFTよりもPMLが 有効 ($d = .6$)。	

表1 つづき

著者名	対象者数* (性別・群)	年齢	デザイン	主な測定方法	評定者／評定時期
ADHDとANX双方の症状軽減を主目的とした支援					
Jarret (2013)	8 男 (n = 4) 女 (n = 4)	8 ~ 12歳 (M = 8.88)	前後比較試験 (Phc)	APQ, BRIEF, CNSVS, DBDRS, FES, PCRQ, SCAS-P	親, 子/ Pre, Mid, 1週間後

主な効果指標 ADHD-RS : ADHD Rating Scale, ADIS (-C/P) : Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (Child/Parent Version) , APQ : Alabama Parenting Questionnaire, BASC-2 : Behavior Assessment System for Children-2nd edition, BRIEF : Behavior Rating Inventory of Executive Function, CBCL : Child Behavior Checklist, CDI : Child Depression Inventory, CGIIS : Clinical Global Impression Improvement Scale, CGISS : Clinical Global Impression Severity Scale, CNSVS : CNS Vital Signs, CSHQ : Children's Sleep Habits Questionnaire, DASS : Depression Anxiety Stress Scales, DBDRS : Disruptive Behavior Disorders Rating Scale, DISC-IV : Diagnostic Interview Schedule for Children, FES : Family Environment Scale, IRS : Impairment Rating Scale, K-SADS-E : the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Epidemiologic version, MASC : Multidimensional Anxiety Scale for Children, PA&C : Parenting Anger and Consistency, PCRQ : Parent-Child Relationship Questionnaire, SCAS (-C/P) : Spence Children's Anxiety Scale (Child/Parent Version) , SCARED : Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, SDQ : the Strength and Difficulties Questionnaire。 評定者 親 : 親評定あるいは親が評定の情報源, 子 : 自己評定あるいは子ども自身が評定の情報源, 教

あった。全ての研究で、ADHDあるいはANX治療薬の服用者が含まれていた。各症状の測定に関しては、ANXではAnxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IVが最も多く（6編）、ADHDではChild Behavior ChecklistやADHD Rating Scaleの尺度を使った研究が各3編あった。その他では、学校の欠席率や成績のほか、睡眠に関する情報を収集した研究もあった。またHoughton et al. (2017) では、介入の前後以外に介入期間中にも週3日、日常生活で子どもが不安を感じやすいとされている時間に（e.g., 登校前, 下校前）、不安症状を自己測定したデータが収集されていた。介入への親の参加については、部分的にでも、親子同席の形態を含めた研究が6編あった。親の不安・抑うつ症状・ストレスや養育態度、親子関係に関しては、Depression Anxiety Stress Scales, Alabama Parenting Questionnaire, Parent-Child Relationship Questionnaire等の尺度を用いて4編が測定を行っていた。症状の測定時の情報源に関しては、子どもの情報に基づくものが1編、保護者と子どもの情報に基づくものが7編、保護者・子どもの情報に教師評定を加えた

研究が2編あった。また4編の研究が盲検法を採用した。効果測定については6編が2回以上実施し、介入終了から4年後に評定を行った研究も1編あった。

2. 対象者の主症状、支援内容と評価に関する分析

次に、3つの支援目的別に対象者の症状および介入内容等の特徴と親と親子関係の変化を含めた評価を述べる。

1) ANXの症状軽減を主目的とした支援の特徴

7編が該当し、そのうち3編が主症状ANX (Primary Anxiety) にADHD等、何らかの併存症がある子どもを対象としていた。ANXの種類は、全般不安症、社交不安症、分離不安症が多かった。ANXと併存するADHDの下位分類については、Gould et al. (2018) のみがADHD-Hを含み、その対象者数はADHD-Cが27名、ADHD-Iが61名に対しADHD-Hは5名であった。Sciberras et al. (2018) ではADHD-IもしくはADHD-CとANXの併存症を対象とし、Houghton et al. (2017) では全般不安症とADHD-Cの併存症を対象とした。また、ADHDの下位分類が不

研究対象者の症状 (障害種・下位分類)	プログラム／ 親の参加形態	セッション数	介入の評価	親・親子関係の変化等
ADHD-CとANX（GAD, SEP, SOC）との併存症	Defiant Child（ベアレン トトレーニング）、Cool Kids Program／親のみ + 親子同席	10回	多動・衝動性がANX と同時に変化しながら ADHDとANX症状が減少。 BRIEF・CNSVSでの認知機能の変化はほぼ なし。	親の養育態度の改善・ 親子の争い等が減少。

師：教師評定。評定期期 Pre：支援前，Post：支援後，Mid：支援期間中。研究対象の主症状 ADHD-C：ADHD混合型，ADHD-I：ADHD不注意優勢型，ADHD-H：ADHD多動衝動優勢型，ANX：不安症，CD：素行症，DEP：抑うつ症状，GAD：全般不安症，ODD：反抗挑発症，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 CCBT：子ども焦点化CBT，FCBT：家族対象化CBT，親のみ：親のみを対象とした別セッションを実施，親子同席：親子同席のセッションを実施，親のみ+親子同席：親のみと親子同席のセッションを組み合わせる実施，+ ADHD対応：ADHD症状のための工夫。その他 COM：薬物療法とCBTの併用，CSC：Constant Series Control，d：効果量（Cohen），MED：薬物療法，PL：プラセボ，Phc：post-hoc（過去の研究に新たに分析を加えて発表された研究），RCT：ランダム化比較試験。

* ADHD + ANX児の人数を抽出する。

** セッションを実施した週数を記す。

*** Gould et al. (2018) では，ANX + ADHD児1名のデータが紛失したと報告されていたため，対象者数を93名とする。

明な研究もあった。介入で使用されたマニュアルではCool Kids ProgramやCoping Cat等が採用されていた。7編中4編で，ADHDの特性を考慮して，短い指示，休憩を多くとること，視覚的サポートの提示等の工夫が加えられていた。親の参加については，4編の研究が親子同席の形態を支援の一部もしくは全体で実施したが，そのうち1編（Maric et al., 2018）は，親自身に対しても，不安の軽減方法の教示や認知再構成法等を実施していた。セッション数については，3時間集中セッションを1回のみ行う研究が1編（Halldorsdottir & Ollendick, 2016）あったが，その他では8～13回であった。

2) ANXの症状軽減を主目的とした支援の評価

介入の評価に関しては，5編の研究がANXやADHD症状の減少等，介入の有効性を報告した。Maric et al. (2018) は，子どもに焦点化したCBT（以下，CCBT）よりも家族全体を対象としたCBT（以下，FCBT）がANX + ADHD児に対して長期的に有効であることを示唆した。介入終了から1年後の測定で，FCBT群ではCBT群よりも不注意症状の減少効果があったほか，有意

に不安症状減少の傾向が示された（Maric et al., 2018）。その他では，不安症状の減少とともに睡眠の問題改善を示した研究もあった（Bériault et al., 2018）。一方，Halldorsdottir et al. (2015) と Halldorsdottir & Ollendick (2016) では，ADHD + ANX児に対するCBTの効果がANXのみの子どもの同程度には認められなかった。親の変化に関しては，Sciberras et al. (2018) で報告され，CBTを受けた子どものANXとADHD症状の減少とともに，親の不安症状やストレス，易怒的な養育態度の改善が示された。

3) ADHDの症状軽減を主目的とした支援の特徴

2編の研究が該当した。ADHDと併存するANXの種類に注目すると，Antshel et al. (2014) では全般不安症との併存であった。他方Boyer et al. (2016) は，Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders（以下，SCARED）によって対象者の中から比較的ANXの症状が強い子どもを選別したためANXの種類に関しては不明であった。ADHDの下位分類に関しては，Antshel et al. (2014) では，ADHD-IとADHD-Cを対

象としていたが各人数は不明であった。他方、Boyer et al. (2016) では、全対象者中、ADHD-I が112名、ADHD-Cが39名、ADHD-Hは8名で、そのうちANX傾向のあるADHDの各下位分類の人数は不明であった。介入プログラムの内容については、Boyer et al. (2016) は思春期のADHDを対象としたPlan My Life/Solution Focused Treatment (PML/SFT: Boyer et al., 2015) を適用していた。PMLとSFTではいずれも支援開始時に心理教育と目標設定を行うといった共通点はあるが、その後の内容は異なり、PMLでは整理整頓、時間管理等のプランニングのための方略が教示され、SFTではセラピストとの自由な対話から問題解決方法を学ぶセッションが行われていた(Boyer et al., 2016)。一方、Antshel et al. (2014) は成人のADHDのためのCBTプログラムを思春期の子ども用に修正し介入を行った。親の参加については、Antshel et al. (2014) では、親子同席のセッションも実施されたが、アンガーマネージメント、コミュニケーション、認知再構成法は子どものみで行われていた。一方、Boyer et al. (2016) は、親子同席のセッションを設けなかったことや、子どもの自己決定で支援目標を設定したことが報告されていた。

4) ADHDの症状軽減を主目的とした支援の評価

これらの支援の評価については、ADHDと併存する症状・障害種による介入効果の差異が示された。Boyer et al. (2016) は、介入後にPML/SFTの対象者をADHDのみの群、ANX傾向のADHD群、抑うつ症状傾向のADHD群に分類し、各症状に適合するプログラムを検討した。その結果、診断基準を満たさない軽度のANX症状^{注2)} も含まれるといった限界はあるものの、ANX傾向のADHD群ではPMLがADHD症状軽減に有効であると報告されていた(Boyer et al., 2016)。他方、Antshel et al. (2014) はADHDのみの群よりも抑うつ症状が併存するADHD群と

ADHD + ANX群でのCBTの効果を報告していた。特にADHD + ANX群では心身症状や学校出席数の変化に加え、Impairment Rating Scaleの親評定による親子関係や家族機能の問題軽減等も示されていた(Antshel et al., 2014)。

5) ADHDとANX、双方の症状軽減を主目的とした支援の特徴

Jarrett & Ollendick (2012) に分析を加えたJarrett (2013) の1編が該当し、ANXのためのCool Kids ProgramとThe Defiant Childによるペアレントトレーニングが親子同席と親のみを対象としたセッションを組み合わせて実践された。対象者は8～12歳で、全員がANX(全般不安症、社交不安症、分離不安症のいずれか)とADHD-Cの併存症を有していた。The Defiant Childの実施に関しては、ANXの子どもの嫌悪刺激に対する過敏さ(Rapee et al., 2009)が考慮され、タイムアウトやレスポンスコスト等の手続きは説明程度に留められ、肯定的注目や有効な指示の出し方等が主に教示されていた。

6) ADHDとANX、双方の症状軽減を主目的とした支援の評価

支援の評価では、ADHDとANXの症状減少のプロセスも検討され、不注意症状が緩やかに減少した一方で、エクスポージャーのセッション実施直後のANX症状の改善が報告されていた(Jarrett, 2013)。また、養育態度や親子関係の変化が検討され、母親全員の養育態度に関する得点が介入前では平均よりもはるかに低かったが、終了後は3名の母親でそれらの得点の上昇といった改善が示された。さらに家族関係では、家族の凝集性の上昇や争いごとの減少等、各々の変化が報告されていた。

IV 考察

本稿では、2013～2019年6月までに出版された国外のADHD + ANX児に対するCBT研究10編の研究デザインや症状の測定方法等の動向を報告した。また、支援目的で大別し、対象者の症状、介入内容等の特徴とその評価を述べた。以

注2) Boyer et al. (2016) は、抑うつ症状が低く、SCARED総合得点が19.5点を超えた子どもをANX群に分類した。

下、ADHD + ANX児に対するCBT研究の有効性および今後の課題の検討と、本研究の限界を述べる。

1. ADHDの下位分類による有効性の検討

対象論文中、Gould et al. (2018) のみが全ての下位分類のADHD + ANX児を対象者を含み、CBTの有効性が示されたが、これらの下位分類間での有意差がみられなかった。また、ADHD-Hに関しては、ADHD-CとADHD-IよりもANX症状の改善傾向が示されたが、サンプルサイズが少なかったため ($n=5$)、ANXのあるADHD-H児に対するCBT研究蓄積の必要性が述べられていた (Gould et al., 2018)。本稿の対象論文では、ADHD-Iに次ぎADHD-Cのサンプル数が多かったが、ADHDの多動・衝動性は成長に伴って減少するため (APA, 2013)、ANXが併存するADHD-H児を研究する場合には対象者の年齢が限られる可能性がある。しかしADHD-IとADHD-Cのみの比較では、ADHDの多動・衝動性と不注意症状のうち、どちらの要因が介入結果に影響するのかが把握しづらくなる (Halldorsdottir & Ollendick, 2014)。そのため、対象者の人数や年齢といった限界が推測されるものの、今後の研究でも引き続き、全てのタイプのADHDにあった介入方法の構築に向けて、ADHD-Hを含めた下位分類からADHD + ANX児に対するCBTの有効性を検討することが求められると言えよう。

2. 効果測定の方法

レビューの対象論文中、第三者評定や客観的な指標、盲検法により効果を測定した研究は少なかった。まず、先行研究 (Halldorsdottir & Ollendick, 2014) の指摘にあった教師評定を加えたADHD症状の測定に関しては、2編の研究が実施していた。通常、ADHDの診断では2つ以上の場面で6カ月以上のADHD症状持続の確認が求められており、家庭外の情報源の例として教師が挙げられている (APA, 2013)。親評定に教師評

定を加えてADHD症状を査定した場合、個々の経験や態度の差異から、両者の評定の不一致が懸念されるが、一場面のみで確認された症状ではADHDではなく環境要因によるものの可能性がある (Roberts et al., 2014)。また、親は子どもの様子を詳細かつ長期的に観察している一方で、教師は母集団の一般児童と比較した子どもの状態像を報告できる可能性が高く (Roberts et al., 2014)、双方の情報を統合することでよりの確に子どもの症状を把握できると推測する。これらの点から、ADHD + ANX児の場合は、教師評定等の第三者評定を加えてADHDの症状をより正確に把握し介入効果を測定する必要性があると言えよう。

次に、第三者評定に加えて客観的な効果指標を加えることで、より多面的な有効性の検討が可能になると推測される。本レビューの対象文献では、親・子ども・教師の評定以外に成績や学校の出席数等の客観的なデータが効果指標に設定された研究があった (e.g., Antshel et al., 2014)。前述のようにADHD + ANX児には、学校に対する恐怖心や社会的能力の低さといった問題もあるため (Bowen et al., 2008)、成績や学校の出席数等を指標に学校適応状態を検討することも重要であると考えられる。また、Antshel et al. (2014) ではADHD児全般で子どもの自己報告よりも、親と教師の評定による介入後の変化の大きさがみられていた。このように、子どもの自己報告と他者評定に乖離がある場合にも、成績や学校の出席数等からの効果の検討が介入結果の信頼性を高めるために必要であると考えられる。

さらに、評価バイアスの側面から盲検法が必要であろう。例えばBoyer et al. (2016) では、介入に対する親の期待値によって介入後の親評定が上昇する可能性を示唆されており、介入の状況を把握していない評定者を加え、評定者間の一致率を確認することも望ましいと考える。また、評価バイアスは親のみではなく研究の実践者自身にも起こり得るため、面接法に盲検法を採用するといった対応 (e.g., Sciberras et al., 2018) の必要

性も考えられる。以上の点から、ADHD + ANX に対するCBT研究では引き続き、第三者評定を含む多面的な評定の実施と信頼性のある効果測定方法が求められると言えよう。

3. 親のセッション参加と親や親子関係の測定の必要性

本稿の対象論文10編のうち9編の研究で、親が何らかの形態でセッションに参加したことを報告していた。親がセッションに参加することは、介入以外の場面で親子が指導内容に取り組む等、CBTでの指導の般化を促しやすい環境を形成していたと推測する。従来のCBTでは、不注意や衝動性が影響し不安刺激に対する馴化が難しくなるため、ADHD + ANX児が介入効果を十分に得ることが難しいと示唆されていた(Halldorsdottir et al., 2015)。しかし、Maric et al. (2018) は、介入に参加した親に不安刺激への対応スキル等を子どもに対してモデリングすることや、子どものエクスポージャー実践に対して強化子を与えることを指導した結果、日常生活においてそれらが実践されたことを示唆した。さらにMaric et al. (2018) では、親自身の不安症状を軽減させる等の介入も実施されたため、その波及効果もADHD + ANX児の症状改善につながった可能性がある。その一方で、12歳以上が対象の介入では、親の参加形態を子どもとは別のセッションで実施する研究もみられた(e.g., Houghton et al., 2017)。このことから、ADHD + ANX児に対するCBTでは、基本的には親のセッション参加が望まれるが、介入対象者の年齢に応じて、親の参加方法を決定する必要性もあると考えられる。

また、親にセッション参加を求める場合、親の不安症状や養育態度について注目する重要性も考えられる。レビューの対象論文では、Sciberras et al. (2018) が親の不安症状や養育態度等について評定し、介入終了2週間後に子どものANXの減少とともに、親の不安症状やストレス等の改善を報告した。一方、Jarrett (2013) においても親の養育態度や家庭環境、親子関係を測定

し、介入終了1週間後の子どものADHDとANXの改善や、親の養育態度等の変容が報告された。しかし、これらの研究(Jarrett, 2013; Sciberras et al., 2018) の効果測定が介入終了から比較的短期間であったため、より長期にわたって介入後の親の状態把握が必要であると考ええる。さらに、ANX単独の子どもが対象であるが、Wood et al. (2009) はFCBTによる介入終了から1年後に子どものANXと親の養育態度を測定し、親の過干渉の減少が子どものANXの改善につながることを示唆している。このことから、ADHD + ANXでも同様に、親の養育態度の改善が、長期的には子どものADHD + ANX症状の軽減につながる可能性がある。したがって、今後のADHD + ANX児に対するCBTでは、親のセッション参加とともに、親自身や親子関係等の状態を介入前後で把握し、子どもの症状に対する親の不安症状や養育態度の影響を縦断的に検討する重要性があると考えられる。

4. ADHD + ANX児に対するCBTの有効性

レビューの対象となった研究での介入の評価に関しては、ADHDあるいはANX治療薬の服用者が含まれていた点に留意する必要があるものの、ADHDやANXの症状の改善、QOLと親子関係等の向上といった報告が10編中8編でなされていた。これらの研究の多くは、前述のような親のセッション参加に加え、併存症の症状を配慮した対応を行っていた。例えば、心理教育や認知再構成法等のCBTの内容には子どもの注意力や課題遂行能力が求められるため、ANX軽減を目的とした支援においてもADHDの特性を配慮し、短い指示、視覚的サポートの提示等がなされていた(e.g., Gould et al., 2018)。その一方で、ANXの子どもの罰刺激に対する過敏さ(Rapee et al., 2009) を考慮し、Jarrett (2013) によるFCBTと併用したペアレントトレーニングでは嫌悪刺激の使用が推奨されなかった。このように併存症の特性に対する配慮も、ADHD + ANX児に対するCBTの効果を上げたことにつながっていたと推

測される。

5. 今後の課題と本研究の限界

本研究のレビューの結果を踏まえると、ADHD + ANX児を対象とした国外のCBT研究では、Halldorsdottir & Ollendick (2014) が指摘した効果測定の方法やADHDの下位分類に関する課題が解消されはじめてきた段階であると考えられる。しかしADHD + ANX児に対するCBTの有効性に関しては、ADHD + ANX児のみを研究対象としたRCTが乏しく、CBTと医師による通常の介入方法とを比較検討した1編 (Sciberras et al., 2018) のみであった。そのため、今後はADHD + ANX児のみを対象とした、複数の介入アプローチを含めたRCTによってCBTの有効性を検討することが必要である。またその実践時には、ADHDの下位分類や評定者、親・親子関係の要因からもCBTの有効性を詳細に検討し、各々の症状や状態に適した介入方法の確立に向けて研究を蓄積していくことが求められると言えよう。

本研究の限界に関しては、学校や病院等CBTの実施環境や、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。

謝 辞

本論文を作成するにあたり、ご指導賜りました神戸大学大学院人間発達環境学研究科 山根隆宏先生に心より感謝申し上げます。

文 献

American Psychiatric Association (2013) : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th Ed. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, pp.59-65, 189-232.

Antshel, K., Faraone, S., & Gordon, M. (2014) : Cognitive behavioral treatment outcomes in adolescent ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18, 483-495.

Bériault M.M., Turgeon, L., Labrosse, M. et al.

(2018) : Comorbidity of ADHD and anxiety disorders in school-age children : Impact on sleep and response to a cognitive-behavioral treatment. *Journal of Attention Disorders*, 22, 414-424.

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.

Boyer, B., Doove, L., Geurts, B. et al. (2016) : Qualitative treatment-subgroup interactions in a randomized clinical trial of treatments for adolescents with ADHD : Exploring what cognitive-behavioral treatment works for whom. *PLoS ONE*, 11, e0150698.

Boyer, B., Geurts B., Prins, P.J.M. et al. (2015) : Two novel CBTs for adolescents with ADHD : The value of planning skills. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 1075-1090.

Gould, K., Porter, M., Lynham, H. et al. (2018) : Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57, 481-490.

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. (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.

Halldorsdottir, T., Ollendick, T., Ginsburg, G. et al. (2015) : Treatment outcomes in anxious youth with and without comorbid ADHD in the CAMS. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44, 985-991.

Houghton, S., Alsalmi, N., Tan, C. et al. (2017) : Treating comorbid anxiety in adolescents With ADHD using a cognitive behavior therapy program approach. *Journal of Attention Disorders*, 21, 1094-1104.

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. (2008) : A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety : Implications for future research and practice. *Clinical Psychology Review*, **28**, 1266-1280.
- 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.
- March, J., Swanson, J., Arnold, L. et al. (2000) : Anxiety as a predictor and outcome variable in the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA) . *Journal of Abnormal Child Psychology*, **28**, 527-541.
- 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.
- MTA Cooperative Group (1999) : Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *JAMA Psychiatry*, **56**, 1088-1096.
- Mulraney, M., Schilpzand, E. J., Anderson, V., et al. (2018) : Correlates of anxiety in 6-to 8-year-old children with ADHD : A community-based study. *Journal of attention disorders*, **22**, 425-434.
- 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. Guilford Press, New York, pp.3, 122-138.
- Pliszka, S. (2014) : Comorbid psychiatric disorders in children with ADHD. In R.A. Barkley (Ed.) : *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment*. 4th Ed. The Guilford Press, New York, pp.152-153.
- Rapee, R., Schniering, C., & Hudson, J. (2009) : Anxiety disorders during childhood and adolescence : Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, **5**, 311-341.
- Roberts, W., Milich, R., & Barkley R.A. (2014) : Psychological assessment of children with ADHD. In R.A. Barkley (Ed.) : *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment*. 4th Ed. The Guilford Press, New York, pp.54-55.
- Sciberras, E., Mulraney, M., Anderson, V. et al. (2018) : Managing anxiety in children with ADHD using cognitive-behavioral therapy : A pilot randomized controlled trial. *Journal of Attention Disorders*, **22**, 515-520.
- Southam-Gerow, M.A., Kendall, P.C., & Weersing, V.R. (2001) : Examining outcome variability : Correlates of treatment response in a child and adolescent anxiety clinic. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, **30**, 422-436.
- 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*. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp.125-170.
- Wood, J., McLeod, B., Piacentini, J. et al. (2009) : One-year follow-up of family versus child CBT for anxiety disorders : Exploring the roles of child age and parental intrusiveness. *Child Psychiatry and Human Development*, **40**, 301-316 .
- (2019年11月30日受取, 2021年3月24日受理)