

博士（人間科学）学位論文

子どもの社会不安に対する早期介入・予防プログラムの
開発

Development of Prevention and Early Intervention
Program for Childhood Social Anxiety

2007年 1月

早稲田大学大学院 人間科学研究科

笹川 智子

Sasagawa, Satoko

研究指導教員： 野村 忍 教授

目 次

第 1 章	社会不安の早期介入・予防に関する研究動向	1
第 1 節	児童青年期における社会不安の概要	1
第 2 節	早期介入・予防という観点からの社会不安	11
第 3 節	子どもの社会不安に対する介入	16
第 2 章	本研究の目的と意義	26
第 1 節	本研究の目的	26
第 2 節	本研究の意義	27
第 3 節	本研究の構成	28
第 3 章	児童青年期の社会不安の特徴	30
第 1 節	Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C)を用いた検討	30
第 2 節	シナリオ呈示課題を用いた検討	44
第 4 章	社会不安に対する早期介入・予防プログラムの作成と効果検討	63
第 1 節	社会不安に対する早期介入・予防プログラムの実施	63
第 2 節	社会不安に対する早期介入・予防プログラムの長期的効果の検討	81

第5章 プログラムの適用と維持に関わる要因の検討・・・・・・・・・・95

第6章 総合考察と結語・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・107

第1節 本研究の結果のまとめ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・107

第2節 本研究の臨床場面における応用可能性・・・・・・・・・・・・109

第3節 本研究の限界と今後の課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・111

引用文献・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・115

謝 辞

付 録

第1章 社会不安の早期介入・予防に関する研究動向

近年、児童青年期の社会不安が注目されている。子どもは元来、発達過程において一時的に対人関係や他者からの否定的な評価に対して敏感になることが知られている。しかし、そうした不安が極端に高まり、発達上適応的な行動を妨害し制限するとき、さらには社会不安障害 (**Social Anxiety Disorder: SAD**) と呼ばれる疾患レベルに至るとき、さまざまな適応上の問題が引き起こされる (**Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., text revision; American Psychiatric Association, 2000**)。以下では、児童青年期の社会不安の特徴を概観し、問題を未然に防ぐための早期介入・予防という観点から対応策を検討するとともに、これまでに行われてきた介入研究をレビューする。

はじめに、本研究における「児童期」「青年期」「子ども」という用語の定義について述べる。これらの言葉は、広義にはホルモンや脳、感情や認知、行動、対人関係において特徴的な発達上の変化が起こる時期を指すものであり (**Evans & Seligman, 2005**)、年齢で定義づけることの困難が指摘されている。**Evans & Seligman (2005)** はその理由として、①発達には大きな個人差があること、②発達は多面的な概念であり、個人内でもさまざまな発達が同時期に起こるとは限らないこと、③国や文化的背景、生活スタイルなどによって、期待される発達水準や発達過程が異なること、を挙げている。しかし、本研究では大まかな目安として、「児童期」は **6 - 12 歳**、「青年期」は **13 - 18 歳** を指すものとする。また、「児童青年期」は児童期と青年期を包括する用語として、「子ども」は **18 歳** 以下の者を総じて表す言葉として用いる。

第1節 児童青年期における社会不安の概要

社会不安 (**social anxiety**) は、「現実の、あるいは想像上の対人場面において個人的に評価されたり、評価されることが予想されることから生じる不安」 (**Schlenker & Leary, 1982**) と定義される現象であり、古くからシャイネスやコミュニケーション不安、対人恐怖などさまざまな概念のもとで扱われてきた。**DSM-III (APA, 1980)** で「社会恐怖 (**Social Phobia**)」という独立した診断カテゴリが認められて以来、その研究はますます活発化している。

通常の発達過程で見られる「知らない人に対する不安」は生後6ヶ月頃に早くも発現し、その後2 - 3歳頃まで持続する (**Albano & Detweiler, 2001**)。また、児童期後期から青年

期前期にかけて、自己意識の確立や認知能力の発達を背景に、他者からの否定的な評価に対する不安が顕著な高まりを見せる (Westenberg, Drewes, Goedhart, Siebelink, & Treffers, 2004)。こうした不安は、多くの場合、発達過程の中で時間や経験を重ねるにつれて自然に収まっていくものである。

しかし、一部の子どもにおいてはこれらの社会不安が減弱することなく、むしろ年齢とともに強まり、疾患レベルの社会不安障害 (Social Anxiety Disorder: SAD) に至ることが示されている。SAD は、人から注目される場面や人前で何かをするような場面において極度の緊張を感じる疾患である。このような緊張の背景には、恥ずかしい思いをするかもしれない、人から否定的な評価を受けるかもしれないという思いが存在し、そうした場面は回避されているか、強い不安・苦痛を伴って耐え忍ばれている。DSM-IV-TR (APA, 2000) による SAD の診断基準を Table 1-1 に示した。児童青年期においては、広汎性発達障害との鑑別をするため、よく知っている人 (例えば家族など) とは年齢相応の社会関係を持つことができ、大人との交流だけでなく同年代の子どもとの間でも不安反応が生じることが必要となる。また、認知発達が不完全であるため、恐怖の過剰性、不合理性が必ずしも認識されていないこと、発達上の一過性の不安を除外するため持続期間が6ヶ月以上であることが診断基準に付加されている。なお、SAD という名称は DSM-IV (APA, 1994) 以降、疾患の慢性的経過や重篤な機能障害をよりの確に表す用語として、DSM-III-R (APA, 1987) まで採用されていた社会恐怖 (Social Phobia) と併せて用いられるようになった。

成人の SAD では公式な場でのスピーチが苦手とされる場合が多いが、子どもにおいては友だちとの構造化されていない交流場面 (例えば学校で他の子どもと話す、知らない子どもに話しかける) が最も不安を喚起する場面として挙げられる (Hofmann, Albano, Heimberg, Tracey, Chorpita, & Barlow, 1999)。その他、人前でパフォーマンスをすること (例えばクラスの前で発表をする)、社会的な活動に参加すること、先生に質問をすること、体育の授業に参加すること、人前で食事をする事など、幅広い場面が苦手とされる (Beidel, Turner, & Morris, 1999; Hofmann et al., 1999)。

DSM-IV-TR では苦手な社会的場面が限局されているか否かによって「全般性」と「非全般性」というサブタイプを定義している (APA, 2000)。全般性 SAD の方が発症時期は早く、重症であり、慢性的な経過をたどることが知られている (Brown, Heimberg, & Juster, 1995)。また、他の精神疾患を併発するリスクも高い (Turner, Beidel, & Townsley, 1992)。クリニックを訪れる成人の SAD 患者の約3分の2が全般性の診断を受けことが報告されて

Table 1-1 DSM-IV-TR (APA, 2000) による社会不安障害の診断基準

300.23 社会恐怖(社会不安障害)	
A.	よく知らない人達の前で他人の注視を浴びるかもしれない社会的状況または行為をするという状況の1つまたはそれ以上に対する顕著で持続的な恐怖。その人は、自分が恥をかいたり、恥ずかしい思いをしたりするような形で行動(または不安症状を呈したり)することを恐れる。 注: 子供の場合は、よく知っている人とは年齢相応の社会関係をもつ能力があるという証拠が存在し、その不安が、大人との交流だけでなく、同年代の子供との間でも起こるものでなければならない。
B.	恐怖している社会的状況への暴露によって、ほとんど必ず不安反応が誘発され、それは状況依存性、または状況誘発性のパニック発作の形をとることがある。 注: 子供の場合は、大声で泣く、かんしゃくを起こす、動作が止まってしまう、またはよく知らない人と交流する状況から遠ざかるという形で、恐怖が表現されることがある。
C.	その人は、恐怖が過剰であること、または不合理であることを認識している。 注: 子供の場合、こうした特徴のない場合もある。
D.	恐怖している社会的状況または行為をする状況は回避されているか、またはそうでなければ、強い不安または苦痛を伴い耐え忍ばれている。
E.	恐怖している社会的状況または行為をする状況の回避、不安を伴う予期、または苦痛のために、その人の正常な毎日の生活習慣、職業上の(学業上の)機能、または社会活動または他者との関係が障害されており、またはその恐怖症があるために著しい苦痛を感じている。
F.	18歳未満の人の場合、持続期間は少なくとも6カ月である。
G.	その恐怖または回避は、物質(例: 乱用薬物、投薬)または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではなく、他の精神疾患(例: 広場恐怖を伴う、または伴わないパニック障害、分離不安障害、身体醜形障害、広汎性発達障害、または分裂病質人格障害)ではうまく説明されない。
H.	一般身体疾患または他の精神疾患が存在している場合、基準Aの恐怖はそれに関連がない。例えば、恐怖は、吃音症、パーキンソン病の振線、または神経性無食欲症または神経性大食症の異常な食行動を示すことへの恐怖でもない。
該当すれば特定せよ	
全般性 恐怖がほとんどの社会的状況に向けられている場合(回避性人格障害の追加診断も考慮すること)	

いるが (Judd, 1994), 子どもにおいても全般性の SAD の方が多いことが明らかにされている (Beidel et al., 1999; Hofmann et al., 1999)。

SAD の発症年齢を調査した研究では二峰分布が見出されており, 5 歳以下と, 11 - 15 歳でそれぞれピークを迎えることが示されている (Juster, Brown, & Heimberg, 1996; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz, & Weissman, 1992)。平均発症年齢は 12.3 歳と報告されており (Strauss & Last, 1993), 20 歳以後の発症は稀である。つまり, 多くの患者が青年期前期までにはすでに発症しており, 長期にわたって問題を抱え続けることが示されている。

一般成人を対象とした調査における SAD の生涯有病率は 7 - 13% と報告されている (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle, & Kessler, 1996; Wittchen, Stein, & Kessler, 1999)。これは不安障害の中では最も多く, 全ての精神疾患の中でもうつ病とアルコール依存について 3 番目に高い有病率である (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen, & Kendler, 1994)。子どもを対象とした研究では, ニュージーランド, アメリカ, 日本のデータでともに 1% 前後という報告がなされているが (Anderson, Williams, McGee, & Silva, 1987; Kashani & Orvaschel, 1990; Kashani, Orvaschel, Rosenberg, & Reid, 1989; McGee, Feehan, Williams, Partridge, Silva, & Kelley, 1990; Newman, Moffitt, Caspi, & Magdol, 1996; Sugawara, Mukai, Kitamura, Toda, Shima, Tomoda, Koizumi, Watanabe, & Ando, 1999; Wittchen, Nelson, & Lachner, 1998), これらの研究はいずれも DSM-III-R (APA, 1987) の基準によるものであり, 後述する様々な疾患を含むようになった現在の基準で調査をすると, 有病率はさらに高いと考えられている。DSM-IV (APA, 1994) の基準を用いた唯一の研究では, 青年期のサンプルにおいて 7.2% という有病率が報告されている (Stein, Fuetsch, Muller, Höfler, Lieb, & Wittchen, 2001)。また, 若年のコホートにおいて有病率の上昇が確認されていることから (Magee et al., 1996), 今後, このような問題を抱える人口のさらなる増加が懸念されている。

児童青年期の SAD は, 歴史的には回避性障害 (avoidant disorder) という診断とともに用いられてきた。この疾患単位は DSM-III-R (APA, 1987) まで使用されており, 「見知らぬ人と接触することからの過度のしりごみが 6 ヶ月以上の期間続くこと」を特徴としていた。正常な発達段階としての「人みしり」を除くため, 対象児が 2 歳半よりも年長であることが診断の条件として含まれるが, 好発期は児童期前期とされており, 診断の内容的に

も社会恐怖と重なる部分が多かった。回避性障害の診断基準は **Table 1-2** に示した通りである。DSM-III-R (APA, 1987) における社会恐怖の診断では、「患者が 18 歳未満の場合、その障害は小児期または青年期の回避性障害の基準を満たさない」という項目により、回避性障害を除外診断としていた。一方、回避性障害は知らない人との接触を苦手とするという項目だけで構成されており、必ずしも他者からの否定的な評価が不安の中核とならない点で両者は区別されていた。しかし、DSM-III-R (APA, 1987) の社会恐怖の診断には年齢に関する制限がなく、子どもにおいても診断がつくことから、両者の疾患単位としての区別が不明確であった。Francis, Last, & Strauss (1992) は、回避性障害、社会恐怖および両疾患を併発している子どもの比較において、回避性障害群のインテーク時の年齢が他の群と比較して低かったこと以外には、デモグラフィック変数や他の精神疾患の罹患率に差がなかったことを明らかにしている。このため、DSM-IV (APA, 1994) からは「回避性障害」の診断がなくなり、「SAD (社会恐怖)」に統一された。その際、「よく知らない人との接触において起こる不安」も含むよう定義が広げられ、「子どもの場合は持続期間が 6 ヶ月以上」という項目が付加された。Denardin, Silva, Pianca, & Rohde (2004) は回避性障害と SAD を比較した研究において両者に質的な違いが認められないことを確認しており、新たな分類方法の妥当性を示している。

DSM-III-R (APA, 1987) では過剰不安障害 (overanxious disorder) という診断も用いられていた。この障害は、過剰または非現実的な不安や心配が 6 ヶ月以上の期間続くことを主症状としており、身体愁訴や自意識過剰、自らの能力に関する過剰または非現実的な不安など、SAD に見られる多くの特徴を有していた。過剰不安障害の診断基準は **Table 1-3** の通りである。DSM-IV (APA, 1994) からは全般性不安障害の診断に統一されることになったが、状態像の特徴から、現在の診断基準では SAD と診断される子どもも少なからず含まれていたと考えられている。Beidel (1991) は DSM-III-R 基準の社会恐怖と過剰不安障害を比較した研究において、社会恐怖の子どもの方が生活上の支障が大きいことを明らかにしながらも、過剰不安障害が社会恐怖の前駆症状となりうることを指摘し、疾患単位としての妥当性を疑問視している。先述のとおり、これまでに報告されている有病率調査は DSM-III-R (APA, 1987) の基準を用いているものが多く、DSM-IV (APA, 1994) 以降の基準では SAD の診断を受ける者の数が増えると考えられている。

さらに最近では、SAD と選択性緘黙 (selective mutism) との関連性も議論されている。選択性緘黙は言語の理解と使用が可能な子どもが、他の状況では話すことができるにもか

Table 1-2 DSM-III-R (APA, 1987) による回避性障害の診断基準

313.21 小児期または青年期の回避性障害
A. 見知らぬ人と接触することからの過度のしりごみが6カ月以上の期間続き、仲間とのつき合いでの社会的機能に障害がみられる程強い。
B. 親しい人達(家族や患者がよく知っている仲間)との社会的かかわり合いへの欲求、および家族やその他の親しい人物との概して暖かく満足すべき関係。
C. 少なくとも2歳半の年齢。
D. その障害は回避性人格障害の診断に値するほど全般的、持続的ではない。

Table 1-3 DSM-III-R (APA, 1987) による過剰不安障害の診断基準

313.00 過剰不安障害	
A.	過剰,または非現実的な不安,または心配が6カ月以上の期間続き,それは以下のうち少なくとも4項目によって示される。 <ol style="list-style-type: none">(1) 将来の出来事に関する過剰,または非現実的な心配(2) 過去の行動の適切さについての過剰,または非現実的な心配(3) 例えば運動,学業,交友などの1つ,または多くの分野における能力に関する過剰,または非現実的な不安(4) 頭痛や腹痛のような身体的愁訴,それについての身体的基盤は確認できない(5) 自意識過剰(6) いろいろな心配の種について過度に保証を求めること(7) 著しい緊張感,またはリラックスできないこと
B.	他のAxis の障害(例,分離不安障害,恐怖性障害,強迫性障害)がある場合,Aの症状は,それだけに絞られているとは限らない。例えば分離不安障害がある場合,Aの症状は分離に関する不安にのみ関係のあるものではない。さらに,その障害は,精神病性障害または気分障害の経過中にのみ起こるものではない。
C.	18歳以上の場合,全般性不安障害の基準をみたさない。
D.	広汎性発達障害,精神分裂病,または他の如何なる精神病性障害の経過中にのみ起こるものではない。

かわらず、特定の社会的状況で一貫して発話しなくなる疾患である (APA, 2000)。診断基準は Table 1-4 に示した通りである。DSM-III-R (APA, 1987) までは **elective mutism** という名称で呼ばれており、何らかの外傷体験によって発話を拒否するようになるものと理解されていた (Hayden, 1980)。しかし、その後の研究で、明らかな外傷体験がない場合にも選択性緘黙は起こること、選択性緘黙の子どものほとんどが SAD や回避性障害の診断基準を満たすこと、一親等以内に SAD を持つ人がいると選択性緘黙が発現する率が大きく高まることなどから、選択性緘黙は SAD の亜系であり、より重症度の高いものであるという考えが広く受け入れられるようになった (Black & Uhde, 1995; Manassis, Fung, Tannock, Sloman, Fiksenbaum, & McInnes, 2003)。

通常が発達で見られる社会不安と、疾患レベルの社会不安を区別する点としては、持続期間の長さや不安の強度、生活支障度などが挙げられる (Albano, DiBartolo, Heimberg, & Barlow, 1995; Klein & Pine, 2002)。しかし、こうした区別は量的なものであり、質的な区別は実質的には不可能であると考えられている (Turner, Beidel, & Larkin, 1986)。実際に、通常社会不安と SAD における作用メカニズムや、認知的・行動的变化は似通っており (Leary & Kowalski, 1995)、両者の間にはしばしば連続性が仮定されている (Henderson & Zimbardo, 2001; Rapee, 1995; Widiger, 2001)。このことは、児童青年期の社会不安において、その後疾患へと発展するケースを選択的に抽出することが非常に困難であることを示すものであり、そのため早期介入・予防が大きな意義を持つ。

SAD は深刻な機能障害をもたらすことが明らかにされており、70 - 92%の患者が学業上・職務上の著しい障害を報告している (Lecrubier, Wittchen, Faravelli, Bobes, Patel, & Knapp, 2000; Liebowitz, Gorman, Fyer, & Klein, 1985; Schneier, Heckelman, Garfinkel, Campeas, Fallon, Gitow, Street, Del Bene, & Liebowitz, 1994; Turner, Beidel, Dancu, & Keys, 1986)。子どもの場合、特に不登校との関連が指摘されている (Beidel & Turner, 1997)。Strauss & Last (1993) は、SAD の子どもの 64%が学校に対する不安を訴えたことを示している。本邦においても不登校の理由として最大の割合を占めるのは対人関係上の問題であることが報告されている (小林, 2003; 森田, 2003)。実際に、SAD 患者の 50%以上が高校を卒業しないというデータも報告されており (Judd, 1994)、SAD が子どもの教育を妨害する大きな要因となることが伺える。

また、児童青年期は対人関係能力の形成にとって非常に重要な時期であるが、SAD を持つ子どもは社会的なコンピテンスが低く、社会的スキルが十分に発達していないことも報

Table 1-4 DSM-IV-TR (APA, 2000) による選択性緘黙の診断基準

313.23 選択性緘黙	
A.	他の状況では話すことができるにもかかわらず、特定の社会状況(話すことが期待されている状況, 例: 学校)では、一貫して話すことができない。
B.	この障害が、学業上、職業上の成績、または対人的コミュニケーションを妨害している。
C.	この障害の持続期間は少なくとも1カ月(学校での最初の1カ月に限定されない)
D.	話すことができないことは、その社会状況で要求される話し言葉の楽しさや知識がないことによるものではない。
E.	この障害はコミュニケーション障害(例: 吃音症)ではうまく説明されないし、また、広汎性発達障害、または他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではない。

告されている (Beidel et al., 1999; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 1999; Strauss, Lahey, Frick, Frame, & Hynd, 1988)。社会的な場面の回避は対人能力の発達を妨げ、社会的な孤立を招く (Rubin, LeMare, & Lollis, 1990)。このため、社会不安の高い子どもは親しい友だちが少なく、仲間集団から受け入れられにくいことが明らかにされている (Morris, 2001)。Christoff & Myatt (1987) は青年期が社会的行動を学び、価値観を形成する時期であるため、他の時期と比べて社会的に孤立することの影響性が大きいことを示している。つまり、社会的な場面において回避的にふるまうことで、友だち関係を形成するのに必要なスキルの獲得が阻害され、結果としてさらに仲間から受け入れられにくくなるという悪循環が指摘されている。

若年期発症の SAD は予後が悪く、他の精神疾患を誘発する危険性が高いことが報告されている (DeWit, Ogborne, Offord, & MacDonald, 1999; Merikangas, Avenevoli, Dierker, & Grillon, 1999; Wittchen et al., 1999)。特に SAD が慢性的に続くことによる抑うつや、社会的場面を乗り切る手段としてアルコールやタバコを摂取することで起こる物質依存が高率で報告されている (Sonntag, Wittchen, Höfler, Kessler, & Stein, 2000; Stein et al., 2001)。SAD を適切に治療することによって、その後の二次的な障害も予防できる可能性が高い (Davidson, Hughes, George, & Blazer, 1993)。

一方で、SAD は治療を怠ると慢性的な経過をたどることが知られており、成人の SAD 患者を 8 年間の追跡調査した研究では、自然寛解率 (remission) が女性で 38%、男性で 32% に過ぎなかったことが報告されている (Yonkers, Dyck, & Keller, 2001)。19 - 20 歳のコホートを 15 年間追跡調査した研究においても症状が安定的に見られることが示されており、社会不安症状を持っていた人の約 4 分の 1 がその後疾患レベルの SAD へと移行したことが明らかにされている (Merikangas et al., 1999)。

しかし、SAD 患者において、実際に治療が開始されるのは 20 代後半から 30 代が最も多く (Mannuzza, Schneier, Chapman, Liebowitz, Klein, & Fyer, 1995)、相当数の患者が SAD は性格特性でなく、治療可能な疾患であることを知らずにいる (Rapee, 1995)。一般人口を対象とした大規模調査において、SAD は気分障害よりも大きな社会的支障を引き起こすにもかかわらず、実際に治療を受けているのは全体の 3 分の 1 に過ぎないことが明らかにされている (Bijl & Ravelli, 2000)。また、児童青年期を対象とした調査でも、多くの子どもがこうした症状を自覚しながら、実際に何らかの治療機関を訪れるのは全体の 14.5%、診断のつく症例でも 23.5% に過ぎないことが報告されている (Essau, Conradt, &

Petermann, 1999)。このため、スクリーニングなどを行い、早期発見・予防の場として学校を積極的に活用すべきという議論がなされている (Albano & Detweiler, 2001)。精神疾患に対する発症後の介入は一般に時間的・経済的コストが大きく、効率が悪いことが知られているが (Spence, 2001), 殊に SAD は機能障害が深刻であり、慢性的な経過をたどり、しかも多くの場合、適切に治療されないことから、予防研究が強く期待される疾患である (Kashdan & Herbert, 2001)。

第2節 早期介入・予防という観点からの社会不安

前節で示したとおり、児童青年期の社会不安はさまざまな生活上の困難を引き起こすだけでなく、慢性化すると将来にわたって適応状態に深刻な影響を及ぼすため、早期介入・予防が非常に重要な意味を持つ。特に近年、SAD に対する効果的な治療方略が確立され、治療モデルの体系化が進む中で、被害の拡大を防ぐためには早期介入・予防が不可欠であることが広く認識されるようになった (Hudson, Flannery-Schroeder, & Kendall, 2004)。

予防研究における伝統モデルでは、予防を3つの段階に分けて扱っている (Commission on Chronic Illness, 1957)。この3段階とは、広範囲の人口を対象とした「一次予防」、特定の疾患のリスクや初期症状を示す個人に対して行われる「二次予防」、発症後の再発予防やエピソードの短縮、長期的影響の軽減を目指した「三次予防」である。また、最近では、米国医学研究所 (Institute of Medicine: IOM) が「普遍的介入」「選択的介入」「指標的介入」の3分類を提唱している (Mrazek & Haggerty, 1994)。IOM の定義における「予防的介入」は、あくまで特定の疾患の発症前に行われる介入を総括的に指すものであり、その点で前出のモデルとは異なっている。「普遍的介入」は個人の持つリスクに関係なく、広く一般に行われる介入を指すものである。「選択的介入」は平均よりもリスクの高い個人に対して行われる介入を指す。「指標的介入」は特定の精神疾患の前駆的症状や生物学的指標を示しつつも、現段階では DSM の診断基準を満たしていない個人に対して行われる介入のことである。それぞれのモデルにおける予防的介入のステージを Table 1-5 に示した。

多くの精神疾患において、介入が早いほど予後が良いことが明らかになっているが (Evans & Seligman, 2005), SAD も決して例外ではない。DSM の診断基準をすべて満たすまで待つよりも、早期に介入を行ったほうが、治療期間は短く、二次的な障害を併発する率も少ないことが示唆されている (Kessler, Stang, Wittchen, Stein, & Walters, 1999)。また、特に 11 歳以前の発症は予後の不良を予測することからも (Davidson et al., 1993),

Table 1-5 予防的介入に関する2つのモデル (Dozois & Dobson, 2004)

伝統モデル (Commission on Chronic Illness, 1957)	Institute of Medicine (1994)	
	介入スペクトラム	介入の種類
一次予防	予防	普遍的
二次予防	予防	選択的
二次予防	予防	指標的
ケースの同定	治療	ケースの同定
治療	治療	標準的治療
三次予防	維持	長期治療に対するコンプライアンス
三次予防	維持	アフターケア

早期に適切な介入を行うことの大切さが強調されている。児童青年期は、感情、認知、行動、対人関係といった心理学的な要因以外に、脳や内分泌系などの生理学的な基盤も大きな変化を遂げる時期である (Spear, 2000)。このため、不適応状態を引き起こしやすい神経生理学的な基盤を変容させるための臨界期であると考えられている (Evans & Seligman, 2005)。すなわち、早期介入・予防は、特定時期の子どもにおいて表出されている適応上の問題を改善するだけでなく、生理的な次元での変化をももたらし、将来的な問題の再燃のリスクを低減させることが示唆されている。こうした介入は、成人期の治療の枠組みでは達成が困難であることから、早期の適切な対応が重要となる。

さらに、成人期の適応的な行動をはぐくむという観点からも、早期介入・予防は望ましいと考えられている (Donovan & Spence, 2000)。例えば、正しい食生活や運動習慣などの行動は児童期から青年期にかけて形成されるが、こうした行動はその後の身体的な発達や成人期の健康状態に大きな影響を与えることが示されている。同様に、児童青年期において、メンタルヘルスに関する正しい知識と行動様式を身につけることは、子どもが自らの持ちうる可能性を大きく開花させ、社会に貢献するための基盤となる。すなわち、単に「症状のない」状態を作り出すのではなく、幸せで健康な生活を送るために、精神的健康を維持するためのポジティブな行動を子どもの頃から教える必要がある (Evans & Seligman, 2005)。

こうした目的に照らし合わせて、現在最も多く用いられている介入形態は母集団全体を対象とした普遍的介入である。疾患の発症を予測するリスクファクターに関する知見が未だ十分に得られていない現段階において、リスクのある個人のみを取り出す介入では援助を必要としている個人を取りこぼす可能性が高い (Hudson et al., 2004)。実際、Dierker, Albano, Clarke, Heimberg, Kendall, Merikangas, Lewinsohn, Offord, Kessler, & Kupfer (2001) は自己記入式の質問紙で 80 パーセントに満たなかった子どものうち、構造化面接では何らかの疾患の基準を満たしたケースが 35%にも上ることを明らかにした。このような結果は、質問紙などでスクリーニングをした介入では、高リスクの子どもを抽出し損ねる可能性があることを示すものである。

さらに、普遍的介入には特定の基準を満たす者のみを抽出した場合に起こるスティグマや偏見が生じないという利点もある。精神疾患や心理学的介入に関する知識が以前より普及しつつある現在においても、メンタルヘルスに関連したサービスを受けることに対する抵抗は依然として存在する (Donovan & Spence, 2000)。特に学校などの教育現場で介入

を行う際には、この点は非常に重要な意味を持つ。

Hudson et al. (2004) は、不安障害という、多数のリスクファクターが複雑に作用しあって発症する疾患において、発症因を完全に排除するアプローチには無理があることを指摘している。その上で、予防プログラムに可能なのは、脆弱性そのものに働きかける介入ではなく、特定の場面における対処スキルを身につけさせることであると主張している。こうした一次予防的な介入方略を、**Hudson et al. (2004)** は **Table 1-6** のようにまとめている。**Table 1-6** に示された対処スキルの伸張という観点は、高リスク児だけでなく、すべての子どもに対して有用であることが考えられる。

研究が十分に成熟していない現時点では、国民全体に対して一次予防プログラムを施行することが困難なため、特定の集団に対する実施という形態が用いられている。しかし、研究の最終的な目標は、母集団全体に対して、さらにはあらゆる年代に対して、適切な予防的介入を普及させることである。また、研究を進めていく中で、ただ介入を提供する機関が存在するだけでは不十分であり、そうした介入を子どもに行き渡らせるための方策が必要であることも明らかにされてきている (**Lear, Gleicher, St. Germaine, & Porter, 1991**)。このことから、支援を必要とするすべての対象者に効果的な援助を提供するためには、普及の方法についても検討する必要があることが認識されるようになった。

こうした議論を受けて、近年では早期介入・予防のサービスを提供する環境についての検討が行われている (**Burns, Costello, Angold, Tweed, Stangl, Farmer, & Erkanli, 1995; Garland, Hough, McCabe, Yeh, Wood, & Aarons, 2001**)。これらの研究結果から、メンタルヘルスの治療を受ける子どもの多くは、学校ベースの機関を利用することが明らかになった (**Burns et al., 1995; Farmer, Stangl, Burns, Costello, & Angold, 1999; Hoagwood & Erwin, 1997**)。

McLoone, Hudson, & Rapee (2006) は、学校で介入を行うことの利点として、治療の枠組みでは障害となるさまざまな問題が回避できる点を挙げている。例えば、遠隔地においては治療機関までの通院が障害となり、特に子どもの場合、自分で通うことのできる範囲には大きな制限が加わるが、学校ならばこうした問題は起こらないことが予想される。また、学校での介入は親の経済状態などの影響を受けにくく、すべての子どもに教育の一環としてサービスを提供することが可能である。さらに、学校の教員は毎日子どもと接する機会を持つため、独立した治療機関で介入を行う場合と比べて子どもの状態や周囲の環境要因に関する情報が多く得られる。そして、学校は子どもが多く時間を過ごす場である

Table 1-6 不安に関連する要因への一次予防的な介入方略 (Hudson et al. 2004)

対象	主要な要因	一次予防の方略
個人の特性	脅威に対する認知バイアス	不安に関する心理教育を行うことで、不安やそれに伴う身体的な症状を正しく認知する能力を高め、そうした症状を誤って解釈する可能性を低める 非現実的で脅威的な解釈を変容させ、別の、状況を現実的に説明する解釈を検討するスキルを教える 自分の置かれた状況の脅威度を適切に評価するスキルを教える 状況に対する対処能力とコントロール可能性を増大させるためのスキルを教える
	新しいものや脅威となりうる状況に積極的に対処せず、回避的にふるまう気質的特徴	特定の状況において考えつく対処方略の数を増やし、接近と回避の方略をそれぞれ適切な状況において選択する能力を高める 日々直面する非現実的な不安に対処するための心理教育を行う
家族や友だちを含む環境の要因	回避的、もしくは情動焦点型のコーピングスタイル	不安に対処するための問題解決的なアプローチを教授する
	不安定なアタッチメント	安定したアタッチメントを促進するため親に心理教育を行う
	親の不安	親に自らの不安を低減させるためのスキルを教授する
	回避行動を強化する環境要因	回避行動ではなく積極的に対処を促進する方法を家族や友だち、会社の同僚に教える
	シェイピングによる友だちの影響	学校や職場環境に働きかけ、不安の高い者を適応的な者と組ませることによって新たな行動形成を促進する
	いじめ	差異の受容を促進し、不安の高い者がいじめの対象となる確率を低める
	ソーシャルサポートの欠如	ソーシャルサポートの利点に関する心理教育を行い、ストレスを強く感じた時にソーシャルサポートをどのように生かすかを教える

ため、般化が容易であるという利点もある。つまり、効果的な早期介入・予防プログラムが学校において提供されれば、すべての児童生徒に対して最も効率的に心理的適応を促すことができるものと考えられる。

第3節 子どもの社会不安に対する介入

前節では、社会不安に対する早期介入・予防の必要性を指摘した。先行研究（例えば **Hudson et al., 2004**）において、特に一次予防的な介入の重要性が指摘され、プログラム実施の場として学校が有力であることが示唆された。現在までに、子どもの社会不安に対する学級ベースの早期介入・予防を実施した例は存在しないが、効果的な介入技法に関する研究は複数報告されている。本節では、これまでに行われてきた子どもの社会不安に対する治療的・予防的介入を概観する。

子どもの社会不安に対する介入技法としては認知行動的な方法論の有効性が確立されている（**American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997**）。個別ケースの介入目標や介入方法は機能分析に基づき決定されるが、以下では代表的な技法について解説する。また、介入にあたっては単一の技法のみが使用されることは稀であり、複数の技法が統合的に用いられるため、代表的な介入パッケージについて重点的にレビューを行う。

SAD の症状は、他の不安障害と同様に、認知的、行動的、身体的な症状に大別することができる。認知的な症状は他人から否定的な評価を受けることへの強い懸念であり、「みんなが私のことを馬鹿だと思わないか」などの考えに代表されるものである。行動的な症状は社会的な刺激の回避を示すものであり、友だちの輪に入れない、学校を休むなどの場面からの逃避だけでなく、視線を合わせない、発言をしないなどの安全確保行動も含まれる。身体的な症状は心拍の上昇、筋緊張、震え、発汗、赤面などに代表される体の変化であり、年少の子どもにおいて多く訴えられる（**Beidel & Turner, 1997**）。子どもの場合、年齢が上がるにつれて、訴える症状も大人の **SAD** に近づいていき、他者にどう評価されるかといった認知的な内容が大きな割合を占めるようになる（**Albano & Detweiler, 2001**）。行動的には、年少の子どもは過度に固まったり泣き喚いたりといった行動を示すが、年齢が上がるにつれて場面の回避が増え、注目を浴びないようにするための安全確保行動も増えてくる（**Morris, 2004**）。それぞれの介入技法はこれらの症状に対応させる形で用いられる。

なお、特に予防の領域においては社会不安に特化した研究が報告されていないため、以

下では対象者に社会不安の者が含まれていれば、不安障害全般を扱った研究でもレビューの対象とした。

リラクゼーション法

リラクゼーション法では、不安の身体的な症状を緩和するための方法を教示する。リラクゼーション法の中で最も頻繁に用いられるのが漸進的筋弛緩法である。特に年少の子どもを対象とする際には、リラクゼーション法をゲームや遊びの形式で呈示することが有効であることが報告されている。例えば、**Rapee, Spence, Cobham, & Wignall (2000)**では「亀になって」首や四肢のストレッチを行うなどの比喩が用いられており、対象者の年齢に合わせた呈示方法が工夫されている。成人のSADの治療においてはリラクゼーション法のみでは十分に改善しないことが示されているが (**Feske & Chambless, 1995**)、繰り返し練習をすることで全般的な不安や緊張を低減できることから、子どもの治療においては頻繁に用いられる技法の1つである。

エクスポージャー

エクスポージャーはすべての不安障害の治療に必要な要素であると考えられており、成人のSADの研究においてはメタ分析によって最も効果のある治療法であることが確立されている (**Feske & Chambless, 1995**)。技法の中核は、対象者を不安場面に直面化させ、馴化が起こり不安反応が消去されるまで十分な時間その場面にとどまらせることである。刺激の呈示方法や順番などによって、系統的脱感作法や段階的エクスポージャーなどに分けられる。系統的脱感作法ではただ不安刺激に直面させるのではなく、リラクゼーション法を併用する。一度リラックス状態を自ら作り出せるようになったら、不安階層表の内容を下から順番に呈示する。このとき、不安刺激はイメージを用いて呈示する場合と、現実に呈示する場合がある。対呈示を繰り返すことによって、強い不安を喚起する刺激に対して、長い時間さらされ続けることが可能になる。

段階的エクスポージャーでも系統的脱感作法と似た手順を取るが、不安刺激を呈示する際に、リラクゼーション法を併用しない。子どもに対する介入の場合は、フラッディングなどの方法よりも段階的エクスポージャーの方が好んで用いられる。リラクゼーション法を併用することがエクスポージャーの効果を高めるという報告はないが、不安の強い子どもの介入を行う際には、リラクゼーション法を用いることでラポールの形成がしやすくなることや、エクスポージャーに取り組みやすくなることが報告されている (**Morris, 2004**)。

随伴性マネジメント

随伴性マネジメントではターゲット行動に対して具体的な結果を伴わせることが介入の中核となる。特に環境要因が社会不安の維持にかかわっている場合、回避行動にこれまでの随伴性と異なる結果を伴わせることによって、症状の改善を図る。年長の子どもにおいては、どの行動に対してどのような強化子が随伴し、いつどのようにその強化子が与えられるかを本人の同意のもと決定する。また、目標が達成できなかった場合のレスポンス・コストが盛り込まれる場合もある。結果の随伴性に関しては親や先生を通じてコントロールすることが多いが、子どもが自らマネジメントすることが可能な場合もある。随伴性マネジメントはエクスポージャーと組み合わせ、般化訓練を行う際にも活用される。

社会的スキル訓練

社会不安の高い子どもの中には、社会的スキルが欠損していることが示されている (Spence et al., 1999)。そこで、社会的スキル訓練では、社会的な場面において対人関係を円滑にするための社会的スキルを教示することを目的とする。典型的なスキルの例としては、会話を始める、会話を維持する、友だちを作る、自己主張をするなどが挙げられる。社会的スキル訓練は、SAD に対する多くの介入パッケージの一部として用いられている。

社会的スキル訓練は唯一、本邦においても社会不安の高い子どもに対する適応例が報告されている介入技法である。例えば、佐藤・佐藤・高山 (1998) は 3 - 5 歳の引っ込み思案児 3 名に対して社会的スキル訓練を行った結果、協調的行動が増加し、社会的孤立行動が減少したことを示している。さらに、1 年後のフォローアップにおいても、3 名中 2 名が訓練効果を維持していたことが明らかにされている。なお、この研究では、社会的スキル訓練を実施する際に、次に述べる仲間媒介法を併用している。

仲間媒介法

子どもの仲間関係は社会的、感情的、対人的な成長に不可欠である (Morris, 2004)。そこで、子どもの社会化にとって重要な他者 (例えば親、兄弟、友だち、先生など) を特定し、対象児への介入に積極的に組み込むことが考えられる。仲間媒介法では、対象児の友だちが変化をもたらす要素として用いられ、望ましい変化のモデルとなり、強化子となるように介入を設定する。一方、仲間ペア法 (peer-pairing) においては、対象児を社会的能力の高い、人気のある子どもと組ませ、さまざまな社会的な活動を行う機会を与える。例えば、ペアは一緒に座り、休み時間に一緒に遊び、学級活動と一緒にを行うように指示され

る。仲間媒介法とは異なり、仲間ペア法ではペアの子どもに特別な訓練を行わないため、介入の準備にかかる時間が短くて済むことが知られている。また、自然な状況下で行うため、日常生活への般化が起りやすいことも利点として挙げられる。仲間媒介法も仲間ペア法も、ソシオメトリックテストの向上、ポジティブな交流の増加、孤立行動の減少などをもたらすことが明らかにされている (Morris, Messer, & Gross, 1995)。

認知的再体制化

社会不安の認知モデルにおいては、社会的な場면을脅威的に解釈し、随伴するポジティブな結果に目を向けないために、不安が維持されることが提唱されている (例えば Clark & Wells, 1995)。認知的再体制化では、社会不安を維持させている非機能的な認知を変容させ、考えのレパートリーを増やすことによって、不安症状を軽減することを目標とする。子どもにおいては認知発達が未成熟であるため、認知的な介入は困難であることが指摘されてきたが、視覚刺激の利用などの方法によって、介入パッケージの要素として盛り込まれる例が増えている (Beidel & Turner, 1997)。

介入パッケージ

これまでに SAD および不安障害の子どもに対して行われた治療的・予防的介入を Table 1-7 にまとめた。以下では、代表的なパッケージの特徴について詳述する。

・ Coping Cat (Kendall, Kane, Howard, & Siqueland, 1990)

Coping Cat (Kendall et al., 1990) は世界で初めて発表された、体系的な子どもの不安障害の治療マニュアルである。児童青年期の介入の多くは集団形式で行われるが、このプログラムでは個人治療の形態をとる。Kendall (1994) は 27 名の過剰不安障害、分離不安障害、回避性障害の子どもを対象に効果検討を行い、介入群の不安得点が統制群と比較して下がったことを示した。また、統制群との比較ではないものの、1年後にも不安が治療終了時と同水準に保たれていた。その後、2 - 5年後のフォローアップにおいても、治療の効果は維持されていることが確認された (Kendall & Southam-Gerow, 1996)。

Kendall, Flannery-Schroeder, Panichelli-Mindel, Southam-Gerow, Henin, & Warman (1997) は上記と同様の研究デザインを用いて、94 名の子どもを対象に効果検討を行った。その結果、介入群の治療後の不安得点は統制群よりも有意に減少し、1年後にも低い不安のレベルが保たれていた。Kendall, Safford, Flannery-Schroeder, & Webb (2004) は、こ

Table 1-7 社会不安に対する介入一覧

研究	プログラム名	区分	フォーマット	セッション数	セッションの 時間(分)	人数	内容	疾患	年齢	親セッション
Albano et al. (1995) Hayward et al. (2000)	Cognitive- Behavioral Group Treatment for Adolescents (CBGT-A)	治療	集団	16	90	4-6	心理教育 社会的スキル訓練 問題解決療法 認知的再体制化 エクスポージャー	SAD	13-17	有 無
Spence et al. (2000)		治療	集団	12 (2)	90	6-8	社会的スキル訓練 リラクゼーション法 問題解決訓練 自己教示法 認知的再体制化 エクスポージャー	SAD	7-14	有 無
Beidel et al. (2000)	Social Effectiveness Therapy for Children (SET-C)	治療	集団 + 個人	24	60-90	4-6	心理教育 社会的スキル訓練 般化訓練 エクスポージャー	SAD	8-12	有
Masia et al. (2001)	Skills for Academic and Social Success (SASS)	治療	集団 (学校で実施)	14 (2)	40	3	心理教育 認知的再体制化 社会的スキル訓練 エクスポージャー 再発予防	SAD	14-17	無
Gallagher et al. (2004)	brief group cognitive- behavioral intervention	治療	集団	3	180	5-7	心理教育 認知的再体制化 エクスポージャー	SAD	8-11	有

注：表中の SAD は社会不安に特化したプログラム，AD は不安障害全般に適用されるプログラムを示す。また，セッション数の欄のカッコ内の数字はブースターセッションの数を表す。区分欄の「治療」と「予防」，親セッション欄の「有」と「無」の併記は，どちらも可能であることを示す。

Table 1-7 社会不安に対する介入一覧（続き）

研究	プログラム名	区分	フォーマット	セッション数	セッションの 時間(分)	人数	内容	疾患	年齢	親セッション
Kendall et al. (1990)	Coping Cat program	治療	個人	16-20	50-60	1	心理教育 リラクゼーション法 認知的再体制化 エクスポージャー 問題解決療法 自己強化	AD	9-13	有
Barrett et al. (1996) Dadds et al. (1997)	Coping Koala program	治療 予防	集団	12	60-120	5-12	心理教育 認知的再体制化 エクスポージャー 自己強化	AD	7-14	有 無
Silverman et al. (1999)	group cognitive- behavioral therapy (GCBT)	治療	集団	12	55	4-8	心理教育 エクスポージャー 認知的再体制化 再発予防	AD	6-16	有
Barrett et al. (2000)	FRIENDS program	治療 予防	集団 (学級でも 実施可能)	10 (2)	45-60	最大 12	心理教育 リラクゼーション法 認知的再体制化 問題解決療法 エクスポージャー 自己強化 注意訓練	AD	7-11 12-16	有
Misfud & Rapee (2005)	Cool Kids program	予防	集団 (学校で実施)	10 (2)	60	6	心理教育 認知的再体制化 親訓練 エクスポージャー 社会的スキル訓練	AD	7-16	有

ここで治療の対象となった子どもに対しても、5 - 9年後にフォローアップ調査を実施し、治療の効果が維持されていることを確認している。しかし、これらの研究はすべて、長期的な維持に関するデータが個人内の比較であり、得られた効果が純粹に治療の効果であるかに関してはわからないという批判がある。

Flannery-Schroeder & Kendall (2000) は、個人治療として開発された **Coping Cat** を集団治療用に改変し、個人治療と集団治療の比較を行っている。その結果、どちらの群もウェイトリングリスト群よりは改善したが、子どもの自己評定の不安に関しては個人治療においてのみ有意な改善が見られたことが報告されている。このため、**Flannery-Schroeder & Kendall (2000)** は、本プログラムの効果が集団治療よりも個人治療において大きい可能性を指摘している。

・ **Cognitive-Behavioral Group Treatment for Adolescents (CBGT-A; Albano, Marten, Holt, Heimberg, & Barlow, 1995)**

CBGT-A は成人の SAD をターゲットとした **Cognitive-Behavioral Group Treatment (CBGT; Heimberg, Dodge, Hope, Kennedy, Zollo, & Becker, 1990)** を子ども向けに改変したプログラムである。成人用の CBGT がエクスポージャーと認知的再体制化を中心としており、スキル訓練を一切含んでいないのに対して、子ども用の CBGT-A では広く社会的な適応を促す目的で、スキル訓練（社会的スキル、問題解決スキル、主張性スキルなど）の要素を盛り込んでいる。また、後述する SET-C などと比べて対象年齢が高いことから、認知的な技法に重点を置いている点が特徴的である。

Albano et al. (1995) は、CBGT-A の効果検討を行った初めての報告である。この研究では、5名の SAD の子どもを対象に集団療法を行い、1年後までの追跡調査を行っている。その結果、3ヶ月後のフォローアップでは5名中4名が SAD の診断を満たさなくなっており、1年後のフォローアップではすべての子どもが部分寛解または寛解していたことが示された。しかし、この研究では統制群が設けられていないという問題点があった。

そこで、**Hayward, Varady, Albano, Thienemann, Henderson, & Schatzberg (2000)** はウェイトリングリスト群を設けた研究において、12名の女兒を対象に集団療法を実施した。治療を終結した11名のうち、SAD の診断基準を満たすものは2名であり、統制群と比してその割合は有意に低かった。しかし、1年後のフォローアップにおいては、群間で SAD の割合に有意差は見出されなかったことが報告されている。

・ **認知行動療法と親介入の併用 (Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 2000)**

Spence et al. (2000) は社会的スキル訓練を中核に据えた SAD に対する介入プログラムを実施している。このプログラムの最大の特徴は親訓練を含んだ群が設けられていることであり、対象児だけでなく、対象児が持つ社会不安症状を助長する環境の要因にも働きかけることを目的としている。統制群と比べて、治療を受けた群は親訓練の有無に関わらずどちらも有意に社会不安が減少していた。1年後のフォローアップにおいても、治療を受けた群は統制群と比べて有意に社会不安が低く、親訓練を含んだ群の方が社会不安が低い傾向が見られたが、統計的に有意な水準には満たなかった。

・ **Social Effectiveness Therapy for Children (SET-C; Beidel, Turner, & Morris, 2000)**

Beidel et al. (2000) は8 - 12歳のSADの子ども36名を対象に、社会的スキル訓練とエクスポージャーを中心としたSET-Cを行った。このプログラムは大人用のSocial Effectiveness Therapy (SET; Turner, Beidel, Cooley, Woody, & Messer, 1994)をもとに作られた子ども版であり、個人介入と集団介入を組み合わせる点が特徴的である。効果検討に際しては、Testbustersと呼ばれる、社会不安とは関係のないプログラムを統制群に用いており、治療要素の効果を直接的に示している点が評価されている。Beidel et al. (2000) は、SET-Cを受けた子どもの社会的スキルが有意に上昇し、社会不安が下がり、社会的な交流が増えたことを報告している。さらに、治療効果は3年後にも持続しており、治療を受けた子どもの72%が3年後にもSADの診断基準を満たさなかったことが確認されている (Beidel, Turner, Young, & Paulson, 2005)。

Garcia-Lopez, Olivares, Beidel, Albano, Turner, & Rosa (2006) はスペインの子どもに対して、先のCBGT-AとSET-Cを適用し、5年間のフォローアップ調査を行った研究を報告している。その結果、どちらの治療においても社会不安に有意な改善が見られ、5年後にも効果が概ね持続していたことが示された。

・ **Skills for Academic and Social Success (Masia, Klein, Storch, & Corda, 2001)**

Masia et al. (2001) はBeidel et al. (2000) のSET-CやAlbano et al. (1995) のCBGT-A, Rapee & Sanderson (1998) の成人のSADに対する個人療法などを参考に、Skills for Academic and Social Success (SASS) という学校ベースの介入プログラムを実施した。SASSではSADの早期発見・早期介入の大切さを強調した上で、学校は子どもが日常生活

の多くの時間を過ごす場であるため、クリニックでの治療などと比べて日常生活への般化効果が期待されること、先生や友だちなど周囲の環境調整を行いやすいことなどの利点を挙げている。Masia et al. (2001) のパイロットスタディでは、6名の児童生徒に14回の認知行動プログラムを行い、不安を測定するいくつかの指標で有意な改善が見られたことを示している。その際、対象者はSADに関する高校教員向けのワークショップにおいて、参加者の先生からSADの特徴に当てはまる児童生徒としての推薦を受け、親の承諾が得られた子どものうち、診断面接で基準を満たした者であった。また、Masia-Warner, Klein, Dent, Fisher, Alvir, Albano, & Guardino (2005) では対象者の選定にあたって、1521名の子どもを対象に学校での調査を行い、SADの疑いのある475名の親に対して電話でインタビュー調査を行っている。その上で、社会不安が生活を支障しているとの回答が得られた171名のうち、同意の得られた80名を対象に診断面接を行い、最終的に42名のSADの子どもを抽出している。Masia-Warner et al. (2005) は、このうち21名を介入群、21名を統制群とし、介入の結果社会不安が有意に下がったことを報告している。

しかし、本研究の問題点として、対象者の選定の問題が挙げられる。Masia et al. (2001) , Masia-Warner et al. (2005) のどちらにおいても、はじめに抽出された子どものうち、最終的にプログラムに参加した者の数は非常に限られていた。つまり、教員による推薦や大規模調査によって高社会不安の児童生徒の早期発見をすることは可能でも、その子どもたちに対する介入が十分にいきわたらないことが示唆されている。

- ・ **Brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia (Gallagher, Rabian, & McCloskey, 2004)**

Gallagher et al. (2004) は8 - 11歳の子どもを対象に、全3回の集団療法を行っている。このプログラムの最大の特徴は、介入回数が全3回と他のプログラムに比べて非常に短いことである。CBGT-AやSET-Cなどの代表的なプログラムが最低でも約3ヶ月の時間を要するのに対して、このプログラムでは1回の実施時間を180分と長く取り、介入要素を心理教育・認知的再体制化・エクスポージャーの3つに絞ることで、3週間で終わらせることを可能にしている。Gallagher et al. (2004) は、本プログラムによる介入群の治療後の社会不安得点が統制群と比較して有意に減少したことを報告している。また、3週間後のフォローアップでもその効果は維持されていたことが示されている。しかし、Gallagher et al. (2004) では介入群が12名、統制群が11名とサンプル数が限られており、フォローアップ

の期間も短いことが限界として指摘できる。

・ **FRIENDS (Barrett, Lowry-Webster, & Turner, 2000)**

FRIENDS はもともと子どもの不安障害の治療を目的として作成されたが (Shortt, Barrett, & Fox, 2001), 近年では早期介入・予防プログラムとして用いられている。Barrett & Turner (2001) による報告が, 子どもの不安障害の一次予防としては世界初のものであり, FRIENDS が不安や抑うつ改善に一定の効果を示したことを明らかにしている。Lowry-Webster, Barrett, & Dadds (2001)も, FRIENDS の実施によって介入群の不安症状が統制群と比べて減ったことを示している。

長期的効果の検討としては, Lowry-Webster, Barrett, & Lock (2003) が Lowry-Webster et al. (2001) の1年後のフォローアップデータにおいて, 介入群では統制群と比べて不安障害の診断を満たす子どもの割合が有意に低かったことを報告している。また, Lock & Barrett (2003) は小学6年生と中学3年生を対象に FRIENDS プログラムを実施し, 介入直後でも, 1年後のフォローアップでも, 不安得点が統制群と比べて有意に低かったことを示している。さらに, Barrett, Farrell, Ollendick, & Dadds (2006) は Lock & Barrett (2003) の3年後のフォローアップデータにおいて, 統制群よりも介入群の高リスク児の割合が少なかったことを示している。これらのことから, FRIENDS は不安の長期的予防プログラムとしての有効性を持つものと考えられている。

第2章 本研究の目的と意義

第1節 本研究の目的

前章までに、児童青年期の社会不安に対する早期介入・予防の必要性を指摘し、これまでに行われてきた研究を概観した。しかし、これらの研究にはいくつかの問題点が指摘できる。

1点目は、日本における子どもの社会不安研究の不足である。これまでの児童青年期の社会不安に関する研究の多くは欧米で行われており、対象者も英語圏の児童生徒に限られていた。しかし、社会的な場面で喚起される感情とその表出には、文化的文脈や社会規範に照らし合わせて容認される行動パターンが大きく影響すると考えられている。このため、異なる文化圏で得られた知見をそのまま本邦の子どもに当てはめることは困難であり、諸外国の子どもとの共通点や相違点を明らかにする必要がある。また、介入研究を行うにあたっては、日本の教育システムが欧米のそれと大きく異なることも指摘できる。例えば、授業日数やカリキュラム内容、1クラスあたりの人数編成などが大きく異なる。そのため、同じ学級ベースの介入を行う際にも、そうした背景に十分配慮して効果の検討を行う必要がある。以上のことを勘案し、本邦においても、児童青年期の社会不安の症状や分布などの特徴を明らかにした上で、日本の学校文化に即した介入を行うことが必要である。

2点目は、研究デザイン上の問題である。特にわが国の教育現場においては客観的なデータに基づき教育効果を示す取り組みが困難であることが多く（江村・岡安，2003）、統制群を設けた研究が非常に少ないという問題点があった。加えて、諸外国においても長期にフォローアップデータを収集した例は限られており、その多くではサンプル数が少ないことが指摘されていた。例えば、第1章3節で概観したプログラムのうち、Gallagher et al. (2004) のものはフォローアップ期間が3週間と短く、介入群の数も12名と少ない。同様に、Hayward et al. (2000) においては介入群が11名と少なく、介入群と統制群の1年後のSAD診断率に有意な差が見出されていない。介入効果を明確に示し、研究結果を相互に比較するためには、統制群を用いた客観データが重要な役割を果たす。また、予防的な介入を行い、多くの子どもに般化できる知見を得るためには、一定数の対象者で長期的な効果の検討を行うことが不可欠である。

3点目は、プログラムの適応・維持可能性に関する研究の欠如である。従来の研究では、プログラムの作成と効果の検討にのみ力点がおかれ、その後の維持可能性にほとんど目が向けられてこなかった。一般に、学級場面における介入は大学や国の研究プロジェクトの枠組みで行われることが多く、研究の期間中は実施が可能であっても、研究終了後にプログラムを維持していくことが難しいという事例が多々報告されている(Barrett & Turner, 2004)。このため、プログラムの適用と維持を妨げる要因について明らかにし、研究終了後も実施が可能な環境を整備していくことは非常に大切な課題である。

そこで、本研究では以上の問題点を解決するため、日本の子どもにおける社会不安の特徴を地域調査によって明らかにし、効果的な学級介入プログラムを作成することを目的とする。また、介入の長期的効果について検討し、そうしたプログラムを学校のカリキュラムの中に取り入れていくためにはどのような工夫が必要かを明らかにする。

第2節 本研究の意義

本章の冒頭部分で述べた通り、本研究でははじめに介入対象となる母集団において大量サンプルを用いた調査を行い、その結果をもとに介入の内容を決定する。その後、学級ベースの介入を行い、そうした介入を学校に根付かせるためにはどのような工夫が必要かを明らかにする。本邦における社会不安の特徴を明らかにし、わが国の教育システムに沿った介入法を提案することによって、今後学校現場において早期介入・予防を進めるための基礎的な資料が得られるものと考えられる。

発達上の一過性の社会不安は介入なしにも改善するという議論がなされるが、その後社会不安が慢性化し、疾患レベルに発展した事例の多くにおいては、児童青年期からさまざまな不適応が生じていたことが示されている。つまり、「発達上の一過性のもの」とみなすことによって、軽症のうちに食い止めることのできた症状が、完全な疾患にまで進行してしまうことが考えられる。そして、適切な処置を受けられなかったことにより、患者はその後何年にもわたって病状に悩まされるという報告がなされている。早期介入・予防は、このような SAD 患者の有病率を減らし、QOL を高めるための有効な方策となることが期待される。

一方で、対人関係能力の構築は学校教育の基本的な目標の1つである。すなわち、

社会不安を低減させ、他者とポジティブな関係性を結べるように援助することは、学校における教育目標と合致するものであり、「疾患の予防」という観点からだけでなく、「ポジティブなスキルの構築」という観点からも強く望まれるものである。こうした取り組みは、子どもたちの現時点における社会不安を低減するのみならず、対人関係能力を向上させることで、将来にわたる不適応状態を未然に防ぐために役立つものと考えられる。

さらに、介入プログラムの適用と維持を規定する要因が明らかにされ、学校の持ちうる資源を効果的に利用する方法が示されれば、学校現場において心理教育を定着させるための有効な情報が得られるものと思われる。これらの知見は、すべての子どもに対して必要な援助を早期に提供するための環境づくりに貢献することが予想される。

第3節 本研究の構成

本研究の構成は Fig. 2-1 の通りである。児童青年期の社会不安の早期介入・予防研究について概観した第1章、本研究の目的と意義について論じた本章に続いて、本研究は次のような構成で展開される。

第3章では、本邦における児童青年期の社会不安の特徴を詳細に検討する。第1節では欧米で児童青年期の社会不安を測定する際に最も頻繁に用いられる Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C) の日本語版を用いて、諸外国で見られる児童期の社会不安の症状との異同や、平均的な子どもに見られる社会不安の高さなどの記述データを示す。第2節では、実際の社会不安場面に関するシナリオ呈示課題を通じて、社会不安の高い子どもに見られる認知的・行動的な特徴について検討する。第4章では、第3章で得られたデータをもとに、社会不安に対する学級単位の早期介入・予防プログラムを実施し、その効果を検討する。第1節では介入を実施したクラスにおけるプログラム実施前後の変化を記述する。第2節では介入を行わなかったクラスとの比較において、長期的な変化の過程を比較する。第5章では、プログラムを適用・維持していく際に必要となる環境側の要因について検討するため、学校の教員を対象とした調査を実施する。そして第6章では総合考察を行い、本研究の臨床心理学的意義と適用上の限界について述べる。

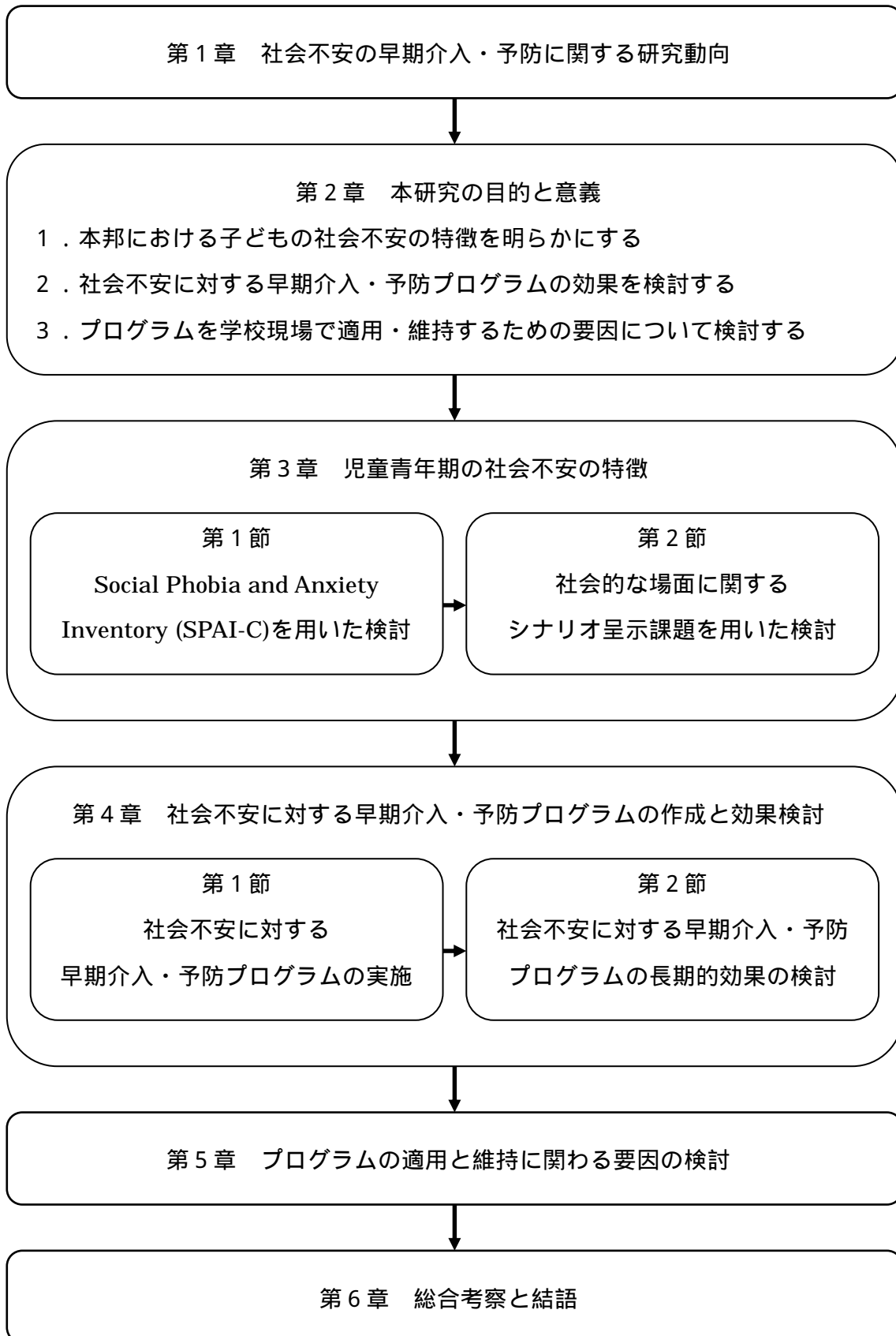


Fig. 2-1 本研究の構成

第3章 児童青年期の社会不安の特徴

第1節 Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C)を用いた検討

(1) 目的

社会不安に関する成人を対象とした研究においては、さまざまなアセスメントツールの開発が行われている(例えば Fear of Negative Evaluation Scale (FNE)と Social Avoidance and Distress Scale (SAD); Watson & Friend, 1969)。これらのツールは、社会不安研究の基礎的なデータを蓄積するにあたって、中核的な役割を担ってきた。しかしながら、近年社会不安が児童青年期からさまざまな不適應状態をもたらすことが明らかになるにつれて、対象者の年齢に応じた尺度の開発が求められるようになった(LaGreca & Stone, 1993)。

このような背景を踏まえて、Beidel, Turner, & Morris (1995)は Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C)を作成した。SPAI-Cは児童青年期の社会不安の身体的・認知的・行動的側面を包括的に測定する尺度である。対象年齢は8歳とされているが(Beidel, Turner, & Morris, 1998)、14歳以上の子どもに対する実施例も複数報告されており(例えば Inderbitzen-Nolan & Walters, 2000; Storch, Masia-Warner, Dent, Roberti, & Fisher, 2004)、子どもの社会不安の評価尺度としては現在最も広く使用されている。また、異なる文化的背景を持つ子どもの社会不安の測定も可能であることが示されている(Ferrell, Beidel, & Turner, 2004)。

石川・美和・佐藤・笹川・井上・滝沢・境・嶋田・岡安・坂野(2004)は SPAI-Cの日本語版を作成し、その信頼性と妥当性を検討している。小学生859名(男子434名、女子425名)を対象に調査を行った結果、「対人交流場面」「パフォーマンス」「身体症状」の3因子の上位に「社会不安」因子を仮定した2次因子モデルのあてはまりが良いことが明らかにされている。また、再検査信頼性は0.91、Cronbachの係数は0.94と高い値を示し、スペインス児童用不安尺度(石川・大田・坂野, 2001)や日本語版 State-Trait Anxiety Inventory for Children(曾我, 1983)と中程度の正の相関関係にあることが示されている。

しかし、本邦においては、児童青年期の社会不安を測定したデータは未だ十分に蓄積されていない。日本における社会不安の特徴を記述し、諸外国で報告されている結

果との異同を論じることは、効果的な介入プログラムを作成するための前提条件である。また、石川ら（2004）の研究では小学生のみを対象としており、学年間の比較も行われていないため、社会不安が年齢とともにどのように変化していくかが明らかにされていない。SADの平均発症年齢は12.3歳と報告されていることから（Strauss & Last, 1993）、この年齢の前後で社会不安がどのように変化するかを検討することは非常に重要な課題である。そこで、本節では日本語版 SPAI-C を用いて、わが国における児童青年期の社会不安の特徴を、年齢の要因を考慮しながら明らかにすることを目的とする。

（2）方法

対象者

首都圏近郊の公立学校に通う小学5年生592名（男子305名、女子287名；以下「小学生データ」とする）および中学2年生467名（男子230名、女子236名、無記入1名；以下「中学生データ」とする）を対象とした。

調査時期

調査は2005年1月から2月にかけて実施した。

手続き

調査は地方自治体主催の健康推進プロジェクトの一環として行われた。学級担任の立会いの下、クラス単位の集団調査という形式で実施された。なお、調査の実施に際しては、児童の人権および利益の保護に細心の注意を払い、回答内容が研究以外の目的で使用されないことがない旨、事前の説明を行った。その上で、協力に同意の得られた者にのみ調査を実施した。

調査材料

日本語版 SPAI-C（石川ら，2004）を用いた。SPAI-Cは26項目3件法（「0 ほとんどない、または、まったくない」「1 ときどきそうだ」「2 いつもそうだ、または、だいたいそうだ」）の尺度であるが、このうち18項目は複数の下位項目から構成されるため、合計63の質問に対する回答が必要となる。本研究では、回答に際しての負担を最小限に抑え、データの信頼性の低下を防ぐため、12項目程度からなる3つの分割テストを作成した。その際、それぞれの分割テストには共通項目を6項目ずつ入れ、異なるテスト同士の比較が可能になるように解析計画を立案した。そして、

各調査対象者に3つの分割テストのうちの1つをランダムに割り付け、項目反応理論を用いて、どのテストを受けた場合にも63項目すべてを実施した場合と同じく、対象者間で得点の比較が可能になるようにした。なお、使用した調査票は付録1として末尾に付した。

分析方法

はじめにSPAI-Cの因子構造を確認した。尺度全体としての因子構造を見るため、26項目を一度に解析するための共分散構造分析モデルを用いた。3つの分割テストを多母集団の同時解析で分析し、共通項目に等値制約を課した。解析にはEQS Ver. 6.1を用いた。

また、Beidel et al. (1998) では、下位項目の得点化にあたって、それぞれを加算し1つの代表値を算出する。しかし、この方法では各下位項目の持つ情報が圧縮されてしまうことになる。社会不安が生じやすい対象や報告されやすい身体症状は臨床的価値の高い情報であると考えられるため、本研究では上記の方法で算定した合計得点とは別に、それぞれの下位項目の記述統計量も示し、考察の対象とした。

次に、各項目の識別力と境界特性値を求めるため、1因子のカテゴリカル因子分析を実施した。その後、小学生データと中学生データの結果を比較可能にするため、2つのテストを等化した。得られた結果から被験者母数を推定し、学年別、男女別に社会不安の高さを比較した。

(3) 結果

因子構造の確認

石川ら(2004)によって報告された、「パフォーマンス」「対人交流」「身体症状」という3因子の上位に高次因子としての「社会不安」が存在するというFig. 3-1のモデルが、本研究の対象者においてもあてはまるかを検討した。ただし、図中の観測変数の番号は日本語版SPAI-Cの項目番号を表すものとする。その結果、小学生データではGFI=0.92、AGFI=0.90、CFI=0.96、RMSEA=0.05、中学生データではGFI=0.88、AGFI=0.84、CFI=0.90、RMSEA=0.09という高い適合度が得られた。Beidel et al. (1995) および Beidel, Turner, & Fink (1996) で示されている3因子構造・5因子構造に「社会不安」の上位因子を仮定したモデルの適合度も算出したところ、石川ら(2004)のモデルの適合度が最も高いことが確認された。このことから、本邦におい

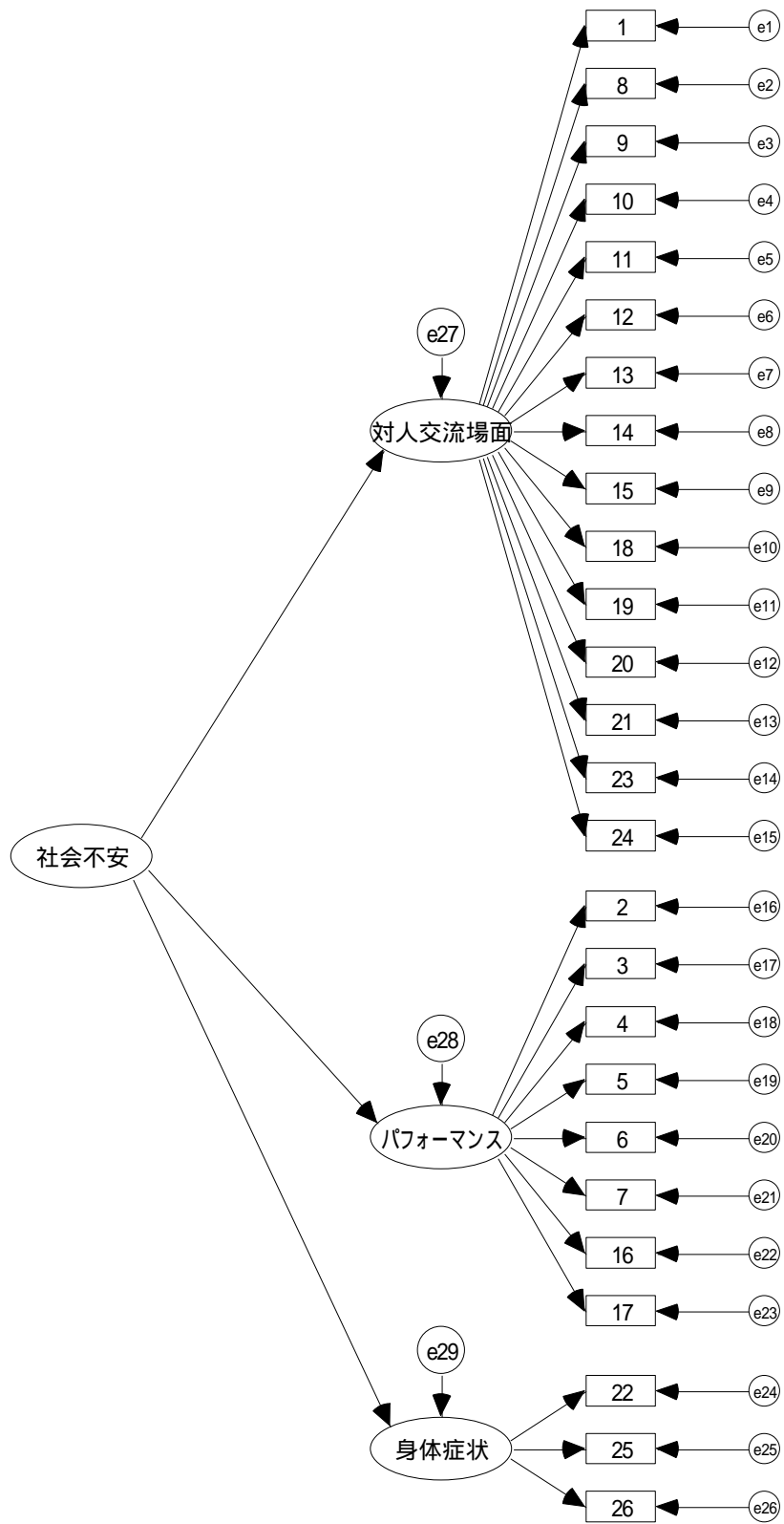


Fig. 3-1 SPAI-C の2次因子分析モデル

では諸外国と異なる因子構造が抽出されることが示唆された。それぞれのモデルの小学生データ・中学生データにおける適合度を Table 3-1 に示した。

Fig. 3-1 のモデルにおける「社会不安」から 3 つの下位因子への標準化係数は Table 3-2 に示した通りであった。Table 3-2 より、「身体症状」への標準化係数が他の 2 因子と比べて低いことが示された。このことは、身体症状は他の症状とは独立して観察されることを示すものである。また、「社会不安」の上位因子を仮定したモデルの適合度が高いことから、日本語版 SPAI-C は項目反応理論を適用する上での前提条件となる一次元性を有することが確認された。

下位項目の検討

項目 9 20 では、同じ質問内容に対して「同じくらいの年の知っている子」「同じくらいの年の知らない子」「大人」という対象の別によってどの程度社会不安が生じるかを尋ねている。また、項目 25 と 26 では社会不安場面において、「汗をかく」「トイレに行きたくなる」「心臓がドキドキする」「頭かおなかが痛くなる」「おなかの調子がおかしくなる」という身体症状がそれぞれどの程度生じるかを尋ねている。そこで、各下位項目の平均値と標準偏差を算出し、本邦の児童生徒において頻繁に見られる症状の特徴を検討した。得られた結果を Table 3-3 に示した。対象の別では総じて「同じくらいの知っている年の子」で最も社会不安が低くなることが示された。しかし、項目 18「無視されたりからかわれたりするとこわい」では例外的に、知らない子よりも知っている子に対して社会不安が高まるという結果が得られた。こうした傾向は中学生において、より顕著に見られた。また、小学生では大人の方が社会不安を喚起する項目と、同年代の知らない子の方が社会不安を喚起する項目がほぼ同じ割合で見られたのに対して、中学生では大人に関する項目の社会不安が下がっていた。つまり、人物の熟知度や対象者の年齢は社会不安に影響を与え、そうした要因の影響性は年齢とともに変化することが示唆された。

身体症状に関しては、「心臓がドキドキする」という回答の頻度が最も高く、その他の項目との間に大きな差があることが示された。このことから、本邦の子どもの社会不安においては特に心拍の亢進などの血管系の症状が顕著に現れることが示唆された。一方、「おなかの調子がおかしくなる」「頭かおなかが痛くなる」と答える子どもの割合は非常に少なかった。

Table 3-1 各モデルの小学生データ・中学生データにおける適合度

	df	GFI	AGFI	CFI	RMSEA
< 小学生データ >					
石川ら (2004) による 3 因子モデル	201	0.92	0.90	0.96	0.05
Beidel et al. (1995) による 3 因子モデル	168	0.90	0.87	0.91	0.09
Beidel et al. (1996) による 5 因子モデル	167	0.92	0.90	0.95	0.07
< 中学生データ >					
石川ら (2004) による 3 因子モデル	201	0.88	0.84	0.90	0.09
Beidel et al. (1995) による 3 因子モデル	168	0.88	0.84	0.89	0.10
Beidel et al. (1996) による 5 因子モデル	167	0.88	0.84	0.90	0.09

Table 3-2 社会不安から3つの下位因子への標準化係数

	小学生	中学生
パフォーマンス	0.82	0.83
対人交流	0.98	0.98
身体症状	0.49	0.60

Table 3-3 下位項目の平均値と標準偏差

	小学生		中学生		混合データ			小学生		中学生		混合データ	
	平均	SD	平均	SD	平均	SD		平均	SD	平均	SD	平均	SD
項目9							項目15						
知っている子	0.01	0.10	0.07	0.28	0.03	0.19	知っている子	0.04	0.21	0.11	0.35	0.07	0.29
知らない子	0.47	0.55	0.33	0.57	0.41	0.56	知らない子	0.45	0.63	0.42	0.66	0.44	0.64
大人	0.25	0.50	0.26	0.53	0.26	0.51	大人	0.45	0.58	0.34	0.60	0.40	0.59
項目10							項目16						
知っている子	0.35	0.53	0.29	0.54	0.33	0.53	知っている子	0.40	0.65	0.40	0.65	0.40	0.65
知らない子	0.48	0.63	0.37	0.63	0.43	0.63	知らない子	0.60	0.71	0.59	0.76	0.59	0.73
大人	0.63	0.65	0.38	0.63	0.52	0.65	大人	0.64	0.72	0.53	0.72	0.60	0.72
項目11							項目17						
知っている子	0.33	0.53	0.32	0.56	0.33	0.55	知っている子	0.56	0.64	0.46	0.69	0.52	0.66
知らない子	0.61	0.68	0.41	0.64	0.52	0.67	知らない子	0.74	0.72	0.43	0.72	0.60	0.73
大人	0.66	0.69	0.41	0.63	0.55	0.68	大人	0.72	0.69	0.47	0.67	0.61	0.69
項目12							項目18						
知っている子	0.47	0.61	0.38	0.62	0.43	0.62	知っている子	0.65	0.72	0.83	0.81	0.73	0.77
知らない子	0.70	0.69	0.53	0.69	0.63	0.70	知らない子	0.52	0.69	0.62	0.80	0.56	0.75
大人	0.56	0.66	0.42	0.63	0.50	0.65	大人	0.69	0.75	0.70	0.84	0.69	0.79
項目13							項目19						
知っている子	0.49	0.62	0.43	0.64	0.47	0.63	知っている子	0.07	0.30	0.22	0.48	0.13	0.39
知らない子	0.67	0.69	0.43	0.63	0.56	0.68	知らない子	0.39	0.54	0.81	0.80	0.56	0.68
大人	0.86	0.72	0.54	0.72	0.72	0.74	大人	0.35	0.58	0.86	0.85	0.55	0.74
項目14							項目20						
知っている子	0.04	0.20	0.07	0.29	0.06	0.24	知っている子	0.09	0.32	0.17	0.41	0.13	0.37
知らない子	0.63	0.61	0.50	0.70	0.57	0.65	知らない子	0.49	0.61	0.39	0.61	0.45	0.61
大人	0.56	0.63	0.38	0.62	0.48	0.63	大人	0.46	0.61	0.35	0.61	0.41	0.61
項目25							項目26						
汗	0.21	0.47	0.19	0.46	0.20	0.46	汗	0.31	0.56	0.27	0.57	0.29	0.57
トイレ	0.47	0.62	0.42	0.67	0.45	0.64	トイレ	0.34	0.56	0.28	0.56	0.31	0.56
心臓	0.75	0.71	0.55	0.72	0.66	0.72	心臓	0.61	0.71	0.52	0.72	0.57	0.72
頭痛・腹痛	0.19	0.46	0.29	0.58	0.23	0.52	頭痛・腹痛	0.16	0.43	0.22	0.53	0.19	0.48
おなかがおかしい	0.17	0.44	0.27	0.55	0.21	0.49	おなかがおかしい	0.14	0.41	0.22	0.51	0.17	0.46

識別力と境界特性値

項目母数を推定するために、小学生データおよび中学生データの3つの分割テストで1因子のカテゴリカル因子分析を実施した。ここでも共通項目に等値制約を課し、3つのテストが比較可能になるように推定を行った。各モデルの適合度は、小学生データでは $CFI=0.81\sim 0.91$ 、中学生データでは $CFI=0.81\sim 0.93$ であった。得られた因子負荷量と閾値をもとに、識別力と境界特性値を算出した。ただし、小学生データの項目6、9、14、20、中学生データの項目6、9に対しては、すべての調査対象者が0または1と回答したため、 b_0 以外の位置母数は推定されなかった。さらに、小学生データと中学生データの比較を可能にするために、尺度の等化を行った。結果をTable 3-4に示した。なお、表中の a は識別力を表し、値が高いほど当該の項目が被験者の社会不安を適切に識別していることを示す。また、 b_0 、 b_1 、 b_2 は境界特性値であり、 b_0 と b_2 はそれぞれ「0 ほとんどない、または、まったくない」と「2 いつもそうだ、または、だいたいそうだ」の回答を50%の確率で行う人の社会不安の高さを表している。 b_1 は「1 ときどきそうだ」という答えが観測される確率が最も高くなる社会不安のレベルを示している。全体的に 識別力は中学生データで大きく、位置母数 b_0 は小学生データで、 b_2 は中学生データで低い値を示す傾向にあった。学年の別にかかわらず、 b_2 の最大値は項目22において、 b_0 の最大値は項目6において観測された。一方、小学生データでは項目13の、中学生データでは項目24の b_0 、 b_2 がともに最も低かった。

被験者母数の推定

小学生データの被験者母数の平均は-0.22 ($SD=0.70$) であった。性別ごとに見ると、男子の平均は-0.34 ($SD=0.70$)、女子の平均は-0.10 ($SD=0.68$) であった。また、等化後の中学生データにおける被験者母数の平均は0.31 ($SD=0.72$) であった。男子の平均は0.20 ($SD=0.73$)、女子の平均は0.41 ($SD=0.69$) であった。小学生のヒストグラムをFig. 3-2、中学生のヒストグラムをFig. 3-3に示した。

(4) 考察

先行研究において、SPAI-C は「パフォーマンス」「対人交流」「身体症状」の3因子から構成されることが示され、さらに上位因子としての「社会不安」を想定したモデルの妥当性が確認されている(石川他, 2004)。本研究においても、石川ら(2004)

Table 3-4 小学生データと中学生データの項目母数

項目	学年	a	b_0	b_1	b_2	項目	学年	a	b_0	b_1	b_2
1	小	0.79	0.03	1.51	3.00	14	小	1.06	0.30	-	-
	中	1.16	0.67	1.29	1.92		中	1.77	1.01	1.66	2.31
2	小	0.63	0.26	1.63	2.99	15	小	1.06	0.75	2.05	3.36
	中	1.15	1.25	1.76	2.27		中	1.14	1.40	2.23	3.07
3	小	0.69	-0.13	1.50	3.13	16	小	0.92	0.11	1.03	1.96
	中	1.07	0.79	1.44	2.10		中	1.28	1.17	1.63	2.10
4	小	0.82	-0.03	0.97	1.98	17	小	0.90	-0.45	0.80	2.06
	中	1.02	0.89	1.54	2.18		中	1.36	0.85	1.39	1.93
5	小	0.55	0.36	1.82	3.29	18	小	0.70	-0.22	0.83	1.87
	中	1.11	0.92	1.38	1.85		中	1.24	0.58	1.09	1.59
6	小	0.65	2.61	-	-	19	小	0.64	1.07	2.83	4.59
	中	0.81	2.64	-	-		中	1.06	0.59	1.59	2.59
7	小	0.84	0.67	1.60	2.53	20	小	0.65	0.88	-	-
	中	1.05	1.22	1.74	2.26		中	0.71	1.45	2.45	3.44
8	小	0.89	0.35	1.36	2.36	21	小	0.81	0.13	1.70	3.26
	中	1.51	1.34	1.76	2.18		中	1.39	0.97	1.59	2.21
9	小	0.72	1.51	-	-	22	小	0.39	0.53	2.98	5.44
	中	1.63	1.64	-	-		中	0.45	1.32	3.04	4.76
10	小	0.90	0.05	1.55	3.05	23	小	0.37	1.48	3.31	5.15
	中	1.59	1.30	1.85	2.39		中	0.74	1.33	2.12	2.92
11	小	0.79	0.05	1.52	2.99	24	小	0.86	-0.21	0.94	2.10
	中	1.31	1.19	1.74	2.30		中	0.96	-0.15	0.77	1.69
12	小	1.32	-0.09	0.89	1.87	25	小	0.91	0.83	1.86	2.89
	中	1.95	0.98	1.36	1.73		中	1.01	1.41	2.33	3.26
13	小	1.13	-0.46	0.59	1.64	26	小	0.75	1.28	2.33	3.38
	中	1.58	0.94	1.58	2.22		中	1.16	1.49	2.17	2.85

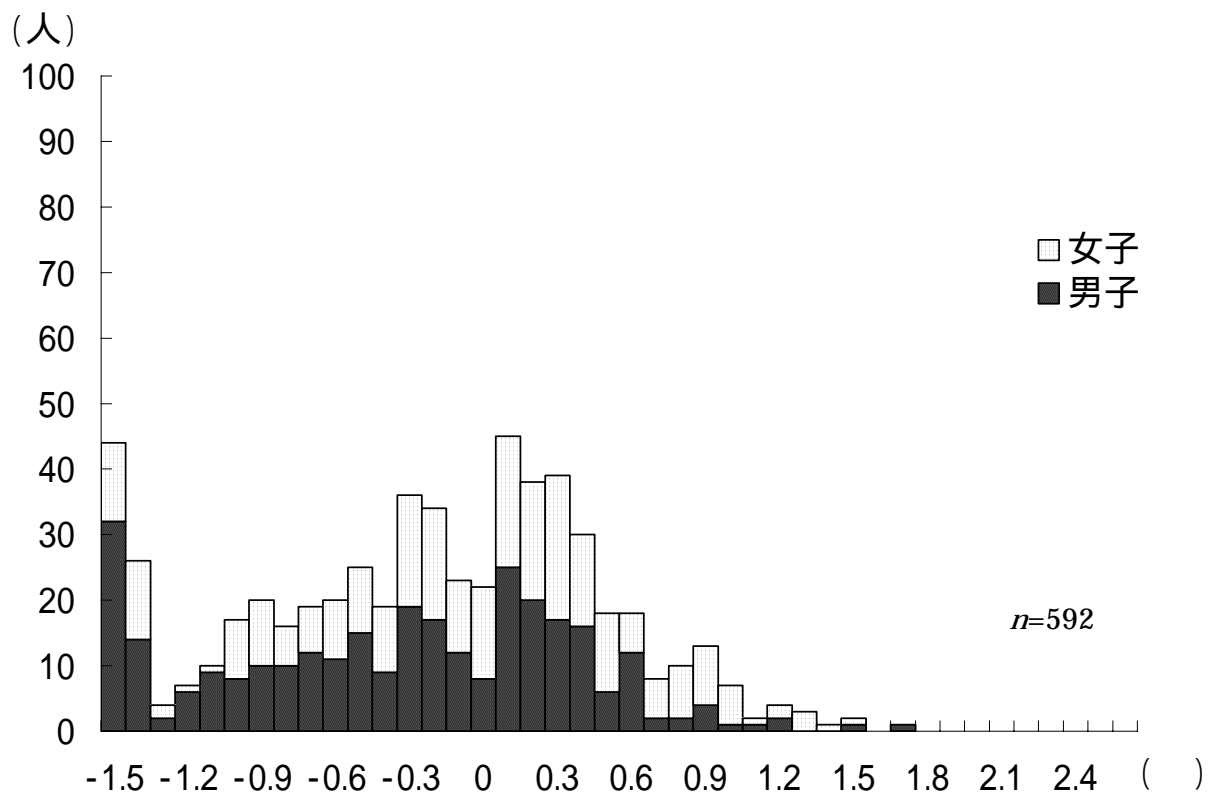


Fig. 3-2 小学生データの被験者母数のヒストグラム

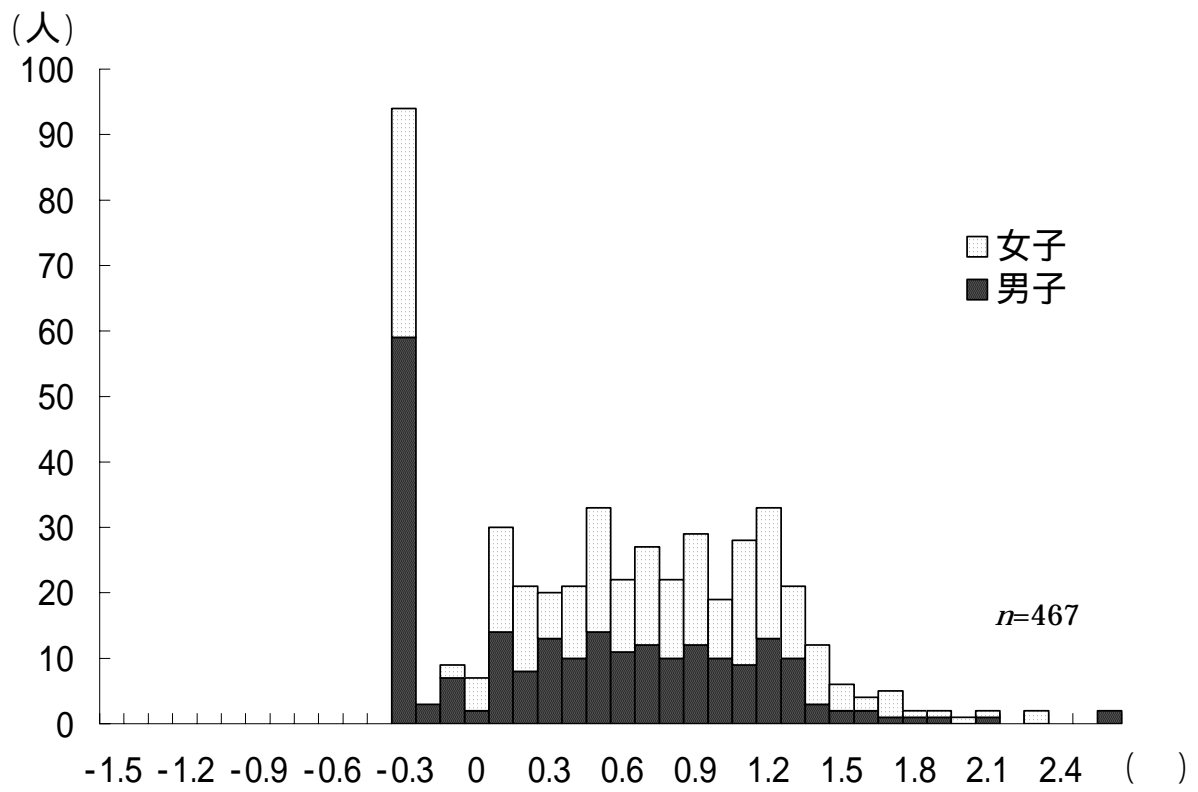


Fig. 3-3 中学生データの被験者母数のヒストグラム

のモデルの適合が Beidel et al. (1995; 1996) のモデルよりも高く、本邦においては身体症状が独自の因子を構成することが示された。「社会不安」から各下位因子への標準化係数を見ると、「パフォーマンス」や「対人交流」と比べて「身体症状」への値が小さかった。このことは、身体症状が他の2つの因子を構成する症状と独立して観測されやすいことを表すものである。異文化間精神医学の分野では、アジア人が他の人種と比べて身体症状を訴えやすいことが報告されているが(Kirmayer & Young, 1998)、本研究の結果はこうした先行研究の知見に沿ったものであると考えられる。つまり、子どもの社会不安においても、認知や行動の変化と比べて身体症状が自覚されやすいことが示唆された。

身体症状に関する下位項目を検討した結果、社会不安場面においては「心臓がドキドキする」という訴えが多いことが明らかになった。他方、「おなかの調子がおかしくなる」「頭かおなか痛くなる」という回答はあまり見られなかった。心拍の亢進は赤面などの血管系の症状との関連が強く、介入研究においてはこうした症状への対処法を盛り込む必要があることが示唆された。

三浦・上里(2003)はリラクゼーション法が身体症状への介入として児童青年期の対象者においても利用しやすいことを指摘し、中学生を対象に漸進的筋弛緩法の効果を確認している。このことから、プログラムの作成に当たっては、リラクゼーション訓練が有力な構成要素となることが考えられる。

また、対象の別によっても社会不安の起こり方には差があり、大人や同年代の知らない子どもとの接触が社会不安を喚起する程度が強いことが示された。例外的に、「無視されたりからかわれたりする場面」では知っている子どもの方が社会不安を喚起していた。こうした落差は、小学生よりも中学生において顕著であった。わが国においては SAD に似た病態として、古くから対人恐怖症の研究が行われてきているが、対人恐怖症では SAD との相違点として、不特定多数の人ではなく「半知りの人」を苦手とする点などが挙げられている(笠原, 1977)。知っている人の方が社会不安を喚起する場面が存在することは、本邦においてこうした対人恐怖心性がすでに児童青年期から見られることを示唆するものである。中学生で顕著に見られるという本研究の結果は、対人恐怖症心性が中学生・高校生でピークを迎えるという先行研究の報告とも一致しており(鍋田, 1997)、今後諸外国との比較を含め、更なる検討を重ねる必要がある。

小学生データでは大人の方が社会不安を喚起する場面と、知らない同年代の方が社会不安を喚起する場面がほぼ同じ割合で見られたが、中学生データでは大人に対する社会不安よりも、同年代の知らない子どもに対する社会不安が顕著であった。このことは、年齢が上がるにつれて大人の日常生活に占める相対的地位が下がり、同年代との関係が大切になってくることを反映したものと考えられる。すなわち、年長の子どもを対象とした介入においては、大人よりも同年代の子どもとの関係に焦点を当てるべきことが示唆される。

項目別の検討では、項目6「誕生日会や学校など、人が集まるところにいるのがとてもこわくて、はやく家に帰ってしまう」に「ときどきそうだ」と答えた児童生徒の社会不安は、小学生・中学生ともに非常に高いことが示された。本サンプル中にはこうした場面を「いつも避ける」と答えた子どもはおらず、当該項目が極度の不安を持つ対象者においてのみ有効であることが示唆された。同様に、項目22「誰かと話しているとき、声が出なかったり、変な声になったりする」に対して「いつもそうだ、またはだいたいそうだ」と答えた児童生徒は学年に関わらず極端に少なく、全被験者の中でも最も高い社会不安を持つことが示された。逆に、項目13「『あなたの考えはまちがっている(または、よくない)』と言われたら、自分の思っていることを言うのが怖くなる」は小学生において、また項目24「ほかの人たちといるとき、嫌な考えが浮かんでくる」は中学生において、最も頻繁に見られる症状であることが明らかにされた。このことから、高い社会不安を示す子どもが報告する症状は学年に関係なく一致するが、多くの子どもに見られる症状は年齢とともに変化することが伺えた。特に、中学生に多く見られた嫌な考えが浮かんでくるという認知的症状は、一定レベルの認知発達を要するものであることから(Quakley, Coker, Palmer, & Reynolds, 2003), 対象者の年齢によって社会不安の発現の仕方が異なる可能性が示された。

こうした認知発達の影響性は、中学生データにおいて識別力が高かったことや、小学生データで b_0 が低く、中学生データで b_2 が低かったことにも反映されていると考えられる。識別力の高さは、ある項目が特定のレベルの社会不安を持つ対象者において、不安を正確に弁別できることを示している。すなわち、本研究の結果は、認知発達が進んだ中学生の方が、社会不安項目に特異的に反応していることを示している。また、小学生データにおける b_0 の低さは、「ほとんどない、または、まったくない」と「ときどきそうだ」の境界域が低いことを表すものである。小学生では不安な場面

とそうでない場面の弁別が不明瞭であるため、多くの子どもが幅広い社会的場面において不安反応を示したものと考えられる。一方、b2 においてはこの関係性が逆転し、中学生データの値が小学生データよりも低いことがわかる。つまり、中学生は「ほとんどない、または、まったくない」もしくは「いつもそうだ、または、だいたいそうだ」の反応を示しやすいことが表された。このことから、中学生では社会的な場面に対する不安が、認知発達に応じて次第に強まっていく群と、減弱していく群という二極化が進む可能性があることが示された。全体的な社会不安のレベルも中学生において高く、介入を行う際には小学生よりも中学生を対象とした方が高い効果が得られることが示唆された。

第2節 シナリオ呈示課題を用いた検討

(1) 目的

前節では、本邦の子どもに対して SPAI-C を実施し、社会不安症状の頻度や分布などの特徴を詳細に記述した。その結果、社会不安の生じ方には対象者の年齢の影響性があることが示された。例えば、中学生においてはいわゆる対人恐怖心性が小学生よりも強く見られることや、大人よりも友だちとの関係において社会不安を感じやすくなること、認知的な症状の頻度が高まることなど、対象者の年齢による差異が認められた。こうした差異の背景には、本章1節でも述べたように認知発達が作用していることが考えられる。

従来、成人の SAD の認知モデルでは、SAD の人がそうでない人と比べて社会的な場面を脅威的に解釈することが示されてきた (Clark & Wells, 1995)。また、そうした出来事の生起確率を高く見積もり、対処可能性を低く見積もることも報告されてきた (Lucock & Salkovskis, 1988)。そして、これらの認知バイアスの結果として、ネガティブな考えや場面の回避などの認知的・行動的症状が生じると考えられてきた (Rapee & Heimberg, 1997)。

しかし、児童青年期においては認知発達が未成熟であるために、上述のようなプロセスを経て認知的・行動的症状が生じるかについては未だはっきりとした知見が得られていない。特に社会不安は自己意識の成熟などと密接に関連していることから (Buss, 1986)、その発生には一定の認知的基盤が必要であると考えられており (Westenberg et al., 2004)、他の不安障害と比較して発症年齢が遅いことも指摘され

ている (Last, Perrin, Hersen, & Kazdin, 1992)。一方で、行動抑制 (behavioral inhibition) や選択性緘黙に代表されるように、社会的な場面における行動上の変化は、幼児期早期から見られることが示されている (Black & Uhde, 1995; Kagan, Reznick, & Snidman, 1988)。児童青年期における認知バイアスの存在を検討することは、本章 1 節で扱った症状そのものの記述的理解とは別に、症状が維持される過程の理解につながるため、介入プログラムの開発に有効な知見をもたらすものと考えられる。

これまで、不安の高い子どもの認知バイアスを測定した研究においては、ドットプロブ課題 (Waters, Lipp, & Spence, 2004) やストループ課題 (Kindt, Brosschot, & Everaerd, 1997)、表情検出課題 (Simonian, Beidel, Turner, Berkes, & Long, 2001)、同音異義語課題 (Taghavi, Moradi, Neshat-Doost, Yule, & Dalgleish, 2000) など、さまざまな手法が用いられてきた。中でも、不安場面に関するストーリーを示し、その場面における考えや脅威度を尋ねるシナリオ呈示課題は、ドットプロブ課題やストループ課題等と比べて、現実場面に近い状況における反応が観察できることから、多くの研究で採用されている。

Barrett, Rapee, Dadds, & Ryan (1996) は不安障害の子どもを対象にシナリオ呈示課題を行った最初の報告である。この研究では、身体的な脅威と社会的な脅威に関する 12 の場面を呈示し、それぞれに対して自由記述および多肢選択による解釈を求め、各場面での対処方略を尋ねている。その結果、不安障害の子どもは反抗挑戦性障害の子どもや診断のつかない子どもと比べて、あいまいな場면을脅威的に解釈しやすく、回避的な対処を取りやすいことが明らかにされた。同様の研究は Chorpita, Albano, & Barlow (1996) によっても行われ、特性不安と脅威的な解釈や場面における対処には相関があることが示された。また、Shortt, Barrett, Dadds, & Fox (2001) においても、不安障害の子どもはあいまいな状況を脅威的に解釈することが確認された。

Bögels & Zigterman (2000) は「脅威性の過大評価」と「対処可能性の過小評価」という観点から、SAD、分離不安障害、全般性不安障害の子どもを外面化障害 (externalizing disorders; ここでは行為障害、ADHD など) の子どもおよび一般児童と比較した。その結果、不安障害の子どもは、不安場面でネガティブな考えを多く持ち、そうした場面に対する対処可能性を低く見積もることが示された。しかし、脅威度の評定については、自由記述と多肢選択の結果が一致せず、はっきりとした結論

が導かれなかった。

上記の研究はすべて不安障害全般を対象としたものであるが、社会不安との関連性に限定してシナリオ呈示課題を実施した研究も報告されている。例えば、Muris, Merckelback, & Damsma (2000) は SAD の子どもが一般児童と比べて脅威性を知覚する閾値が低く、脅威度の判断をするまでに要する時間が少なく、ネガティブな感情や考えを多く持つことを報告している。また、Rheingold, Herbert, & Franklin (2003) は社会不安の高い子どもがそうでない子どもと比べて社会的な出来事の生起確率とコストを過大評価することを明らかにしている。こうした研究結果は、認知発達が未成熟であるとされる児童青年期においても、成人の SAD で観察されるような認知バイアスが作用し、ネガティブな考えや対処方略が生じることを示唆するものである。

しかし、これまでの研究の問題点として、2つの点が挙げられる。第1は、シナリオ呈示課題を用いた多くの研究で、場面の特徴が従属変数に及ぼす影響性を検討しておらず、呈示されたすべての場面の平均値を用いて解析が行われてきた点である。このため、子どもにとってどの場面が特に脅威的か、また場面によって生起する考えや対処可能性が異なるかなどの情報が得られてこなかった。第2は、認知バイアスに関する研究の多くで、認知的変数のみが測定され、その結果として行動にどのような変化が現れるかが測定されてこなかった点である。特に社会不安においては認知的症状が顕著であっても回避行動を取らない一群が存在することが指摘されていることから(笹川・金井・陳・坂野, 2005), 一連の認知的プロセスの結果として生じている行動上の変化を記述することが非常に重要である。

そこで本研究では、社会的場面のシナリオ呈示課題を通じて、児童青年期の社会不安の認知的・行動的特徴を明らかにすることを目的とした。先行研究の結果を踏まえ、社会不安の高い子どもは社会的な場面においてネガティブな出来事の生起確率を高く見積もり、場面の脅威度を高く捉え、自らの対処能力を低く評価し、ネガティブな考えを多く持ち、回避的な対処を取りやすいという仮説を検討した。

(2) 方法

本章1節で対象とした首都圏近郊の公立学校に通う小学5年生592名(男子305名, 女子287名)および中学2年生467名(男子230名, 女子236名, 無記入1名)に協力を依頼した。先の日本語版 SPAI-C を用いた調査と平行して、学級担任の立会い

のもと、クラス単位で調査を実施した。

調査協力者には、先行研究をもとに作成した社会的な場面に関するシナリオを呈示した。先行研究で用いられた社会的場面の内容を Table 3-5 に概観した。シナリオは他の子どもや大人との「対人交流場面」と、課題の発表やスピーチなどの「パフォーマンス場面」の2つに大別された。本研究では、これらの場面の多くに共通する要素（対人交流場面においては「はじめての日」「複数の子どもといる」、パフォーマンス場面においては「前に立つ」「みんなが見ている」など）は変えず、文脈のみを改変する形で、日本の学校においても経験可能な場面を設定した。さらに、本章1節において、「無視される場面」では「知っている子ども」の方が社会不安を喚起することが明らかにされた。この場面はわが国で伝統的に研究されている対人恐怖心性を表すものであると考えられたことから、「自分が教室に入っていくと、友だちの話が途切れる場面」を加え、合計3つのシナリオについて検討を行った。本研究で用いたシナリオの内容は Table 3-6 のとおりであった。

それぞれの対象者に3つのシナリオのうち、いずれかの場面を無作為に割り付けた。各場面がネガティブな感情を喚起する程度を調べるため、「不安だ」「恥ずかしい」「みんなに対して申し訳ない」「イライラする」「悲しい」「寂しい」「自分のせいだと思う」「心配だ」の8項目の評定を5件法（1 - まったくそうでない、2 - あまりそうでない、3 - どちらでもない、4 - 少しそうだ、5 - とてもそうだ）で求めた。その後、それぞれの場面の主観的生起確率と脅威度、対処可能性の評定を4件法（得点可能範囲：0 - 4点）で尋ねた。さらに、呈示された場面でどのようなことを考えるか、どのような対処をとるかについて、自由記述による回答を求めた。使用した調査票は本章1節で用いた日本語版 SPAI-C とともに付録1として末尾に付した。

自由記述は意味単位ごとに区切り、考えは「ポジティブ」「ネガティブ」「ニュートラル」の3カテゴリ、対処は「向社会的」「回避的」「攻撃的」「その他」の4カテゴリに分類した。カテゴリの分類基準は Barrett et al. (1996) ,Chansky & Kendall (1997) , および Shortt et al. (2001) に従った。分類基準と回答例を Table 3-7 に示した。カテゴリの評定は対象者の属性を知らされていない、臨床心理学を専攻する2名の大学院生によって行われた。SPAI-C の被験者母数（ ）の値が1以上の者を社会不安高群（以下 H 群）、-1以下の者を社会不安低群（以下 L 群）とし、両群において主観的生起確率・脅威度・対処可能性・考え・対処の各変数に差が見られるかを検討した。

Table 3-5 先行研究で用いられた社会的場面のシナリオ

論文	場面
Barrett, Rapee, Dadds, Ryan (1996)	<ul style="list-style-type: none"> ・ある日学校で大好きな本がなくなり、クラスメートのかばんの中にそれとよく似た本が入っているのを見つける場面 ・校長先生が校庭を歩き回り、自分のことを探しにくる場面 ・友だちの家に泊まりに行くと、友だちの両親がずっと機嫌が悪い場面 ・他のクラスの子もたちがゲームをしていて、仲間に入れてもらおうと近づくと、彼らが笑っているのが聞こえる場面 ・4時にパーティーをやるかと友だちを招待したら、30分たっても誰も来ない場面 ・クラスの前で発表をしたら、後ろの方に座っている2人の子が笑っている場面
Bögels & Zigterman (2000)	<ul style="list-style-type: none"> ・習い事(男児ならフットボール、女児ならジャズバレー)のはじめての日に着替えをしに行くと、8人くらいの知らない子どもの集団がこっちを見ている場面 ・来週は自分の誕生日なので、誕生日会に招待したい子どものリストを作成し、休み時間に誘いたい子たちのグループに近づいていく場面 ・缶入りスープを買ってくるように母に頼まれ、缶を取ろうとしたところ、山積みになっていたのが崩れ落ちてきてしまい、買い物客の注目を浴びてしまう場面
Chorpita, Albano, & Barlow (1996)	<ul style="list-style-type: none"> ・他のクラスの子もたちがゲームをしていて、仲間に入れてもらおうと近づくと、彼らが笑っているのが聞こえる場面
Field, Hamilton, Knowles, & Plews (2003)	<ul style="list-style-type: none"> ・全校生徒の前で人権に関する5分間スピーチをする場面 ・転校してきた初日にみんなと食堂に行くと、昼食がミートソーススパゲティで、みんなの前でこぼしたり汚らしく食べたりしてしまわないかと心配する場面 ・交換留学生の団体に学校の中を案内する場面
Magnusdottir & Smari (1999)	<ul style="list-style-type: none"> ・学校の友だちといるときに冗談を言うが誰も笑わない場面 ・友だちが陰で自分の悪口を言っていることがわかる場面 ・校庭にいるときに何人かの友だちが来て、秘密を他の人に教えたと、身に覚えのない非難をされる場面 ・自分の隣の席の友だちが、先生に席を替えてほしいとお願いしに行く場面 ・ある日学校に行くと、友だちに無視をされる場面 ・家庭の事情で宿題ができなかったことを先生に打ち明けたら、先生がその事情をクラスみんなに話してしまう場面 ・学校の課題を朗読するように言われ、クラスの前立つと誰かが大声で何かを言い、みんなが笑う場面
Muris, Merckelback, & Dansma (2000)	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の誕生日会に友だちを呼ぶために、休み時間に話しかける場面 ・学校から帰るとお客さん(男性1名、女性1名)が来ていて、母がコーヒーを取りに行く間、3人で待っている場面 ・スポーツのクラブに入り、はじめての日に着替えをしに入っていくと、知らない子どもが列に並んで待っている場面 ・幼稚園のときから知っている、苦手な子どもがクラスに新しく入ってきて、放課後いじめられる場面 ・学校の長期休みにキャンプに行くと、自分よりも少し年上の子どもの集団がこちらに近づいてくる場面 ・放課後、教室に残るように先生に言われ、来週みんなの前で簡単な発表をしてほしいと頼まれる場面 ・近所に同じくらいの年の異性の子どもが引越してきて、その子から一緒に遊ぼうと誘われる場面
Rheingold, Herbert, & Franklin (2003)	<ul style="list-style-type: none"> ・知っている人に無視される場面など、20のネガティブな社会的場面
Shortt, Barrett, Dadds, & Fox (2001)	<ul style="list-style-type: none"> ・Barrett et al. (1996)で用いられたものと同じ
Smari, Petursdottir, & Porsteinsdottir (2001)	<ul style="list-style-type: none"> ・同年代の子どもの集団に何かを言って笑われる場面など、5つの場面

Table 3-6 本研究で用いた社会的場面のシナリオ

場面	シナリオ
場面 1 対人交流場面	今日は転校して初めての登校日です。教室に入っていくと、生徒がすでに 8 人くらい来ていました。あなたが教室に入ると、みんながこっちをみています。知りあいはいません。
場面 2 パフォーマンス場面	国語の時間に、自分の書いた作文をみんなの前で読むように言われました。教室の前に立つと、みんながこっちをみているのがわかります。先生も、あなたが読みはじめるのを待っています。
場面 3 対人恐怖場面	休み時間に、何人かの友だちが集まって、楽しそうに話をしていました。自分が教室に入っていくと、話がとぎれました。話をしていた子の一人と、目が合いました。

Table 3-7 自由記述の評定におけるカテゴリーの分類基準と回答例

カテゴリ	基準	本研究中で得られた回答例
考え		
ポジティブ	課題や社会的交流、周囲の子どもに対するポジティブな考え、場面における不安を下げる働きを持つもの。	<ul style="list-style-type: none"> ・この人たちと友達になろう。 ・がんばろう！ ・話をおしえてもらおう。
ニュートラル	課題や社会的交流、周囲の子どもと直接関係のない考え、または感情価が不明瞭な考え、場面における不安を上げも下げもしないもの。	<ul style="list-style-type: none"> ・知らない人がいっぱいいるなあ。 ・さぁーて読むか。 ・なにを話しているのかな。
ネガティブ	課題や社会的交流、周囲の子どもに対するネガティブな考え、場面における不安を上げる働きを持つもの。	<ul style="list-style-type: none"> ・こわい。はずかしい。どうすればいいかわからない。 ・まちがえたら、からかわれたりするかもしれない。 ・もしかして、私をきらっているのかな？
対処		
向社会的	建設的な対処を促進するもの	<ul style="list-style-type: none"> ・「よろしく」と声をかける。 ・深こきゅうをする。 ・どうしたのかきく。
回避的	場面からの回避や逃避を示すもの	<ul style="list-style-type: none"> ・教室から出てにげる。 ・固まる。 ・しずかに席について、本を読む。
攻撃的	他人にとって脅威となりうる働きかけを示唆するもの	<ul style="list-style-type: none"> ・「なに見てんだよ」と言う。 ・人をにらんじったり。 ・少しおこりそうになる。
その他	上記3つのカテゴリーのいずれにもあてはまらないもの	<ul style="list-style-type: none"> ・なにもしない。

(3) 結果

自由記述に関する評定の一致率を見るために、係数を算出したところ、考えと対処でともに 0.71 という高い値が得られた。このことから、評定値は十分な信頼性を持つものと判断した。評定の一致しなかった箇所に関しては、先の 2 名の評定者と同様に、対象者の属性を知らされていない臨床心理学を専攻する大学院生を 3 人目の評定者とし、2 名以上の評定が一致したカテゴリを採用した。なお、3 名の評定がすべて異なっていた箇所はなかった。

本研究で用いた 3 場面の特徴を明らかにするために、多変量分散分析によってネガティブ感情の強さを場面間で比較した。ただし、以後の分析における多重比較はすべて Scheffe の方法を用いて行った。結果は Table 3-8 の通りであった。「不安」は対人交流場面で最も強く喚起された。設定したすべての場面について平均は 3 点台(「どちらでもない」の評定)であり、 $\pm 1SD$ が 2 - 4 点の範囲に入ることから、それぞれのシナリオは極端に不安を喚起することのない「あいまいな場面」であり、本研究の目的に適ったものであることが示唆された。また、欧米の先行研究において典型的な社会不安場面とされている対人交流場面とパフォーマンス場面においては「恥ずかしい」という感情が強かったのに対して、対人恐怖場面では「みんなに対して申し訳ない」「自分のせいだ」などの感情が他の場面と比較して顕著に見られたことから、場面の内容も測定目標に沿ったものであったことが伺えた。それぞれの場面における感情価の平均値と標準偏差を Table 3-9 に示した。

H 群と L 群における社会的場面の主観的生起確率と状況の脅威度、対処可能性を比較するため、群と場面を要因とする 2 要因の分散分析を行った。主観的生起確率と脅威度では群(生起確率: $F(1, 198)=22.06, p<.001$, 脅威度: $F(1, 201)=191.47, p<.001$)と場面(生起確率: $F(2, 198)=7.77, p<.01$, 脅威度: $F(2, 201)=8.59, p<.001$)の主効果が見られたが、交互作用(生起確率: $F(2, 198)=0.27, n.s.$, 脅威度: $F(2, 201)=0.53, n.s.$)は見られなかった。結果をそれぞれ Fig. 3-4, Fig. 3-5 に示した。一方、対処可能性に関しては Fig. 3-6 の通り、群 ($F(1, 201)=49.80, p<.001$) の主効果のみ有意であった。場面ごとの比較では、パフォーマンス場面の主観的生起確率が他の場面に比して高く、対人恐怖場面の脅威度が他の場面よりも強かった。

さらに、社会的な場面で浮かぶ考えと、そうした場面で取る対処方略の生起率の比較をするため、特定の対象者が各カテゴリの反応をそれぞれ何%ずつ示したかを算出

Table 3-8 場面ごとのネガティブ感情の生起

変動要因	従属変数	平方和	自由度	平均平方	F値	限界水準
場面	不安	42.66	2	21.33	12.24	0.000
	恥ずかしい	229.73	2	114.86	66.94	0.000
	申し訳ない	44.48	2	22.24	17.63	0.000
	イライラ	344.68	2	172.34	108.60	0.000
	悲しい	345.08	2	172.54	122.60	0.000
	寂しい	426.27	2	213.14	137.78	0.000
	自分のせい	190.13	2	95.07	73.34	0.000
	心配	30.53	2	12.27	7.20	0.001
e	不安	1774.87	1018	1.74		
	恥ずかしい	1746.87	1018	1.72		
	申し訳ない	1284.17	1018	1.26		
	イライラ	1615.53	1018	1.59		
	悲しい	1432.65	1018	1.41		
	寂しい	1574.73	1018	1.55		
	自分のせい	1319.55	1018	1.30		
	心配	2157.06	1018	2.12		
全体 (7)	不安	1817.53	1020			
	恥ずかしい	1976.59	1020			
	申し訳ない	1328.65	1020			
	イライラ	1960.20	1020			
	悲しい	1777.73	1020			
	寂しい	2001.00	1020			
	自分のせい	1509.68	1020			
	心配	2187.59	1020			

Table 3-9 場面ごとの感情価の平均値と標準偏差

	対人交流場面		パフォーマンス場面		対人恐怖場面	
	平均	SD	平均	SD	平均	SD
不安	3.64	0.07	3.16	0.07	3.31	0.07
恥ずかしい	3.36	0.07	3.47	0.07	2.40	0.07
申し訳ない	1.73	0.06	1.91	0.06	2.24	0.60
イライラ	1.89	0.07	1.69	0.07	3.03	0.70
悲しい	1.99	0.06	1.45	0.06	2.87	0.07
寂しい	2.67	0.07	1.39	0.07	2.83	0.07
自分のせい	1.74	0.06	1.64	0.06	2.62	0.06
心配	3.29	0.08	2.89	0.08	3.17	0.08

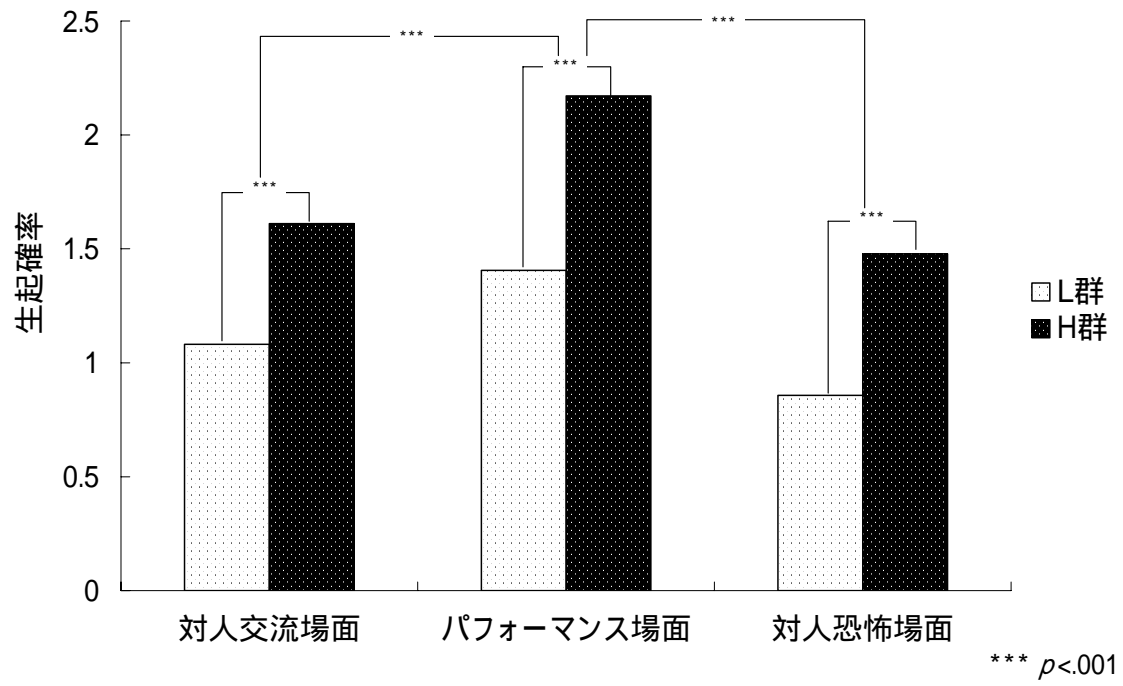


Fig. 3-4 主観的生起確率の評定

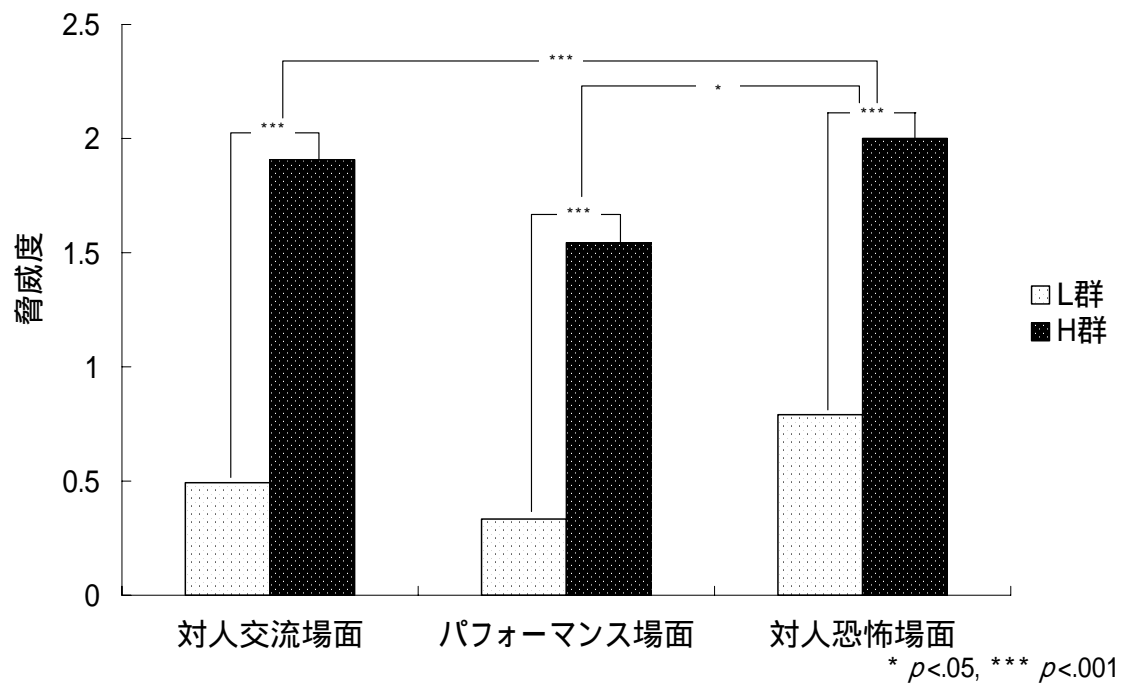


Fig. 3-5 脅威度の評定

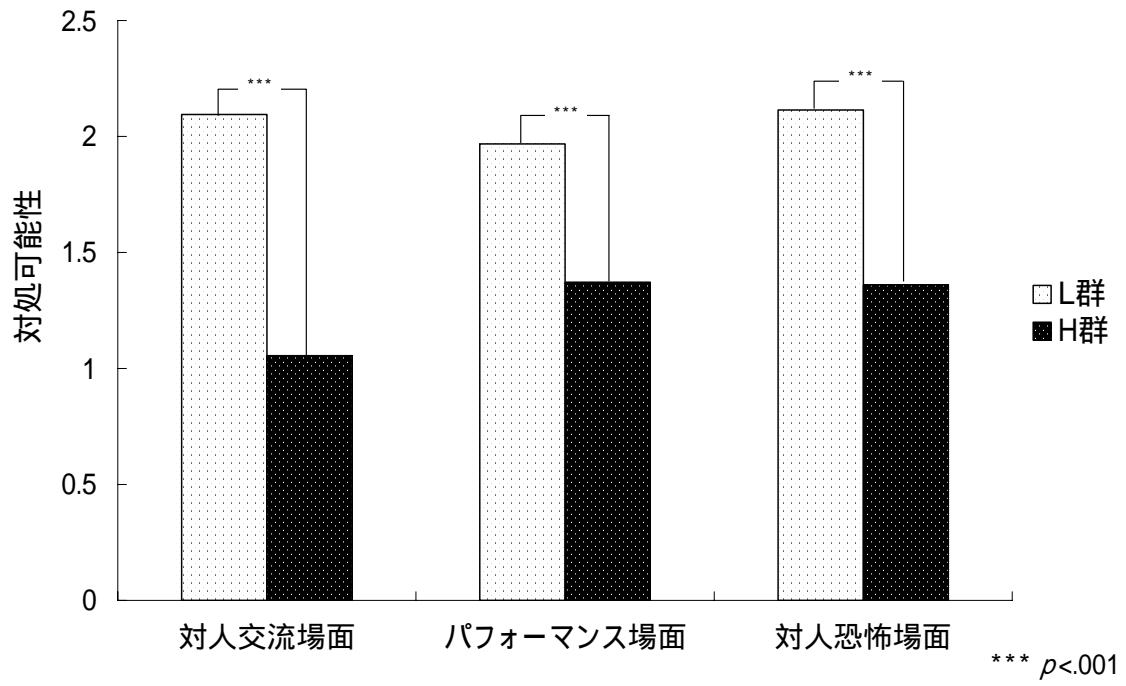


Fig. 3-6 対処可能性の評定

した。そして、カテゴリごとの反応の生起率を逆正弦変換し、群と場面を独立変数、「考え」の3カテゴリと「対処」の4カテゴリを従属変数とする多変量分散分析を行った。その結果、Fig. 3-7 および Fig. 3-8 の通り、どちらの指標においても群（考え： $F(3, 179)=11.56, p<.001$ ；対処： $F(4, 177)=6.78, p<.001$ ）と場面（考え： $F(6, 360)=2.32, p<.05$ ；対処： $F(8, 356)=2.76, p<.01$ ）の主効果が有意であり、交互作用（考え： $F(6, 360)=0.21, n.s.$ ，対処： $F(8, 356)=1.48, n.s.$ ）は検出されなかった。多重比較の結果、H群ではネガティブな考えが多く、ポジティブな考えとニュートラルな考えが少ないことが示された。また、H群はL群と比べて向社会的な対処を取ることが少なく、回避的な対処を取ることが多かった。場面の要因については、対人恐怖場面においてその他の場面よりもポジティブな考えが少なく、向社会的な対処の頻度が少なく、回避的な対処の頻度が高かった。一方、対人交流場面とパフォーマンス場面を比較すると、ネガティブな考えの発生率がパフォーマンス場面において高かったが、ポジティブな考え・ニュートラルな考えおよび4つの対処方略には差がなかった。

また、認知バイアスに対する学年と性別の影響性を見るために、学年と性別を要因、社会不安得点を共変量、脅威度と対処可能性を従属変数とする共分散分析を行った。脅威度では学年（ $F(1, 1033)=17.14, p<.01$ ）と性別（ $F(1, 1033)=8.65, p<.01$ ）の主効果が見られ、中学生よりも小学生において、また男子よりも女子において、社会的場面の脅威度が有意に高く評定されることが示された。対処可能性については、いずれの要因の効果も見られなかった。

主観的生起確率に関しては、共分散分析を行うための前提条件である回帰直線の平行性が満たされず、性別の要因で社会不安得点との交互作用が見られたため、男女別に学年と社会不安得点を独立変数、生起確率を従属変数とする回帰分析を行った。その結果、決定係数（ R^2 ）は男子データにおいて0.05、女子データにおいて0.07であった。学年の標準化係数は男子データにおいて-0.03（ $t=-0.74, n.s.$ ）、女子データにおいて-0.18（ $t=-4.00, p<.001$ ）であった。社会不安得点の標準化係数は男子データにおいて0.23（ $t=5.15, p<.001$ ）、女子データにおいて0.23（ $t=5.13, p<.001$ ）であった。このことから、女子においては学年が上がるにつれて社会的場面の主観的生起確率が下がるが、男子においてはそうした傾向が見られないこと、また男女どちらにおいても社会不安得点が高いほど生起確率を高く見積もっていることが示された。

さらに、考えと対処についても、学年と性別を要因とし、社会不安得点を共変量とす

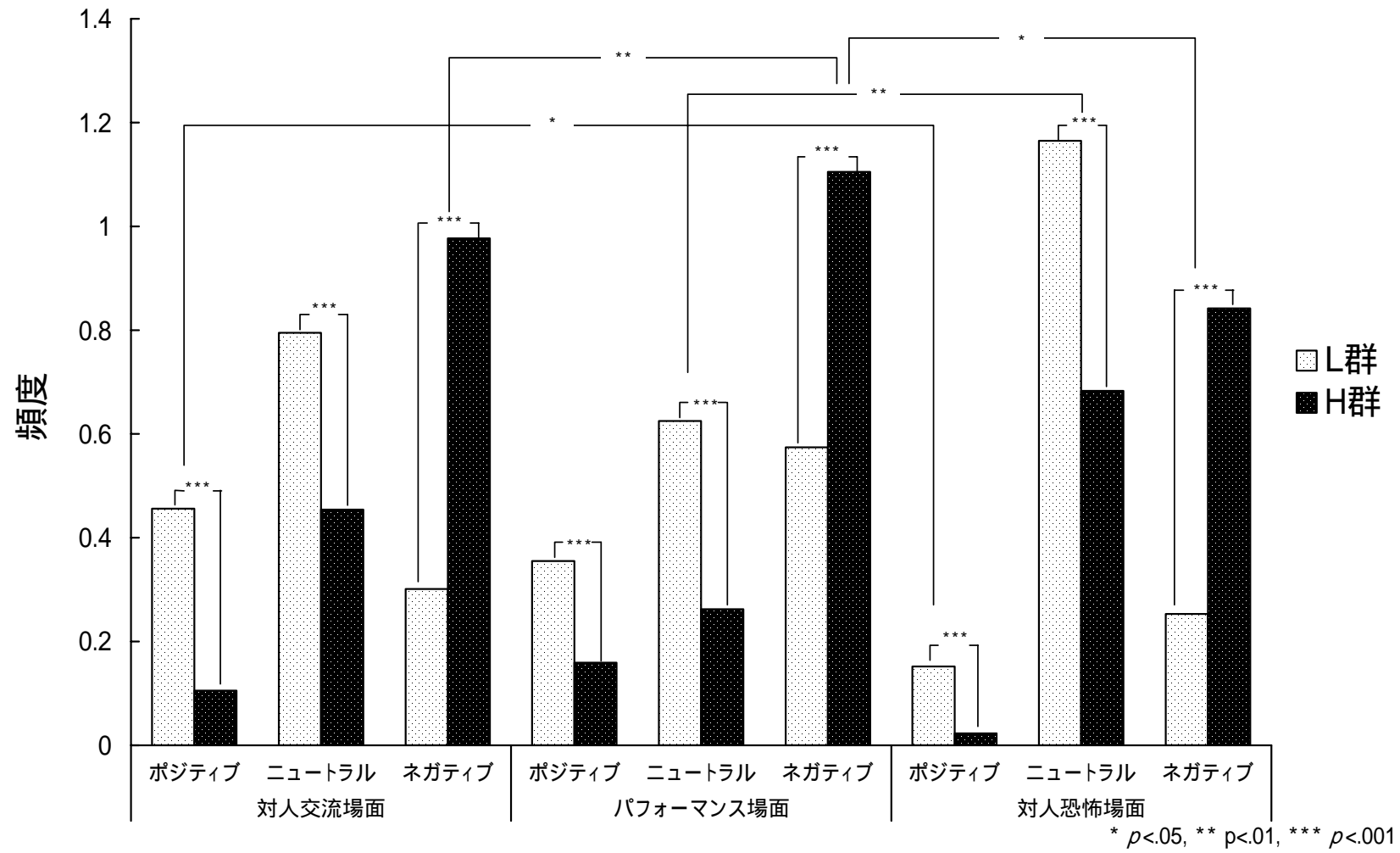


Fig. 3-7 H群とL群における考えの生起率

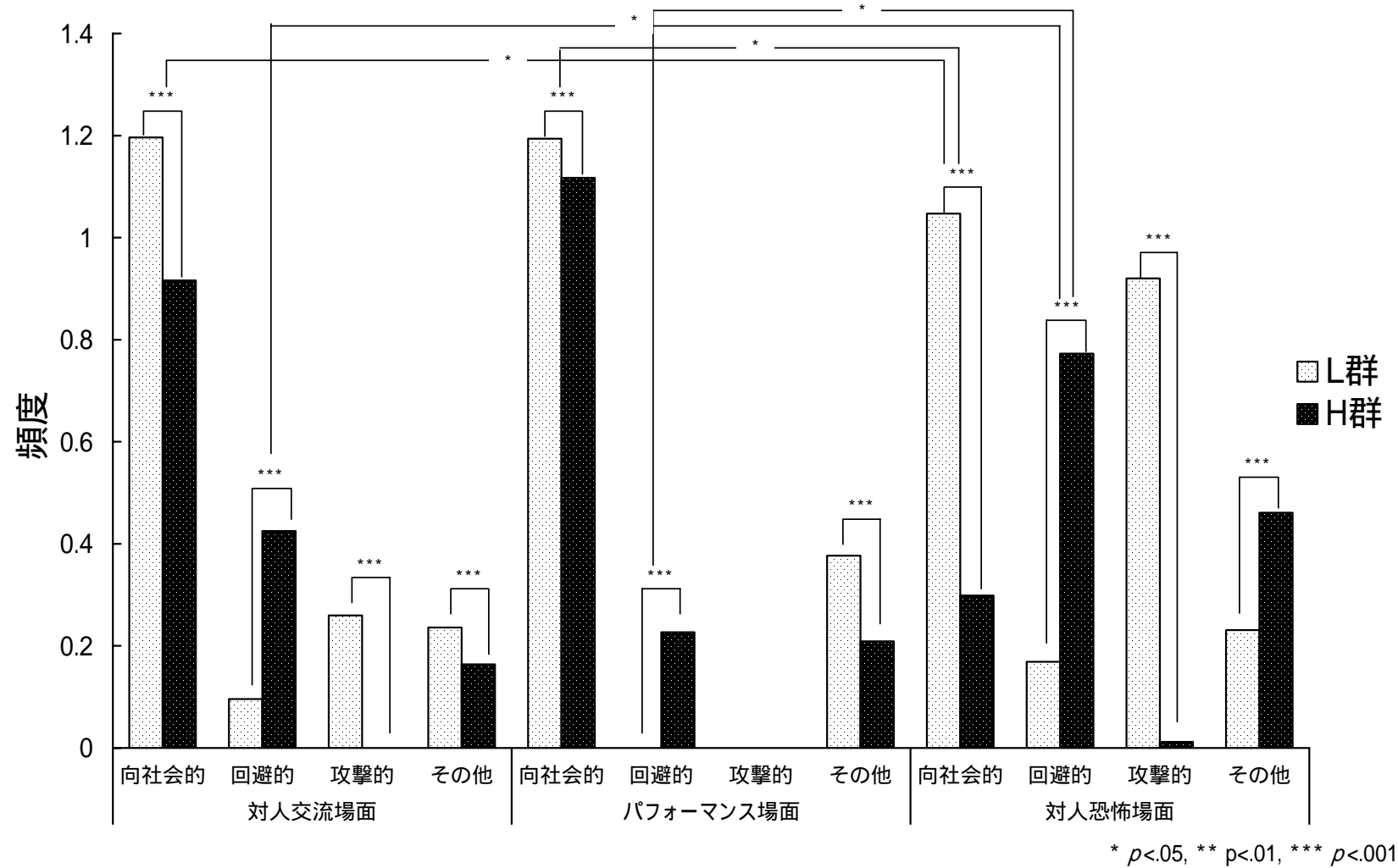


Fig. 3-8 H群とL群における対処の生起率

る多変量共分散分析を行った。その結果、考え(学年： $F(3, 932)=8.80, p<.001$ ，性別： $F(3, 932)=5.71, p<.01$)と対処(学年： $F(4, 925)=6.17, p<.001$ ，性別： $F(4, 925)=2.65, p<.05$)の両変数において、学年と性別の主効果が有意であった。多重比較の結果、ニュートラルな考えは小学生よりも中学生に多く、女子よりも男子に多く見られた。一方、ネガティブな考えは中学生よりも小学生に多く、男子よりも女子に多く見られた。対処に関しては、回避的な対処が中学生よりも小学生に多く見られた。また、「その他」カテゴリに分類される「何もしない」という回答が小学生よりも中学生において、女子よりも男子において多いことが示された。

(4) 考察

シナリオ呈示の結果、成人の社会不安に特徴的な認知バイアスは児童青年期においても見られることが示唆された。以下、5つの仮説ごとに考察を進めていく。

はじめに、仮説1のとおり、社会不安の高い子どもは、社会的場面の主観的生起確率を高く見積もっていることが明らかにされた。こうした傾向は他人と交流を持つ場面よりも、自らが人前で何かをするパフォーマンス場面において顕著であった。他人と交流する場面においては、相手の要因が作用するのに対して、パフォーマンス場面においては自らの能力が随伴する結果に直接的に影響するため、脅威の随伴を示唆する場面の主観的な生起確率が高くなるものと考えられた。つまり、社会不安の高い子どもは、実際のパフォーマンス場面に直面し、そこで起こったことに対する認知的な評価を下す以前に、すでにそのような場面に遭遇する確率を高く見積もっていることが示された。

次に、仮説2のとおり、社会不安の高い子どもは低い子どもと比べて社会的場面の脅威度を高く見積もることが示された。Muris et al. (2000) は、社会不安の高い子どもは脅威の閾値が低く、そうした刺激に対して選択的に反応することを示しているが、本研究の結果はこうした知見を裏付けるものであった。

社会的場面への対処可能性に関しても、仮説3のとおり、H群の子どもとL群の子どもにおいて差が見られた。H群の子どもは呈示された場面に対する自らの対処能力を低く見積もっていた。その他の認知的変数については場面ごとにも差が出たのに対して、対処可能性では場面間の差は見出されなかった。このことから、場面の生起確率や脅威度の判断は、状況要因(その場にいる人の数や、場面が構造化されているか否かなど)の影響を受けるのに対して、対処可能性では、こうした要因に関係なく一貫して「対処

できる」または「対処できない」という判断が下されていることが示された。このことは、換言すれば、克服しやすい場面に対する対処可能性の評価を上げることで、その他の場面に対する対処可能性の見積もりも改善できることを示唆するものである。

さらに、仮説4のとおり、社会不安の高い子どもは低い子どもと比べて、社会的な場面においてネガティブな考えを多く持つことが示された。加えて、ポジティブな考えやニュートラルな考えの生起率が低いという結果も得られた。Bögels & Zigterman (2000) は、SAD の児童と一般児童の間で、ネガティブな考えの生起率には差が見られたものの、ポジティブな考えの生起率には差がないという結果を得ている。Bögels & Zigterman (2000) では対照群となった一般児童が、DSM- (APA, 1994) の診断を満たさないことが研究への参加基準になっている。一方、本研究では一般児童の中でも特に社会不安の低い児童を対照群として選択的に抽出したため、結果に違いが出たものと考えられる。すなわち、社会不安の高い児童は社会的場面においてネガティブな考えを持ちやすいのに対して、社会不安の低い児童はポジティブな考えを持ちやすいという可能性が考えられる。また、Kendall & Chansky (1991) は、ポジティブな考えが生起しないことだけでなく、解釈全体に対するネガティブな解釈の占める割合が多いこと、つまりニュートラルな解釈が少ないことが不安障害の児童に特徴的であることを示している。本研究の結果はこうした先行研究の知見と一致するものである。このことから、Kendall & Chansky (1991) はネガティブな認知が生じないことへの力 (the power of non-negatives) の治療における有効性を論じている。

最後に、仮説5のとおり、社会不安の高い子どもは、実際に用いる対処方略も回避的であった。加えて、H群の子どもは向社会的な対処を取る率が低いことも示された。本研究においては場面における対処を尋ねたため、その場から立ち去るなどの対処が「回避的」とコーディングされたが、実生活においては、そもそもそうした場に身をおかない、すなわち場面そのものを避けてしまうという対処を取ることが考えられる。こうした傾向は、場面3の対人恐怖場面において顕著に見られた。このことより、社会不安の高い子どもは、自分が加害的にふるまってしまったかもしれないあいまいな場面において、状況の把握に努めようとはせず、ただそれ以上攻撃されることを避けるために回避的にふるまうことが示された。Arkin (1981) は、社会不安の高い人は社会的な場面におかれると自己呈示の方略を変え、良い印象を与えるのではなく悪い印象を与えないという方略を取ることが示しているが、向社会的な対処の減少と回避的な対処の増加は

こうした対処方略の変化を示しているものと考えられる。

以上をまとめると、社会不安の高い子どもは、社会的な場面にさらされる前から「きつと嫌なことが起こり、しかもそのコストは大きいだろう」と考えていることが明らかにされた。また、そうした場面に実際にさらされたときの対処可能性を低く見積もるあまり、回避してしまうことが示された。こうした結果は、幼児期に見られる「引っ込み思案」な行動様式を踏襲したのではなく、成人と同様の認知メカニズムが児童青年期においてすでに見られることを示唆するものである。すなわち、介入を行う際には、こうした非適応的な認知を変容させることにより、社会不安の維持要因を取り除き、長期的に効果を持続させられることが考えられる。また、回避的な対処方略に関しても、認知に働きかけることで向社会的な行動の生起確率を上げることができるものと思われる。一方で、自由記述の結果は非適応的な認知に起因する場面の回避だけでなく、Table 3-7 中の「固まる」「本を読む」などの回答に代表されるように、場面における不適切な対処の存在を示すものであった。このため、ただ認知を変容させるだけでは不十分であり、それとともに具体的な対処スキルを教授することの重要性が示唆された。以上のことから、介入においては認知的再体制化や社会的スキル訓練など、認知と行動の両方に働きかける要素を組み込む必要があると考えられる。

さらに、子どもの年齢が上がるにつれて、非適応的な認知は減っていくことが伺えた。脅威度、対処、考えの要因において、小学生よりも中学生のほうがより適応的な回答を示していた。こうした結果は社会不安を統制した上で得られたものであることから、認知発達が進むにつれて、非現実的な不安が減り、より現実的な解釈や結果予期ができるようになるものと考えられた。ただし、本章 1 節における社会不安得点の推移も考え合わせると、こうした変化はすべての子どもに起こるとは限らず、状況を客観的に整理し把握する力がつく一方で、一部の子どもにおいては、より破局的な認知が発達していくことが示唆された。つまり、社会不安症状を持つ子どもの割合は発達とともに減弱していくが、症状が残る子どもにおいてはそうした症状が慢性化・増悪し、その後疾患レベルの SAD にまで至ってしまうことが考えられる。このことから、介入を行う際には、集団全体に対する効果だけでなく、社会不安の特に高い子どもに対する有効性を示すことが重要であることが示唆された。

第4章 社会不安に対する早期介入・予防プログラムの作成と効果 検討

第1節 社会不安に対する早期介入・予防プログラムの実施

(1) 目的

第1章3節でも概観した通り、これまでの社会不安に対する介入研究では、さまざまな技法が用いられている。これらの手法は組み合わせて用いることで相乗効果を期待できるものである。また、学校で行う予防的な介入という観点からは、特定の児童生徒を抽出するものよりも、すべての児童生徒を対象に実施できる一次予防的なプログラムが望ましい。このことは、社会不安に対するスティグマや偏見を防止するのみならず、社会不安への対処スキルや対人関係能力を伸張するという教育上の目的にかなったものである。

しかし、特に本邦において、子どもの社会不安に対する体系的な介入プログラムは作成されておらず、社会不安を早期介入・予防という観点から検討した例も存在しない。学校等の教育機関では児童生徒の社会不安が不登校などの問題行動に結びつくケースが多く、教員の側も対応に苦慮していることが指摘されている（伊藤，2003）。効果的な介入技法が確立されれば、学校教育の枠組みの中で子どもの社会不安に適切に対処することが可能となる。

前章までの結果から、介入に対するいくつかの示唆が得られた。1点目は、介入を行う児童生徒の年齢に関するものである。SADの平均発症年齢とされる12.3歳前後の子どもを対象とした調査では、小学5年生（11歳）よりも中学2年生（13歳）において社会不安場面を詳しく弁別することが可能となっていた。全体的な社会不安のレベルに関しても中学生の方が高く、極端に高い特性値を持つ者が出現するのも中学生母集団においてであった。このため、小学生よりも中学生を対象としたほうが介入の効果は大きいことが予想される。

2点目は、介入の内容に関するものである。第1章3節でも概観したとおり、社会不安に対する介入としてはリラクゼーション法やエクスポージャー法、社会的スキル訓練など様々な技法が組み合わせて用いられるが、本研究の第3章1節では、身体的な症状に対する介入技法が必要となることが示された。また、同章2節では、非適応的な認知に働きかけるための認知的再体制化と、適応的な対処方略を教えるための社

会的スキル訓練が必要であることが示唆された。

以上の点を踏まえて、本節では社会不安に対する早期介入・予防プログラムを作成し、実施前後の効果を検討することを目的とする。なお、プログラムは学校における学級単位の集団介入という形式で実施する。

(2) 方法

対象者

首都圏近郊の公立 A 中学校の中学 1 年生 1 学級 30 名 (男子 15 名, 女子 15 名), 中学 2 年生 1 学級 33 名 (男子 18 名, 女子 15 名) を対象とした。対象学年の選定にあたっては、大多数の子どもが社会不安を理解・弁別できる、小学生よりも平均的な社会不安が高い、1 年間の追跡調査を実施することが可能、という 3 点を考慮に入れた。

実施時期

プログラムは 2005 年 7 月 4 日から 7 月 19 日にかけて行った。

手続き

臨床心理学を専攻する大学院生 4 名による計 3 時限 (各 45 50 分) の心理支援プログラムを学級単位で実施した。プログラムの実施間隔は約 1 週間であり、3 週間の期間内にすべての授業を行った。プログラムの実施にあたっては、児童生徒の人権の尊重に最大限配慮し、早稲田大学人間科学学術院研究倫理委員会の承認を受けて行った。特に、本研究における対象者は疾患レベルの SAD を持つ児童生徒ではなく、プログラムの実施形態も学級に対する一斉介入という形式を用いたため、社会不安はすべての子どもが感じる自然なものであることを強調し、それが必要以上に高まった際のコントロール方略として支援内容を位置づけた。

プログラムは、リラクゼーション法、社会的スキル訓練、認知的再体制化の要素を組み合わせ構成した。それぞれの構成要素の具体的な内容は Albano et al. (1995) の Cognitive-Behavioral Group Treatment for Adolescents (CBGT-A), Beidel et al. (2000) の Social Effectiveness Therapy for Children (SET-C), Barrett et al. (2000) の FRIENDS プログラム, Spence et al. (2000) の認知行動プログラムなどを参考に作成した。実施されたプログラムの内容は Table 4-1 の通りであった。第 1 回目のプログラム実施前 (以下 pre 期とする) と第 3 回のプログラム実施後 (以

Table 4-1 プログラムの内容と構成

小タイトル	ねらいと内容
対人不安とは？ (心理教育 +リラクゼーション法)	対人不安が起こる場面について話し合い，身体の緊張をほぐす練習を通じて，そうした不安が克服できることを知る。
上手になるためのコツ (社会的スキル訓練)	会話場面や発表場面など，誰もが不安を感じる場面での「ポイント」を学び，上手にできるコツを，ゲームを通じて練習する。
考え方に注目しよう (認知的再体制化)	「絶対に失敗してはいけない」「この子に嫌われたらおしまいだ」というような極端な考え方について，「別の考え方はできないか？」と捉えなおすことで，不安が下がることを感じる。

下 post 期とする)にアセスメントを行った。なお、全3回の授業で使用した学習指導過程を付録2、プログラム中で用いた資料を付録3、アセスメントに用いた調査票を付録4として末尾に付した。

プログラム実施前後の変化を検討するため、pre 期と post 期の日本語版 SPAI-C 得点、中学生用社会的スキル尺度得点、および第3章2節で用いたシナリオ呈示課題を比較した。post 期にはプログラム内容の理解度やプログラムに対する関心の程度についての自己評定を求めた。さらに、3回のプログラムのうち、最もおもしろかった回、最もつまらなかった回、プログラム全体を通じての感想を尋ねた。

調査材料

日本語版 Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C; 石川他, 2004)

子どもの社会不安測定尺度として用いた。なお、第3章1節の結果を踏まえ、Fig. 3-1の3因子に高く負荷した項目をそれぞれ抽出し、11項目からなる短縮版を作成した。解析には項目反応理論を用いることによって、測定精度を向上させるだけでなく、第3章1節の結果と得点を直接比較可能にした。このことによって、介入のための時間を大きく削ることなく、26項目すべてを実施した場合とほぼ同等の情報を得ることが可能となった。

中学生用社会的スキル尺度(嶋田, 1998)の「向社会的スキル」および「引っ込み思案行動」下位尺度

子どもの社会的スキルの測定に用いた。25項目4件法(「1 全然あてはまらない」「2 あまりあてはまらない」「3 すこしあてはまる」「4 よくあてはまる」)の尺度である。「向社会的スキル」「引っ込み思案行動」「攻撃的行動」の3因子から構成されるが、第3章2節で「攻撃的行動」の発生頻度が低いことが示されたことから、本研究では児童生徒の回答の負担を抑えるために、「向社会的スキル」(10項目)と「引っ込み思案行動」(8項目)の2因子のみを測定した。第3章2節で用いたシナリオ呈示課題のうちの「対人交流場面」を用い、介入前後の変化を測定した。呈示された場面でどのようなことを考えるか、どのような対処をとるかについて、自由記述による回答を、さらにそうした状況の主観的生起確率、脅威度、および対処可能性について4件法による評定を求めた。

分析方法

分析は第3章1節と同様に項目反応理論を用いて行った。項目母数には第3章1節で求められた中学生データの等化後の推定値を用いた。これより、被験者母数の推定を行い、プログラム実施前後の社会不安の変化を検討した。

シナリオ呈示課題に関しては、第3章2節と同じ手順で解析した。自由記述のうち、考えはポジティブ、ネガティブ、ニュートラルの3カテゴリ、対処は向社会的、回避的、攻撃的、その他の4カテゴリに分類した。カテゴリの評定は対象者の属性を知らされていない心理学を専攻する2名の大学院生によって行われた。評定の一致率を見るために係数を算出したところ、考えで0.71、対処で0.79という高い値が得られた。このことから、評定値は十分な信頼性を持つものと判断された。

(3) 結果

児童生徒の心理支援プログラム前後の社会不安得点を比較したところ、post期には社会不安が有意に低くなっていた($t(62)=2.10, p<.05$; Fig. 4-1)。また、社会不安得点が ≥ 1.00 以上であった高特性者においても、post期の社会不安得点は有意に低かった($t(14)=2.40, p<.05$; Fig. 4-2)。このことから、本研究で作成した心理支援プログラムによって、学級全体の社会不安レベルを低減させるだけでなく、学級中の高特性者の社会不安に対しても効果的に働きかけられることが明らかにされた。

一方で、中学生用社会的スキル尺度に関しては、有意な変化が見られなかった(向社会的： $t(59)=1.56, n.s.$ ；引っ込み思案： $t(59)=0.07, n.s.$)。学級全体の社会的スキルにおいては天井効果が観測されることが多いため(江村・岡安, 2003)、向社会的スキルの得点が平均値の1SD未満、引っ込み思案行動の得点が平均値の1SD以上の社会的スキル低特性者においても変化を検討したが、プログラム実施前後で有意差は見出されなかった(向社会的： $t(6)=-1.30, n.s.$ ；引っ込み思案： $t(9)=0.83, n.s.$)。

社会的な出来事の主観的生起確率および脅威度については、有意な変化が見られた(生起確率： $t(61)=3.85, p<.001$ ，脅威度： $t(61)=2.15, p<.05$)。生起確率の評定の変化をFig. 4-3に、脅威度の評定の変化をFig. 4-4にそれぞれ示した。一方、対処可能性に関しては変化が認められなかった($t(60)=-0.19, n.s.$)。また、社会的な場面におけるネガティブな考えや回避的な対処の生起確率をカイ2乗検定によって比較したと

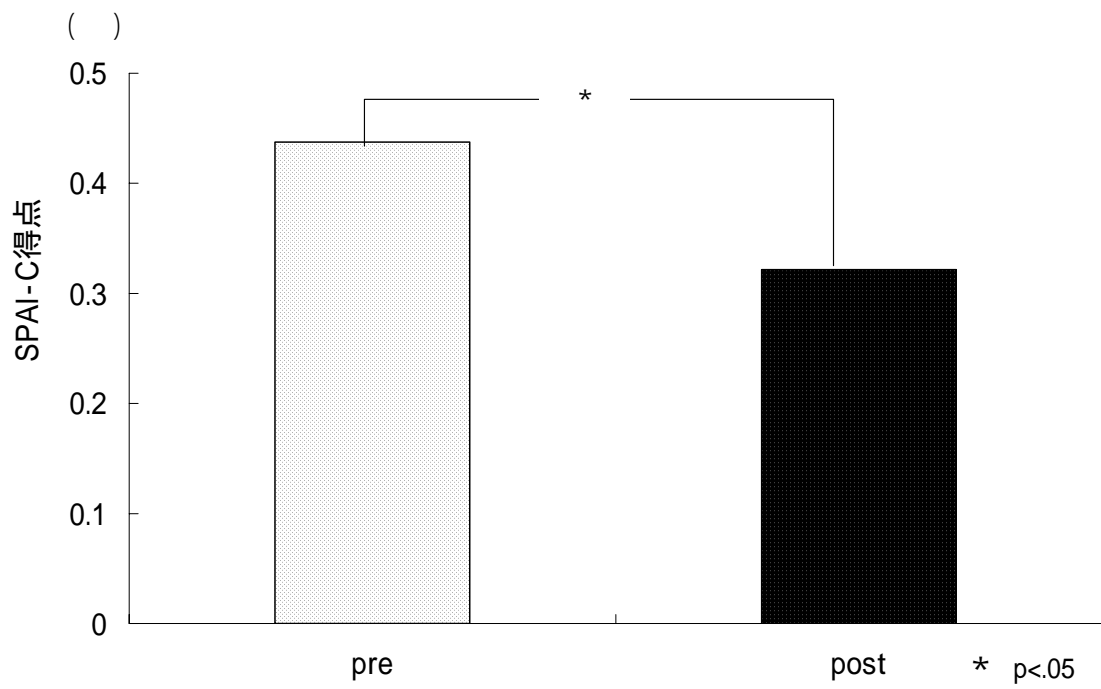


Fig. 4-1 プログラム実施前後における学級全体の SPAI-C 得点の変化

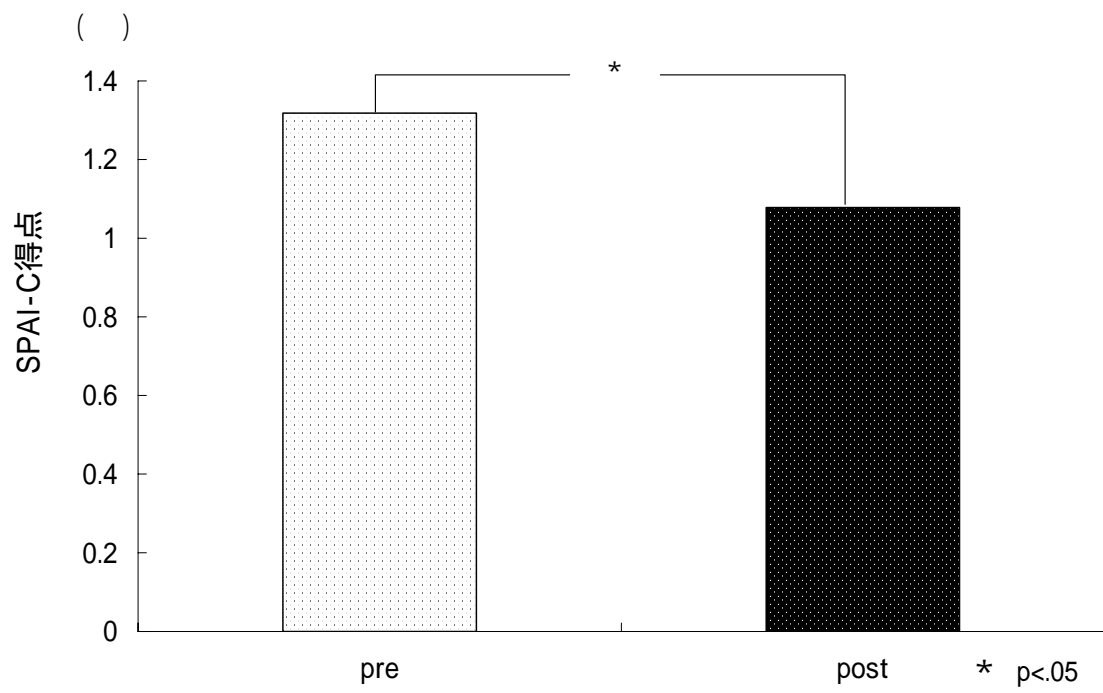


Fig. 4-2 プログラム実施前後における高特性者の SPAI-C 得点の変化

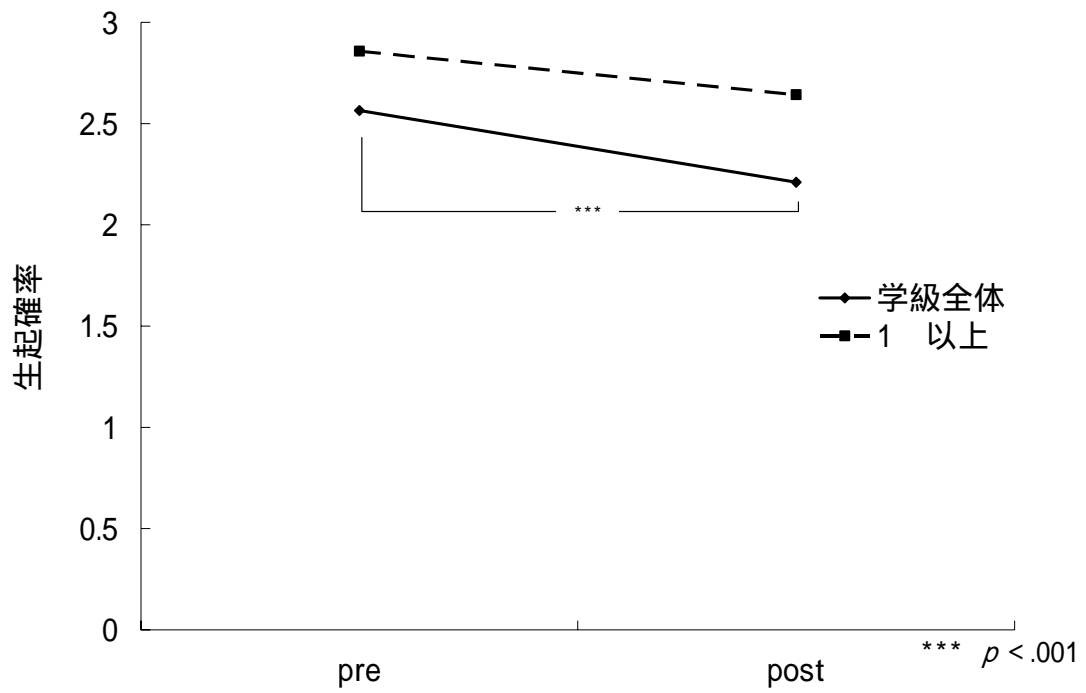


Fig. 4-3 プログラム実施前後におけるシナリオ呈示課題の主観的生起確率の変化

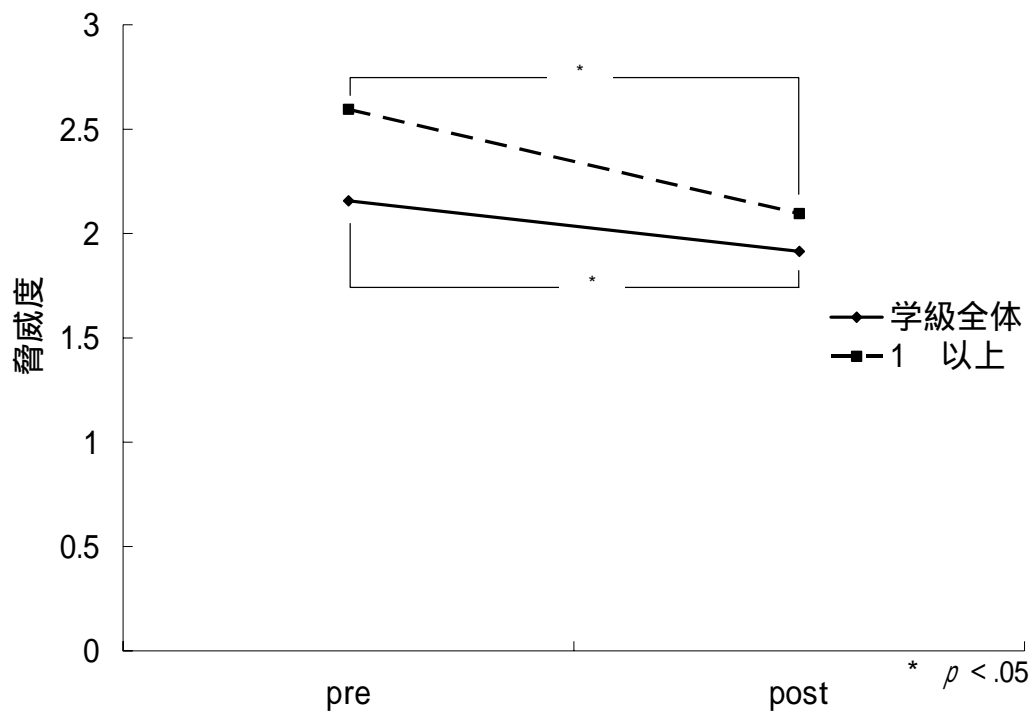


Fig. 4-4 プログラム実施前後におけるシナリオ呈示課題の脅威度の変化

ころ、有意な差は見出されなかった（考え： $\chi^2(2) = 3.07, n.s.$ ；対処： $\chi^2(2) = 1.43, n.s.$ ）。なお、本サンプルにおいて攻撃的な対処を回答した子どもはいなかった。

さらに、社会不安が特に高い子どもにおける変化を検討するために、プログラム実施前の SPAI-C 得点が ≥ 1.00 以上であった者についても同様の解析を行った。その結果、脅威度 ($t(13) = 2.48, p < .05$; Fig. 4-4) と考え ($\chi^2(2) = 17.63, p < .001$) において有意な変化が見られた。残差分析の結果、考えに関してはネガティブな内容が減り、ニュートラルな内容が増加していた。生起確率 ($t(13) = 1.15, n.s.$; Fig. 4-3)、対処可能性 ($t(13) = -0.14, n.s.$) および対処方略 ($\chi^2(2) = 0.10, n.s.$) については有意な変化が観測されなかった。

プログラムの理解の程度については、Fig. 4-5 のとおり、「すごくわかった」と回答した子どもが全体の 37%、「少しわかった」と回答した子どもが 53%、「あまりわからなかった」と回答した子どもが 5%、「まったくわからなかった」と回答した子どもが 5%であり、90%の子どもが「わかった」と回答していることが示された。同様に、プログラムを「すごく」または「少し」おもしろかったと評定した子どもは全体の 80% (Fig. 4-6) であった。すべてのプログラムの中で特におもしろかったと評価されたのは社会的スキル訓練であり、全参加者の 56%によって「最もおもしろかった回」として選ばれていた (Fig. 4-7)。また、最もつまらないと評価されたのは認知的再体制化であり、全参加者の 66%が「最もつまらなかった回」として選んでいた (Fig. 4-8)。プログラムの内容が「すごく」または「少し」役に立ちそうと評価した子どもは全体の 90% (Fig. 4-9)、今後プログラムで習ったことを「すごく」または「少し」使ってみたいと回答した子どもは全体の 93% (Fig. 4-10) であった。以上のことから、多くの子どもが心理支援プログラムの内容を理解し、興味を持って取り組んだことが示唆された。

自由記述の感想においても、「3日間色々な事を教えていただきありがとうございました。本当は、つまらない授業はありませんでした。楽しかったです。」「最初は、半信半疑でやっていたけど、次の日の発表の時にやってみたら、けっこうきいたの、うれしかったです。私は、緊張する場面が多いから、とても役に立ちました。」などの意見に代表されるように、楽しみながらプログラムの内容を習得し、実際に効果を実感できた様子が伺えた。なお、プログラムに対する児童生徒の感想はすべて原文のまま付録5として末尾に付した。

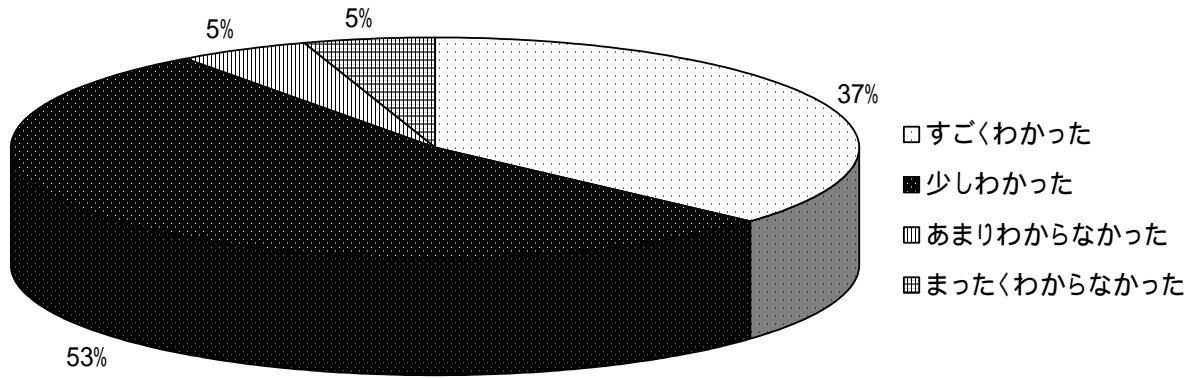


Fig. 4-5 プログラムの理解の程度

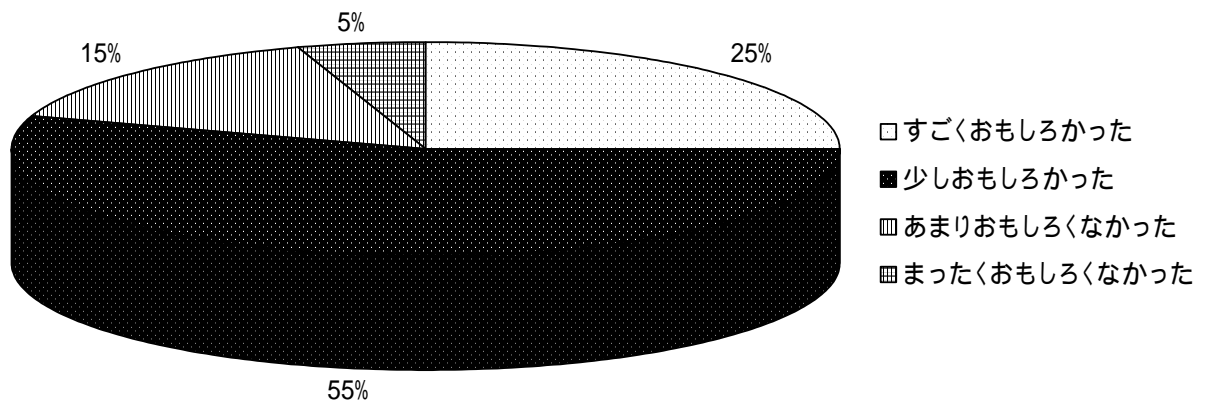


Fig. 4-6 プログラムのおもしろさ

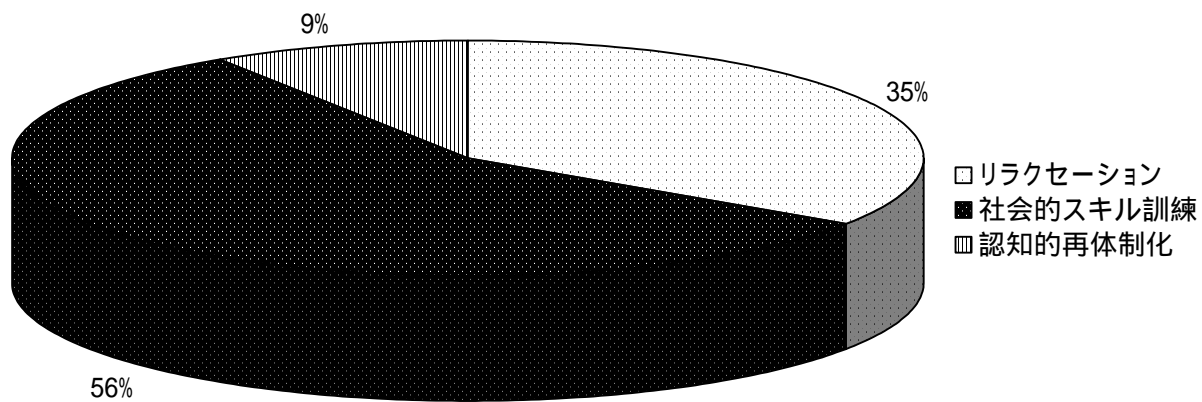


Fig. 4-7 最もおもしろかった内容

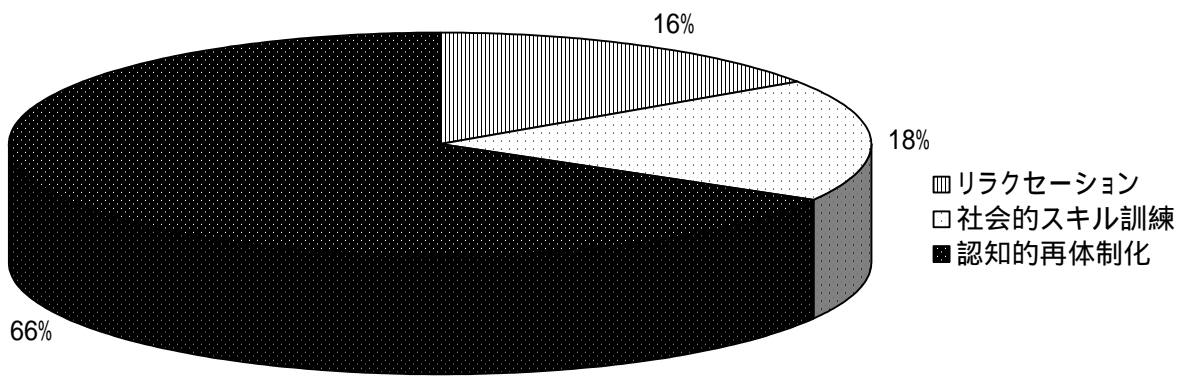


Fig. 4-8 最もつまらなかった内容

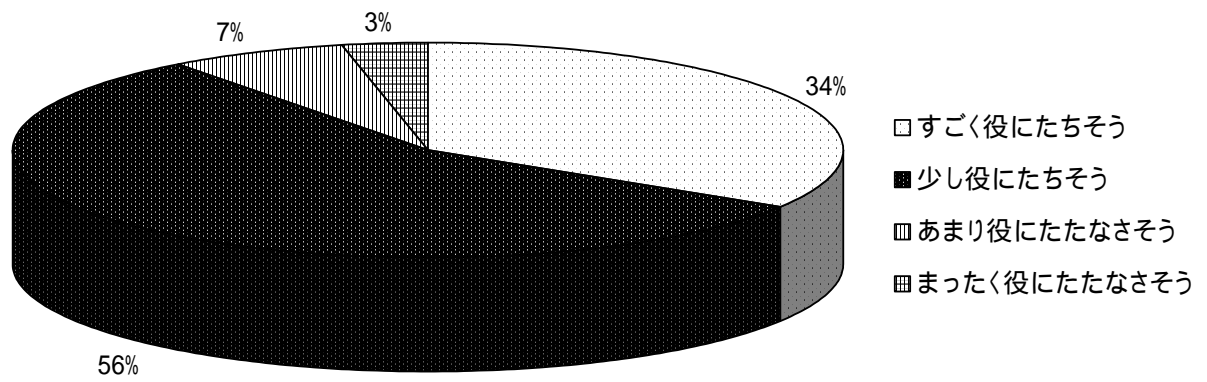


Fig. 4-9 プログラムの役立ち度の評定

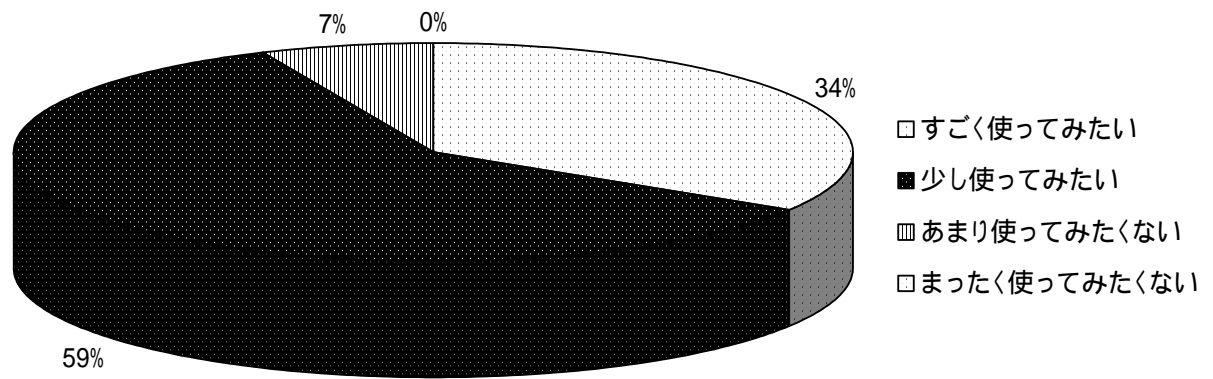


Fig. 4-10 日常生活でプログラムの内容を使用してみたいと思う程度

(4) 考察

児童生徒のプログラム実施後の社会不安得点は実施前と比べて有意に減少しており、第3章で示した中学生の平均である $d=0.31$ とほぼ同水準の $d=0.33$ まで下がっていた。一次予防に対する批判として、介入の対象が拡散してしまうため高特性者に対して十分な効果をもたらさないことがあるが、今回実施したプログラムでは社会不安の高い児童生徒においても、社会不安得点の有意な減少が認められた。本研究においては統制群の設定が行なえなかったため、結果の解釈に際しては留意する必要があるが、こうした結果は本プログラムが子どもの社会不安の低減に有効であることを示唆するものであった。

本研究で扱った認知的変数の中で最も一貫した変化が見られたのは場面の脅威度であった。学級全体でも、社会不安得点が $d=1.00$ を超える高特性児においても、プログラム実施後には呈示されたシナリオの場面を「危険だ」「怖い」「嫌だ」と評価する傾向が低下していた。さらに、学級全体では、こうした社会的出来事の主観的な生起確率も減少していた。このことから、本プログラムによって子どもが「社会不安場面はそれほど頻繁に起こらず、かつ遭遇した場合にもネガティブなことは起こらない」と考えるようになったことが示された。

上述の変化に加えて、社会不安得点が高かった子どもにおいては、ネガティブな考えの生起率が下がり、ニュートラルな考えの生起率が上がっていることが示された。Kendall & Chansky (1991) は、不安障害の児童においては、ポジティブな考えの生起率の低さよりも、ネガティブな考えの生起率の高さが特徴的であることを見出している。ネガティブな考えが減り、ニュートラルな考えが増えたことは、子どもが本プログラムを通じて、より現実的で脅威度の低い考えのレパートリーを身につけたことを示唆するものである。学級全体を対象とした分析ではこのような変化は観測されなかったが、本研究では一般児童を対象としたため、学級全体ではプログラム実施前からポジティブな考えを回答する子どもが多かった。つまり、考えにおける変化は高特性者においてこそ望ましい変化であることが伺える。第3章2節でも述べたとおり、認知バイアスは社会不安症状の維持に深くかかわっていることから、社会不安が高い子どもにおいてこうした変化が見られたことは、プログラムの効果の維持を促進することが期待される。

一方で、顕著な変化が見られなかった変数も存在した。例えば、社会的スキル得点

はプログラムの前後で変化しなかった。それに関連して、社会的な場面に対する対処可能性や、実際の対処方略の変数においても有意な変化が認められなかった。その理由としては、本研究で用いたプログラムは先行研究（例えば Masia et al., 2001）で用いられているものと比べてセッション数が非常に少なく、プログラム中で教示した内容を十分に練習する時間が取れなかったことが考えられる。つまり、本プログラムは心理教育としての機能が強く、社会的スキル尺度で測定されるような行動を変化させるには至らなかったことが指摘できる。今後は、合唱コンクールや体育祭など、すべての児童生徒が社会不安場면을体験するイベントの直前にプログラムを実施したり、普段の授業の中でもプログラムで習得した内容を使用するように声かけをしたりなど、学校生活の中で練習のための環境を整えることによって効果を増大させることができると考えられる。多くの児童生徒がプログラムの内容を役立ちそうと評価し、使ってみたいと回答していたことから、習得した内容を使用できる機会の提供が有効である可能性が高い。

プログラムに対する児童生徒の反応は概ね好意的であった。9割の子どもが内容を理解できたと回答しており、8割の子どもがおもしろかったと評価していた。自由記述においても、楽しんでプログラムに参加したことが伺えた。このことは、児童生徒の学習に対する動機づけを上げるという点で非常に重要であると言える。

このように、行動面の変化については改良の余地があるものの、本プログラムは社会不安を低減し、子どもの非機能的な認知を変容させるのに有効であることが示された。先行研究で実施されたプログラムのうち、最短のものは Gallagher et al. (2004) の全3回、1回 180 分の治療的介入であったが、45 50 分のセッションが3回という本プログラムは、それにも増して短時間での実施が可能である。また、学校における一次予防としての介入を実施する際には、プログラムの心理教育的機能が大きな意味を持ち、現時点だけでなく、将来にわたって児童生徒の適応状態を促進することが期待される。つまり、短時間で多くの児童生徒に効率的に心理教育を行えるという本プログラムの特徴は、学校における一次予防プログラムとしての実施目的に適ったものであると考えられた。

第2節 社会不安に対する早期介入・予防プログラムの長期的効果の検討

(1) 目的

前節までに、本研究で用いた社会不安に対する早期介入・予防プログラムが社会不安得点を低減させる効果があることを確認した。また、社会的場面の主観的生起確率や脅威度などの認知的変数においても改善が見られた。認知的変数は特に社会不安の維持にかかわることが指摘されるため、その改善はプログラムの効果の維持に望ましい影響をもたらすことが期待される。

一方で、先行研究においては、社会不安得点の減少が必ずしも効果の維持にはつながらないことが示されている。例えば、Hayward et al. (2000) は Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents (CBGT-A) の実施前後で、SAD の診断基準を満たす子どもの数が有意に減少したことを示しているが、1年後のフォローアップ時点で統制群と介入群を比較した際には、両群の間に有意差が認められなかったことを報告している。このことから、プログラム実施前後の変化と長期的な変化の結果が一致するとは限らず、予防的な効果を考える際には、長期間にわたってフォローアップ調査を行うことが重要であると考えられる。

そこで、本節では統制群を設けたフォローアップ調査を行うことで、前節で実施した社会不安に対する早期介入・予防プログラムの長期的効果を検討することを目的とする。

(2) 方法

対象者

前節で対象とした首都圏近郊の公立 A 中学校の中学1年生1学級30名(男子15名,女子15名),中学2年生1学級33名(男子18名,女子15名),および同市内の公立 B 中学校の中学1年生1学級35名(男子16名,女子19名),中学2年生1学級32名(男子16名,女子16名)を対象とした。

手続き

介入を実施した A 中学校の児童生徒(以下介入群とする)と、通常の授業を受けた B 中学校の児童生徒(以下統制群とする)を比較検討した。第1回目のプログラム実施前(以下 pre 期とする),プログラム終了3ヵ月後(以下 3mo 期とする),6ヵ月後(以下 6mo 期とする),1年後(以下 1yr 期とする)にアセスメントを行った。全対

対象者に日本語版 Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C) のうち本章 1 節で用いた 11 項目，中学生用社会的スキル尺度（「向社会的」および「引っ込み思案行動」下位因子），シナリオ呈示課題に対する回答を求めた。なお，シナリオ呈示課題に関しては，繰り返し測定の効果を解消するため，前節で用いた「対人交流場面」以外に，第 3 章 2 節で用いた「パフォーマンス場面」を 6mo 期と 1yr 期に用いた。1yr 期には「対人交流場面」と「パフォーマンス場面」を両方呈示することによって，測定の安定性を高めた。また，介入群に対しては，前回の調査実施日から今回の記入時までプログラムで習得した内容を「どの程度覚えていたか，どのくらい使ってみたか，どのくらい役立ったか，および今後生活の中で使ってみたいと思うか，」について 4 件法で尋ねた。さらに，6mo 期には，介入群に対して授業内容の復習プリントを配布した。復習プリントは付録 6 として末尾に付した。各測定時期に採取した測度を Table 4-2 にまとめた。

分析方法

分析は第 3 章 1 節および本章 1 節と同様に項目反応理論を用いて行った。項目母数には第 3 章 1 節で求められた中学生データの等化後の推定値を用いた。これより，被験者母数の推定を行い，pre 期および各フォローアップ期における社会不安の高さの推移を検討した。介入群の社会不安得点が学級全体においても， ≥ 1.00 以上の高特性においても，統制群よりも有意に低い水準で推移していれば，本プログラムが早期介入・予防の効果を有するものとみなした。

シナリオ呈示課題に関しても，第 3 章 2 節および本章 1 節と同じ手順で分類した。Table 3-7 の基準にもとづき，考えはポジティブ，ネガティブ，ニュートラルの 3 カテゴリ，対処は向社会的，回避的，攻撃的，その他の 4 カテゴリに分類した。カテゴリの評定は対象者の属性を知らされていない心理学を専攻する 2 名の大学院生によって行われた。評定の一致率を見るために Cronbach 係数を算出したところ，考えで 0.64，対処で 0.72 という中程度の値が得られた。

2 つの場面から得られたネガティブな認知に関するデータを継時的に解析するため，共分散構造分析を用いて因子の平均値と切片の値を比較した。シナリオ呈示課題で測定している変数のうち，「主観的生起確率」「脅威度」「対処可能性」「ネガティブな考え」の 4 変数を，それぞれの時期の「ネガティブな認知」という潜在変数の測定指標とした。その際，変数の方向性をそろえるため「対処可能性」の得点は逆転し，「ネガ

Table 4-2 効果測定 of 指標と測定時期

	pre 期	3mo 期	6mo 期	1yr 期
介入群	SPAI-C	SPAI-C	SPAI-C	SPAI-C
	社会的スキル	社会的スキル	社会的スキル	社会的スキル
	シナリオ	シナリオ	シナリオ	シナリオ
	(対人交流)	(対人交流)	(パフォーマンス)	(対人交流・
		プログラムの評価	プログラムの評価	パフォーマンス)
		復習プリント	プログラムの評価	プログラムの評価
統制群	SPAI-C	SPAI-C	SPAI-C	SPAI-C
	社会的スキル	社会的スキル	社会的スキル	社会的スキル
	シナリオ	シナリオ	シナリオ	シナリオ
	(対人交流)	(対人交流)	(パフォーマンス)	(対人交流・
				パフォーマンス)

「タイプな考え」は連続変量として扱えるように全思考数に対するパーセンテージを逆正弦変換して使用した。そして、Fig. 4-11 に示した多母集団モデルを用いて、介入群と統制群の間で、2群間の因子負荷量は同じ、2群間の切片は同じ、2群間の誤差分散は同じという制約を課した。また、当該モデルにおいては同一項目の因子負荷量は測定時期が異なっても同じ、同一項目の切片は測定時期が異なっても同じ、同一項目の誤差分散は測定時期が異なっても同じ、時期を違えて測定した同一項目の誤差間には相関を仮定する、同一時期に呈示場面を違えて測定した同内容の項目間には誤差相関を仮定するという5つの条件を導入した。ただし、煩雑さを避けるため、Fig. 4-11 では観測変数の誤差および切片の描画は省略した。なお、解析に用いたEQSプログラムは付録7として末尾に付した。

一方、対処方略に関しては、パーセンテージを逆正弦変換した後、Z得点を算出し、分散分析によって直接比較した。その際、1年データにおいては2つの呈示場面で生じた対処をあわせてパーセンテージを算出した。

最後に、プログラムで習得した内容の評価に関する項目についてはクロス集計表を用いて分析した。

(3) 結果

プログラムの長期的な効果を検討するため、pre期、3mo期、6mo期、1yr期の介入群と統制群の変化を分散分析により比較した。その結果、Fig. 4-12の通り、SPAI-C得点に関しては時期の主効果のみ有意であり($F(3, 107)=7.02, p<.001$)、群と時期の交互作用は認められなかった($F(3, 107)=0.51, n.s.$)。しかしながら、pre期のSPAI-C得点が ≥ 1.00 以上だった対象者を比較したところ、Fig. 4-13のとおり時期の主効果($F(3, 21)=22.59, p<.001$)の他に、群と時期の交互作用に有意傾向($F(3, 21)=2.83, p=0.06$)が見られた。単純主効果の検定の結果、2群の1yr期の得点に5%水準の有意差があることが示された。pre期のSPAI-C得点が ≥ 1.00 を超えていた者は介入群で12名、統制群で13名とサンプルの数が少なかったことから、より大規模なサンプルを対象に行えば、介入効果が明示できた可能性が高い。

社会的スキル尺度に関しては、向社会的スキル・引っ込み思案行動の両因子において、時期の主効果(向社会的: $F(3, 100)=2.49, n.s.$;引っ込み思案行動: $F(3, 101)=1.38, n.s.$)も、群と時期との交互作用(向社会的: $F(3, 100)=1.02, n.s.$;引っ込み思案行

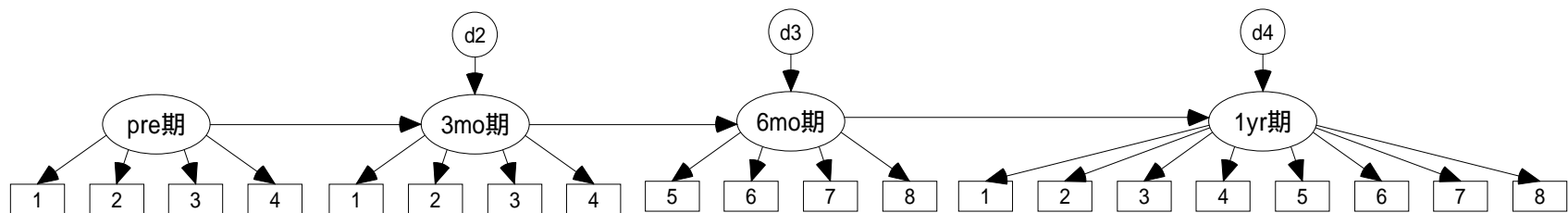


Fig. 4-11 ネガティブな認知の縦断的解析のためのモデル

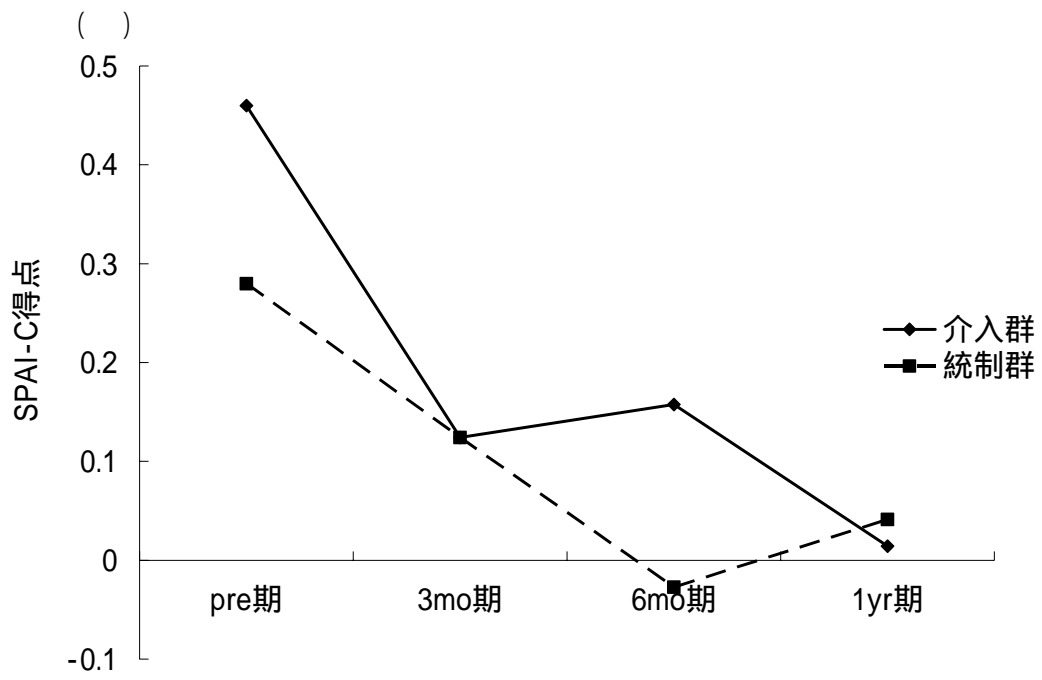


Fig. 4-12 SPAI-C 得点の長期的変化

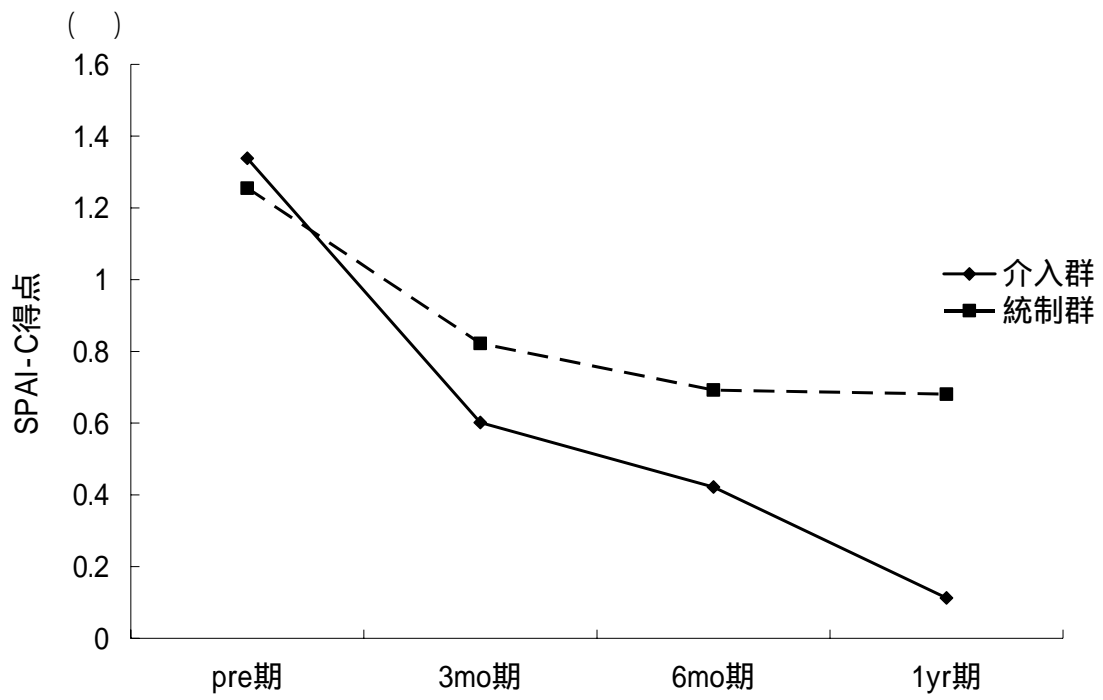


Fig. 4-13 高特性者における SPAI-C 得点の長期的変化

動： $F(3, 101)=0.38, n.s.$)も認められなかった。結果をそれぞれ Fig. 4-14 , Fig. 4-15 に示した。一方，向社会的スキルの得点が平均の1SD 未満，引っ込み思案行動の得点が平均の1SD 以上の社会的スキル低特性者においても同様の解析を行った。その結果，時期の主効果が向社会的スキルにおいては有意傾向，引っ込み思案行動においては有意であったが（向社会的： $F(3, 12)=3.31, p=0.06$ ；引っ込み思案行動： $F(3, 8)=4.50, p<.05$ ），時期と群の交互作用は認められなかった（向社会的： $F(3, 12)=1.84, n.s.$ ；引っ込み思案行動： $F(3, 8)=2.36, n.s.$ ）。

シナリオ呈示課題で用いた認知的変数は，「ネガティブ認知」という単一の潜在変数を測定するための指標として，Fig. 4-11 に示したモデルに基づき解析した。その結果，因子負荷量の値は 0.38 0.88 であり，因子の測定状況は良好だった。モデルの適合度は $GFI=0.75, AGFI=0.69, CFI=0.84, RMSEA=0.09$ であった。適合度は若干低めであったが，平均構造の入ったモデルは適合度が低く算出されやすいことが知られており（豊田，1998），当該モデルの目的が変数を予測することではなかったため，本モデルを採用した。因子の平均と分散を比較すると，「pre 期のネガティブ認知」の平均を 0，分散を 1 としたとき，介入群の「3mo 期のネガティブ認知」の平均は -0.31，分散は 0.78 と推定された。一方，統制群の「3mo 期のネガティブ認知」は平均 -0.19，分散 1.02 であった。このことから，pre 期と比較するとどちらの群でもネガティブな認知は有意に下がっているものの，その下がり幅は介入群の方が大きく，得点のばらつきも，統制群は pre 期とほとんど変わらなかったのに対して，介入群では小さくなっていることが伺えた。

介入群の「6mo 期のネガティブ認知」の切片は -0.31，「1yr 期のネガティブ認知」の切片は -0.12 と推定された。これに対して，統制群の「6mo 期のネガティブ認知」の切片は -0.28，「1yr 期のネガティブ認知」の切片は 0.01 であった。このことから，介入群では 6mo 期，1yr 期にも直前の測定よりネガティブ認知が減っているのに対して，統制群では介入群ほど下がっておらず，1yr 期においてはほぼ横ばいの状態であることが示された。以上のことから，本プログラムは介入群のネガティブ認知の低減に一定の効果を持つものであることが示された。

一方で，対処方略に関しては，「向社会的」「回避的」「その他」のカテゴリにおいて，時期の主効果（「向社会的」： $F(3, 86)=0.13, n.s.$ ，「回避的」： $F(3, 86)=0.16, n.s.$ ，「その他」： $F(3, 86)=0.17, n.s.$ ）および時期と群の交互作用（「向社会的」： $F(3, 86)=1.25,$

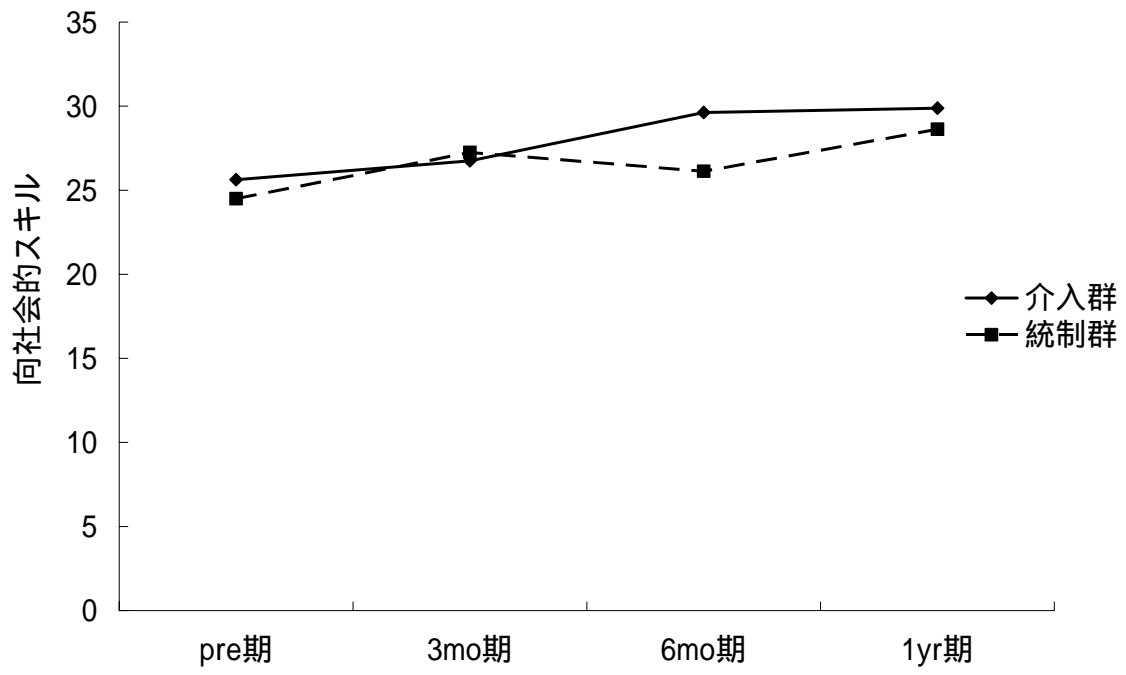


Fig. 4-14 向社会的スキル低特性者における長期的変化

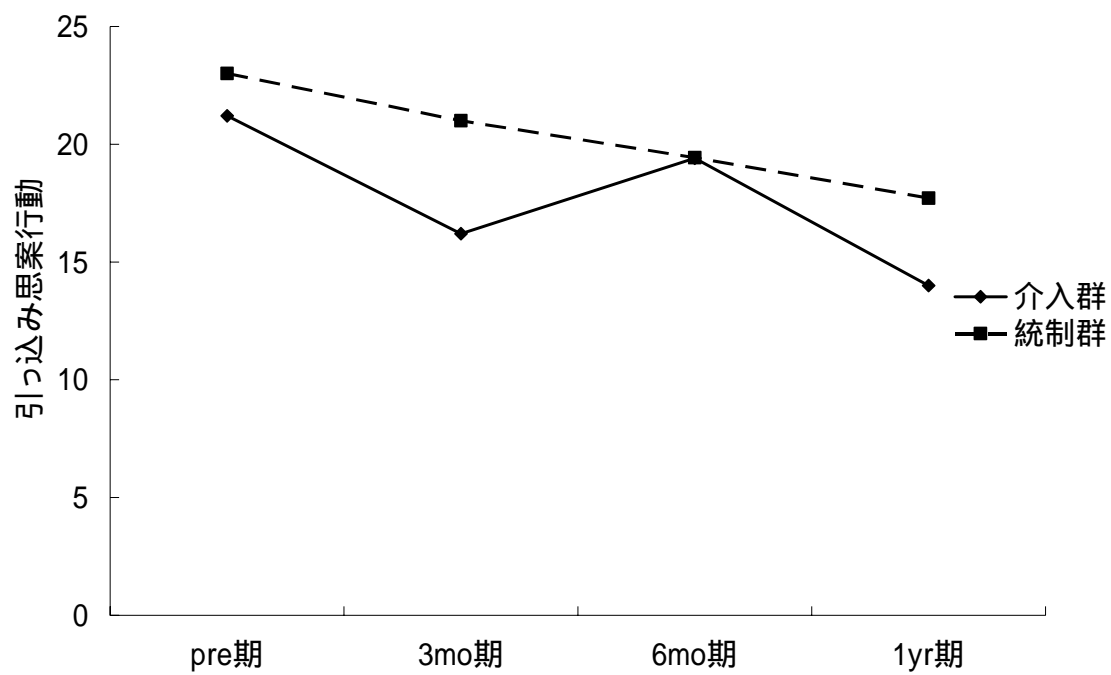


Fig. 4-15 引っ込み思案行動高特性者における長期的変化

n.s. , 「回避的」: $F(3, 86)=0.56, n.s.$, 「その他」: $F(3, 86)=1.71, n.s.$) はともに有意でなかった。なお, 「攻撃的」カテゴリに関しては, 6mo 期の測定で当該カテゴリの回答が1度も生起しなかったため, 有意な分析結果が得られなかった。pre 期の測定で社会不安得点が ≥ 1.00 を超えていた者のみを比較した分析でも, 「向社会的」と「回避的」のカテゴリにおいて主効果(「向社会的」: $F(3, 15)=0.76, n.s.$, 「回避的」: $F(3, 15)=2.74, p=0.08$)および交互作用(「向社会的」: $F(3, 15)=1.25, n.s.$, 「回避的」: $F(3, 15)=1.20, n.s.$)は有意でなかったが, 「回避的」カテゴリでは時期の主効果に有意傾向が見られた。その後の検定の結果, 3mo 期の回避的対処の割合が pre 期と比較して低い傾向にあることが示された。なお, 「攻撃的」と「その他」のカテゴリは4回の測定を通じて生起頻度が非常に低かったため, 有意な解析結果が得られなかった。

最後に, 介入群のプログラムに対する評価を検討した。測定時期ごとの結果を Table 4-3 にまとめた。まず, 「授業の内容を, どのくらいおぼえていますか?」という項目に対して, 3mo 期, 6mo 期, 1yr 期を通じて3回とも「すごく」または「少し」覚えていると回答したのは51名中17名で, 全有効回答中の33%であった。このことから, ブースターセッション等を行わなかった場合, 授業の内容を1年後にも覚えているのは全体の3分の1程度であることが示唆された。また, 3mo 期・6mo 期と, 復習プリントを配布した後の1yr 期を比較したところ, 「すごく」または「少し」覚えていると回答した児童生徒の割合はそれぞれ68%, 61%, 61%であり, 復習プリントを配布したことの顕著な効果は見られなかった。

プログラムで習得した内容の使用回数については, 3回の測定を通じて「0回」と回答していたのが52名中12名であり, 全有効回答中の23%であった。このことから, 約4分の3の生徒が, プログラム終了後に実施した内容を最低1度は使ってみたことが示された。また, 3回の測定の期間中プログラムの内容を継続して1回以上用いていたのは51名中28名で, 全有効回答中の54%であった。

実際にプログラムの内容を使用してみたと回答した児童生徒のうち, 使用した内容が「すごく」または「少し」役に立ったと回答した者の割合は約8割であった。総じて, 測定時期を重ねるごとに「役に立った」と回答する者の割合は高まっており, 1yr 期に「まったく役に立たなかった」と回答している児童生徒はいなかった。3回の測定において有効回答者の数はほとんど変化していないことから, この傾向は継続して使用した子どものみが残ったことによるものではないことが伺える。つまり, プログ

Table 4-3 プログラムで習得した内容の評価に関する項目

	3mo期	6mo期	1yr期
< おぼえている程度 >	(n=59)	(n=57)	(n=59)
すごくおぼえている	6 (10%)	3 (5%)	6 (10%)
少しおぼえている	34 (58%)	32 (56%)	30 (51%)
あまりおぼえていない	13 (22%)	11 (19%)	11 (19%)
まったくおぼえていない	6 (10%)	11 (19%)	12 (20%)
< 使用回数 >	(n=58)	(n=58)	(n=59)
0回	23 (40%)	24 (41%)	24 (41%)
1～2回	25 (43%)	23 (40%)	24 (41%)
3～4回	4 (7%)	9 (16%)	5 (9%)
5回以上	6 (10%)	2 (3%)	6 (10%)
< 役立ち度 >	(n=34)	(n=34)	(n=34)
すごく役にたった	4 (12%)	2 (6%)	7 (21%)
少し役にたった	22 (65%)	25 (74%)	22 (65%)
あまり役に立たなかった	6 (18%)	6 (18%)	5 (15%)
まったく役に立たなかった	2 (6%)	1 (3%)	0 (0%)
< 今後使用する意思 >	(n=57)	(n=57)	(n=58)
すごく使ってみたい	6 (11%)	2 (4%)	7 (12%)
少し使ってみたい	35 (61%)	40 (70%)	40 (69%)
あまり使ってみたくない	12 (21%)	10 (18%)	4 (7%)
まったく使ってみたくない	4 (7%)	5 (9%)	7 (12%)

ラムの内容を継続して用いることで、同じ子どもが効果を実感しやすくなったことを反映していると考えられる。

さらに、それぞれの測定機会において、プログラムで習得した内容を継続して使ってみたいと回答した児童生徒の割合も併せて Table 4-3 に示した。ここでも、時間が経つにつれて、児童生徒が継続して使いたいと答える割合が高まることが示された。一方で、「まったく使ってみたくない」と回答する子どもの数も時間とともに増えており、効果を実感できた者とそうでない者の評価が二極化していく様子が示された。

(4) 考察

介入群と統制群の学級全体の得点を比較した分散分析において、プログラムの長期的効果は検出されなかった。介入群・統制群のどちらも時間とともに社会不安が下がり、その変化に群間で有意な差は見られなかった。しかしながら、pre 期の SPAI-C 得点が ≥ 1.00 を超えていた対象者を比較すると、介入群の1年後の SPAI-C 得点が統制群よりも低かった。実際、介入群ではプログラム実施前に SPAI-C 得点が ≥ 1.00 を超えていた対象者において、1年後には第3章1節で示された中学生の平均値である ≥ 0.31 を下回っており、社会不安が臨床的にも問題が生じないレベルまで低下したものと判断できる。このことから、学級全体を対象とし、全3回という短期間の介入を行った場合にも、介入を最も必要とする高特性者においては効果が長期的に持続することが示された。

また、ネガティブな認知に関しても、介入群で統制群よりも大きな減少が見られた。特に社会不安においてはネガティブな認知の維持要因としての影響が大きいことが示されており（例えば Clark & Wells, 1995）、こうした認知の変容が将来にわたって防御ファクターとして機能することが期待できる。

社会的スキルに関しては、学級全体でも、社会的スキル低特性者においても変化が見られなかった。同様に、対処方略に関しても両群に差が認められなかった。本章1節で述べたとおり、これらの変数はプログラム実施前後でも変化が見られなかったものである。本プログラムにおいては実施時間の関係上、社会的スキルの練習を実際に行えた児童生徒は学級の中でも4～8名程度であり、大多数の生徒においては観察学習のみに頼らざるを得なかった。このため、実際の社会的スキルに関しては変化が見られなかったものと考えられる。

全般的なプログラムの内容に対する評価はおおむね高く、プログラムの内容を多くの子どもが積極的に使用してみたことが示された。実際、全対象児の約4分の3がプログラムで習得した内容を終了後にも使用していた。また、内容に対する評価は、時間の経過とともに高まる傾向にあり、繰り返し用いることによって、次第に練習の効果が実感できるようになる様子が伺えた。本プログラムで行った認知行動的な介入では、それぞれの技法の効果を実感できるようになるまでに一定の時間を要するため、継続して興味を抱かせ、練習を続けさせることが重要であると考えられた。しかし、現行のプログラムでは、プログラムの内容を忘れてしまった子ども、習得した内容を一度も使用しなかった子ども、何度か使用してみたが効果を実感できなかった子どもに関しては、その後どのような働きかけも行うことができず、そのため一次予防としての効果が薄れてしまうことが考えられた。6ヶ月のフォローアップ時に配布した復習プリントも内容を思い出させるには至らず、長期的な効果を高めるためには効果維持の工夫をする必要があることが示唆された。

第5章 プログラムの適用と維持に関わる要因の検討

(1) 目的

前章までに、児童青年期の社会不安に対する早期介入・予防プログラムを作成し、その効果検討を行った。その結果、プログラム実施前後で社会不安得点が有意に下がり、社会不安が特に高い対象者においては1年後にも統制群より低い水準が維持されていた。また、シナリオ呈示課題における認知の変数を比較したところ、プログラムの効果として非適応的な認知が減っていることが示された。このような結果は、本研究で開発されたプログラムが一定の有効性を持つことを表すものである。

一方で、こうした取り組みは単発の介入ではほとんど意味を持たず、長期的に続けていくことの重要性が繰り返し指摘されている(Barrett & Turner, 2001)。しかし、学級ベースの介入を継続して行っていくことは決して容易ではない。Fisher, Masia-Warner, & Klein (2004) は学校で Skills for Academic and Social Success (SASS) プログラムを実施する際の困難として、プログラムの実施場所や時間がないこと、研究者が学校の中に入ってくることを学校関係者が良く思わないことなど、複数の点を挙げている。また、Barrett & Turner (2001)も、介入を長期的に根付かせていくためには、プログラムの維持にかかる費用や実施できる人員の確保などが課題となることを指摘している。

本邦においては上記のような要因について体系的に調査した例がないが、新学習指導要領の導入に伴う授業日数の減少や教員の教務過多など、数多くの問題の存在が指摘されている(伊藤, 2000)。有力なプログラム提供の場である学校において、こうした取り組みを維持していくためには、プログラムの効果を示すだけでは不十分であり、現場における適用・維持可能性を十分に検討する必要がある。また、プログラムを広く普及させ、多くの学校で使えるものにするためにも、適用・維持可能性に関する調査をすることは非常に重要である。

研究の枠組みで作成されたものを社会に還元していく際には、現場でサービスを提供する役割を担う人間が、問題そのものや提供されるサービスをどのように受け止めているかが大きな意味を持つことが指摘されている(Shirk, 2004)。このため、はじめに教員が社会不安の問題をどのように受け止め、現在そうした問題に対してどのような対応策を用いているかを調査することが必要である。その上で、サービス提供者

としての教員が感じるプログラムの適用・維持に関する課題を明らかにすることで、具体的な指針を得られるものと考えられる。

そこで、本章ではプログラムの適用・維持と関連することが先行研究において指摘されているさまざまな要因を取り上げ、学校で現在行われている社会不安に対する取り組みの現状を記述するとともに、学校教育の枠組みの中でプログラムを適用・維持するために必要となる工夫点を検討することを目的とする。

(2) 方法

首都圏近郊の公立中学校に勤務する教員 38 名に調査への協力を依頼し、同意の得られた 15 名(男性 4 名,女性 11 名;有効回答率 39.5%)を対象に質問紙調査を行った。対象者には SAD に関する説明文を呈示し、そうした問題を持つ子どもとの接触機会の有無、対処の困難度とその方法、早期介入・予防プログラムに対する興味、プログラムを実施する上で問題となりうることなど、合計 8 つの質問項目に対する回答を求めた。また、対象者の属性とこれらの項目の関連性を検討するため、年齢、性別、勤続年数を測定した。さらに、教員自身の持つ社会不安の問題が回答に影響することを避けるため、教員の社会不安の高さを短縮版 Fear of Negative Evaluation Scale (SFNE; 笹川・金井・村中・鈴木・嶋田・坂野, 2004) を用いて測定した。調査に用いた質問票は付録 8 として末尾に付した。

(3) 結果

本研究の目的は一般的な公立中学校の教員の社会不安に対する早期介入・予防プログラムに対する態度を測定することであったので、極端な社会不安を示す対象者は回答が影響を受けるのを避けるため、除外することとした。項目反応理論による解析の結果、本サンプルにおける SFNE の平均は-0.46、標準偏差は 0.57 であった。また、最大値は 0.26、最小値は-1.96 であった。笹川ら(2004)は SFNE の大学生サンプルにおける平均値を 0.01、分散を 0.65 と報告していることから、本サンプルにおいては極端に高い社会不安を示す者がいなかったことが示された。このため、すべての対象者のデータを有効回答とした。

はじめに SAD に関する記述を呈示し、こうした問題への日常的な接触機会をたずねたところ、「はい」と回答したのが 12 名、「いいえ」と回答したのが 3 名であった。

二項検定の結果，人数の偏りは5%水準で有意であった($p=0.04$)。また，「いいえ」と回答した者の中にも，(自分が日常的に接することはないが)「こうした子どもはけっこういると思う」と自由記述の項目で答えていた者がいたことから，大多数の教師が社会不安の高い子どもの存在を認めていることが示された。

一方，こうした子どもの対応に苦慮していますか，という質問項目に対する回答を Fig. 5-1 に表した。最も多かった回答は「少し苦慮している」であり，全回答のうち58%を占めた。本サンプル中では「まったく苦慮していない」と「非常に苦慮している」の回答はなく，問題は認識しているものの，外面化障害に見られるような症状と比べて対応には困らないという教員の意識が伺えた。

さらに，社会不安の高い子どもに対する対応では，「友だちに呼びかけて，対応してもらおう」という回答の頻度が最も高かった(Fig. 5-2)。ついで，「家庭訪問をする」「学校で親と面談する」など，保護者に働きかけるという回答が多く見られた。「専門機関に相談する」という回答の頻度は低く，「特別な対処はしていない」と回答した教員もいた。また，「その他」の回答においては「スクールカウンセラーに相談する」という記述が見られた。

社会不安に対する早期介入・予防プログラムの内容を示したビデオやパンフレットに対する関心は概ね高い様子が伺えた。Fig. 5-3 の通り，「あまり取り入れてみたくない」と回答した教員は1名のみであり，回答者の9割以上が「とても取り入れてみたい」または「少し取り入れてみたい」と回答していた。プログラムにかけられる時間に関しては，回数が最頻値・中央値がともに「1年に2回」であり，1回あたりの時間は30～60分の範囲での回答が見られた。1名が例外的に「1週間に1回」と回答しており，「まったく時間をかけられない(0回)」と回答した者も1名いた。全体として，1年の授業時間中，プログラムにかけられる時間は平均すると208分であり，最も多く答えた者(1週間に1回，30分)と最も少なく答えた者(まったく時間を割くことができず0回，0分)を抜いたトリム平均は129分(1授業を45分とすると約2.87回)であった。このことから，本研究で実施した1回45～50分，全3回というプログラムの実施時間は，多くの教員が想定する時間枠の水準に沿ったものであることが示唆された。

また，プログラムを実施する際に用いた学習指導課程を呈示した上で，プログラムを適用する際に困難が予想される事柄についての回答を求めたところ，最も多くあが

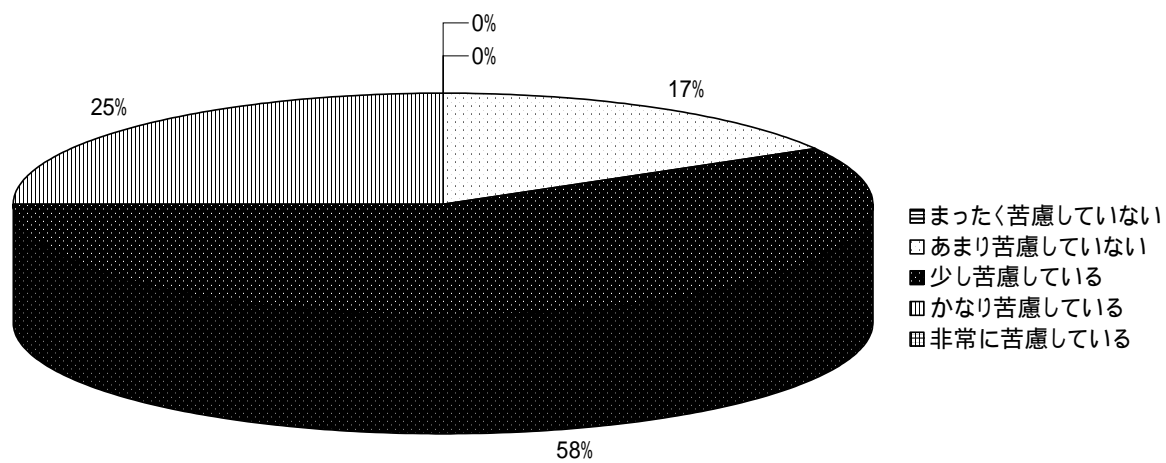


Fig. 5-1 社会不安の高い生徒に対する対応の困難度

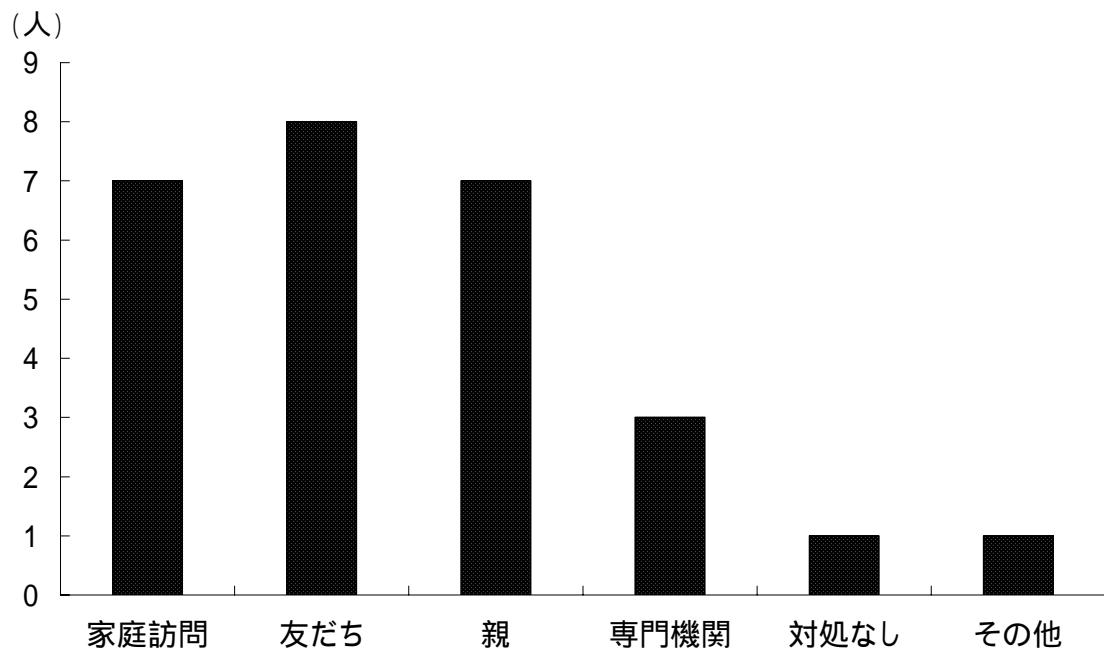


Fig. 5-2 社会不安の高い子どもに対する対処

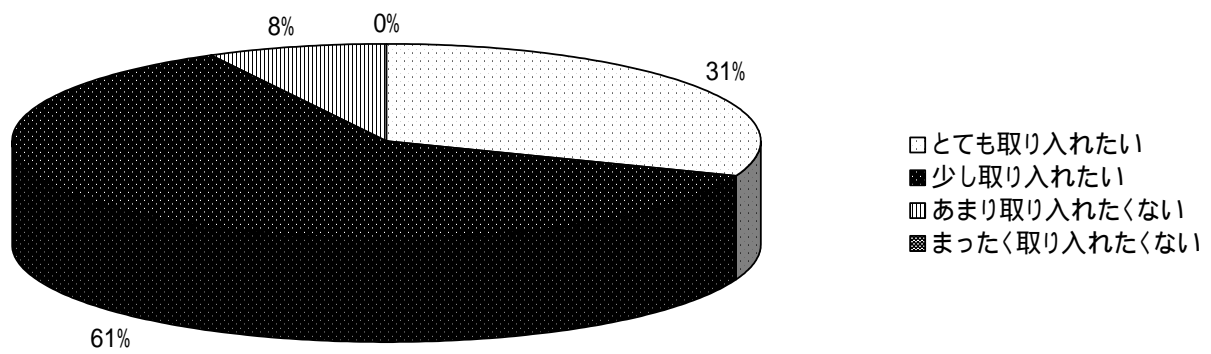


Fig. 5-3 プログラムの内容を自分の授業で取り入れてみたいと感じる程度

ったのは「教務が忙しくて手が回らない」というカテゴリであった。ついで多かったのは「時間的余裕がなくてカリキュラムに組み込めない」であり、「学校の理解が得られない」という回答は見られなかった。結果を Fig. 5-4 に示した。

自由記述を見ると、「(社会不安の高い子どもの)事例が増え,(そうした問題に対処するための)方法を知ることによって子ども,自分にプラスになる」「学校に適應できない子どもは社会に出る段階になっても,社会人として苦勞するにちがいないと思う。また,学校にいる時点で友人や他の人間関係をうまく結べず,損をしていると思う」「このようなプログラムを通して,対人関係を学んでいくことは,学校教育において必要と思われる。時間の確保は総合的な学習の時間を活用すれば良い」という意見に代表されるように,プログラムの必要性については多くの教員が感じているものの,「継続して行えば成果があらわれると思う」という意見に表されるように,日常の教務との両立や,現実的な授業時間数との兼ね合いが大きな課題となる様子が示された。

最後に,年齢,性別,勤続年数などのデモグラフィックデータとそれぞれの質問項目の関連性を相関分析によって検討した。その際,勤続年数と,プログラムにかけられる回数・時間以外の変数はすべてカテゴリカルデータとして処理した。また,回数・時間については,他の回答と大きくはずれていた「1週間に1回」および「まったく時間がかからない」と回答した2名を除いて分析した。結果は Table 5-1 に示したとおりであった。

Table 5-1 より,社会不安の強い生徒との接触機会は,教員の年齢や性別の影響をほとんど受けないことが明らかになった。しかし,勤続年数との相関が年齢との相関よりも大きいことから,ベテランの教員ほどこうした生徒の存在に気づきやすい,もしくはそうした生徒を任せやすいことが伺えた。対応の困難度の評定においても,年齢が上がるにつれて困難度の評定が下がり,また女性の方が困難度を低く評定していた。

社会不安の強い子どもへの対応では,若い先生ほど家庭訪問を行ったり,親に働きかけたり,友だちに対応してもらったりなどの対処を多く取っていることが示された。なお,「対処なし」と年齢の相関は非常に高く,0.98 という値が示されているが,この回答を行った教員は1名しかいなかったため,この値は解釈できないものと考えられる。同様に,「その他」の回答も1名のみであったため,解釈の対象とはしなかった。

本研究で呈示した社会不安に対する早期介入・予防プログラムへの関心は,勤続年

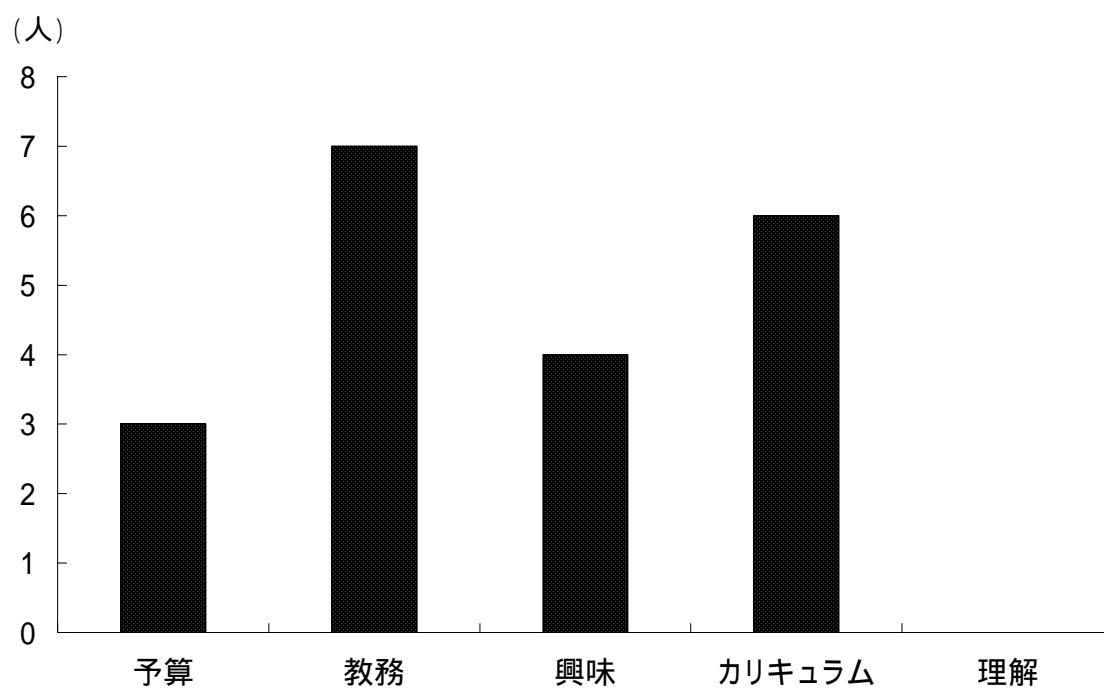


Fig. 5-4 プログラムを実施する上で困難が予想されること

Table 5-1 教員のデモグラフィック変数と調査項目の相関

	年齢	性別	勤続年数
接触機会	0.07	0.14	0.16
対応の困難度	-0.11	-0.37	-0.09
家庭訪問	-0.86	0.68	-0.65
友だち	-0.26	0.00	-0.19
親	-0.52	0.48	-0.42
専門機関	-0.19	-0.20	-0.19
対処なし	0.98	-0.41	0.68
その他	0.22	-0.33	0.26
関心	0.18	-0.41	0.29
回数	-0.67	0.89	-0.43
時間	-0.63	0.73	-0.61
予算	0.05	0.16	-0.12
教務	-0.82	0.51	-0.70
興味	-0.07	-0.48	0.07
カリキュラム	0.43	-0.15	0.43

数の長い教員において顕著に見られた。その一方で、こうした内容を「あまり取り入れたくない」と回答した者は1名しかいなかったため、ここでの相違は主として「とても取り入れたい」と「少し取り入れたい」の差異によって生じたものである。本研究ではポリシリアル相関を算出し、当該変数をカテゴリカル変数として扱っているため、2つのカテゴリの背景にある潜在変数との相関を見ていることになるが、解釈には注意が必要である。

プログラムにかけられる時間や回数の評価は、若い教員ほど多くの時間を割けると回答する傾向にあり、男性の方が女性よりも回数・時間ともに長く評価していた。一方、「時間的余裕がなくてカリキュラムに組み込めない」ことをプログラム施行上の課題と回答した教員は年齢・勤続年数ともに高く、女性が多い傾向にあったことから、年代・性別によって時間的な余裕の評価に違いが見られることが明らかになった。さらに、「教務が忙しくて手が回らない」という回答は若い教員に多く、学校内での立場によって困難を感じる点が異なることが示唆された。

(4) 考察

本章では、第4章で作成した社会不安に対する早期介入・予防プログラムを今後学校などの教育場面で広く普及するために、適用・維持可能性に関連する変数を検討した。本研究においては、社会不安の高い児童生徒と日常的に接していると回答した者は約8割にものぼり、教員がそうした問題の存在を認知していることが示された。その一方で、対応に「非常に苦慮している」との回答はなく、「かなり苦慮している」という回答は全体の4分の1であった。先行研究(例えば Hudson et al., 2004)でも繰り返し指摘されるように、外面化障害や自傷などの問題と比べて社会不安は問題になりにくい様子が伺えた。実際、SADの子どもは他人の注意をひくことを嫌うため、不登校などの回避行動が顕著にならない限り、学校で問題を起こすことはほとんどない(Beidel & Turner, 1997)。しかし、傍目に気づかれにくい分、問題は深刻であり、症状がかなり深刻化した後でないと援助の必要性が認識されないことが報告されている(Albano, 2000)。教員の側もこうした現状に無自覚ではなく、「私の知らない・把握していない生徒でも(援助が)必要な場合がある」という自由記述の回答が見られた。

社会不安への対応策として多くの教員が用いていたのは「友だちに呼びかけて、対

応してもらおう」というものであり、この傾向は若い教員ほど強いことが明らかになった。こうした働きかけは環境側の要因を整備するという観点からは有効であることが期待されるが、子ども本人の変化を積極的に促すものではないため、同じような問題が別の環境で再度起こったときには直接的な効果が得られにくい。その他の方略として挙げられた家庭訪問や親との面談なども環境要因に働きかけるものであり、多くの教員が環境の整備を行いながら子どもの自然な成長を待つという立場に立った対処を取ることが示された。このため、体系立った対処方略を教え、心理的なコンピテンスを伸張するという考えに対する理解を求め、そのための具体的な方法論を呈示することが、プログラムを適用・維持する上での第一歩となることが示唆された。つまり、はじめから子どもをターゲットとした介入を研究者主導で行うのではなく、教員を対象とした説明会やワークショップなどを行うことで、学校側の受け入れ態勢を整えられるものと考えられる。

実際に、早期介入・予防プログラムの内容を自らの授業の中で「取り入れてみたい」と回答した教員は全体の9割に上り、多くの教員が効果的なプログラムが提供されれば使用してみたいと考えていることが示された。このことから、心理的な取り組みに対して関心がないわけではないことが伺え、Fisher et al. (2004) が指摘するような、研究に対するネガティブな反応も見受けられなかった。しかし、本研究における有効回答率は39.5%と低く、サンプリングバイアスが生じている可能性が指摘できる。

プログラムを実施する上で最大の障害となるのは時間の問題であった。具体的には、授業時間が少なくカリキュラムに組み込みづらいこと、教員の側が準備の時間を取れないことなどの問題が存在することが示された。一方で、1年間に129分程度、1授業を45分とすると約2.87回の時間ならば確保することが可能であることが示された。本研究で開発された社会不安に対する早期介入・予防プログラムにおいては45～50分の時間枠で3回の介入を行ったが、本調査の結果から、本プログラムが学校環境の中で十分に適用・維持可能であることが示された。

他方、本研究で開発されたプログラムは、行動的な症状に対する効果が不十分であるという課題を残している。その理由としては、すべての子どもに対して十分な練習時間を確保できなかったことが考えられる。海外で行われた介入の中で最も短いものとして、第4章2節でも触れたGallagher et al. (2004) の全3回、1回180分(計540分)のプログラムが挙げられるが、このプログラムは1回あたりの実施時間が長

く、その他のもの（例えば Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents: CBGT-A; Albano et al., 1995; Social Effectiveness Therapy for Children: SET-C; Beidel et al., 2000）はすべて 10 回以上の回数を要している。また、これらのプログラムには、親セッションやブースターセッションを含むものも少なくない。つまり、行動的な技法で十分な効果を挙げている先行研究は、セッション数もしくは 1 回あたりの実施時間を長く取っている。だが、上述の結果から、本邦においては時間数を増やすことがあまり現実的ではなく、却ってプログラムの適用・維持を妨げる要因となることが示唆された。このため、プログラムの内容そのものを改変するのではなく、プログラム以外の時間に練習できる環境を整えることが重要であると考えられる。例えば、社会不安の特に高い子どもに対しては、本プログラムで行った一次予防的な介入に加えて、放課後や昼休みの時間を利用した二次予防的な介入を行ったり、授業時間以外の時間（朝の学活や掃除の時間など）にプログラム中に扱った内容の復習を行ったりなどの工夫が不可欠である。さらには、スクールカウンセラーとの連携や、学生ボランティアの導入など、教員以外にもプログラムの実施に協力できる人員の確保が必要であろう。

本調査の限界としてサンプル数が限られていたことが挙げられる。調査結果からもわかるとおり、教員に調査のための時間を割いてもらうことが困難であり、大量データを採取することができなかった。このため、データの代表性については留意した上で結果を解釈する必要がある。

第6章 総合考察と結語

第1節 本研究の結果のまとめ

本研究で得られた結果について、以下各章ごとに総括する。

第1章では、これまでの児童青年期の社会不安に関する研究を概観し、早期介入・予防の必要性を指摘するとともに、介入技法のレビューを行った。発達過程で見られる一過性の社会不安と混同され、看過されがちな SAD は、児童期後期から青年期前期までの発症が多く、深刻な学業上・社会適応上の機能障害をもたらすため、早期介入・予防が強く望まれることが示された。また、海外ではいくつかの介入プログラムが開発されているにもかかわらず、本邦においては子どもの社会不安に対する体系的な介入プログラムが存在しないことが明らかにされた。

こうした点を踏まえて、第2章では先行研究の問題点が明らかにされた。すなわち、これまでに得られている知見のほとんどが海外の研究に基づくものであり、日本の子どもにも適用できるかどうかは不明であること、日本の子どもを対象とした少数の研究においては研究デザイン上の不備があり、特に統制群を設けた研究や、長期的にフォローアップを実施した研究が限られていること、プログラムの効果検討は行っても、その後プログラムを維持していくための環境整備については検討されてこなかったこと、の3点が指摘された。そして、これらの問題点を解消するため、本邦の子どもにおける社会不安の特徴を調査し、得られた結果をもとに社会不安に対する早期介入・予防プログラムを開発するとともに、作成されたプログラムを日本の学校環境において適用・維持していくための方策を検討することを本研究の目的とした。

第3章では、日本の子どもにおける社会不安の症状や分布の特性、高社会不安児の認知的・行動的特徴などを調べるための調査を行った。1節では日本語版 Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C; 石川ら, 2004) を用いて、項目反応理論による検討を行った。その結果、日本の子どもにおいては、身体症状の項目が独立した因子に負荷し、中でも心拍の亢進が最も頻繁に観測されることが示された。また、中学生では小学生よりも不安の生じる場面とそうでない場面との弁別が明確であり、認知発達に応じて不安が漸増していく群と、減弱していく群の二極化が進むことが示唆された。全体的な社会不安のレベルは小学生よりも中学生で強かった。以上のことから、介入にはリラクゼーション法などの身体症状に働きかける技法を含

める必要があること、また小学生よりも中学生を対象とした方が、高い効果が期待できることが示唆された。

2節では、社会的な場面に関するシナリオを呈示し、当該場面における考え、主観的生起確率、脅威度、対処可能性および実際の対処行動について尋ねた。その結果、社会不安の高い子どもは社会的な場面においてネガティブな出来事の生起確率を高く見積もること、場面の脅威度を高く捉えること、自らの対処能力を低く評価すること、ネガティブな考えを多く持つこと、回避的な対処を取りやすいことが示された。これらのことから、児童青年期においても大人の SAD に見られるようなネガティブな認知が存在し、認知的な介入が奏功する可能性が高いこと、さらには回避的な対処方略を取らずにすむような社会的スキルを教授する必要があることが考えられた。

第4章では前章までの結果をもとに、計3時限(1回45-50分)の社会不安に対する早期介入・予防プログラムを作成し、その効果検討を行った。プログラムはリラクゼーション法、社会的スキル訓練、認知的再体制化、の3要素で構成し、臨床心理学を選考する大学院生4名によって実施した。1節ではプログラム実施前後の介入群の変化を検討した。プログラム実施後の社会不安得点は有意に下がり、認知的な変数の一部にも効果が見られた。また、プログラム実施前の社会不安が ≥ 1.00 を超えていた高特性者においても、学級全体と同様の効果が認められた。2節では統制群との比較において3ヵ月後、6ヵ月後、1年後のフォローアップデータを収集した。その結果、介入群と統制群の変化に有意な交互作用は認められなかった。しかし、測定開始時に社会不安得点が ≥ 1.00 を超えていた高特性者においては、群と時期の交互作用が有意傾向を示し、介入群の社会不安が統制群よりも減少していることが示唆された。その際、介入群の社会不安得点は、3章における中学生データの平均値を下回る水準にまで低下していた。このことから、本研究で実施した早期介入・予防プログラムが、一部の高特性者においては奏功した可能性が示された。

第5章では、前章までに作成したプログラムを学校環境の中で適用・維持するために必要な要因について検討した。教員を対象とした調査の結果、8割の教員が社会不安の高い児童生徒と日常的に接しており、効果的なプログラムが提供されれば使用してみたいと考えていることが示された。また、プログラムを実施する上で最大の問題は授業時間が確保できないことであったが、1年間に129分(1授業を45分とする

と約 2.87 回)程度の時間ならば実施可能であることが明らかにされた。このことから、本研究で開発したプログラムは学校環境の中で適用・維持可能なものであることが示された。今後はセッション数や 1 回あたりの実施時間が少なくても、特に援助を要する子どもに十分な介入効果がいきわたるような工夫を行い、学校の持つ資源の有効活用によって最大限の効果を上げる努力が求められることが示唆された。

これらの結果を踏まえて、次節では本研究の臨床場面における応用可能性を論じる。

第 2 節 本研究の臨床場面における応用可能性

本研究で得られた知見を総合すると、臨床場面において大きく 3 つの活用方法を提示できる。第 1 は、アセスメント法としての活用である。第 3 章 1 節で示された本邦の児童生徒の社会不安に関するデータは、今後社会不安や対人緊張の強い子どもの援助を行う上で、特徴的な症状や母集団分布についての情報を提供するものである。また、本研究では SPAI-C に項目反応理論を適用した上で解析を行っているため、尺度全体を実施できない(例えば、対象児の集中力が持たない、十分な実施時間がない)場合にも、いくつかの項目を抽出して特性値の比較をすることが可能である。

一方、第 3 章 2 節で用いたシナリオ呈示課題についても、アセスメント法としての活用が可能である。特に自由記述項目においては、対象となる児童生徒が社会不安場面で日常的に思い浮かべる考えや習慣的に用いる対処が明らかになるため、当該の生徒において特徴的な認知や行動のパターンを検討することが可能である。さらに、3 つのシナリオを同時に実施することによって、そうした認知や行動の場面による異同についても情報が得られる。

三浦(2006)は中学校の児童生徒を対象にストレスチェックリストを実施し、その活用法について教員を対象とした調査で検討している。その結果、日常生活の観察による生徒理解の補足資料となること、観察では見落としていた生徒の問題やサインに気づくことができること、生徒や保護者との面接や働きかけの資料として有効であること、などの利点が教員から挙げられた。また、1 年に複数回実施し、教師のかかわりによる生徒の変化をチェックしたり、結果を生徒に返して認識させ、対処法について考える時間を授業に入れたりなどの活用法も提案されている。本研究で扱った社会不安の測度に関しても、同様の方法で用いることができると考えられる。つまり、指導者が児童生徒に対する理解を深める資料として、さらには指導効果の測定や、児童

生徒の自己理解のツールとして使用することが可能であるだろう。

第2は、社会不安に対する介入方法としての活用である。行動的な指標の変化に関して課題が残るものの、本研究で開発された社会不安に対する早期介入・予防プログラムは社会不安の低減と非適応的な認知の変容に対して一定の有効性を持つものであった。このプログラムは欧米で開発されたものと比べて回数が少なく、1クラスが30人以上の学級においても実施可能であることから、日本の学校現場における社会不安の一次予防プログラムとしての効果が期待される。佐藤(2004)は学級介入としての社会的スキル訓練の利点として、習得した内容の日常場面への定着化が期待できること、子ども同士の相互作用が促進されること、学級担任がスキル訓練以外の時間にも般化を促進できること、特定の子どもを抽出しないためスティグマを回避できること、学級全体の子どもの対象とするのでコスト効果が高く、後の社会適応上・行動上の問題の発生を予防できること、を挙げている。本研究では、さらに複数の介入技法をプログラムに盛り込むことによって幅広い層の子どもに対応可能であること、すべての児童生徒にとって学校の中で体験可能である社会的場面に介入のターゲットを絞っていること、そのため授業で扱っている内容や場面の特定がしやすいことなどが特徴として挙げられる。こうした特徴は、本プログラムの社会不安に対する普遍的介入としての効果を促す際には有利に働くことが予想される。また本プログラムは、特に高特性者において効果が見られたことから、学級介入だけでなく、社会不安の高い子どもに対する個別の援助においても使用できる可能性が高い。つまり、介入が行われる機関の有する性質や形態に合わせてプログラムを実施することができると考えられる。

加えて、第3章で用いたシナリオ呈示課題も、ネガティブな認知や回避的な対処をモニタリングし、新たな考えや行動のレパトリーを導出する道具として使用することにより、介入効果が期待できる。実際、川井・吉田・宮元・山中(2006)は、本研究で実施したものと類似したシナリオ呈示課題を小学校5・6年生に実施し、その結果を取り上げた全4時限の授業を行うことによって、自己否定的な認知が変容したことを報告している。本研究では認知的再体制化のコンポネント以外にリラクセーション法と社会的スキル訓練もプログラムの内容に組み込んでおり、シナリオ呈示課題をこのように用いることは時間の都合上できなかった。しかし今後、本プログラムが提供する普遍的介入と、社会不安の高い子どもに対する選択的介入とを組み合わせる

うことによって、個別の介入、もしくは少人数の取り出し授業において、シナリオ呈示課題を介入の材料とし、プログラム中の認知的再体制化の内容との相乗効果を期待することができる。

第3は、心理臨床家と教員の連携に関する基礎的な資料としての活用である。第5章では社会不安や早期介入・予防プログラムに対する公立中学校の教員の考えを調査した。伊藤(1999)は、学校現場でスクールカウンセラーが機能するためには、教員との連携が非常に重要であることを指摘しているが、本研究で作成したようなプログラムを学校で適用・維持するためには、教員の側のプログラムに対する反応を知る必要がある。調査の結果、教員は子どもの社会不安の問題に対して、親や友だちなど環境への働きかけを多く行うことが示された。一方では児童生徒の能動的な対処能力を養うプログラムに対する関心も強いことが示された。そのため、教員とスクールカウンセラーが子どもに対する働きかけの目標を共有し、それぞれの特質を活かしたかわりを行うことで、環境への介入と個人への介入の両側面から働きかけられることが示された。こうした結果を教員と心理臨床家の双方に示すことによって、連携のための基礎的な情報を広く提供できるものと考えられる。

第3節 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として、1点目に、介入群と統制群が1学年各1クラスずつから構成され、介入校1校、統制校1校という抽出方法であったことが挙げられる。第4章で比較した2群のクラスは等質でない可能性が教員の側から指摘されている。すなわち、介入群のクラスは、担任が臨床心理学的な介入の必要性を認めるクラスであったのに対して、統制群のクラスは1年間に複数回調査のみを実施しても授業の進度に支障をきたさない、統率の取れたクラスであった。このため、どちらのクラスでも時間とともに社会不安が下がったが、その背景には介入効果以外に、クラスの要因が交絡していた可能性が高い。実際、測定開始時の介入群と統制群の社会不安には有意な得点差が見出されている。こうした質的な違いは研究者の意図と無関係に生じたものであり、学校という教育の場において準実験的なデザインで研究を行う際の限界を内包することが考えられるが、介入効果をより明確に示し、交絡要因としてのクラスや担任、学校環境の要因を取り除くためには、介入群と統制群にそれぞれ複数の学校からクラスを割り付け、交絡要因の影響性を取り除くことが必要である。

2点目に、第3章の調査、第4章の介入を通じて、従属変数の測定が生徒の自己報告のみに頼ったものであったことが指摘できる。社会不安の自己評定と他者評定には一定の相関が認められるものの、両者にはしばしばずれが生じることが先行研究で明らかになっている（例えば Norton & Hope, 2001）。対処行動や社会的スキルの測定にも自己記入式の質問紙を用いたことから、こうした指標が客観的に観察される行動とどの程度一致しているかに関する情報が得られなかった。今後は主観的な社会不安とともに、客観的な行動指標の測定によって、介入効果を多面的に捕らえることが必要となる。特に行動的な指標は、日常的に児童生徒とかかわりを持っている教員にとって実感しやすいものであることから、データとして示すことの価値は大きいと考えられる。

3点目に、介入効果の限界が挙げられる。本研究で開発された早期介入・予防プログラムは社会不安に対して一定の効果を有することが示されたが、特に社会的スキルの変容や長期的効果の面においては課題を残す結果であった。社会的スキルに関しては、本邦においても複数の研究が行われており、10回前後のセッションを重ねているものも存在するが、顕著な効果が現れなかった例も多い（例えば江村・岡安, 2003；藤枝・相川, 2001）。第4章でも考察したとおり、本研究におけるプログラムではすべての児童生徒が十分な練習を行う時間を確保することが困難であった。また、第5章で示されたとおり、セッション数や1回あたりの実施時間を増やすことは、却って学校での実施が困難になり、プログラムの適用・維持にネガティブに働くことが予想される。このため、特に支援を要する子どもに対する個別、もしくは小グループでの取り出し支援など、授業時間を増やさずに行える方策を検討する必要がある。

同様に、長期的効果に関しても介入効果を高める余地があるものと思われる。本プログラムは学校のカリキュラムの都合上、夏休みに入る直前の3週間で3回のセッションを実施したが、プログラムで習得した内容を定着させるためには、プログラムの内容を実施後すぐに使えるような時期に行うことが望ましい。また、普段の学校生活における般化を促す声かけなど、長く効果を維持させるための方策を考案することも重要である。特に、本プログラムにおいては実施した内容を、1年間を通じて「すごく」または「少し」覚えていると回答したのは全体の3分の1に過ぎず、学習した内容を定着させるためには何らかの改善を行う必要がある。場合によっては短時間のブースターセッションの実施なども検討することが考えられる。さらに、介入によって

生じた効果が早期介入・予防プログラムの内容に特有のものであるか、プログラム中のどの構成要素が社会不安の低減に寄与しているかについても検討を重ね、内容の精緻化を行っていくことが大きな課題となる。

4点目として、サンプリングバイアスが生じている可能性がある。特に第5章の教員を対象とした調査においては、調査の結果でも明らかになった時間的な制約のため、回答に同意する教員の数が少なかった。そのため、ここでの意見がすべての公立中学校の教員の意見を反映しているとは考えにくく、代表性に乏しいデータである可能性が指摘できる。つまり、回答に同意した教員はこうした臨床心理学的な取り組みに対して肯定的な意識を持っていることが考えられるため、母集団全体よりも社会不安を持つ児童生徒に対する積極的な対処の頻度が高く、プログラムへの興味関心が強い可能性がある。今後は、インタビュー調査などを用いて、さらに幅広い対象者から意見を募ることが考えられる。

また、第3章・第4章のデータはすべて同一の市内における児童生徒を対象としたものであった。介入を立案する上では、対象となる母集団における社会不安の特徴を記述することが不可欠であったが、同じ日本においても、他の地域の子どもに同様の知見が当てはまるかは今後の検討課題である。

以上の限界に留意する必要があるものの、本研究において作成された児童青年期の社会不安に対する早期介入・予防プログラムの学校教育における意義は大きい。Fig. 6-1 は本プログラムを今後学校の中で適用・維持していくにあたって想定される介入のプロセスを示したものである。本プログラムにおいて、すべての子どもに対する普遍的介入を行い、児童生徒のメンタルヘルスの底上げを図る。また、その後長年にわたって適応を促すことが期待される社会的場面に対する対処スキルを伸張する。さらに、より多くの支援を必要とする子どもに対しては、個別相談や、昼休みや放課後の時間を利用した小グループにおける選択的介入を提供する。それと平行して、必要と判断される場合には従来から教員が行っている親や友だちなどの環境に対する働きかけを行う。そして、学級内での般化のための声かけなど、介入効果の維持のための環境づくりを進める。このような構造を導入することで、援助を必要とするすべての子どもに対して、必要な内容の援助を必要な量だけ行き渡らせることができると考えられる。今後は本プログラムに代表される、早期介入・予防を目的とした臨床心理学的援助が広く普及し、児童生徒のメンタルヘルスを向上させることが望まれる。

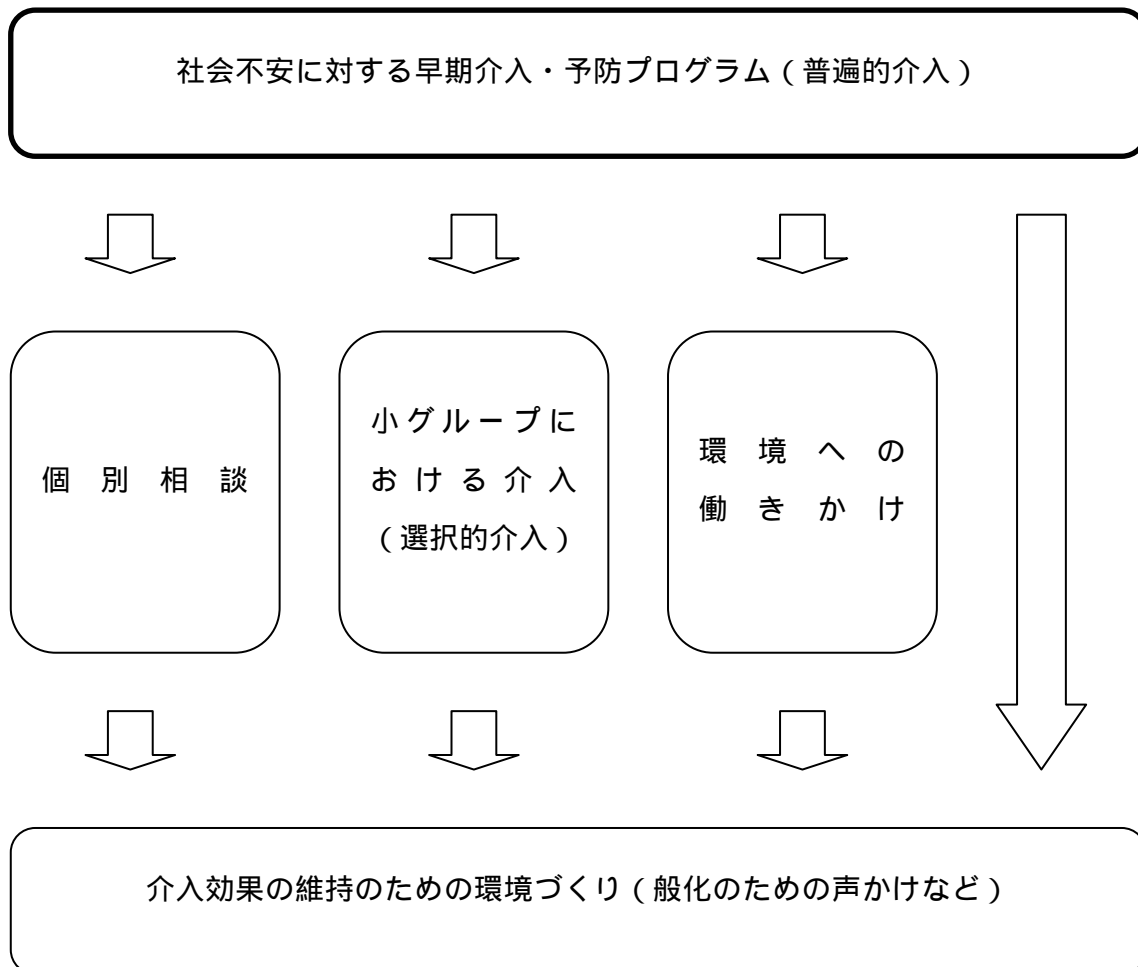


Fig. 6-1 想定される児童青年期の社会不安に対する介入プロセス

【引用文献】

- Albano, A. M. (2000). Treatment of social phobia in adolescents: Cognitive behavioral programs focused on intervention and prevention. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, **14**, 67-76.
- Albano, A. M., & Detweiler, M. F. (2001). The developmental and clinical impact of social anxiety and social phobia in children and adolescents. In S. G. Hofmann, & P. M. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives*. Needham Heights: Allyn & Bacon. pp. 162-178.
- Albano, A. M., DiBartolo, P. M., Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1995). Children and adolescents: Assessment and treatment. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press. pp. 387-425.
- Albano, A. M., Marten, P. A., Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents: A preliminary study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **183**, 649-656.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **36** (Suppl. 10), 69-84.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd. ed. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd. ed., revised. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th. ed. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th. ed., text revision. Washington, DC: Author.
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R., & Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from a general population. *Archives of General Psychiatry*, **44**, 69-76.

- Arkin, R. M. (1981). Self-presentation styles. In J. T. Tedeschi (Ed.), *Impression management theory and social psychology research*. New York: Academic Press. pp. 311-333.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **64**, 333-342.
- Barrett, P. M., Farrell, L. J., Ollendick, T. H., & Dadds, M. (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: An evaluation of the Friends program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, **35**, 403-411.
- Barrett, P. M., Lowry-Webster, H., & Turner, C. M. (2000). *Friends for Youth group leader manual*. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.
- Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. M., & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **24**, 187-203.
- Barrett, P., & Turner, C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology*, **40**, 399-410.
- Barrett, P. M., & Turner, C. M. (2004). Prevention of childhood anxiety and depression. In P. M. Barrett, & T. H. Ollendick (Eds.), *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons. pp. 429-474.
- Beidel, D. C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **30**, 545-552.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1997). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Fink, C. M. (1996). Assessment of childhood social phobia: Construct, convergent, and discriminative validity of the Social

- Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C). *Psychological Assessment*, **8**, 235-240.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment*, **7**, 73-79.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1998). *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C): User's manual*. Toronto: Multi-Health Systems Inc.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **38**, 643-650.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **68**, 1072-1080.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Young, B., & Paulson, A. (2005). Social Effectiveness Therapy for Children: Three-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **73**, 721-725.
- Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health*, **90**, 602-607.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **34**, 847-856.
- Bögels, S. M., & Zigterman, D. (2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **28**, 205-211.
- Brown, E. J., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, **26**, 467-486.

- Burns, B. J., Costello, E. J., Angold, A., Tweed, D., Stangl, D., Farmer, E. M. Z., & Erkanli, A. (1995). Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs*, **14**, 147-159.
- Buss, A. H. (1986). A theory of shyness. In W. H. Jones, J. M. Cheek, & S. R. Briggs (Eds.), *Shyness: Perspectives on research and treatment*. New York: Plenum Press. pp. 39-46.
- Chansky, T. E., & Kendall, P. C. (1997). Social expectancies and self-perceptions in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders*, **11**, 347-363.
- Chorpita, B. F., Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1996). Cognitive processing in children: Relation to anxiety and family influences. *Journal of Clinical Child Psychology*, **25**, 170-176.
- Christoff, K. A., & Myatt, R. J. (1987). Social isolation. In M. Hersen, & V. VanHasselt (Eds.), *Behavior therapy with children and adolescents*. New York: Wiley & Sons. pp. 512-535.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press. pp. 41-66.
- Commission on Chronic Illness (1957). *Chronic illness in the United States* (Vol. 1). Cambridge: Harvard University Press.
- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett, P. M., Laurens, K. R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **65**, 627-635.
- Davidson, J. R., Hughes, D. L., George, L. K., & Blazer, D. G. (1993). The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area study. *Psychological Medicine*, **23**, 709-718.
- Denardin, D., Silva, T. L., Pianca, T. G., & Rohde, L. A. (2004). Is avoidant disorder part of the social phobia spectrum in a referred sample of Brazilian children and adolescents? *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, **37**, 863-867.
- DeWit, D. J., Ogborne, A., Offord, D. R., & MacDonald, K. (1999). Antecedents of

- the risk of recovery from DSM-III-R social phobia. *Psychological Medicine*, **29**, 569-582.
- Dierker, L. C., Albano, A. M., Clarke, G. N., Heimberg, R. G., Kendall, P. C., Merikangas, K. R., Lewinsohn, P. M., Offord, D. R., Kessler, R., & Kupfer, D. J. (2001). Screening for anxiety and depression in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **40**, 929-936.
- Donovan, C. L., & Spence, S. H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, **20**, 509-531.
- Dozois, D. J. A., & Dobson, K. S. (2004). The prevention of anxiety and depression: Introduction. In D. J. A. Dozois, & K. S. Dobson (Eds.), *The prevention of anxiety and depression*. Washington, DC: American Psychological Association. pp. 1-6.
- 江村理奈・岡安孝弘 (2003). 中学校における集団社会的スキル教育の実践的研究 教育心理学研究, **51**, 339-350.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, **37**, 831-843.
- Evans, D. L., & Seligman, M. E. P. (2005). Introduction. In D. L. Evans, E. B. Foa, R. E. Gur, H. Hendin, C. P. O'Brien, M. E. P. Seligman, & B. T. Walsh (Eds.), *Treating and preventing adolescent mental health disorders*. New York: Oxford University Press. pp. xxv-xl.
- Farmer, E. M., Stangl, D. K., Burns, B. J., Costello, E. J., & Angold, A. (1999). Use, persistence and intensity: Patterns of care for children's mental health across one year. *Community Mental Health Journal*, **35**, 31-46.
- Ferrell, C. B., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2004). Assessment and treatment of socially phobic children: A cross cultural comparison. *Journal of Clinical and Adolescent Psychology*, **33**, 260-268.
- Feske, U., Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, **26**, 695-720.
- Field, A. P., Hamilton, S. J., Knowles, K. A., & Plews, E. L. (2003). Fear

- information and social phobic beliefs in children: A prospective paradigm and preliminary results. *Behaviour Research and Therapy*, **41**, 113-123.
- Fisher, P. H., Masia-Warner, C., & Klein, R. G. (2004). Skills for Social and Academic Success: A school-based intervention for social anxiety disorder in adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, **7**, 241-249.
- Flannery-Schroeder, E. C., & Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, **24**, 251-278.
- Francis, G., Last, C. G., & Strauss, C. C. (1992). Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **31**, 1086-1089.
- 藤枝静暁・相川充 (2001). 小学校における学級単位の社会的スキル訓練の効果に関する実験的検討 教育心理学研究, **49**, 371-381.
- Gallagher, H. M., Rabian, B. A., & McCloskey, M. S. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Anxiety Disorders*, **18**, 459-479.
- Garcia-Lopez, L. J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A. M., Turner, S., & Rosa, A. I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5-year follow-up assessment. *Anxiety Disorders*, **20**, 175-191.
- Garland, A. F., Hough, R. L., McCabe, K. M., Yeh, M., Wood, P. A., & Aarons, G. A. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **40**, 409-418.
- Hayden, T. L. (1980). Classification of elective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **19**, 118-133.
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A. M., Thienemann, M., Henderson, L., & Schatzberg, A. F. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **39**, 721-726.

- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L., & Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison to a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, **14**, 1-23.
- Henderson, L., & Zimbardo, P. (2001). Shyness, social anxiety, and social phobia. In S. G. Hofmann, & P. M. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives*. Needham Heights: Allyn & Bacon. pp. 46-64.
- Hoagwood, K., & Erwin, H. (1997). Effectiveness of school-based mental health services for children: A 10-year research review. *Journal of Child and Family Studies*, **6**, 435-451.
- Hofmann, S. G., Albano, A. M., Heimberg, R. G., Tracey, S., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1999). Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety*, **9**, 15-18.
- Hudson, J. L., Flannery-Schroeder, E., & Kendall, P. C. (2004). Primary prevention of anxiety disorders. In D. J. A. Dozois, & K. S. Dobson (Eds.), *The prevention of anxiety and depression*. Washington, DC: American Psychological Association. pp. 101-130.
- Inderbitzen-Nolan, H. M., & Walters, K. S. (2000). Social Anxiety Scale for Adolescents: Normative data and further evidence of construct validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, **29**, 360-371.
- 石川信一・美和健太郎・佐藤寛・笹川智子・井上敦子・滝沢瑞枝・境泉洋・嶋田洋徳・岡安孝弘・坂野雄二 (2004). Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C)の因子構造の検討 日本カウンセリング学会第 37 回大会発表論文集, 268-269.
- 石川信一・大田亮介・坂野雄二 (2001). 日本語版 SCAS (スペインス児童用不安尺度) 作成の試み 早稲田臨床心理学研究, **1**, 75-84.
- 伊藤美奈子 (1999). スクールカウンセラーによる学校臨床実践評価ならびに学校要因との関連 教育心理学研究, **47**, 521-529.
- 伊藤美奈子 (2000). 教師のバーンアウト傾向を規定する諸要因に関する探索的研究: 経験年数・教育観タイプに注目して 教育心理学研究, **48**, 12-20.
- 伊藤美奈子 (2003). 保健室登校の実態把握ならびに養護教諭の悩みと意識—スクー

- ルカウンセラーとの協働に注目して— 教育心理学研究, **51**, 251-260.
- Judd, L. L. (1994). Social phobia: A clinical overview. *Journal of Clinical Psychiatry*, **55**, 5-9.
- Juster, H. R., Brown, E. J., & Heimberg, R. G. (1996). Social phobia. In J. Margraf (Ed.), *Textbook of behaviour therapy*. Berlin: Springer-Verlag. pp. 43-59.
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, **240**, 167-171.
- 笠原嘉 (1977). 青年期 中公新書
- Kashani, J. H., & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, **147**, 313-318.
- Kashani, J. H., Orvaschel, H., Rosenberg, T. K., & Reid, J. C. (1989). Psychopathology in a community sample of children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **28**, 701-706.
- Kashdan, T. B., & Herbert, J. D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, **4**, 37-61.
- 川井栄治・吉田寿夫・宮元博章・山中一英 (2006). セルフ・エスティームの低下を防ぐための授業の効果に関する研究：ネガティブな事象に対する自己否定的な認知への反駁の促進 教育心理学研究, **54**, 112-123.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **62**, 100-110.
- Kendall, P. C., & Chansky, T. E. (1991). Considering cognition in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders*, **5**, 167-185.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **65**, 366-380.
- Kendall, P. C., Kane, M., Howard, B., & Siqueland, L. (1990). *Cognitive-behavioral*

- treatment of anxious children: Treatment manual*. Unpublished manuscript, Temple University, Philadelphia, Pennsylvania.
- Kendall, P. C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E., & Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 276-287.
- Kendall, P. C., & Southam-Gerow, M. A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 724-730.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8-19.
- Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H. U., Stein, M., & Walters, E. E. (1999). Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine, 29*, 555-567.
- Kindt, M., Brosschot, J. F., & Everaerd, W. (1997). Cognitive processing bias of children in a real life stress situation and a neutral situation. *Journal of Experimental Child Psychology, 64*, 79-97.
- Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and somatization: Clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine, 60*, 420-430.
- Klein, R. G., & Pine, D. S. (2002). Anxiety disorders. In M. Rutter, E. Taylor, & M. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry*. 4th ed. Oxford: Blackwell Scientific. pp. 486-509.
- 小林正幸 (2003). 事例から学ぶ不登校への援助の実際 (8) 生活空間を広げる関わり 一対人不安を軽くする 児童心理, 57, 1140-1146.
- LaGreca, A. M., & Stone, W. L. (1993). Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology, 22*, 17-27.

- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **31**, 1070-1076.
- Lear, J. G., Gleicher, H. B., St. Germaine, A., & Porter, P. J. (1991). Reorganizing health care for adolescents: The experience of the school-based adolescent health care program. *Journal of Adolescent Health*, **12**, 450-458.
- Leary, M. R., & Kowalski, R. M. (1995). The self-presentation model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press. pp. 94-112.
- Lecrubier, Y., Wittchen, H. U., Faravelli, C., Bobes, J., Patel, A., & Knapp, M. (2000). A European perspective on social anxiety disorder. *European Psychiatry*, **15**, 5-16.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J., & Klein, D. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, **42**, 729-736.
- Lock, S., & Barrett, P. M. (2003). A longitudinal study of developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Behaviour Change*, **20**, 183-199.
- Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M., & Dadds, M. R. (2001). A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. *Behaviour Change*, **18**, 36-50.
- Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M., & Lock, S. (2003). A universal prevention trial of anxiety symptomatology during childhood: Results at 1-year follow-up. *Behaviour Change*, **20**, 25-43.
- Lucock, M., & Salkovskis, P. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, **26**, 297-302.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C., (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, **53**, 159-168.

- Magnusdottir, I., & Smari, J. (1999). Social anxiety in adolescents and appraisal of negative events: Specificity or generality of bias? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **27**, 223-230.
- Manassis, K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L., Fiksenbaum, L., & McInnes, A. (2003). Characterizing selective mutism: Is it more than social anxiety? *Depression and Anxiety*, **18**, 153-161.
- Mannuzza, S., Schneier, F. R., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F., & Fyer, A. J. (1995). Generalized social phobia: Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, **52**, 230-237.
- Masia, C. L., Klein, R. G., Storch, E. A., & Corda, B. (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **40**, 780-786.
- Masia-Warner, C., Klein, R. G., Dent, H. C., Fisher, P. H., Alvir, J., Albano, A. M., & Guardino, M. (2005). School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: Results of a controlled study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **33**, 707-722.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P. A., & Kelley, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **29**, 611-619.
- McLoone, J., Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2006). Treating anxiety disorders in a school setting. *Education and Treatment of Children*, **29**, 219-242.
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Dierker, L., & Grillon, C. (1999). Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, **46**, 1523-1535.
- Misfud, C., & Rapee, R. M. (2005). Early intervention for childhood anxiety in a school setting: Outcomes for an economically disadvantaged population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **44**, 996-1004.
- 三浦正江 (2006). 中学校におけるストレスチェックリストの活用と効果の検討：不登

- 校の予防といった視点から 教育心理学研究, **54**, 124-134.
- 三浦正江・上里一郎 (2003). 中学校におけるストレスマネジメントプログラムの実施と効果の検討 行動療法研究, **29**, 49-59.
- 森田洋司 (2003). 不登校—その後：不登校経験者が語る心理と行動の軌跡 教育開発研究所
- Morris, T. L. (2001). Social phobia. In M. W. Vasey, & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety*. New York: Oxford University Press. pp. 435-458.
- Morris, T. L. (2004). Treatment of social phobia in children and adolescents. In P. M. Barrett, & T. H. Ollendick (Eds.), *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons. pp. 171-186.
- Morris, T. L., Messer, S. C., & Gross, A. M. (1995). Enhancement of the social interaction and status of neglected children: A peer-pairing approach. *Journal of Clinical Child Psychology*, **24**, 11-20.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Eds.) (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Damsma, E. (2000). Threat perception bias in nonreferred, socially anxious children. *Journal of Clinical Child Psychology*, **29**, 348-359.
- 鍋田恭孝 (1997). 対人恐怖・醜形恐怖 金剛出版
- Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Magdol, L. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11-21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **64**, 552-562.
- Norton, P. J., & Hope, D. A. (2001). Kernels of truth or distorted perceptions: Self and observer ratings of social anxiety and performance. *Behavior Therapy*, **32**, 765-786.
- Quakley, S., Coker, S., Palmer, K., & Reynolds, S. (2003). Can children distinguish

- between thoughts and behaviours? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **31**, 159-168.
- Rapee, R. M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press. pp.41-66.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, **35**, 741-756.
- Rapee, R. M., & Sanderson, W. C. (1998). *Social phobia: Clinical application of evidence-based psychotherapy*. Northvale: Jason Aronson Inc.
- Rapee, R. M., Spence, S. H., Cobham, V., & Wignall, A. (2000). *Helping your anxious child*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Rheingold, A., A., Herbert, J. D., & Franklin, M. E. (2003). Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, **27**, 639-655.
- Rubin, K. H., LeMare, L. J., & Lollis, S. (1990). Social withdrawal in childhood: Developmental pathways to peer rejection. In S. R. Asher, & J. D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood*. New York: Cambridge University Press.
- 笹川智子・金井嘉宏・陳峻雯・坂野雄二 (2005). 社会不安障害の認知的・行動的症状による類型化：社会的スキル欠損仮説の観点から 第4回認知療法学会抄録集, 109.
- 笹川智子・金井嘉宏・村中泰子・鈴木伸一・嶋田洋徳・坂野雄二 (2004). 他者からの否定的評価に対する社会的不安測定尺度 (FNE) 短縮版作成の試み：項目反応理論による検討 行動療法研究, **30**, 87-98.
- 佐藤正二 (2004). 集団介入の利点, 欠点, 工夫点 嶋田洋徳・鈴木伸一 (編) 学校, 職場, 地域におけるストレスマネジメント実践マニュアル 北大路書房 pp. 29-38.
- 佐藤正二・佐藤容子・高山巖 (1998). 引っ込み思案児の社会的スキル訓練：長期維持効果の検討 行動療法研究, **24**, 71-83.
- Schlenker, B. R., & Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, **92**, 641-669.

- Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., Street, L., Del Bene, D., & Liebowitz, M. R. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, **55**, 322-331.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, **49**, 282-288.
- 嶋田洋徳 (1998). 小中学生の心理的ストレスと学校不適應に関する研究 風間書房
- Shirk, S. R. (2004). Dissemination of youth ESTs: Ready for prime time? *Clinical Psychology: Science and Practice*, **11**, 308-312.
- Shortt, A. L., Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Fox, T. L. (2001). The influence of family and experimental context on cognition in anxious children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **29**, 585-597.
- Shortt, A. L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, **30**, 525-535.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Lumpkin, P. W., & Carmichael, D. H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **67**, 995-1003.
- Simonian, S. J., Beidel, D. C., Turner, S. M., Berkes, J. L., & Long, J. H. (2001). Recognition of facial affect by children and adolescents diagnosed with social phobia. *Child Psychiatry and Human Development*, **32**, 137-145.
- Smari, J., Petursdottir, G., & Porsteinsdottir, V. (2001). Social anxiety and depression in adolescents in relation to perceived competence and situational appraisal. *Journal of Adolescence*, **24**, 199-207.
- 曾我祥子 (1983). 日本語版 STAIC 標準化の研究 心理学研究, **54**, 215-221.
- Sonntag, H., Wittchen, H. U., Höfler, M., Kessler, R. C., & Stein, M. B. (2000). Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? *European Psychiatry*, **15**, 67-74.

- Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, **24**, 417-463.
- Spence, S. H. (2001). Prevention strategies. In M. W. Vasey, & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety*. New York: Oxford University Press. pp. 325-351.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, **108**, 211-221.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **41**, 713-126.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Muller, N., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression. *Archives of General Psychiatry*, **58**, 251-256.
- Storch, E. A., Masia-Warner, C., Dent, H. C., Roberti, J. W., & Fisher, P. H. (2004). Psychometric evaluation of the Social Anxiety Scale for Adolescents and the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children: Construct validity and normative data. *Anxiety Disorders*, **18**, 665-679.
- Strauss, C. C., Lahey, B. B., Frick, P., Fame, C. L., & Hynd, G. W. (1988). Peer social status of children with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **56**, 137-141.
- Strauss, C. C., & Last, C. G. (1993). Social and simple phobias in children. *Journal of Anxiety Disorders*, **7**, 141-152.
- Sugawara, M., Mukai, T., Kitamura, T., Toda, M. A., Shima, S., Tomoda, A., Koizumi, T., Watanabe, K., & Ando, A. (1999). Psychiatric disorders among Japanese children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **38**, 444-452.
- Taghavi, M. R., Moradi, A. R., Neshat-Doost, H. T., Yule, W., & Dalglish, T. (2000). Interpretation of ambiguous emotional information in clinically anxious

- children and adolescents. *Cognition and Emotion*, **14**, 809-822.
- 豊田秀樹 (1998). 共分散構造分析 入門編 朝倉書店
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Cooley, M. R., Woody, S. R., & Messer, S. C. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: Social Effectiveness Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, **32**, 381-390.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, **95**, 389-394.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Larkin, K. T. (1986). Situational determinants of social anxiety in clinic and nonclinic samples: Physiological and cognitive correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **54**, 523-527.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtype and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, **101**, 326-331.
- Waters, A. M., Lipp, O. V., & Spence, S. H. (2004). Attentional bias toward fear-related stimuli: An investigation with nonselected children and adults and children with anxiety disorders. *Journal of Experimental Child Psychology*, **89**, 320-337.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **33**, 448-457.
- Westenberg, P. M., Drewes, M. J., Goedhart, A. W., Siebelink, B. M., & Treffers, P. D. A. (2004). A developmental analysis of self-reported fears in late childhood through mid-adolescence: Social-evaluative fears on the rise? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **45**, 481-495.
- Widiger, T. A. (2001). Social anxiety, social phobia, and avoidant personality. In W. R. Crozier, & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. pp. 335-356.
- Wittchen, H. U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults.

Psychological Medicine, **28**, 109-126.

Wittchen, H. U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, **29**, 309-323.

Yonkers, K. A., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2001). An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. *Psychiatric Services*, **52**, 637-643.