

思春期の発達障害児を持つ親のための ペアレント・トレーニングプログラムの開発

鳥取大学大学院医学系研究科 松尾理沙
鳥取大学大学院医学系研究科 井上雅彦

Practical Parent Training Program for parents of children with developmental disabilities in early adolescence

Graduate School of Medical Sciences, Tottori University MATSUO, Risa
Graduate School of Medical Sciences, Tottori University INOUE, Masahiko

要約

本邦におけるペアレント・トレーニングの実施状況を調査した松尾ら(2010)は、ペアレント・トレーニングの実施状況として就学前や小学校低学年の子どもを持つ親に偏っており、思春期以降のペアレント・トレーニングの実施はわずかで思春期に特化したペアレント・トレーニングプログラムの実施は皆無であったことを報告した。

本研究では、10代の発達障害児を持つ親に10名を介入群(N=5)と対照群(N=5)に分け、介入群の参加者に対してグループによるペアレント・トレーニングを実施した。プログラムは1回120分、全7回の連続講座からなり、内容としてプラスの関わり方、問題解決の方法、行動契約の方法、認知再構成法を含めたものであった。思春期に特化したプログラム内容を工夫することで、親子のコミュニケーションの改善及び不安の低減が示された。

【キー・ワード】 発達障害児, ペアレント・トレーニング, 思春期

Abstract

In Japan, there is no certain program for parents of children with developmental disabilities especially in early adolescence (Matsuo et.al,2010). However, many parent-child conflicts arise during early adolescence as teenagers increasingly assert their independence from their families. The present study reports group parent training program for five parents of children with developmental disabilities in early adolescence. Ten parents of children with developmental disabilities were selected to serve as subjects for the intervention group (N=5) and the control group (N=5). Parents of the intervention group acquired positive interactions with child, problem-solving communication training, behavior contract, cognitive restructuring. This program consisted of 7 sessions of 120 minutes each, which were held once every 2 weeks.

The present study will indicate that a parent training program for parents of children with developmental disorders in early adolescence is an effective intervention for reducing anxiety of the parents.

【Key words】 Children with Development Disorders, Parent Training, Adolescence

はじめに

発達障害児の親への支援の一つとして、ペアレント・トレーニングがあげられる。本邦におけるペアレント・トレーニングの実施状況を調査した松尾ら(2010)は、ペアレント・トレーニングの実施状況として就学前や小学校低学年の子どもを持つ親に偏っており、思春期以降のペアレント・トレーニングの実施はわずかで思春期に特化したペアレント・トレーニングプログラムの実施は皆無であったことを報告した。

一方、思春期の発達障害児を持つ親が抱えているニーズとして、定型発達児に比べ関わり方の難しさが報告されている(高橋,2009)。また思春期の発達障害児をもつ親に対するペアレント・トレーニングの開発の必要性(佐藤・植田・小川, 2010;中田,2010)も指摘されているが、未だ明確な有効性や課題等は検討されておらず、思春期を対象にしたペアレント・トレーニングの効果については意見が分かれている。

Cedar and Levant(1990)は、年齢とペアレント・トレーニングの相関を見つけることはできなかったが、Serketich and Dumas(1996)は、メタ分析から年齢による相関があり、子どもの年齢が低いほどペアレント・トレーニングの効果が高いと述べている。Ruma, Burke, & Thompson (1996)は、思春期におけるペアレント・トレーニングの効果が低年齢を対象にしたものより低い理由として、①アイデンティティーが芽生えること、②自立心が芽生えること、③友人がより大きな影響力を持つこと、④家庭で過ごす時間が減少すること、④これまでに問題行動が長期に渡って続いていること等が影響していると述べている。

これに対して Smith, Waschbusch, Willoughby, & Evans(2000)は、思春期の発達に特化した家族支援の介入が必要であると述べており、Chronis, Jones, & Raggi(2006)も子どもの時間管理や宿題等セルフモニタリングができるようになることを目的として親と教師の共同し、より組織的に行うことが重要であると指摘している。このように思春期では、子どもやその保護者の持つニーズもそれ以前とは異なることから、思春期以降のペアレント・トレーニングにおいては、就学前から小学生の子どもを持つ親を対象としたプログラムからその内容を変更する必要があると考えられる。

本研究では、思春期の発達障害児を持つ親のための集団形式ペアレント・トレーニングプログラムを開発・実施し、その有効性を検討することを目的とする。本研究での思春期に特化したプログラムとして行動契約を実施することを最終の目的として実施する。

方 法

1) 対象者

参加者は、医療機関において発達障害と診断された(本研究では、発達障害者支援法に基づいて、自閉症、アスペルガー症候群、その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥・多動性障害とする)子どもを持つ母親を対象とした。参加者募集にあたって、プログラムの内容・目的を記載したチラシを作成し、A大学附属病院やA大学臨床心理相談センターにて配布をした。そのうち参加を希望された5人を介入群、参加希望であったが日程や家庭の都合等で参加ができなかった5名を対照群とした。

2) スタッフ

スタッフは、臨床心理を専攻している大学院生2名、大学院臨床心理学の内地留学生の教員3人であり、第一著者が主体となって実施し、第二著者がスーパービジョンを行った。第一著者は、大学院での応用行動分析学による発達障害児の臨床経験3年有し、集団精神療法の基礎的な訓練を受け、本研究以前にペアレント・トレーニングに3クール参加し、主実施者として5クールの実施経験を有していた。

3) 実施機関及び実施場所

A大学臨床心理相談センターにおいて、1回2時間、月2回(原則隔週、全7回)3ヶ月間実施した。

4) プログラム

Barkley et al(2001)は、思春期の発達障害児とその親との間にコミュニケーションの葛藤が同世代の親子間より高いことから、親子間のコミュニケーションスキルを高め、問題解決に焦点を当てた介入が必要であると述べている。また、言葉や行動で子どもを褒める際にも年齢や性別に合ったものを選んで行う必要性を述べている。よって、本研究のプログラムの基本的な部分はBarkley et al(2001)や井上・野村・秦(2009)のプログラムのほめ方、松尾ら(2011)の認知再構成法を参考に作成した。介入群へのプログラムは講義、グループワーク、ホームワークに分かれている。講義の内容を参加者自身のストレスマネジメントをはじめ、行動の理解、親子のプラスの関わり方、ほめ方、叱り方、問題解決の図り方、行動契約、認知再構成法とした(表1)。講義は、第一著者がスライドを使用しながら説明した。また、講義内容の確認や定着のために、スタッフを交えて練習問題やシェアリングを行った。グループワークでは、講義の内容を踏まえてワークや各家庭での課題の取り組みについて話し合い、母親自らが子どもへのより良い関わり方を習得できるように援助をした。ホームワークでは、講義、グループワークで検討した課題の実施と記録の作成などを行った。対照群への介入プログラムは特になかった。

表 1 思春期ペアレント・トレーニングプログラム内容

	講義	グループワーク	ホームワーク
1	オリエンテーション アンケート ストレスマネジメント 思春期の特徴	自己紹介	コミュニケーション・アセスメントシート
2	見方を変えよう プラスの関わり方	ほめリストの作成	ほめようシート
3	考え方のカラクリ プラスの関わり方	ほめようシートシェアリング やって欲シート作成	やって欲シート
4	叱り方	やって欲シートシェアリング 最高の上司 vs 最低の上司	わが家のルール
5	認知再構成法 問題解決法	わが家のルールワーク	問題解決シート Quality Time の設定
6	行動契約 ほうびの設定	問題解決シートシェアリング ごほうびリストアップ 課題の設定	行動契約の実施
7	ふりかえりシート アンケート	まとめ	

5) 実施把握と効果測定方法

(1) 心理検査

介入群と対照群には、実態把握とプログラムの効果を測定するために、Achenbach(1991)が子どもの行動や情緒の特徴、多面的な問題性を評価するアセスメント指標として開発した子どもの行動チェックリスト(Child Behavior Checklist;以下 CBCL)、Goodman(1997)が幼児期から就学期の行動のスクリーニングのために開発した子どもの強さと困難さアンケート(Strengths and Difficulties Questionnaire;以下 SDQ)、親と思春期の子どもとの間のコミュニケーションの葛藤を測定するためにRobin(1981)によって開発された葛藤行動質問票(Conflict Behavior Questionnaire for Parents;以下 CBQ) Beck(1961)がうつ病のスクリーニング手段として開発したベック抑うつ質問票(Beck Depression Inventory;以下 BDI)を母親に対してプログラムの事前と事後に実施した。

(2) 子どもとの関わりの出来事、認知と気分のアンケート

介入群の参加者に対して、介入前に「保護者が抱える子育て困難感に関する調査」を行った。内容は、子育ての中でイライラや不安を感じた時の「出来事」について自由記述形式で回答を求めた。「その時にふっと心の中に浮かんでくる言葉にはどのようなものはありますか?」に対する回答を「考え」とし、「その時の「気分」とその点数を 100 点満点で記入を促すものであった。介入後、介入群の参

加者に介入前に書いた「出来事」が現在も「ある」か「無いか」を尋ね、「ある」と回答した場合はその出来事に対しての「考え」と「気分」を介入前と同様の方法で記入を求めた。介入前後の出来事、考え、気分の変化について検討を行った。

(3)プログラムの満足度

介入群の参加者に対して最終回においてアンケートを行った。①講義はわかり易かったか、②講義で聞いたことは、子どもと接するときの参考になったか等 14 項目をそれぞれ、とてもそう思わない、あまりそう思わない、ふつう、ややそう思う、とてもそう思う、の 5 件法で評価を求めた。

行動契約は、親子が行動契約書に署名した内容を契約期間実施できた場合成功したとみなした。また、行動契約の維持とは、当初の行動契約とは内容は同じ、もしくは契約内容は始めに実施したもの異なるが親子で行動契約に取り組んでいることを意味することとした。

結 果

1)心理検査結果

BDI , SDQ, CBCL, CBQ の得点について 2(時期:介入前, 介入後)×2(群:介入群, 対照群) の二要因分散分析を実施した(表 2)。その結果, SDQ の行為, CBCL のひきこもり, 不安/抑うつ, 注意の問題, 攻撃的行動, 内向 T 得点, 外向 T 得点, 総合 T 得点については, 時期の主効果が 5%水準で有意であった。CBQ は時期の主効果が 10%で有意であった。また, CBCL の思考の問題は, 群の主効果が 5%水準で有意であった。全てにおいて交互作用の有意傾向は見られなかった。

表 2 介入前後における心理検査の平均値および標準偏差と分散分析結果

		介入群(N=5)		統制群(N=5)		総和(N=10)		時期 F(df)	群 F(df)	交互作用 F(df)
		介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後			
BDI	BDI合計得点	M 14.00	12.20	17.40	11.60	15.70	11.90	2.09(1,8)	0.43(1,8)	0.58(2,8)
	SD	(11.73)	(12.10)	(11.93)	(10.14)	(11.30)	(10.53)			
SDQ	行為	M 3.80	3.00	4.20	3.60	4.00	3.30	4.90(1,8)*	0.10(2,8)	0.21(2,8)
	SD	(1.64)	(1.00)	(1.92)	(2.30)	(1.70)	(1.70)	介入前>介入後		
	多動	M 4.40	4.00	7.00	7.20	5.7	5.6	0.67(1,8)	3.17(2,8)	0.45(2,8)
	SD	(2.79)	(3.39)	(2.24)	(1.92)	(2.75)	(3.10)			
	情緒	M 6.40	4.80	3.80	3.80	5.10	4.20	0.98(1,8)	0.59(2,8)	1.98(2,8)
	SD	(2.41)	(2.59)	(1.92)	(3.21)	(2.47)	(2.82)			
	仲間関係	M 4.00	4.00	5.40	5.40	4.70	4.70	0.00(1,8)	0.00(2,8)	0.00(2,8)
	SD	(2.12)	(2.92)	(1.95)	(0.55)	(2.06)	(2.11)			
	向社会性	M 4.40	4.40	2.60	3.60	3.50	4.00	1.25(1,8)	0.51(2,8)	1.25(2,8)
	SD	(3.21)	(2.41)	(2.51)	(3.58)	(2.88)	(2.91)			
	困難性全体得点	M 19.40	15.80	20.20	20.20	20.00	18.00	1.90(1,8)	1.03(2,8)	1.22(2,8)
	SD	(34.70)	(43.53)	(39.81)	(37.08)	(39.72)	(41.50)			
CBCL	ひきこもり	M 76.80	66.80	66.20	65.20	71.50	66.00	3.78(1,8)*	2.09(2,8)	2.53(2,8)
	SD	(7.60)	(6.18)	(4.27)	(9.28)	(8.60)	(7.48)	介入前>介入後		
	身体的訴え	M 70.40	61.00	59.80	58.80	65.10	59.90	3.15(1,8)	1.70(2,8)	2.05(2,8)
	SD	(9.76)	(8.94)	(10.40)	(6.57)	(11.03)	(7.49)			
	不安/抑うつ	M 73.20	67.20	68.40	67.00	70.80	67.10	5.98(1,8)*	0.35(2,8)	2.31(2,8)
	SD	(4.71)	(3.90)	(6.54)	(11.00)	(5.94)	(7.78)	介入前>介入後		
	社会性の問題	M 63.80	60.80	73.80	71.20	68.80	66.00	2.54(1,8)	3.37(2,8)	0.01(2,8)
	SD	(9.73)	(13.37)	(7.16)	(3.83)	(9.62)	(10.78)			
	思考の問題	M 75.00	71.80	64.80	59.20	69.90	65.50	1.35(1,8)	7.61(2,8)*	0.10(2,8)
	SD	(6.12)	(1.64)	(11.12)	(12.28)	(10.03)	(10.60)		介入群>統制群	
	注意の問題	M 70.60	62.20	71.60	69.40	71.10	65.80	6.77(1,8)*	3.11(2,8)	2.32(2,8)
	SD	(4.28)	(7.40)	(3.14)	(3.58)	(3.58)	(6.66)	介入前>介入後		
	非行的行動	M 64.40	59.80	64.40	61.40	64.40	60.60	2.08(1,8)	0.09(2,8)	0.02(2,8)
	SD	(11.76)	(7.19)	(9.66)	(9.29)	(10.15)	(7.88)			
	攻撃的行動	M 65.80	60.60	68.60	63.40	67.20	62.00	5.93(1,8)*	0.29(2,8)	0.00(2,8)
	SD	(5.89)	(4.16)	(11.19)	(11.68)	(8.56)	(8.39)	介入前>介入後		
	内向T得点	M 78.00	68.20	67.20	65.40	71.60	66.80	5.73(1,8)*	2.86(2,8)	2.24(2,8)
	SD	(2.64)	(3.27)	(5.40)	(10.53)	(6.13)	(7.50)	介入前>介入後		
	外向T得点	M 67.20	60.40	68.20	62.20	67.70	61.30	10.61(1,8)*	0.60(2,8)	0.41(2,8)
	SD	(7.86)	(4.72)	(10.94)	(12.70)	(8.99)	(9.08)	介入前>介入後		
	総合T得点	M 75.80	65.80	72.60	68.80	74.20	67.30	10.68(1,8)*	0.00(2,8)	2.16(2,8)
	SD	(5.17)	(4.97)	(4.56)	(7.46)	(4.89)	(6.18)	介入前>介入後		
CBQ	CBQ合計得点	M 9.20	5.20	9.80	8.60	9.50	6.90	3.68(1,8)†	0.59(2,8)	1.07(2,8)
	SD	(4.66)	(2.17)	(5.40)	(5.01)	(4.77)	(4.33)	介入前>介入後		

2) 介入群の参加者の出来事、認知と気分の変化

参加者が子育ての中でネガティブな気分を感じた時の出来事として、介入前は「子どもに対して注意をした時の子どもの態度に関すること」や「ゲームやインターネットを約束の時間がきてもやめないこと」などをあげ、その時の気分としては、「いらだち」や「不安」が高く、認知としては、「どうしていつもこうなんだ」「こんなじゃ自立できない」というものが多かった。

介入後「同じ状況はあるか?」「ある場合は、どのような気分か、どのような認知が浮かぶか」の回答を促した。「同じ出来事はある」と回答した参加者は、認知として「まあいいか」という言葉がみられ、物事の見方として客観的に捉えられるような様子が見られ、それにともなって、気分は「いらだち」「不安」は低減していた。また、「同じ出来事は現在ない」と回答した参加者は、問題の出来事が自然になくなったのではなく、参加者の工夫により問題解決が図られていた。

3) 介入群の参加者の事後アンケート

アンケートの結果を表 3 に示した。アンケートの結果より、講義は分かりやすく、子どもと接するときの参考になったことが明らかになった。また、子どもの行動の変化においても概ね満足していることが窺えた。講座に参加したことを肯定的に捉え、今後またこのような講座に参加したいという回答であった。しかし、課題に取り組むことや今後子どもの問題にうまく取り組む自信においては課題

があることが窺えた。

表3 介入群の事後アンケートの結果

項目	質問内容	mean
1	講義はわかりやすかった。	4.5
2	講義で聞いたことは、子どもさんに接するときの参考になった。	4.75
3	子どもさんの行動の変化に満足している。	4.25
4	勉強会を通して、お父さん・お母さん自身の子どもさんへの意識に変化があった。	4
5	子どもさんの目標とした行動へのお父さん・お母さん自身の対応は上手になった。	3.5
6	子どもさんを上手にほめることができています。	3
7	子どもさんは楽しみながら課題に取り組んでいる。	3.5
8	お父さん・お母さんは楽しみながら課題に取り組んでいる。	3.5
9	課題に取り組むことは容易であった。	2.5
10	記録をつけることは励みになった。	4
11	これから先、子どもさんの問題にうまく取り組む自信がある。	3
12	勉強会に参加して良かった。	5
13	ご家族は、この勉強会への参加に協力的であった。	3.5
14	今後もこのような勉強会があれば参加したい。	4.75

自由記述では、「一番の気づきは“親が変われば、子どもも変わる(良い行動が増える)”でした。今まで、心配して“子どものため”と思ってやっていたことが悪循環を作っていたこともよくわかりました」「ほめる”は大分葛藤がありました。心のなかのシフトをチェンジするという作業がとても大変な講座でした。現在は、ネガティブな言葉が浮かんでもそれを客観的に見る作業が少しできるようになり、以前ほど子どものマイナス面(できない点)にフォーカスしすぎることが無くなってきました」「ほめている“つもり”の部分がすごく多いことに気づきました。生活の中で生きていく自信につながるはずの子ども良さを見落としているなあと反省点が本当に多かったです」などがあつた。

4) 行動契約の成功率

参加者5名のうち3名が行動契約に取り組み、成功していた(60%)。そのうちの1名は、プログラム終了3ヶ月も様々な内容で行動契約を参加者と子ども(きょうだい)で維持していることが報告された。行動契約に取り組めなかった2名のうち1名は、参加者の精神的に不安定であったこと、他の1名は家庭内の問題があつたことが理由であった。

考 察

本研究では、思春期の発達障害児を持つ親のためのペアレント・トレーニングプログラムを開発・

実施し、その有効性を検討することを目的とした。本研究での思春期に特化したプログラムとして行動契約を実施することを最終の目的とした。

1) プログラム内容の検討

本研究での行動契約の実施率は 60%であった。しかし、行動契約の実施に至るまでの参加者の出席率、講義内のワーク、ホームワーク等の実施率は高く、行動契約の実施率のみでは、十分検討できないことが考えられた。プログラム内容の工夫としては、前半にプラスの関わり方の講義やワークを通して、褒め方の学び親子で話し合いを円滑に行えるような土台作りをすることを取り入れた。プログラム後半では、行動契約で実施する必要性やメリットだけでなく、将来子どもの自立を促すことにつながることや実施途中で行動契約が破綻したときの対応策などをスタッフの実践報告を講義の中に盛り込みながら伝えた。また、参加者のストレスマネジメントを目的として認知再構成法を容易に取り組めるようにイラストを用いたワークを作成し実施した。このようにプログラム内容をスモールステップで実施することにより、参加者の出席率、行動契約実施率、成功率を高め、親の認知、親子のコミュニケーション、親子の行動において変容が促されたと考えられる。

2) プログラムの介入前・後の心理尺度とアンケートによる効果の検討

介入群と対照群における比較により本研究のプログラムの有効性を測ったが、介入群 5 名、対照群 5 名と総数が少なく十分な検討ができなかった。しかし、介入群の参加者において、CBCL の引きこもり、注意の問題、内向 T 得点、総合 T 得点、CBQ の介入群において介入前後の変化が大きい傾向が見られる。今回の介入群の参加者の子どもは、不登校傾向、不登校の問題を抱えていた。プログラムの中で介入群の参加者に対して実施した認知再構成法によって、参加者自身がその状況を客観的に捉えられることができるようになったことが CBCL のひきこもりを改善に導いたと考えられる。加えて、参加者がプログラムで学んだ認知再構成法を自身の子どもに実施しており、副次的に改善につながったと考えられる。CBQ の改善については、本プログラムが親と子どもの関係を改善することが目的であり、プログラムの各回において講義やワークが親子のコミュニケーション、関係の改善につながる内容であったと考えられる。

今後の課題

本研究で実施した思春期に特化したペアレント・トレーニングの介入群の参加者の子どもは、発達障害をもち二次障害といわれる不登校や家庭内暴力を併せ持っていた。本研究プログラムによって、これらの二次障害の改善は認められたが、客観的な指標として検討ができなかった。よって、今後の課題として、二次障害のそれぞれのタイプにおいてどのようなプログラムの内容が有効なのか検討することが必要であると考えられる。また、本研究では介入群、対照群の人数が少なかつたため、検討が不十分であったため、今後は対象の人数を増やしてプログラム内容の再考が必要である。

引用文献

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington Department of Psychiatry, University of Vermont .
- Barkley, R. A., Robin, A. L., & Benton, C. M. (2008). *Your Defiant Teen: 10 Steps to Resolve Conflict and Rebuild Your Relationship*. New York, The Guilford Publications.
- Barlow, J., & Parsons, J. (2009). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in 0-3 years old children. *The Cochrane Collaboration*, 2, 1-68.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Cedar, B., & Levant, R. F. (1990). A meta-analysis of the effects of parent effectiveness training. *The American Journal of Family Therapy*, 18, 373-384.
- Chronis, A. M., Jones, H. A., & Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26, 486-502.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- 伊藤信寿・柳原正文 (2007). ペアレント・トレーニングが ADHD 児を持つ母親の養育行動に及ぼす効果 教育実践学論集, 8, 61-71.
- 井上雅彦・野村和代・秦基子 (2009). 子育てが楽しくなる 5つの魔法 アスペ・エルデの会, 名古屋松尾理沙・野村和代・井上雅彦 (2012). 発達障害児の親を対象としたペアレントトレーニングの実施者とその支援ニーズに関する調査 小児の精神と神経, 52, 53-59.
- 中田洋二郎 (2010). 発達障害のペアレントトレーニング短縮版プログラムの有用性に関する研究 立正大学心理学研究所紀要, 8, 55-63.
- Robin, A. L. (1981). A controlled evaluation of problem-solving communication training with parent-adolescent conflict. *Behavior Therapy*, 12, 593-609.
- 佐藤正恵・植田映美・小川香織 (2010). ADHD 児の保護者に対するペアレント・トレーニングの有用性について 岩手大学人文社会科学部紀要, 28, 27-40.
- Serketich, W. J., & Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171-186.
- Smith, B. H., Waschbusch, D. A., Willoughby, M. T., & Evans, S. (2000). The efficacy, safety, and practicality of treatment for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 243-267.
- 高橋和子 (2009). 思春期・青年期の発達障害をめぐる社会生活支援の現状と課題 臨床発達心理実践研究, 4, 34-43.

Ruma, P. R., Burke, R. V., Thompson, R. W. (1996). Group parent training: Is it effective for children of all ages? *Behavior Therapy*, 27, 159-169.