

児童青年期の抑うつ の認知行動療法プログラムの改定

— ケースから見出された児童青年期の抑うつの特徴に着目して —

博士課程 1 年 野 津 弓起子
博士課程 1 年 檜 原 潤
博士課程 2 年 菅 沼 慎一郎
修士課程 1 年 浦 野 由 平
修士課程 2 年 安 婷 婷
教授 下 山 晴 彦

気分障害の一種として定義されるうつ病（大うつ病性障害；American Psychiatric Association, 2000）は、子どもや若者の間にも数多く存在する問題であるとされる。国際的に、うつ病の有病率は子どもにおいて約 2%、青年期において約 4～8%に上ると推定されており（Birmaher, 2007）、相当数の子どもと若者がうつ病による問題を抱えていることが考えられる。日本においても、一般に認識されているよりも多くの子どもがうつ病を抱えている（傳田, 2002）、小学生の 12 人に 1 人、中学生の 4 人に 1 人が、うつ病の診断がつくレベルではなくとも抑うつ状態にある（傳田ら, 2004）、といった報告がなされている。上記のように、うつ病やその前段階の抑うつ状態が日本の子どもと若者の間でも珍しい問題ではないと考えられること、児童青年期の抑うつ傾向が成人後のうつ病の発症・再発率を高めるとされる（傳田, 2002）ことを踏まえれば、子どもと若者を対象とするうつ病・うつ症状に有効な介入プログラムを発展させることは重要な課題であると考えられる。

こうした背景を受け、本コース下山研究室では 2011 年度から、6～18 歳の児童青年を対象とした「子どもと若者の“うつ”に対する認知行動療法プログラム」を実施している。堤ら（2011）が紹介しているように、本プログラムは 12～17 歳の若者を対象としてその効果が実証された“Cognitive Behavior Therapy Manual”（Curry et al., 2005）を参考とした認知行動療法（Cognitive Behavior Therapy：以下 CBT）プログラムである。その特徴は、初期のアセスメントに基づいて、「認知の歪みの説明と修正」「行動実験と活動記録表の実施」「ソーシャルスキルトレーニングの実施」のそれぞれをメインとする 3 パターンの介入を行うことにあり（Figure 1）、3 パターンの介入を柔軟に適用することで子どもと若者の多

様なうつ病・抑うつ のケースに対応することを意図している。

著者らが把握する限り、東京大学大学院教育学研究科心理教育相談室に申し込まれたケースのうち、上記の CBT プログラムに申し込みがあった、もしくはプログラムの適用がインテーク面接の段階で検討されたケースは、2014 年 1 月時点で 15 ケースに上る。しかし、これらのケースのうち実際にプログラムを適用し、介入後の症状評価を実施したものはわずか 1 件にとどまっている。面接申し込みやインテーク面接の段階で何らかのうつ症状が疑われるケースが一定数存在する一方で、プログラム通りに介入と評価が行われたケースがごくわずかである現状を踏まえれば、現行の CBT プログラムが子どもと若者のうつ病ケースに何らかの理由でうまく対応できていないことが考えられる。

以上の問題を背景とし、本論考では、これまでプログラムに申し込まれたケースの概要と経過を精査した上で（第 I 部）、子どもと若者のうつ病・抑うつの特徴について先行研究に基づいて考察し、プログラムの改善可能性について検討する（第 II 部）こととした。現行のプログラムが申し込まれたケースにうまく対応できるものとなっていない背景には、対象として想定していたクライアントの申し込みがあったにもかかわらずプログラム実施の判断がなされなかったなどの手続き上の不備の問題や、実際に申し込まれるケースの特徴がプログラムで想定していた範囲を越えているといった需要と供給のミスマッチの問題など、幅広い要因が考えうる。実際に申し込まれたケースの情報をもとに、プログラムの実施が拡大しない背景要因を整理し、プログラムの改善すべき点を示すこと、さらにプログラム改訂の具体案を示すことが本論考のねらいである。

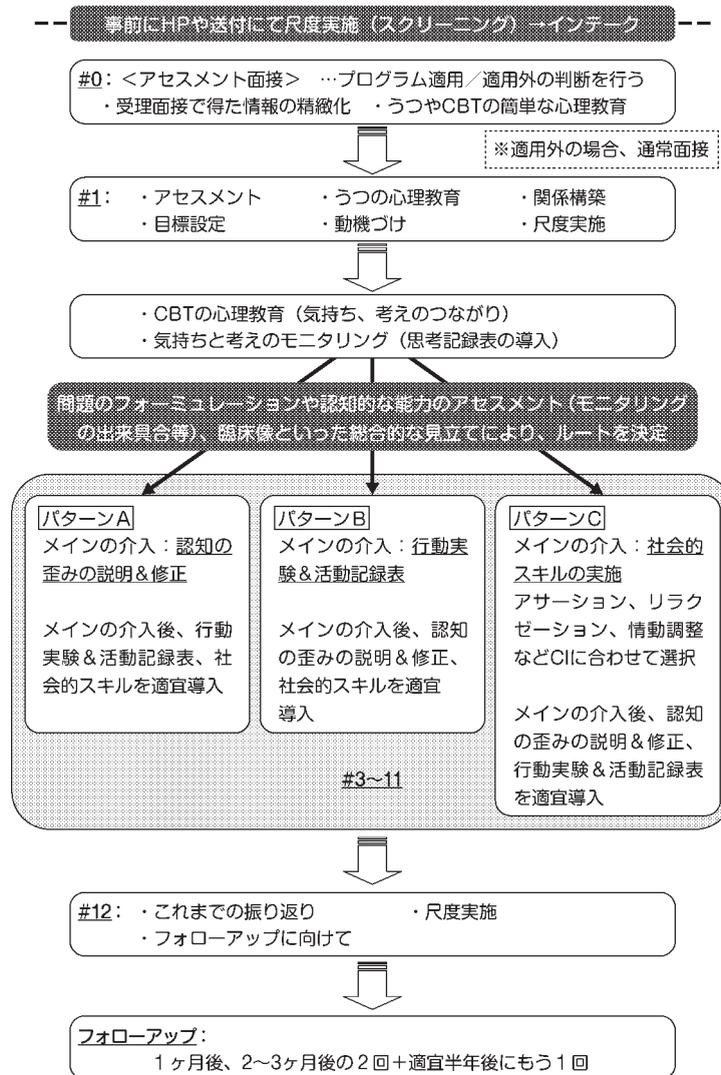


Figure 1 子どもと若者の“うつ”に対する認知行動療法プログラム (堤ら, 2011)

第1部 プログラム申し込みケースの概要の検討

目的

これまでにインテーク面接の段階でプログラム適用事例として受け付けられたケースの概要と経過を精査し、今後のプログラム改訂に向けての示唆を得る。

方法

プログラム適用事例として受け付けられたケースの担当者に①初期カンファレンス資料 (インテーク面接の概要が記述された資料)、②ケース概要資料 (ケースの経過

が記述された資料)、③ケース基礎情報資料 (クライアントの年齢、診断の有無などのクライアントに関する基礎情報と、選択された介入法、症状評価尺度の得点など、プログラムケースの基礎情報が記述された資料) の提出を求めた。その結果、本コース下山研究室の「子どもと若者の“うつ”に対する認知行動療法プログラム」に申し込みがあった、もしくはプログラムの適用がインテーク面接の段階で検討されたケースは、プログラムが始まった2011年度から2014年1月時点までで15件であり、うち2件ではうつ病またはうつ病エピソードの診断を受けていた。クライアントの平均年齢は13.4歳 ($SD =$

2.99) であり、男児6名、女児9名であった。また、症状評価としてプログラム前後に実施している抑うつチェックリストは、1ケースにおいてのみ、2時点での結果が出ている(プログラム開始時:45点;終了時:11点)。

次に、各ケースの概要からケースの特徴による分類を行った。まず、ケース担当者から提出されたケース関連資料をもとに各ケースの特徴について大学院生2名で検討し、特徴の記述を行った後、ケースの分類を行った。

結果

分類の結果、以下の6つのグループが見出された。うつを主症状としたケースは2件のみであり(【うつ】)、不安障害の二次障害としてのうつ症状を呈していたと思われるケースが3件(【不安障害】)、発達障害の二次障害としてのうつ症状を呈していたと思われるケースが3件(【発達障害】)、適応障害・トラウマの二次障害としての

うつ症状を呈していたと思われるケースが3件(【適応障害・トラウマ】)、ヒステリーからくるうつ症状を呈していたと思われるケースが1件(【ヒステリー】)、いずれにも分類されなかったケースが3件(【その他】)であった(Table 1)。

ケースの特徴による分類から、プログラムが想定していたうつが主症状のケースは2件のみで、全体の6割にあたる9件が二次障害としてのうつ症状を呈しているものと思われるケースであることが明らかとなった。また、介入に関しては、プログラムが想定している「認知の歪みの説明と修正」「行動実験と活動記録表の実施」「ソーシャルスキルトレーニングの実施」が介入の第一選択となったケースが6件、第一選択とならなかったケースが7件、中断などにより本人面接が行われなかったケースが2件であった。プログラムが想定している介入法が第一選択とならなかった際に代替的介入法として用いられ

Table 1 プログラム適用事例として受け付けられたケースの特徴・分類結果

性別	年齢	第一選択の介入	付加的介入	特徴	分類
男	12	プレイセラピー	社会的スキルの実施・ 家族調整・環境調整	自分に興味ある話題は饅舌に話す、学校や進路などの話題になると沈黙し、面接が進まず、中断。やや発達障害的な傾向があったか。	適応障害・ トラウマ
女	13	箱庭・言語面接	プレイセラピー・ 家族調整・環境調整	発達障害傾向がみられ、不注意や衝動性が高い。徐々に安定して登校できるようになり、終結となった。	発達障害
女	17	行動実験と 活動記録表	認知の歪みの説明と修正	入院やケガにより、劣等感や自信のなさが顕著。介入の中でスケジュールングやペース調整を学び、成功体験を重ね、気分や調子の波も安定。	うつ
女	14	認知の歪みの 説明と修正	家族調整	介入に加えてロールシャッハテストを用いることで自己理解が促進され、自己効力感が高まったことで、安定して登校できるようになり終結。	ヒステリー
女	15	行動実験と 活動記録表	認知の歪みの説明と修正・ 家族調整・環境調整	過去のいじめからくるトラウマがあり、不登校状態。関係念慮のため同学年の子供との関わりが難しく、授業に出れない。介入の効果見られず。	適応障害・ トラウマ
女	10	プレイセラピー	家族調整	不安感が強く、登校が難しい。抑うつ症状もあり、自己評価の低さが目立つ。徐々に自己主張も可能になってきたが、家庭の事情で中断。	不安障害
女	14	認知の歪みの 説明と修正	環境調整	学校での嫌な出来事をきっかけに、教室に入れない。抑うつ症状は、改善したもの、対人不安や緊張が依然として強い。	不安障害
女	11	認知の歪みの説 明と修正	プレイセラピー・環境調整	学校での対人関係をきっかけに不登校状態、抑うつ症状も顕著。症状改善に伴い発達障害傾向が明らかになってきたが、家庭事情により中断。	発達障害
女	15	認知の歪みの説 明と修正	社会的スキルの実施・ 家族調整・コラージュ療法	思考優位であり、感情の処理や行動の統制が不得意。徐々に自分を客観的に見る事ができるようになり、調子も安定。	うつ
男	16	中断	中断	インタークで終了	その他
男	6	プレイセラピー	家族調整・環境調整	発達障害傾向があり、介入により、本人の前向きな気持ちがみられるようになってきた。	発達障害
女	13	なし	なし	母親面接のみ。	その他
男	15	プレイセラピー	言語面接	不登校は長い、楽しみなことがあると登校できる。勉強への自信のなさを訴えるが、継続的な外出が難しい。抑うつ状態はあまり見られない。	不安障害
男	18	カウンセリング 的対応	行動実験と活動記録表・ 家族調整	不登校状態が長く、うつというよりも目標や進路がなくひきこもりがち。本人が徐々に自分の問題にアプローチできるよう支援していく。	その他
男	12	プレイセラピー	環境調整	登校中の学校環境が悪く、いじめもあったため、学校に安心して通うことが難しい状況。抑うつ症状があり、エネルギーの回復を目指す。	適応障害・ トラウマ

ていたのは、プレイセラピーが5件、箱庭・言語面接が1件、カウンセリング的対応が1件であった。また、付加的介入として多く用いられていたのは、家族調整が8件と環境調整が7件であった。このように、インテーク面接の段階でプログラム適用ケースとして受け付けられた事例の多くは、インテーク後の面接で、プログラムに沿った介入法を選択していないことが明らかとなった。

考察

当初想定したプログラムと実際のケースとの乖離から、本プログラムの課題と発展可能性について、アセスメントと介入という2つの観点から考察する。

まず、アセスメントに関しては、プログラム前後でチェックリストをとったケースが1件しかなく、チェックリストを用いた情報収集が不十分になっている。また、本来であれば、チェックリストを用いての効果把握や身体や感情といった各領域のうつ症状の把握などが想定されていたが、現在用いているチェックリストが標準化されておらず、大体の症状の把握に留まっている。そのため、標準化されたチェックリストを使用することで、各クライアントの特徴や本プログラムの効果をより詳細に検討していく必要がある。

介入に関しては、「認知の歪みの説明と修正」「行動実験と活動記録表の実施」「ソーシャルスキルトレーニングの実施」という3つの介入を行う流れになっているが、その流れに乗らないケースも多くみられた。特に多かった代替的な介入法としてはプレイセラピー、環境調整、家族調整であり、プレイセラピーに関しては特に数が多く、自己表現の促進や安心感の獲得という面で、若年層のうつ状態に有効な場合があることが示唆される。このように代替的な介入法が多く用いられていること理由として、当初発達障害や不安障害などによって生じる二次的な抑うつ状態に対する対応は考えておらず、あくまで成人を参考にしながら、子ども・若者のうつ、特にうつ病への対応として本プログラムが構成されていたことが理由として考えられる。そのため、子ども・若者のうつの特徴に合わせて当初想定されていた3つの介入法に、プレイセラピーや家族調整といった介入法を追加する形で、プログラムの適用範囲を広げていくことが必要であろう。その際に重要となってくるのは、併発障害の有無である。これまで実施する中で、発達障害や不安障害が一次障害として想定され、二次的な症状としてうつ症状が生じているケースも多く見られた。このような場合には、一次障害をきちんとアセスメントしつつ、柔軟に介入を変化させていく必要がある。これまでの実施を踏まえて、併発障害として可能性があるものは、発達障

害、不安障害、適応障害、転換性障害などがあげられる。

第一部では、これまでのプログラム実施ケースを精査し、改訂および今後の発展に向けての示唆を得た。その結果、子ども・若者のうつの特徴を踏まえてプログラムに改訂していく必要があること、また効果の詳細な検討のために、より妥当性・信頼性の高いチェックリストを用いる必要があることが明らかになった。

第II部 先行研究の概観によるプログラム改善可能性の検討

目的

第I部ではプログラムに申し込みのあったケースの特徴をまとめ、主にうつの診断ケースの少なさ、チェックリストが機能していないことが判明した。第II部では文献研究により、子どものうつ症状の特徴と現在広く使用されているうつ尺度について概観し、今後のプログラムの改善点を考察することとする。

子どものうつ症状の特徴

子どものうつ症状の特徴 子どものうつ病の特徴として、抑うつ気分がいらいらした気分であることもあること、期待される体重増加が見られないことがDSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) で指摘されているが、その他の詳細な特徴は操作的診断基準では明らかにされていない。

平均年齢13歳～14歳の臨床群では、抑うつ気分、意欲の減退、注意集中困難、焦燥感、全身倦怠感、めまいが臨床像の違いを超えた特徴として認められている(豊福ら, 1988)。その他、中学生のうつ症状の特徴としては、自己肯定感の低さや、落ち込みの継続期間が(中村・太田・丹, 2013)、児童のうつ症状としては、自己評価の低下や楽しみの減退が特徴とされ(柿原・通町, 2012)、自己否定的な認知を示すことは子どものうつ症状の特徴であると考えられる。加えて、小学生から高校生にかけて、年齢とともに悲しみや楽しくない感じ、悲観的考えや自分が嫌などの抑うつ的な認知的特徴が強まるとされている(辻井・幸・本城, 1990)。

以上から、児童青年期では明確な抑うつ気分が認められず、楽しくない気分やいらいら、身体症状がみられることが特徴の一つであるといえる。感情や思考のモニタリング力・表現力が未発達であるためであると考えられる。第I部でも、プレイセラピーや箱庭など言語に頼らない表現を用いたケースが報告され、気分のモニタリングや表現を促す介入が重要であるだろう。また、自己否定的思考が強いことも特徴の一つであり、年齢が上がれ

ば認知的介入が有効であることが示唆されている。

友人関係からの影響の大きさ 学校が楽しくない感じ、学業不振も年齢とともに強まることが示され（辻井ら, 1990）、不登校はうつ症状を持つ子どもの内、高学年においてより顕著であると考えられる。藤本・繪内・有馬・北濱（1999）は、登校を楽しみにしない中学生には強い抑うつを示す者が多いことを示している。彼らの登校を楽しみにしない理由の内、「会いたくない人がいる」、「クラスの雰囲気嫌」は特定の間関係、所属する社会的集団への嫌悪感を表すものである。

実際の対人場面においても、うつ症状を示す児童は孤立行動を多く示すこと、仲間が近くにいたとしても仲間との相互作用が少ないことが認められている（竹島・松見, 2013）。抑うつ的な児童は友人関係から遠ざかる行動をとりがちであり、それにより関係が悪化してしまう可能性がある。本人は学校でどんな人間関係を築き、どんな関わりをしているのかを明らかにし、社会的スキルを高めるなど、友人関係において孤立をさせない工夫がうつ症状の緩和につながると考えられる。

発達障害・適応障害との併存 また、第Ⅰ部では発達障害との併存ケースが見出された。抑うつ的な児童でも仲間から直接、向社会的な働きかけがあった場合は孤立行動をとりにくいと確認されている（竹島・松見, 2013）。しかし、小関・小関（2011）が指摘する他者のソーシャルサポートを知覚する力が弱い場合、抑うつ状態から脱する機会を逃しやすく、コミュニケーションに困難を抱える発達障害を持つ場合そのリスクが大きいだろう。よって、うつ症状の維持に本人の発達特性の要素も関連しているといえる。

第Ⅰ部では、発達障害に分類されたケースの介入として、環境調整や家族調整が選択されていた。友達・担任のサポートが中学生の抑うつを弱めること（小関・小関, 2011）や、友達、あるいは、友達、教師、親全てからのサポートが小学生の抑うつを低減させる効果を持つこと（松原・岩本, 2011）が示唆されている。コミュニケーションスキル、社会的スキルが未熟だと考えられる場合、本人のスキルを高めるとともに、学校や家庭で日常的なサポートを受けられるよう、積極的な環境調整・家族調整が肝要であるといえる。

不安障害との併存 第Ⅰ部の結果では、発達障害の他に不安障害との併存が複数認められた。中学生で高い抑うつを示す者は高い不安を示す者に多いという関係が見いだされ、登校を楽しみにしていない理由は抑うつと同様であったと報告されている（藤本ら, 1999）。

不安と抑うつには共通する症状と各々に特有の症状が

ある（福井・坂野, 1999）。共通するのは、感情・気分「いらいら感」、認知的症状「集中力の減退、集中困難」、「決断困難」、生理的症状「睡眠障害」、「易疲労性」、行動的症状「焦燥・落ち着きのなさ」である。これらの共通症状と、子どものうつ症状の特徴には重なりあう部分が多い。第一に、感情・気分の特徴としてのいらいら感、第二に、注意集中困難、第三に焦燥感である（豊福ら, 1988）。さらに福井（1998）は、様々な身体化症状を含む不安の生理的症状が不安気分と抑うつ気分の両方に関係するとしている。これも、身体化が認められる子どものうつ症状の特徴と親和性がある。また、集中困難や落ち着きのなさなどの不安と抑うつに共通する認知・生理・行動的症状は、学業不振（辻井ら, 1990）につながりやすく、それにより抑うつ・不安の両方をさらに高めていくと考えられる。

このように子どもの抑うつと不安は明確に切り離せるものではないと考えられる。複雑に絡み合った抑うつと不安、身体化された症状について適切にアセスメントし、感情の表現を促すこと、抑うつや不安によって生じている生活の支障、本人の困り感に沿って介入していく必要があるだろう。

まとめ 以上のように子どものうつ症状の特徴として、抑うつ気分が明確ではなく、モニタリングや表現を促す介入方法に工夫が必要であることが示された。これは現在プログラムが対応しきれていない点であると考えられる。また、学校における友人関係、本人の社会的スキルの未熟さも抑うつ維持に関連していることが示された。特に、発達障害である場合は環境調整を積極的に行う必要があると考えられた。

今後、以上のような特徴を踏まえてプログラムを具体的に改善していくことで、プログラム実施が拡大していくことが期待できるだろう。

児童青年期のうつ症状測定尺度の概観

国内外の子どもの抑うつ尺度 子どもの抑うつ尺度として、日本では Children's Depression Inventory (CDI) の日本語版（真志田ら, 2009）や Depression Self-Rating Scale for Children (DSRS-C) の日本語版（村田・清水・森・大島, 1996）といった自己評定式尺度の信頼性や妥当性が確認されており、広く用いられている。

CDI (Kovacs, 1985) は世界でも児童青年期の抑うつ標準的なアセスメントツールとなっている。もともとは Beck Depression Inventory (BDI) の子ども版として開発され、高い信頼性と妥当性が示されている（Kovacs, 2003）。日本語版についても十分な信頼性と妥当性が確かめられ、カットオフ点は 22 点とされている

(真志田ら, 2009)。CDI 日本語版は 27 項目から構成され、3 つの選択肢から子ども自身がここ 2 週間の自分の様子に最もよくあてはまる選択肢を選択する。この尺度は 5 つの因子に分かれ、「ネガティブな気分」、「対人の問題」、「無力感」、「喜びの喪失」、「自尊心の低下」から得点が求められる。項目内容としてはうつ病の診断に関わる内容がほとんどだが、「否定的なボディイメージ」や「友人の欠如」などといったうつ病の診断には直接関係のない項目も多く認められる。

一方、DSRS-C は Birlerson (1981) によって作成された子どもの抑うつ状態のスクリーニングのための自己記入式評価尺度である。18 項目から成り、子ども自身が最近 1 週間どんな気持ちだったかについて、各項目に 3 段階評価で回答を行う。日本語版 (パールソン児童用抑うつ性尺度) は村田ら (1996) によって邦訳され、信頼性と妥当性が確認されている。質問項目が少なく、適用年齢が 7~13 歳と低学年から適用できる (Birlerson, 1981) ことが特徴である。そのフルスコアは 36 点で、カットオフ点は日本語版で 16 点とされている (村田ら, 1996)。DSRS-C の項目には、CDI と同様にうつ病の診断には直接関係のない項目が存在する。その例として、身体化に関わる項目「おなかがいなくなるようなことがある」や、家族関係に関する「かぞくとはなすのがすきだ」といった項目が挙げられる。これらの項目を含めることによって、尺度の感度を陽性的中率が低下することが危惧される反面 (佐藤ら, 2009)、これらの項目が子どものうつ特有の特徴に関わっているため、子どもの状態を把握する点においては重要だといえる。

自己評定式の尺度の他、親用として、Achenbach ら (1991) によって開発された Child Behavior Checklist (CBCL) がある。この尺度は抑うつだけでなく、子どもの情緒と行動の問題を包括的に評価する尺度である。井潤ら (2001) によって日本版の標準化がなされている。CBCL は 2 つの上位尺度 (内向尺度、外向尺度)、8 つの下位尺度 (ひきこもり、身体的訴え、不安・抑うつ、社会性の問題、思考の問題、注意の問題、非行の行動、攻撃的行動) から構成された計 113 項目を 3 段階で評定する。CBCL は 2-3 歳の幼児版と 4-18 歳の年長児版に分かれており、対象年齢が広いことから追跡調査による子どもの変化を観察することも可能である。

アセスメントツールの改善に向けて 現在日本で、臨床実践や研究に主に使用されている CDI と DSRS-C はいずれも高い信頼性と妥当性を示しており、カットオフ値が設定されているため、子どものうつ病のスクリーニングに有用である。ここで、現在プログラムで使用して

いる抑うつチェックリストの項目とこれらの尺度項目を DSM-IV-TR の診断基準に照らし合わせながら比較した (Table 2)。

その結果、以下のような特徴が見られた。ここから、子どもの抑うつをより正確にアセスメントするためには、子どものうつの特徴を十分考慮し、子どもうつチェックリストを以下のように改善することができると考えられる。

第一に、気分と感情、思考の面におけるアセスメントには多くの項目が割かれている。しかし、「自尊心の低下」と「自己嫌悪」にかなりの項目数が割かれてしまい、「不安・心配」、「悲しみ」と「決断力の低下」に関する項目が欠けており、CDI と DSRS に比べ偏りがあると考えられる。項目数を抑えながら、アセスメントに必要な項目を備える必要がある。

第二に、子どものうつ症状の特徴でもある身体化やいらいら感に関する項目が含まれているが、もう一つの特徴である心配、不安についての項目が含まれていないため、今後その特徴に関する項目の追加を検討する必要があると考えられる。

第三に、学校適応についてアセスメントしているが、「学校に行けない」と「教室に入れない」と単一的な項目となっている。CDI のように「学校嫌い」や「学習意欲の低下」、「成績の低下」など多方面からのアセスメントより、客観的な情報が得られると考えられる。

第四に、対人関係についての項目が欠如している。子どものうつにおいて特に対人関係の影響が大きいため、対人関係の問題についてのアセスメントも重要だと考えられる。DSRS-C のように家族との関係や、CDI のように友人との関係の変化を捉えるための項目を追加することが望ましいと考えられる。

まとめ このように、子どもの抑うつチェックリストの改善にあたって、児童青年期のうつ症状の特徴を十分考慮することが重要である。その特徴を項目に含むように工夫することによって、チェックリストの感度をあげることができると同時に、重要な情報が得られ、より正確に子どもの状態を把握することができる。さらに、その後の介入にあたって、適切な方針を立てるのにも役立つだろう。

総合考察

第 I 部では、プログラムに申し込まれたケースの概要と経過を精査し、それに続く第 II 部では、子どもと若者のうつ病・抑うつの特徴について先行研究に基づいて考

Table 2 抑うつプログラムチェックリストとCDI、DSRS-Cの比較表

項目	DSRS-C	CDI	うつチェックリスト	
診断に直接関わる項目	気分の落ち込み	あり	あり	
	喜びの喪失	あり	あり	
	興味関心の減退	あり	あり	
	食欲の減退または過食	あり	あり	
	不眠または睡眠過多	あり	あり	
	疲労感		あり	あり
	自尊心の低下		あり	あり
	自己嫌悪		あり	あり
	集中力の低下	あり		あり
	決断力の低下		あり	
	孤独感	あり	あり	あり
	絶望感			あり
	自責感		あり	あり
	自殺念慮	あり	あり	あり
	悲しみ	あり	あり	
	身体症状	あり		あり
	診断に直接関係のない項目	イライラ感		あり
心配、不安			あり	
学校適応			学校嫌い	学校にいけない
			学習意欲の喪失	教室に入れない
			成績の低下	
対人関係の問題		家族と話すのが好きだ	友人の欠如	しゃべることが少なくなった
		虐め	対人トラブル	
		こわい夢を見る	否定的なボディイメージ	
			愛されない気持ち	
			反抗	

察し、プログラムの改善可能性について検討した。ここで最後に、プログラム改訂の具体案を示す。

まず、第I部の結果で現行のチェックリストが機能していないことが明らかになった。第II部では、現在広く日本で使用されている質問紙や診断基準と比較する形で、現行のチェックリストの問題点が考察され、客観的なうつ症状の把握をするためのツールを新たに用意する必要性が示された。今後、一般的に使用されているCDIやDSRS-Cなどを用いること、もしくは、新たに児童青年期のうつ症状の特徴を踏まえた質問紙の開発を行っていくことが必要だろう。

すでに一般的に使用されている質問紙を用いることには、医療機関との連携の際にうつ症状の重症度についてその客観的指標から共通認識を得られやすいことや、他の効果研究との比較がしやすいことなどの利点がある。一方で、診断基準と児童青年期のうつ症状に特有だと考えられた項目を全て兼ね備えた質問紙は現在のところ存在せず、より感度が高く、その後の方針を立てるのに役立つ客観的指標の開発が目指されることも明らかとなった。適切な介入のためにどのようなアセスメントツール

を用いるのがよいか、今後さらなる検討が必要だろう。

また、第I部ではプログラムに申し込まれるケースの内、うつと診断されるケースが少ないことが判明し、子どものうつ症状の特徴について先行研究の概観を行った。その結果、抑うつ気分が不安やいらいら、身体症状と絡み合った複雑なものであることが明らかとなった。現在プログラムでは、主介入の前にうつの心理教育、思考記録表の導入を行うこととなっているが、これはうつの診断がなく抑うつ気分も明確ではない場合、不適切な介入となる可能性がある。よって、主介入前はアセスメントや関係構築に重点を置くことや、ケースフォーミュレーション、目標の共有を行い、その後の介入の方向付けを行うことなどが検討できる。あるいは、より子どもに用いやすいモニタリングツールを開発していくことも重要であろう。

介入においても、様々な理由で生じた複雑なうつ症状に幅広く対応できるよう、より柔軟な枠組み、主介入の選択肢を増やすことが目指される。現行のプログラムではA. 認知の歪みの説明・修正、B. 行動実験・活動記録表、C. ソーシャルスキルトレーニングの実施の3つ

の主介入が用意されているが、曖昧な抑うつ気分や身体症状を示すうつ症状に介入する場合に生理と感情の領域を主に扱う介入がないことは、申し込みケースにプログラムが対応しきれていないことの原因であると考えられる。プレイセラピーなどを適用したこれまでの申し込みケースを参考に、新たに、感情、生理面への主介入を検討していくことが肝要だろう。

さらに、第I部で発達障害との併存ケースが認められ、第II部で子どもにとっての友人関係、周囲のサポートの影響の大きさが示された。本人への介入に加えて、保護者面接による家族調整や学校との連携の重要性が示されたといえるだろう。特に不登校や、発達障害が見られる場合には、本人の社会的スキル向上により学校適応の促進やうつ症状の緩和を狙うとともに、積極的介入、多方向からの日常的サポートが必須となるだろう。

以上のように現行のプログラムには改善点があり、児童青年期のうつ症状の背景や特徴を踏まえることにより、適用範囲を広げることができると考えられる。介入効果の客観的指標を備え、主介入の選択肢の幅を広げることで、今後、使用者が柔軟にアレンジ可能な、より使いやすいプログラムとして発展していくことが期待される。

引用文献

- Achenbach, T. M. (1991). Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile. Burlington VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Text revision. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2000). Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV-TR. Washington DC and London, England: American Psychiatric Association. (高橋三郎・大野裕・染矢俊幸 (訳) (2003). DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引 新訂版 医学書院)
- Birleson, P. (1981). The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **22**, 73-88.
- Birmaher, B. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **46**, 1503-1526.
- Curry, J. F., Wells, K. C., Brent, D. A., Clarke, G. N., Rohde, P., Albano, A. M., ... March, J. S. (2005). Cognitive behavior therapy manual: Introduction, rationale, and adolescent sessions. Duke University Medical Center, The TADS Team. <https://trialweb.dcri.duke.edu/tads/tad/manuals/TADS_CBT.pdf> (December 30, 2013)
- 傳田健三 (2002). 子どものうつ病—見逃されてきた重大な疾患— 金剛出版
- 傳田健三・賀古勇輝・佐々木幸哉・伊藤耕一・北川信樹・小山司 (2004). 小・中学生の抑うつ状態に関する調査: Birlreston 自己記入式抑うつ評価尺度 (DSRS-C) を用いて 児童青年精神医学とその近接領域, **45**, 424-436.
- 藤本光孝・繪内利啓・有馬道久・北濱雅子 (1999). 中学生の学校ストレスに関する実証的研究: 登校意欲と不安・うつとの関連性 日本教育心理学会総会発表論文集, **41**, 657.
- 福井至 (1998). 抑うつと不安の気分と症状との関連 人間福祉研究, **1**, 1-13.
- 福井至・坂野雄二 (1999). 抑うつと不安の両者を含む認知行動モデルに関する展望 人間福祉研究, **2**, 21-34.
- 井澗知美・上林靖子・中田洋二郎・北 道子・藤井浩子・倉本英彦・根岸敬・手塚光喜・岡田愛香・名取宏美 (2001). Child Behavior Checklist/4-18 日本語版の開発 小児の精神と神経, **41**, 243-252.
- 小関俊祐・小関真実 (2011). 中学生の抑うつと社会的スキル, ソーシャルサポートの関連の検討 日本教育心理学会総会発表論文集, **53**, 555.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, **21**, 995-998.
- Kovacs, M. (2003). Children's Depression Inventory: Technical manual update. New York: Multi-Health Systems.
- 真志田直希・尾形明子・大園秀一・小関俊祐・佐藤寛・石川信一・戸ヶ崎泰子・佐藤容子・佐藤正二・佐々木和義・嶋田洋徳・山脇成人・鈴木伸一 (2009). 小児抑うつ尺度 (Children's Depression Inventory) 日本語版作成の試み 行動療法研究, **35**, 219-232.
- 松原智子・岩本澄子 (2011). 子どもの抑うつの特徴および関連する心理社会的要因についての検討 久留米

- 大学心理学研究, **10**, 62-71.
- 村田豊久・小林隆児 (1988). 児童・思春期の抑うつ状態に関する臨床的研究 厚生省：児童・思春期精神障害の成因に関する研究 昭和62年度研究報告書, 69-81.
- 村田豊久 (1992). 日本版 CDI の妥当性と信頼性について 九州神経精神医学, **38**, 42-47.
- 村田豊久・清水亜紀・森陽次郎・大島祥子 (1996). 学校における子どものうつ病：Birlleson の小児期うつ病スケールからの検討 最新精神医学 **1**, 131-138.
- 村田豊久・堤龍喜・血田洋子 (1988). 日本語版 CDI の妥当性と信頼性について 九州神経精神医学, **38**, 42-47.
- 中村仁志・太田友子・丹佳子 (2013). 中学生のこころの問題について 山口県立大学学術情報 **6**, 25-32.
- 佐藤寛・石川信一・下津咲絵・佐藤容子 (2009). 子どもの抑うつを測定する自己評価尺度の比較——CDI、DSRS、CES-D のカットオフ値に基づく判別精度—— 児童青年精神医学とその近接領域, **50**, 307-317.
- 竹島克則・松見淳子 (2013). うつ症状を示す児童の仲間との社会的相互作用——行動観察に基づくアセスメント研究—— 教育心理学研究, **61**, 158-168.
- 豊福佳子・佐藤純・福岡久忠・金子和夫・西野証治・葉賀弘 (1988). 青年期におけるうつ状態の研究 日本教育心理学会総会発表論文集, **30**, 956-957.
- 辻井正次・幸順子・本城秀次 (1990). 児童・思春期の抑うつ状態に関する研究：健常児童を対象として 名古屋大学教育学部紀要. 教育心理学科 **37**, 129-139.
- 堤亜美・羽澄恵・菅沼慎一郎・佐藤有里耶・高柳めぐみ・向江亮・鴛渕るわ・下山晴彦 (2011). 児童青年期の抑うつの認知行動療法プログラムの研究 2 ——認知行動療法プログラムの開発に向けて——(特集：児童青年期の抑うつの認知行動療法プログラムの研究) 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース紀要, **34**, 75-82.

(指導教員 下山晴彦教授)