

うつ病の親をもつ児童期・青年期の子どもに対する介入研究の動向

修士課程 1 年	小	原	千	鶴
博士課程 1 年	安		婷	婷
修士課程 1 年	李		智	慧
博士課程 2 年	大	上	真	礼
博士課程 2 年	河	合	輝	久
教授	下	山	晴	彦

1. 問題と目的

欧米を中心とした精神医学や発達精神病理学の実証研究によって、うつ病の親をもつ子どもは不適応になるリスクが著しく高いことが明らかになっている (Cummings, Davies, & Campbell, 2000 菅原他訳 2006; Downey & Coyne, 1990; Goodman & Gotlib, 1999)。例えば、うつ病の親の子どもは、うつ病でない親の子どもに比べて、気分障害（特に大うつ病性障害）や不安障害、物質依存の発症リスクが約 3 倍高く (Weissman, Warner, Wickramaratne, Moreau, & Olfson, 1997; Weissman, Wickramaratne, Nomura, Warner, Pilowsky, & Verdelli, 2006)、気分障害についてはより早い時期に発症したり、症状が慢性化や重症化し、再発率が高いこと等も示されている (Lieb, Isensee, Hofler, Pfister, & Wittchen, 2002)。日本の 7～9 歳の子どもを対象とした研究では、母親にうつ病の既往歴がある子どもは、統制群の子どもに比べて精神障害の発生率が約 2 倍高く、特に単一恐怖症、分離不安障害、注意欠陥・多動性障害が多かったと報告している (菅原・向井・戸田・島・北村, 1996)。さらに、3～18 歳の子ども 8360 名とその親を対象とした Olfson, Marcus, Druss, Pincus, & Weissman (2003) は、うつ病の親の子どもがうつ病でない親の子どもに比べて、家族関係の問題、社会的役割の問題、問題行動など様々な問題を抱えていることを示している。このように、うつ病の親の子どもは精神障害を含め様々な問題を抱えるリスクが高いため、うつ病の親の子どもに対する臨床心理学的介入を行うことは重要であると考えられる。

うつ病の親の子どもが不適応になるリスクは乳児期から青年期にかけて一貫して示されているため (Goodman

& Gotlib, 1999)、どの発達段階においても適切な支援が必要であろう。例えば、うつ病の親の子どもが不安障害を発症するピークは 5～10 歳の間、大うつ病性障害と物質依存の発症ピークは 15～20 歳の間であることが示されており (Weissman et al., 1997; Weissman et al., 2006)、児童期や青年期に介入を行うことも非常に重要であると考えられる。しかし、海外ではうつ病の親をもつ児童期・青年期の子どもを対象とした介入研究は進んでいるが、日本ではそうした研究は見当たらない。そこで、本稿ではうつ病の親をもつ児童期・青年期の子どもを対象とした海外の介入研究のレビューを行い、その現状と課題について検討する。

うつ病の親の子どもの不適応機序に関しては、欧米を中心に検討され明らかにされつつある (Beardslee, Gladstone, & O'Connor, 2011; Cummings et al., 2000 菅原他訳 2006; Goodman & Gotlib, 1999)。例えば、Cummings et al. (2000 菅原他訳 2006) は、子どもに影響する要因のうち特に重要な要因として、遺伝的リスク要因、家庭内外の環境要因、親の養育行動や親子間の愛着の問題、夫婦間葛藤、具体的な親の抑うつ症状を挙げしており、これらの要因が子ども自身の特徴と相互作用し、それによって子どもの情緒的安定性が影響を受け、子どもの適応・不適応に影響するとしている。このうち、親の養育行動については、親の抑うつがネガティブな養育行動(子どもに対する応答性の鈍さ、コミュニケーションへの興味の減衰、ネガティブな感情表現の使用、敵意的・威圧的な態度等)と関連することが明らかになっている (Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000; Wilson & Durbin, 2010)。また、親子の愛着については、親のうつ病が不安定な愛着の原因となるという主張が支持されており、夫婦間葛藤については、親の抑うつと夫

婦間葛藤との相互的な影響関係が明らかになっている (Cummings et al., 2000 菅原他訳 2006)。このように、うつ病の親とその子どもの家庭では様々な家族間の問題が生じやすく、それらの問題が子どもに影響することが明らかになってきているため (e.g. Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch, & Brownridge, 2007; Cummings, Cheung, Koss, & Davies, 2014; Milan, Snow, & Belay, 2009)、介入の際には、子ども自身へのアプローチに加えて家族へのアプローチも必要になると考えられる。

以上を踏まえ、本稿ではうつ病の親をもつ児童期・青年期の子どものための海外の介入プログラムのうち、①子どもを対象としたプログラム、②子どもとその家族を対象としたプログラムの2種類についてレビューを行い、その現状と課題について検討することとした。

2. 子どもを対象とした介入プログラム (認知行動療法を中心に)

本項ではうつ病の親をもつ子ども（青年期）を対象とした認知行動療法的介入を取り上げる。上述のように、青年期はうつ病の親の子どもがうつ病を発症するリスクが特に高まるため、そのリスクを軽減する介入が重要になると考えられる。ここでは、抑うつリスクを抱える子どもへの介入プログラムとして欧米で広く使われ、う

つ病の親をもつ子どもにも適用されている Coping With Stress Course (Clarke & Lewinsohn, 1995；以下 CWS) とその発展形のプログラムを紹介し、その効果を概観する。

(1) Coping With Stress Course (CWS)

① CWS の概要 CWS は、リスク群の青年期男女を対象に、単極性うつ病の予防を目的として行われる心理教育プログラムであり (Clarke & Lewinsohn, 1995)、抑うつや関連する精神・身体症状は、原因となる要素が組み合わさった結果だとする多因子モデル (Lewinsohn, Hoberman, Teri, & Hautzinger, 1985) に基づいて開発された。そのリスク因子には親のうつ病も挙げられており、認知再構成の訓練などを行うことで、うつ病の親をもつ青年期の子どもでも否定的な認知を和らげ、抑うつを克服できるとされている。プログラムは学校の授業時間 (保健体育など) や放課後に行われることが想定されており、対象者はうつ病エピソードを抱える者ではなく、(a)過去にうつ病エピソードがある、(b)持続的な神経不安、身体違和感 (dysphoria) といった下位診断をもつ、(c)親がうつ病に罹患している、(d)妊娠したりシングルマザーになったりしている、(e)その他抑うつリスク要因を抱えるという条件をもつ者である。プログラムは 60 分×15 回のセッションから成り、頻度は週 2～4 回が一般的である。表 1 に示すように、最初の数回は抑うつについての概説・抑うつとストレス状況との関連に注目したセッ

表 1 CWS のセッション概要 (Clarke & Lewinsohn, 1995)

No.	内容
1	お互いを知ろう
2	ストレスに対処しよう
3	考えを変えてみよう
4	ストレスフルな状況とネガティブな考え
5	ポジティブな考えのもつ力
6	考えをネガティブからポジティブにしてみよう
7	不合理な考え
8	不合理な考えをやっつけよう
9	C-A-B 法の練習をしよう
10	嫌な気持ちや行動のきっかけになるような出来事に対処しよう
11	もっと C-A-B 法をしてみよう
12	考えを一旦止めるための技法
13	C-A-B 法をきみの生活の中に
14	ストレスフルな場面でどうするか計画してみよう
15	「ゆううつ」を防ぐ

注) C-A-B 法：結果として自分がとった行動 (Consequence) から辿って、きっかけとなる出来事 (Activating Events) 及び信念や認知 (Belief) に遡り、認知変容のヒントを探る方法。A-B-C の順に考えるスタイルとは異なるのでこの名称で区別されていると考えられる。

ション・他のメンバーとの関係作りを行い、その後のセッションでは認知再構成のスキルトレーニング、抑うつを誘発・維持すると思われる否定的で不合理な自己認知を同定する技法に焦点を当てる。

②CWSの効果研究 CWSの効果については、高校生150人(1652人から抽出されたリスク群)を対象に行ったRCT (Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Lewinsohn, & Seeley, 1995)により、通常ケア (usual care) よりも抑うつの予防効果があり (12ヵ月後の気分障害の発症率がCWS群14.5%、通常ケア群25.7%)、生活全般の機能維持にも貢献することが示されている (12ヵ月後のGHQ得点に有意差あり)。また、Clarke, Hornbrook, Lynch, Polen, Gale, Beardslee, O'Connor, & Seeley (2001)は、うつ病の親をもつ子どもに特徴的な認知 (e. g. 私の父はうつ病でそれについて自分は何もできないから、私も将来うつ病になる運命だ) に焦点を当てた集団認知行動療法にCWSを応用し、効果を検討している。13～18歳のうつ病の親をもつ子どものうち、亜症候群性うつ病群と判断された94人をアメリカの保険診療内の通常ケアを行う群と介入群 (通常ケア+CWS) に割り振って効果を比較した結果、12ヵ月後のうつ病発症の割合は介入群が有意に低く (9.3% vs 28.8%)、抑うつ症状、自殺に関する項目得点の減少量にも差が見られた。しかし、CWSの前身である、うつ病に罹患した青年向けのプログラム (Adolescent Coping With Depression Course) をうつ病の親をもち、自身もうつ病に罹患している子どもに対して行った研究 (Clarke, Hornbrook, Lynch, Polen, Gale, O'Connor, Seeley, & Debar, 2002)では、抑うつ症状や生活機能に関して保険診療内の通常ケアと効果の差異が認められなかった。以上から、うつ病の親をもつ青年期の子どもへの集団認知行動療法による介入は、抑うつの予防には効果があるが、子どもが既にうつ病に罹患している場合には対応に限界があると考え

えられる。

(2) POD-TEAMS 抑うつ予防プログラム (以下 POD-TEAMS)

①POD-TEAMSの概要 POD-TEAMS (Clarke, 2003)はCWSを元に開発された代表的なプログラムの1つである。CWSと同様に個人のストレス対処法などを増やすことで抑うつの発症リスクを下げることを目的としている。また、ヘルスケアの現場や学校現場での利用が想定され、うつ病の親をもつ子どもも対象である。プログラムは厳密なアジェンダに沿って構成され、うつ病に関する認知の紹介や実際の生活場面の検討、予防的対処の教示など多面的なアプローチが活かされている。プログラムは90分×8セッションで構成され、週1回で行うことが推奨されている。表2に示すように、セッションでは認知再構成のスキル、感情的な自己評価やネガティブな自己評価、考えを修正するスキルについて紹介・トレーニングを行い、参加者に習得してもらう。また、プログラムを実施するグループリーダーを厳選し、リーダーはトレーニングを受けることになっている。

②POD-TEAMSの効果研究 POD-TEAMSの効果については、13～17歳の子ども316人 (うつ病に罹患しているか既往歴のある親を持ち、かつ子ども自身も現在抑うつ症状か既往を有している)を対象として行ったRCT (Garber, Clarke, Weersing, Beardslee, Brent, Gladstone, DeBar, Lynch, D'Angelo, Hollon, Shamseddeen, & Iyengar, 2009)により、通常ケアを行う群より介入群の方がうつ病エピソードの割合が低く (21.4% vs 32.7%)、自己報告による抑うつ症状の改善も有意に大きかった ($p=.03$)。しかし、33ヵ月後の追跡調査 (Beardslee, Brent, Weersing, Clarke, Porta, Hollon, Gladstone, Gallop, Lynch, Iyengar, DeBar, & Garber, 2013)では、ベースライン時点で親がうつ病でない場合は介入群への効果が確認された一方、ベースライン時点で親が

表2 POD-TEAMSのセッション概要 (Clarke, 2003)

No.	内容
1	お互いを知ろう
2	ストレスコーピング
3	ストレスフルな状況と考え
4	ネガティブな考えを検討する
5	それって本当に私のこと?
6	ストレスや嫌な認知が活性化されるようなイベントに対処する
7	非現実的な考えを止めるテクニック
8	ストレスフルなイベント／憂うつ感を予防する／毎週のミーティングを終わらせる

うつ病であった場合には、両群に有意差は見られなかった。従って、親がうつ病に罹患している子どもの場合には、他のリスク要因をもつ同世代とは異なる特別な配慮が必要になると考えられる。

3. 家族を対象とした介入プログラム

本項ではうつ病の親をもつ児童期・青年期の子どもとその家族を対象とした介入プログラムとして、Family Talk Intervention (Solantaus, Paavonenm, Toikka, & Punamäki, 2010; 以下FTI) と Keep Families Strong (Riley, Valdez, Barrueco, Mills, Beardslee, Sandler, & Rawal, 2008; 以下KFS) を取り上げ、各プログラムの概要とその効果を記す。

(1) Family Talk Intervention (FTI)

①FTIの概要 FTIはもともとアメリカのBeardslee, Wright, Rothberg, Salt, & Versage (1996) によって開発されたプログラムであるが、その後複数の研究者によって改良がなされており、本項ではそのうちフィンランドで行われたSolantaus et al. (2010) のFTIを参考に概要を説明する。FTIは、子どもの発達や育児を促進し、親のうつ病による子どもの精神医学的問題の家族内での予防を目的とした介入プログラムである (Solantaus et al., 2010)。FTIを通して家族構成員間のコミュニケーション機能の改善、病気や病気による家族内での影響を深く理解することが可能となる。また、親

の問題を自身の責任と思いがちな子どもの心理的傾向を直接の介入対象とし、親のうつ病に対する子どもの理解を深め、親と子どもの関係性を回復することが目指されている。表3に示すように、FTIは親子並行のセッションと家族全体で行われるセッションで構成されている。最低6セッションから成るが、子どもの数によりさらに増える場合もある (6～11セッション)。親グループには、①ICD-10による気分障害の診断を受けている、②現在治療を受けている、③精神疾患の治療を受けていない8～16歳の子どもがいる、④パートナーと一緒に参加できるという条件が設けられている。各セッションは熟練した臨床家 (スーパービジョンも含めたFTIのトレーニングを2年間 (年17日以上) 受ける) の下で30～45分間行われる。

②FTIの効果研究 Solantaus et al (2010) は、119組のうつ病の親がいる家族を、FTIを行う群とLet's Talk about the Children (親と共に短時間 (15～45分) の心理教育的議論を行う。以下LTC) という別の介入を行う群に振り分けてRCTを行った。両群とも親にはセルフヘルプ用のガイドブックとうつ病に関する小冊子が渡され、小児精神科医や社会サービスなどの他の援助を必要とする場合にはそれらの情報も提供された。その結果、両群で子どもの情緒不安定と不安が有意に減少し、向社会的行動が有意に増加したが、情緒不安定の減少は、LTC群では長い間隔をおいて現れた反面 (4ヵ月後と10ヵ月後のフォローアップの間に有意に減少)、FTI群

表3 FTIのセッション概要 (Solantaus et al., 2010)

No.	対象	内容
1	親	・個人の生育歴と家族歴をアセスメントするための議論が行われる
2	親	・抑うつやレジリエンスに関する心理教育 ・自分たちの抑うつ症状が子どもに与える影響について理解し、子どもとうつ病に関して話し合う方法について計画を立てる
3	子	・子どもが自分自身の体験について話し合う ・心理社会的な状況や家族の中での体験から親の精神疾患に関する様々な質問が出される
4	親	・計画セッション ・親はプログラム実施者と共に以下の内容について議論する ①子どもの質問にどう答えるか ②抑うつに関して家族メンバーとどう話し合うか ③家族の問題にどう対処すべきか
5	家族	・実施者の指導下で親が自らのうつ病について語り、子どもの質問に答える ・親のうつ病は子どもの責任ではないことを伝える
6	家族	・フォローアップ・セッション ・介入の見直し、今後の計画

はより早い時期に見られた（ベースライン時と4ヵ月後のフォローアップの間で有意に減少）。また、Beardslee, Gladstone, Wright, & Cooper (2003) は、93組の家族をFTIとLecture Intervention（子どもは参加せず、マニュアルに基づいて作成したスクリプトを利用した講義を行う。以下LI）の介入群に振り分けて比較検討した。その結果、両群で親の病気に対する子どもの理解度が向上し、子どもの内在化型問題得点が減少したが、LI群に比べFTI群は子どもとうつ病について話し合ったり、子どものリスクやレジリエンスに関して話すなどの態度に有意な変化が見られた。加えて、Beardslee, Wright, Gladstone, & Forbes (2007) は、介入後にFTIとLIの両群で家族機能が向上したが、FTI群の方がLI群よりも親の病気に対する子どもの理解が有意に向上したと報告している。

以上から、FTIは心理教育のみの介入に比べて、うつ病の親の子どもの情緒の問題を短期間でより効果的に軽減することができ、家族が親の病気や子どもの状態について共有することや、親のうつ病に対する子どもの理解の向上をより促進する効果があると考えられる。しかし、109組の家族を対象とし、子どもの認知的評価に与える効果を検討した研究(Punamaki, Paavonen, Toikka, & Solantaus, 2013)では、LTC群では子どもの肯定的な認知的評価が増加した反面、FTI群では認知的評価に有意な変化は見られなかった。このため、子どもの否定的な認知的評価の軽減については検討の余地があるといえる。また、FTIはいずれの研究でも脱落者が多いこと（25～30%）から、参加者の負担感の軽減も今後の課題である。

（2）Keep Families Strong (KFS)

① KFSの概要 KFSは、母親がうつ病である子どもとその家族全体のレジリエンスの促進や子どもの精神障害発症リスクの軽減を目的とした予防的介入プログラムである(Riley et al., 2008)。当該プログラムでは、複数の家族（3～5家族）が一堂に会すが、親子が各グループに分かれ、並行して行われる。親グループには、うつ病の母親、父親、祖父母やいとこ等が参加し、子どもグループには、認知的に障害がなく、他害の恐れのない10～16歳の子どもが参加する。また、各グループには熟練したコ・リーダー2名がいる。全12セッション（週1回のセッションが10回、月1回のフォローアップセッションが2回）だが、プログラム終結に向けて家族だけで話し合う機会も設けられる。表4に示すように、第1セッションでは、参加者にプログラムを紹介し、作業同盟とグループの一貫性を確立し、自らの家族の葛藤を共有すること

が主な目的とされる。続く第2～3セッションでは、うつ病に関連する否定的思考によって、個人あるいは家族がいかにして否定的感情を抱き、不適応行動をとるかを学ぶ。第4セッションでは、母親のうつ病による家族への否定的影響を最小化したり、家族の結びつきを形成し強化するため、家庭内にて肯定的な体験を醸成することの重要性を紹介する。第5セッションでは、家族の結びつきを強化するコミュニケーションの重要性を再確認する。第6セッションでは、適切な発達期待、一貫した行動マネジメント、効果的な葛藤解決を学ぶことに焦点が当てられる。第7セッションでは、参加者がサポートティブな環境で家族の期待について有意義な会話が行われる家族会議を計画し、第8セッションでは、コ・リーダーを交えて家族会議が行われる。そして、第9セッションでは、参加者はグループに戻り、家族会議にて上手くいった点と課題を共有し、第10セッションでは、進歩を評価した上で今後の課題を設定する。第11～12セッションでは、親子それぞれが各グループで家族の進歩や近況を共有し目標やプログラムで学んだスキルを再検討する。その後、コ・ワーカーを交えて家族での話し合いを通して家族を振り返る。

② KFSの効果研究 Valdez, Mills, Barrueco, Leis, & Riley (2011) は、KFSに参加した17組の家族を対象に実証的な検討を行っている。その結果、介入による①家族機能への効果、②母親への効果、③子どもへの効果が認められた。まず、①について、母親評定では、家族のまとまりに大きな改善が認められ($d=1.03$)、夫婦のまとまりにも中程度の改善が認められた($d=.51$)。また、母親評定では介入前後でストレスフルな家庭内イベントに有意差は認められなかったが、子ども評定では有意に軽減し、その効果は中程度であった($d=.52$)。次に、②について、母親評定では、身体症状や不安に大きな改善が認められ(それぞれ $d=.93$ 、 $d=.82$)、抑うつ症状や対人過敏さも中程度の改善が認められた(それぞれ $d=.72$ 、 $d=.50$)。また、疼痛の改善も大きく($d=1.11$)、体力のレベルや身体的健康の制限や心理的安寧も中程度の改善が認められた(それぞれ $d=.54$ 、 $d=.57$ 、 $d=.63$)。その効果は僅かではあるが、社会的機能や全般的健康度も改善が認められた(それぞれ $d=.44$ 、 $d=.39$)。親の改善度について、子どもによる評定では、両親から受容や拒否の改善は僅かであった(それぞれ $d=.24$ 、 $d=.35$)。さらに、③について、介入前後に子どもの情緒面の症状と行動上の問題の水準が臨床群あるいはそのリスク域にあると報告していた親子の人数が減少した。親評定では、介入前後の子どもの内在化症状や行動上の問

表4 KFSの親子のセッション間の対応 (Riley et al., 2008)

No.	親	子
1	導入 ・プログラムの目標と構造 ・うつの個人的体験の共有 ・目標設定 ・グループ同盟の構築	強い子どもと家族を確立する ・プログラムの目標と構造 ・個人的な強みの特定 ・目標の設定 ・グループ同盟の構築
2	うつをやり過ごす ・うつの教育 ・思考と感情を結びつける ・うつへの対処方略 ・ソーシャルサポートの確立	ストレスに対処し変化を生み出す ・ストレスに対処する ・思考と感情の結びつけ ・有害な思考から役立つ思考に切り替える
3	家族を助けること ・うつが家族に及ぼす効果 ・家族/子どものレジリエンス	家族のストレスと強み ・うつの教育 ・うつが家族に及ぼす影響 ・家族に対する希望や目標の特定化
4	家族の絆を結ぶ ・ポジティブな家族体験を作り出す ・ポジティブな考えや行動を強化する	家族との関わり ・自分に起こったポジティブな変化 ・家族にポジティブな変化を作り出す ・問題解決
5	家族で話す ・ポジティブなコミュニケーションスキルを構築する ・聴く・反応する ・“I”を用いる	コミュニケーションをとる ・ポジティブなコミュニケーションスキルを構築する ・ポジティブさを与える ・“I”を用いる
6	子どもの行動マネジメント ・適切な発達期待 ・寛容で明確な一貫したしつけ ・問題解決と葛藤の解決 ・家族会議への導入	家族の責任 ・子ども役割と責任 ・家族に対してニーズを話す
7	家族会議の準備をする ・個人的な準備 ・家族会議におけるトピックと目標 ・会議で予想される反応への心配 ・学んだ強みとスキルの確立	
8	家族会議	
9	家族会議の振り返り	
10	KFSプログラムの振り返り	

題は僅かに軽減しており（それぞれ $d = .38$ 、 $d = .34$ ）、子どもの自己評定でも、臨床的な不適応は僅かに軽減し（ $d = .27$ ）、コーピングの効力感の改善は中程度であった（ $d = .59$ ）。その一方で、参加者の25%の子どもにおける介入後の情緒面の症状が臨床域あるいはそのリスク域にまで落ち込んだ結果も報告されている。尚、ラテンアメリカ系の母親とその家族向けのKFSであるFortalezas Familiares (Valdez, Abegglen, & Hauser, 2012) もまた、母親の心理的機能や子どもの心理行動面に加え、家族機能に肯定的な変化をもたらすことが認められている (Valdez, Padilla, Moore, & Magaña, 2013)。いずれの効果研究においてもKFSによる介入効果が認められたことから、KFSは一定程度妥当であり、かつ効果的な予防的介入プログラムといえる。しかし、いずれも統制群を設けていない事前事後デザインによる検討であり、サンプルサイズが小さいことが課題として挙げられる。従って、KFSの効果の持続性や一般化可能性については検討の余地が残されている。

4. 総合考察

これまでに概観してきた海外のうつ病の親をもつ子どもに対する介入は、わが国の臨床実践においても示唆を得るところが多い。以下では、上記の海外の介入法をわが国の臨床実践に活用する上での課題と介入研究上の課題を述べる。

まず、CWSやPOD-TEAMSでは、子ども自身の抑うつに対するセルフコントロールを高め、うつ病の親に巻き込まれないようにすることを重視しているといえる。しかし、わが国は欧米に比べて親子間の心理的距離が近く (Markus & Kitayama, 1991)、そのような傾向は親の不安感が高い場合には一層強まる恐れがあるとの指摘もある (e.g. 藤岡・野中, 2014)。また、宮坂 (2014) によれば、子どもが家庭内での居心地が良いと認知している場合には「楽しみの減退」や「抑うつ・悲哀感」が抑制され、自尊心が傷つく家庭だと認知している場合には「抑うつ・悲哀感」が促進されるという。これらを踏まえると、わが国におけるうつ病の親をもつ子どもへの介入では子どものみを対象とするよりも、家族全体を視野にいたした介入がより有用であると考えられる。その点、FTIやKFSはわが国の臨床実践の参照枠となりうる。ただし、これらの介入プログラムを適用する上でもいくつかの課題が残る。第一に、他の家族メンバーをどのようにプログラムに参加させるかという点である。内閣府 (1995) による調査では、父親の家事・育児に対する望

ましい関わり方として、「家事や育児は母親に任せ、仕事に専念する」又は「家事や育児よりも仕事を優先させる」とする者の割合は、日本・米国・韓国のうち日本(47.7%)が最も高いことが報告されている。同調査から約20年経過した最近においても、わが国では「女性は家庭にとどまり家事や育児に専念し、男性は外に出て働くべき」という伝統的な考え方が回答者全体の51.6%であった (内閣府, 2012)。このことも踏まえると、わが国でFTIやKFSのような介入を実施する際に父親の参加が必ずしもスムーズにいかない場合も考えられる。また、KFSでは複数の家族がプログラムに参加するため、子どもにとっては侵襲性が高いことも想定され、わが国に導入するには十分な配慮が望まれる。第二に、FTIやKFSのような介入を担える専門家の不足が挙げられる。両介入とも認知行動療法の要素を取り入れているが、わが国では認知行動療法ができる心理専門職の不足がしている (日本生物学的精神医学会・日本うつ病学会・日本心身医学会, 2010) のが現状である。そのため、まずはそうした専門家の育成を行うことが急務の課題となるであろう。

次に、従来の介入研究の課題としては、第一に、うつ病の親をもつ子どもを対象とした認知行動療法的アプローチの効果について、既にうつ病を発症している子どもの場合には限界があることが挙げられる。うつ病の親の子どもの場合、他の抑うつ発症のハイリスク群に比べて生物学的要因や家族環境を始めとする社会的要因など子どもの抑うつにターゲットを絞った認知行動療法的介入だけでは対応しきれない要因の影響が強い可能性などが考えられる。今後、うつ病の親の子どもに必要な介入要素を精選し、予防だけではなく、症状の軽減にも効果のあるプログラムを開発していくことが求められる。また、本稿で取り上げたプログラムはいずれも青年期の抑うつ予防を目的としたプログラムであるため、抑うつ以外の症状の予防・軽減を目的とした介入や、児童期の子どもを対象とした介入の開発も必要であろう。第二に、うつ病の親をもつ子どもとその家族を対象として行われた介入プログラムについて、FTIは脱落者が多いことが報告されているため、その効果については検討の余地が残されている。今後、参加者の負担感を軽減し、その上で介入の効果をさらに検討していくことが求められる。また、KFSは事前事後デザインによる効果研究しか行われておらず、サンプルサイズも小さいため、今後サンプルサイズを増やしてRCTによる効果測定を行い、その効果をさらに検討していくことが望まれる。

以上のような点を踏まえて、うつ病の親をもつ児童

期・青年期の子どもに対する介入を行い、その効果を検証していくことが求められる。

引用文献

- Beardslee, W. R., Brent, D. A., Weersing, V. R., Clarke, G. N., Porta, G., Hollon, S. D., Gladstone, T. R. G., Gallop, R., Lynch, F. L., Iyengar, S., DeBar, L., & Garber, J. (2013). Prevention of depression in at-risk adolescents: Longer-term effects. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, **70**, 1161-1170.
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., & O'Connor, E. (2011). Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **50**, 1098-1109.
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J., & Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics*, **112**, e 119-e 131.
- Beardslee, W. R., Wright, E. J., Gladstone, T. R. G., & Forbes, P. (2007). Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *Journal of Family Psychology*, **21**, 703-713.
- Beardslee, W. R., Wright, E., Rothberg, P. C., Salt, P., Versage, E. (1996). Response of families to two preventive intervention strategies: Long-term differences in behavior and attitude change. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **35**, 774-782.
- Clarke, G. N. (2003). The adolescent coping with stress course (Leader Manual) POD-TEAMS, an eight-session curriculum developed for the prevention of unipolar depression in adolescents with an increased future risk. Download site for youth depression treatment and prevention programs (February 13, 2013) <<http://www.kpchr.org/research/public/common/getdocpublic.aspx?docid=2E11CCFD-84F5-47B5-9332-25B4A784F72E>> (February 15, 2015)
- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **34**, 312-321.
- Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., O'Connor, E., & Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, **58**, 1127-1134.
- Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., O'Connor, E., Seeley, J. R., & Debar, L. (2002). Group cognitive-behavioral treatment for depressed adolescent offspring of depressed parents in a health maintenance organization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **41**, 305-313.
- Clarke, G. N. & Lewinsohn, P. M. (1995). The adolescent coping with stress course (Leader Manual) a fifteen-session class curriculum developed for the prevention of unipolar depression in adolescents with an increased future risk. Download site for youth depression treatment and prevention programs (February 13, 2013) <<http://www.kpchr.org/research/public/common/getdocpublic.aspx?docid=6E294BF5-42EE-4AD0-A1B2-90AB1A116606>> (February 15, 2015)
- Cummings, E. M., Cheung, R. Y. M., Koss, K., Davies, P. T. (2014). Parental depressive symptoms and adolescent adjustment: A prospective test of an explanatory model for the role of marital conflict. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **42**, 1153-1166.
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications*. New York: Guilford Press. (カミングス, E. M., デイヴィーズ, P. T., キャンベル, S. B. 菅原ますみ (監訳) (2006). 発達精神病理学——子どもの精神病理の発達と家族関係—— ミネルヴァ書房)
- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, **108**, 50-76.
- Elgar, F. J., Mills, R. S. L., McGrath, P. J., Waschbus-

- ch, D. A., & Brownridge, D. A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **35**, 943-955.
- 藤岡勲・野中舞子 (2014). 家族への意図的な治療介入を実施した思春期強迫性障害への認知行動療法. 心理臨床学研究, **31**, 916-926.
- Garber, J., Clarke, G. N., Weersing, V. R., Beardslee, W. R., Brent, D. A., Gladstone, T. R. G., DeBar, Lynch, F. L., D'Angelo, E., Hollon, S.D., Shamsedeen, W., & Iyengar, S. (2009). Prevention of depression in at-risk adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, **301**, 2215-2224.
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, **106**, 458-490.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., Teri, L., & Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of unipolar depression. In S. Reiss & R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavioral therapy*. New York: Academic Press. pp.313-359.
- Lieb, R., Isensee, B., Höfler, M., Pfister, H., & Wittchen, H. U. (2002). Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: A prospective-longitudinal community study, *Archives of General Psychiatry*, **59**, 365-374.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, **20**, 561-592.
- Markus, H. R. & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implication for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, **98**, 224-253.
- Milan, S., Snow, S., & Belay, S. (2009). Depressive symptoms in mothers and children: Preschool attachment as a moderator of risk. *Developmental Psychology*, **45**, 1019-1033.
- 宮坂遼 (2014). 子どもが認知した家族関係と子どもの抑うつ傾向との関連. 心理臨床学研究, **31**, 979-987.
- 内閣府 (1995). 子どもと家族に関する国際比較調査.
- 内閣府 (2012). 男女共同参画社会に関する世論調査.
- 日本生物学的精神医学会・日本うつ病学会・日本心身医学会 (2010). うつ病対策の総合的提言. 日本生物学的精神医学会誌, **21**, 155-182.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., Pincus, H. A., & Weissman, M. M. (2003). Parental depression, child mental health problems, and health care utilization. *Medical Care*, **41**, 716-721.
- Punamäki, R. L., Paavonen, J., Toikka, S., & Solantaus, T. (2013). Effectiveness of preventive family intervention in improving cognitive attributions among children of depressed parents: A randomized study. *Journal of Family Psychology*, **27**, 683-690.
- Riley, A. W., Valdez, C. R., Barrueco, S., Mills, C., Beardslee, W. Sandler, I., & Rawal, P. (2008). Development of a family-based program to reduce risk and promote resilience among families affected by maternal depression: Theoretical basis and program description. *Clinical Child Family Psychology Review*, **11**, 12-29.
- Solantaus, T., Paavonen, E. J., Toikka, S., & Punamäki, R. L. (2010). Preventive interventions in families with parental depression: Children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry*, **19**, 883-892.
- 菅原ますみ・向井隆代・戸田まり・島 悟・北村俊則 (1996). 妊娠・出産・子育てと母子精神保健——生後8年目の追跡：子どもの精神疾患発生——, 日本心理学会第60回大会発表論文集, 317.
- Valdez, C. R., Abegglen, J., & Hauser, C. T. (2012). Fortalezas familiares program: Building socio-cultural and family strengths in Latina women with depression and their families. *Family Process*, **52**, 378-393.
- Valdez, C. R., Mills, C. L., Barrueco, S., Leis, J., & Riley, A. W. (2011). A pilot study of a family-focused intervention for children and families affected by maternal depression. *Journal of Family Therapy*, **33**, 3-19.
- Valdez, C. R., Padilla, B., Moore, S. M., & Magaña, S. (2013). Feasibility, acceptability, and preliminary outcomes of the fortalezas familiares intervention for Latino families facing maternal depression. *Family Process*, **52**, 394-410.
- Weissman, M. M., Warner, V. W., Wickramaratne, P.,

- Moreau, D., & Olfson, M. (1997). Offspring of depressed parents: 10 years later. *Archives of General Psychiatry*, **54**, 932-940.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdelli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *American Journal of Psychiatry*, **163**, 1001-1008.
- Wilson, S. & Durbin, C. E. (2010). Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, **30**, 167-180.

(指導教員 下山晴彦教授)