

2015 年度
博士学位論文

対人・行動的アプローチを基盤とした
児童期の抑うつに関する心理学的研究

竹島克典

要旨

子どもの抑うつの問題が、社会適応における深刻な問題として認識されるようになり、その発生機序や維持のプロセスおよび効果的な支援方法についての実証的な解明が求められている。日本における実態調査からは、一般児童生徒の約 10-20%が臨床的に有意な抑うつ症状を示すことが明らかになってきた。子どもの抑うつ症状は、不登校や学業不振、対人関係の問題などの広範な適応上の問題と関連する。さらに、治療を受けない場合には長期間にわたって症状が持続し、成人期以降にうつ病を発生するリスクが高まることなどもわかってきている。そのため、早期支援の観点から、児童期の抑うつと心理社会的要因についての実証的なアセスメント研究に基づいて、効果的な支援方法を構築することが喫緊の課題となっている。児童の抑うつと心理社会的要因との関連を明らかにする際には、子どもの個人内の要因だけでなく子どもと社会的環境要因との相互作用のあり方を具体的に検討することが重要である。このような背景から、本博士論文研究では、対人・行動的アプローチに基づき、小学校において児童の抑うつと社会的相互作用の関連について行動アセスメント研究(研究 1, 2, 3)を行い、社会的環境にアプローチする介入計画を構築すること(研究 4, 5)を主要な目的とした。

研究 1 では、児童の抑うつ症状と仲間関係の関連を明らかにすることを目的に調査を行った。その結果、児童の抑うつはソシオメトリック評定による仲間からの人気度と親しい友人数との間に負の相関関係を示した。また、臨床基準値を超える抑うつ症状を示した児童はそうでない児童と比べて、親しい友人が有意に少ないことが明らかになった。

研究 2 では、抑うつ症状を示す児童の仲間との社会的相互作用を行動観察法によって検討し、対人行動の特徴と相互作用プロセスを明らかにすることを目的とした。その結果、抑うつを示す児童はそうでない児童と比較して、学校の休憩時間に孤立することが多く、仲間との相互作用が少ないことが明らかになった。また、グループの問題解決課題場面の相互作用プロセスを逐次分析によって調べた結果、抑うつを示す児

児童は孤立・引っ込み思案行動を多く示し、仲間とのポジティブな行動の相互交換が少ないことが示された。これらの結果から、抑うつを示す児童は学校の中で孤立することが多く、仲間との楽しい交流が少ないことが明らかになった。

研究3では、児童の抑うつ症状と対人関係要因(家庭ストレス、仲間ストレス、コーピングスキル、ソーシャルサポート、仲間関係)の関連を前向き調査研究によって検討した。その結果、撤退型コーピング、母親サポート、および対人ストレスとコーピングスキルの交互作用が9か月後の抑うつ症状を有意に予測することが明らかになった。

研究4と5では、児童の抑うつに対して、社会的環境へのアプローチによる介入研究を行い、その効果を検討した。本博士論文研究のアセスメント研究から、児童と仲間との社会的相互作用において正の社会的強化を増やすことで、抑うつ症状の改善につながるという可能性が考えられた。そこで、児童の向社会的行動による相互作用を促進し正の強化を増やすことをねらった介入プログラムである PPR(Positive Peer Reporting)を学校場面で実施し、児童の抑うつ症状に対する低減効果を検証した。研究4では、PPRと集団随伴性の手続きを組み合わせた介入パッケージを実施し、その効果を検討した。その結果、児童の抑うつ症状の低減と仲間関係の部分的な促進が示された。研究5では介入要素の効果を検討するため、PPR単独による介入とPPRと集団随伴性を組み合わせた介入を実施した。その結果、PPR単独の介入によって抑うつ症状が低減し、集団随伴性の付加的効果は限定的であった。また、介入を実施した教師からは、プログラムは受け入れやすいものであると評価され、社会的妥当性が高いことが示された。これらの結果から、PPR介入プログラムは、抑うつ症状を改善する可能性があることがわかった。

本博士論文研究より、児童の抑うつ症状が社会的相互作用と密接に関連することが実証的に明らかになった。児童の抑うつを対人的文脈の中で理解し、効果的な支援方法を確立するために、対人・行動的アプローチに基づく社会的相互作用の視点が重要であることが示された。

目次

要旨

	頁
第 1 章 序論	1
1-1 はじめに	1
1-2 児童青年期の抑うつ	2
1-2-1 抑うつの定義とアセスメント方法	3
1-2-2 抑うつの発生率と適応問題	6
1-3 抑うつの心理社会的モデル	11
1-3-1 抑うつと関連する心理社会的要因のアセスメント研究	11
1-3-2 抑うつの心理社会的モデル	14
1-4 抑うつの対人・行動的アプローチ	16
1-4-1 抑うつに対する初期の対人・行動的アプローチ	16
1-4-2 子どもの抑うつと対人関係	19
1-4-3 社会的相互作用の機能的アセスメント	25
1-5 児童青年期の抑うつに対するエビデンスベースの心理社会的介入	31
1-5-1 抑うつに対する治療的介入	31
1-5-2 抑うつに対する予防的介入	32
1-5-3 抑うつに対する心理社会的介入の効果の問題	34
1-6 対人・行動的アプローチによる介入への示唆	37
1-7 本博士論文研究の目的および構成	41
第 2 章 児童の抑うつ症状と対人関係要因の行動アセスメント	43
2-1 研究 1 児童の仲間関係と抑うつ症状との関連	43
2-1-1 問題と目的	43
2-1-2 方法	44
2-1-3 結果	45
2-1-4 考察	48

2-2	研究 2	抑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	50
2-2-1		問題と目的	50
2-2-2		方法	52
2-2-3		結果	56
2-2-4		考察	63
2-3	研究 3	児童期の抑うつと対人関係要因との関連: コーピング, ソーシャルサポート, 仲間関係, 対人ストレスに焦点を あてた前向き研究	68
2-3-1		問題と目的	68
2-3-2		方法	71
2-3-3		結果	73
2-3-4		考察	78
第 3 章		社会的環境へのアプローチによる抑うつの介入プログラムの 実践研究	83
3-1	研究 4	児童の抑うつ症状に対する学級規模の PPR と集団随伴性の効果： 社会的環境へのアプローチの試み	83
3-1-1		問題と目的	83
3-1-2		方法	85
3-1-3		結果	88
3-1-4		考察	90
3-2	研究 5	児童の抑うつ症状に対する学級規模の PPR と集団随伴性の効果： 介入要素の分析	93
3-2-1		問題と目的	93
3-2-2		方法	93
3-2-3		結果	94
3-2-4		考察	96
第 4 章		総合論議	99
4-1		本博士論文研究の成果	99

4-1-1	本博士論文研究のまとめ	99
4-1-2	行動アセスメント研究における成果	99
4-1-3	社会的環境へのアプローチによる介入研究の成果	103
4-2	本博士論文研究の課題と今後の展望	106
4-3	本博士論文研究の結論	108

References (i~xvii)

第1章 序論

1-1 はじめに

子どもの抑うつの問題が適応上の深刻な問題として認識されるようになり、その発生機序や維持のプロセス、効果的な支援方法についての実証的な解明が求められている。文部科学省の平成25年度の調査によると、全国で11万人以上の不登校児童・生徒、18万件以上のいじめ、240名の児童・生徒の自殺が報告されており、これらの学校適応および社会適応に関する問題と抑うつとが密接に関連していると考えられている。学校現場では、2007年に特別支援教育が実施され、子ども一人一人の教育的ニーズに配慮した教育および支援が行われるようになった。現在の特別支援教育では主に発達障害のある児童生徒に焦点があてられることが多いが、実際に学校の教室に入り子どもの行動観察を行うと、表情が暗く孤立しがちな子どもや怒りのコントロールが難しい子ども、仲間への接し方が不器用な子どもなど、抑うつやその他の問題に関連する多様なニーズが見えてくる。しかしながら、子どもの抑うつは日本において「見逃されてきた重大な疾患」であり(傅田, 2002)、その実態や支援方法に関する研究はまだ始まったばかりである。このような現状を背景として、本博士論文研究では児童期の抑うつに焦点をあて、児童と環境との社会的相互作用を機能的にアセスメントし、それに基づいて支援方法の構築を図る実証的研究を行う。

はじめに、本博士論文研究の対象を明確にしたい。本博士論文研究では、児童期後期(9-12歳)の子どもの抑うつを対象とし、その検討にあたっての視点として対人的文脈に着目する。その理由として一点目は、一般に子どもの抑うつの問題は青年期に顕著にみられるようになるため、抑うつが急増する前段階の児童期後期の心理社会的要因を調べ、どのような子どもが抑うつに陥る危険性があるのかを明らかにすることが重要であることがあげられる(Kistner, 2006)。二点目として、児童期後期から青年期に抑うつが急増するのとほぼ同時期に、子どもの社会化のプロセスにおいて仲間関係の影響が大きくなるなどの対人関係の変化がみられることから、子どもの抑うつ増加に対する対人関係要因の密接な関与が指摘

されている(Conway, Rancourt, Adelman, Burk, & Prinstein, 2011)。抑うつ研究において対人関係要因は、歴史的にみても常に重要な研究課題として位置づけられてきた(Joiner & Coyne, 1999)。児童期後期を対象として対人関係要因の関連を調べることで、子どもの抑うつの発生活機序や維持要因の解明に寄与できると考えられる。これらのことから、本博士論文研究では児童の抑うつに焦点をあてた実証研究を行う。しかし、子どもの抑うつ研究の基盤となる理論やアプローチ方法は、これまでに児童だけでなく青年を対象とした研究からの知見によっても大きな影響を受け、構築が進められてきた。したがって、以下の文献のレビューでは青年を対象とした先行研究も含めて概観し、本博士論文研究の枠組みを示したい。

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。本研究では、発達の生活史による区分(高橋, 2012)に基づき、児童期はおおよそ6 - 12歳、「青年期」はおおよそ13 - 18歳を指すものとし、児童期と青年期を包括する用語として「児童青年期」あるいは「子ども」という言葉を用いる。

本章では、まず子どもの抑うつについて国内外で行われた実証研究を概観し、子どもの抑うつの特徴と関連する適応問題について述べる。次に、子どもの抑うつに関連する心理社会的要因およびそれらのアセスメント研究を基盤として構築された理論モデルを検討し、これまでに明らかになっている知見とさらに検討が必要な研究課題を明らかにする。次に抑うつの対人・行動的アプローチについて詳細に概観し、そこから導かれる課題と介入に対する示唆を検討する。

1-2 児童青年期の抑うつ

1980年以前は、子どもにうつ病などの抑うつの問題がそもそも存在するのかという議論が行われており、臨床報告がなされていたものの体系的な研究はほとんど行われていなかった(Lefkowitz & Burton, 1978)。しかし、アメリカ精神医学会によるDSM-III精神障害の診断・統計マニュアル(American Psychiatric Association, 1980)に代表される操作的診断基準や抑うつを測定する査定方法の開発、大規模な疫学的調査(例えば、Harrington, Rutter, & Fombonne, 1996)の結果などから、大人とほぼ同様の抑うつ症状を示す子どもの存在が認識

され、ここ 30 年の間に欧米圏を中心に児童・思春期における抑うつの実証的研究が盛んに行われるようになった。現在では、子どもの抑うつ問題は、正常な発達によくみられる状態や時間経過とともに自然に消滅する一過性の問題などではなく、多くの場合で繰り返し発症し、子どもが十分に能力を発揮して生活することを妨げる深刻な問題であると見解で一致している(Kovacs, 1989)。日本においても、主に 2000 年代に入って子どもの抑うつ問題が注目され始め(傅田, 2002)、大規模な実態調査や心理、教育的介入研究が展開されるようになった。

1-2-1 抑うつの定義とアセスメント方法

まず、抑うつという幅広い意味を持つ用語の定義とアセスメント方法について検討することで、本博士論文研究で焦点をあてる抑うつのレベルを明らかにする。

抑うつの定義 抑うつという言葉は様々な状態を含むが、少なくとも「抑うつ気分(mood)」、「抑うつ症状(symptoms)」とそのまとまりとしての「抑うつ症候群(syndrome)」、疾病分類学上の「うつ病(disorder)」の 3 つの意味が含まれる(Compas, Ey, & Grant, 1993; 坂本・大野, 2005)。第一に、抑うつ気分とは、日常で多くの人が経験する一時的な悲しみや憂うつなどの情動または気分状態を指し、それ自体は必ずしも病的な状態とはみなされない。第二に、抑うつ症状は、抑うつ気分とともに生じやすい心身の状態で、興味や楽しみの減退、イライラした気分、食欲・体重の変化、睡眠の問題、体が重く疲れやすい、自責感、自殺念慮などの症状を指し、これらがまとまって表れる状態が抑うつ症候群とされる(傅田, 2004)。第三に、抑うつ症状が複数で同時に一定期間以上続き、社会生活に支障をきたす場合に、精神疾患としてのうつ病と診断される。うつ病の診断基準としては、「DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル(第 5 版)」(American Psychiatric Association, 2013/2014)が日本を含めて世界的に使われている。Table 1-1(次頁)に DSM-V の大うつ病エピソードに関係する 9 つの症状を記載した。うつ病の診断は、子どもの場合にも、成人と同様の診断基準を用いて医師によって行われる。

このような抑うつの状態像は、子どもの場合においても大人とほぼ同様に表れるとされ

Table 1-1
DSM-5 大うつ病エピソードの症状

1.	抑うつ気分 (小児や青年では易怒的な気分もありうる)
2.	興味または喜びの著しい減退
3.	有意の体重減少, または体重増加, ほとんど毎日の食欲の減退または増加 (子どもの場合, 期待される体重増加がみられないことも考慮する)
4.	不眠または過眠
5.	精神運動焦燥または制止
6.	疲労感または気力の減退
7.	無価値観または過剰であるか不適切な罪責感
8.	思考力や集中力の減退, または決断困難
9.	死についての反復思考, 自殺念慮, 自殺企図または自殺の計画

Note American Psychiatric Association(2013/2014, p. 90-91)を参考に作成.

る一方で, 子どもの場合に表れやすい症状が異なることも明らかになっている。傅田(2004)によると大人と比較して子どもの場合は, 抑うつ気分を言葉で訴えることが少なく, 頭痛や腹痛などの身体面や落ち着きがない, 学校に行けなくなり家に引きこもるなどの行動面, その他にも表情や態度など個々に多様な表現がみられる場合があるとしている。

抑うつのアセスメント 抑うつを表れ方は多様であることから, その状態像によってアセスメントの方法も異なる。抑うつ気分は, 「悲しい気分」や「落ち込んだ気分」などについて子どもの自己評定により査定されることが多い(Hammen & Rudolph, 2002)。Visual Analogue Scale(VAS)もよく使われる方法である。VASでは, 10cmの水平直線を提示し, 一端をもっとも強いうつ気分, もう一方の端を正常の状態として, 評定者は自らの状態に近い所に印をつける(坂本・大野, 2005)。

子どもの抑うつ症状のアセスメントについては, いくつかの評価尺度が開発され, その信頼性と妥当性が検討されている。国際的に頻繁に使用される評価尺度としては, アメリ

カで開発された子ども用抑うつ尺度(Children's Depression Inventory; CDI; Kovacs, 1981)がある。CDIは、7～18歳の子どもの対象年齢とした27項目の自己評定尺度であり、最近2週間の抑うつ症状(不快気分や自尊心の低下、対人関係の問題など)を回答させるものである。日本で最も多く使われている抑うつ尺度には、Depression Self-Rating Scale for Children(DSRS; Birlleson, 1981)の日本語版である子ども用自己記入式抑うつ尺度(村田・清水・森・大島, 1996)があげられる。DSRSは7～13歳を対象としてイギリスで開発された質問紙で、最近1週間の抑うつ症状についてどの程度当てはまるかを子どもに3件法で自己評定させるものである。質問項目(Table 1-2 参照)には、抑うつ気分や楽しみの減退、腹

Table 1-2
Birlleson 自己記入式抑うつ尺度(DSRS)の項目

-
1. 楽しみにしていることがたくさんある。
 2. とても良く眠れる。
 3. 泣きたいような気がする。
 4. 遊びに出かけるのが好きだ。
 5. 逃げ出したいような気がする。
 6. おなかが痛くなることがある。
 7. 元気いっぱいだ。
 8. 食事が楽しい。
 9. いじめられても自分で「やめて。」と言える。
 10. 生きていても仕方がないと思う。
 11. やろうと思ったことがうまくできる。
 12. いつものように何をしても楽しい。
 13. 家族と話すのが好きだ。
 14. こわい夢を見る。
 15. 独りぼっちの気がする。
 16. 落ち込んでいてもすぐに元気になれる。
 17. とても悲しい気がする。
 18. とても退屈な気がする。
-

Note 村田他(1996, p.138)を参考に作成.

痛や睡眠の問題等の抑うつ症状を尋ねる内容が含まれている。DSRS は子どもが自己評定できるように簡易な言葉使いを用いており、18 項目という比較的少ない項目数で構成されていることから、児童への実施が容易であるという利点がある(Myers & Winters, 2002)。DSRS には臨床基準値が設定されている。臨床基準値とは、日本の臨床患者に対して DSRS を実施した結果から、抑うつ群と非抑うつ群を判別する得点として設定されている基準点である(村田他, 1996)。

子どもがうつ病であるかどうかを査定するためには、前述した DSM などの精神疾患の診断基準に準拠した質問項目を面接法によって尋ねる方法が採用される。うつ病の評価においては、抑うつ症状の有無だけでなく、基準を超える数の症状が顕著かどうか、その持続期間、その他の精神症状の有無、社会的な生活機能の障害の程度などが詳細に調べられる(坂本・大野, 2005)。

これらのことから、子どもの抑うつを対象として実証研究を展開するためには、その多義的な側面を考慮したうえで、どのレベルの抑うつを対象とするのかを明らかにすることが重要である(坂本・大野, 2005)。本博士論文研究では、幅広い状態像を示す「抑うつ」の中でも、児童の「抑うつ症状」および抑うつ症状のまとまりとしての「抑うつ症候群」に焦点をあてる。そのため、児童の抑うつ症状のアセスメントには DSRS 抑うつ尺度を用いることとする。児童の抑うつ症状に焦点をあてる理由としては、後述のように、学校の中において抑うつ症状を示す児童が少なからず存在し、そのような児童は学業や対人関係において困難を経験することが多く、理解と支援を要するためである。ただし、以下の先行研究のレビューにおいては、本博士論文研究と関連の強いものに関して、子どもの「うつ病」を対象とした研究も含んで検討を行うこととする。

1-2-2 抑うつ の 発 生 率 と 適 応 問 題

抑うつ の 問 題 は、 どの くらい の 子 ども に み ら れ る の で あ ろ う か。 子 ども の う つ 病 に つ い て は、 欧 米 を 中 心 に 大 規 模 な 有 病 率 調 査 が 数 多 く 報 告 さ れ て い る。Avenevoli, Knight, Kessler, and Merikangas(2008)は、一般の児童青年を対象として、診断面接によってうつ病の有病率

を調べた 28 の国家規模あるいは国際的に行われた調査研究をまとめている。これらの研究のうちの 18 はアメリカで行われたものである。これらの報告からは、調査時点での有病率を示す時点有病率は児童期においておおよそ 1-2%、青年期では 1-7%であることが示されている。青年期までの生涯有病率は個々の研究によって幅が広く、4-24%の子どもが青年期後期までに診断基準を満たすうつ病を経験していることが報告されている。児童青年期のうつ病では、1 つのうつ病エピソードの持続期間は約 7-9 か月であるとされている (Birmaher et al., 1996)。さらに、子どものうつ病の自然経過においてはその反復性が指摘されており、うつ病を発症した子どものうちの約 70%が 5 年以内に新たなうつ病エピソードを再発するという報告もある (Kovacs, 1985)。

日本では、子どものうつ病に関する国家規模の疫学調査は行われていない。しかし、子どもの抑うつ症状について、質問紙を用いた大規模な調査研究が 2000 年代に入って実施されるようになった。傳田他(2004)は、北海道に住む小学 1 年生から中学 3 年生までの児童生徒 3,331 名(男子 1,535 名、女子 1,796 名)を対象として DSRS を用いた抑うつの実態調査を行っている。調査の結果、DSRS の臨床基準値 16 点を超える得点を示した子どもは、全体の 13.0%であり、小学生では 7.8%、中学生では 22.8%であることが明らかになった。

佐藤他(2006)は、抑うつ症状について一般児童を対象とした調査を行っている。この調査では、東京都、神奈川県、埼玉県、茨城県、宮崎県の公立小学校に在籍する小学 4-6 年生の児童 3,324 名(男子 1,708 名、女子 1,591 名、性別不記入 25 名)が参加した。児童の抑うつ症状の査定に用いられた質問紙は、傳田他(2004)と同様に DSRS であった。その結果、DSRS の臨床基準値を超える得点を示した児童は、全体の 11.6%であった。この値は、傳田他(2004)の報告の中の同じ 4-6 年生の児童(10%)と比較するとほぼ同じ値であった。

これらの調査結果を合わせて検討すると、日本の児童の抑うつに関する具体的な特徴がみえてくる。まず、児童生徒全体の DSRS の平均得点(9.02)は、イギリス(6.9-7.8 点; Charman, 1994)やスウェーデン(7.1 点; Ivarsson & Gillberg, 1997)の報告よりも高い得点であり、日本の子どもは比較的高い抑うつ傾向を示す可能性が示されている。臨床基準値を超える児童

生徒の割合(7.8-22.8%)は、アメリカの調査で報告された 10-15%という値(Nolen-Hoeksema, Girus, & Seligman, 1986)とほぼ同等か高い値である。また臨床基準値を超える児童生徒に関して、男子(9.8-10.0%)よりも女子(13.5-15.8%)の方が多く、男子においては中学1年から、女子においては小学6年から増加しはじめ、女子が男子よりも著しい増加傾向を示すことが示された。抑うつ尺度の具体的な項目の得点をみてみると、「やろうと思ったことがうまくできる」(反転)、「いつものように何をしても楽しい」(反転)、「落ち込んでいてもすぐに元気になる」(反転)、「とても退屈な気がする」、「とてもよく眠れる」(反転)などが比較的高い値を示し、自己評価の低さや楽しみの減退、睡眠の問題を訴えることが多いことが明らかになった。反対に、「生きていても仕方がないと思う」、「とても悲しい気がする」、「独りぼっちな気がする」、「泣きたいような気がする」といった自殺念慮や悲哀感、抑うつ気分に関する項目は、子どもたちから報告されることが少なかった。

これらの大規模調査を起点として、日本においても抑うつ症状を示す児童生徒が少なからず存在することが明らかになった。さらに最近では、診断面接を用いた子どもの気分障害の有病率調査が実施されている。傳田(2008)は、北海道千歳市の小学4年生から中学1年生の一般児童生徒 738名(男子 382名、女子 356名; 小学4年生 187名、小学5年生 143名、小学6年生 286名、中学1年生 122名)を対象に、DSM 診断基準に準拠した診断面接法による調査を実施した。面接による調査は、平均 10年以上の経験を有する精神科医が実施した。その結果、対象者の 1.5%が大うつ病性障害の診断基準を満たし、その他の気分障害(小うつ病性障害、気分変調性障害など)を含めると 4.2%がその基準を満たす症状を示した。うつ病の有病率は、小学生(1.9%)よりも中学生(5.7%)の方が有意に高いことが明らかになった。この結果は、上述の欧米の調査結果とほぼ同様のものであるといえる。日本における子どものうつ病の疫学的調査はまだ始まったばかりであり、今後は国家規模の疫学的調査によるデータの報告が望まれる。

以上の調査研究から、一般の小学生の中で診断基準を満たすうつ病を発症する児童はかなり少ないものの、高い抑うつ症状を示す児童は日本においても約 10%の割合で存在して

いるという実態が明らかになった。うつ病でなくとも抑うつ症状は、子どもの様々な適応問題と関連することがわかっている(Angold, Costello, & Erkanli, 1999)。以下では、抑うつ症状と関連する適応問題について概観する。

子どもの抑うつ症状の自然経過を検討した報告によれば、抑うつの治療がなされない場合には症状は長期間にわたって持続し、再発を繰り返す可能性が高いことが示されている(Nolen-Hoeksema et al., 1992)。また、抑うつ症状の持続だけでなく、後のうつ病の発生とも関連していることがわかってきた。Reinherz, Paradis, Giaconia, Stashwick, and Fitzmaurice(2003)は、アメリカの北東部に住む一般児童 354 名を対象に、5 歳から 26 歳までの期間に 7 回の追跡調査を行い、子どもの時点での抑うつ症状と成人期に移行する時期のうつ病の発生との関連を検討している。参加者のうち 23.2%(82 名)が、18-26 歳までの間に診断基準を満たすうつ病を経験していた。解析の結果、9 歳と 15 歳時点で子どもの自己報告によって測定された不安・抑うつ症状が、18 歳から 26 歳の間のうつ病の発生を有意に予測することが明らかになっている。

抑うつ症状に付随して起こる社会適応上の問題も深刻である。抑うつ症状は、子どもの気分や行動、身体、認知面の広範にわたって現れ、重症化すると日常生活における役割遂行や対人関係に支障をきたすようになる。子どもの生活の中で起こる社会適応問題として、抑うつと学校不適応の問題が指摘されている。学校不適応の中でも深刻な問題の一つとして不登校があげられる。文部科学省の「平成 26 年度児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」によると、不登校になったきっかけと考えられる状況において、「不安など情緒的混乱(29.8%)」と「無気力(25.9%)」といった精神衛生上の問題が多くを占めており、「友人関係をめぐる問題(14.5%)」および「親子関係をめぐる問題(10.9%)」の対人関係上の問題が続いて多く報告されている。不登校につながる要因は多岐にわたると考えられているが、抑うつの問題が関係している可能性は高い。実際に、不登校であると報告された児童生徒は、そうでない児童生徒よりも抑うつ症状の得点が有意に高いことが報告されている(石川, 2013)。また傅田・佐々木・朝倉・北川・小山(2001)は、北海道大学病院を受

診して気分障害(うつ病, 躁うつ病)の診断を受けた児童青年 111 名(男子 28 名, 女子 83 名, 平均年齢 15.3 歳)について臨床的特徴を検討している。その中で, 初診時の時点で 45.9%の子どもが不登校状態にあったことを報告している。さらに, 6.3%の青年はうつ病の症状のために高校を中退していたことを示している。その一方で, 半数以上の子どもは抑うつに陥っていても登校を続けていたことも同時に指摘している(傅田, 2004)。

しかし学校に通っている児童においても, 抑うつ症状を示す児童は学校へ行きたくないという学校回避感が高く, 学校が好きであるという学校肯定感が低い(大対・堀田・竹島・松見, 2013)。さらに, 学業成績の低下や仲間関係の乏しさといった問題と抑うつとの関連も示されている(Cole, Martin, Powers, & Truglio, 1996; Puig-Antich et al., 1985)。抑うつ症状にみられる集中の困難や「自分にはできない」、「きっと失敗するだろう」といった自信のなさや意欲の低下などにより, 子どもが学業に取り組むことが難しくなり, 成績の低下につながるのかもしれない(Stark, 1990)。これらの不登校を含む学校適応の問題と抑うつとの関連が明らかになってきているが, これまで日本においては抑うつの問題が見過ごされてきた可能性がある。

抑うつを示す子どもの対人関係の問題は, 学校だけでなく家庭環境においてもみられ, 家族との間で肯定的なやり取りが少なく, 批判的で, 葛藤の多いコミュニケーションが特徴的であることが示されている(Sheeber, Hops, & Davis, 2001)。その他にも, 親の養育における拒絶や子どもに向けられる苛立ちなども子どもの抑うつと関連することがわかってきている(McLeod, Weisz, & Wood, 2007)。子どもに抑うつがある場合, 親自身にもうつ病等の精神疾患があることも多く, その関連は複雑である。仲間関係や家庭を含めた対人関係の問題については, 抑うつに対する対人・行動的アプローチの項で詳しく検討する。

以上のことから, 子どもの抑うつ症状は, それ自体による苦痛だけでなく日常生活の中でも学校をはじめとして様々な場面で困難が生じること, 長期的な不適応のリスク要因になることが示された。このことから, 子どもの抑うつに対する実証的なアセスメント研究及びそれに基づく介入プログラムの構築が喫緊の課題となっている(石川・戸ヶ崎・佐藤・

佐藤, 2006)。以下では, 子どもの抑うつに関連する心理社会的要因のアセスメント研究とそこから構築された実証的な心理社会的モデルについて概観する。

1-3 抑うつの心理社会的モデル

1-3-1 抑うつと関連する心理社会的要因のアセスメント研究

1990年代に入り, 児童青年期の抑うつの発生や維持にかかわる心理社会的要因のアセスメント研究が多く行われるようになった。そして, 抑うつに関する原因と結果についての知識が集積し整理され, 実証研究に基づく理論モデルが構築されている(松見, 2008)。特に発達精神病理学(Developmental Psychopathology)の発展により, 子どもの多様な発達プロセスを考慮した理論の必要性が指摘され, 子どもの抑うつに関連する心理社会的要因の実証的なアセスメント研究が行われるようになった。発達精神病理学では, 子どもの適応と不適応のいずれも含んだ多様な発達プロセスを, 展開し続ける子どもと環境との相互作用の過程の中で理解する点が強調される(Cicchetti & Toth, 1998; Cummings, Davies, & Campbell, 2000)。そのため, 発達精神病理学の方法論として縦断的な研究デザインが重視され, ある時点で測定された変数とその後の適応・不適応を予測するかという横断的な研究では明らかにすることのできない発達のプロセスの解明が進められる(Cummings et al., 2000)。ここでは, 子どもの抑うつの理論構築に寄与した2つの縦断的研究を概観したい。いずれの縦断的研究も, 地域に基盤を置き一般の児童生徒を対象とした実態調査を行い, 抑うつを予測する心理社会的要因を明らかにしている。

Lewinsohn et al.(1994)は, アメリカオレゴン州の西部に住むランダムサンプリングによって抽出された14-18歳の青年1508名(平均年齢: 16.6歳)を対象に縦断的な疫学調査を行い, 青年期の抑うつと関連する心理社会的要因を検討している。参加した青年の抑うつについては, DSM診断基準に基づく診断面接法および自己報告式の質問紙を用いて, うつ病の有無と抑うつ症状の程度が厳密に査定された。心理社会的要因には, ストレッサー(ライフイベント, 日常の苛立ち事)や抑うつの認知, ソーシャルサポート, コーピングスキル, 家族や友人との対人葛藤, 自尊感情等が含まれており, 合計54の変数が面接法と質問紙によっ

て測定された。その結果、54の変数のうち22の変数が1年後までのうつ病の発症を有意に予測することが明らかになった。これらの変数のうち特に抑うつとの関連が強かったものには、過去に経験した自殺企図やうつ病および不安障害、現在の抑うつ以外の精神疾患、内在化問題、女性であることなどが含まれた。その他にも、抑うつの認知的認知(悲観的態度、ネガティブな帰属スタイル)、家族からのソーシャルサポート、コーピングスキル、自己意識なども有意な予測変数であった。これらの結果から、青年期の抑うつは多様な心理社会的要因と関連しており、特に認知行動的要因が有意に関連していることが示された。

児童期の抑うつについても、長期的な縦断研究により関連する心理社会的要因が検討されている。Nolen-Hoeksema et al.(1992)は、アメリカニュージャージー州の小学3年生の児童508名を対象として、5年間にわたって6か月ごと(9時点)に追跡調査を行っている。第一時点から最終時点までの全ての調査に参加した児童は255名であった。この研究の主要な目的の一つは、臨床的なうつ病を示す群ではなく一般児童の抑うつ症状に焦点を当て、その経過と心理社会的な予測因子を明らかにすることであった。児童の抑うつ症状はCDI抑うつ尺度によってアセスメントされた。心理社会的要因は、出来事に対する説明スタイルとネガティブなライフイベントが児童の自己報告によって査定され、学業領域および対人領域の無気力行動がそれぞれ教師によって評定された。説明スタイルとは、出来事(例えば、テストで良い成績をとった)に対して、それをどのような原因に帰属するか(例えば、「私は賢いからだ」や「たまたま運が良かったからだ」)という認知的特徴を示す。ネガティブな出来事に対して、それを内的、安定的、全体的な原因(例えば、自分の性格)に帰属する傾向が強いほど、悲観的な説明スタイルをより示しているとされる(Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978)。

この調査の主な結果は、以下の通りであった。まず、全ての調査時点を通して、前の時点の抑うつ症状が後の抑うつ症状の水準を有意に予測した。特に、CDIの臨床基準値を超えた抑うつ群の児童はそうでない児童と比べて、少なくとも2年間は抑うつ得点が有意に高い状態を維持していた。また、抑うつ群の児童の40%は、少なくとも6か月間はCDIの

臨床基準値を超える得点を維持していた。心理社会的要因については、対象児童の年齢が低い時期には、「親の離婚」や「家族との死別」といったライフイベントのみが後の抑うつと関連しており、説明スタイルは関連がなかった。一方で、児童の年齢が上がると悲観的な説明スタイルが後の抑うつの有意な予測因子となり、5年間の調査の終了に近い時点では悲観的な説明スタイルとライフイベントの交互作用が後の抑うつを有意に予測した。児童の認知的要因と抑うつとの関連は、児童の年齢が高くなるにつれて強くなることが示されたことになる。対人領域の無気力行動は、一時点のみで後の抑うつの高さを有意に予測したが結果は一貫しなかった。無気力行動と抑うつ症状との間には、同時点において有意な正の相関があった。以上の結果から、一般児童を対象とした調査からも、抑うつ症状が高い児童は長期間にわたって症状が維持しており、悲観的な認知や学業および仲間関係における無気力行動を示すことが明らかになった。また、抑うつに関連する心理社会的要因について、年齢によって関連の仕方が異なるという発達の要因の影響が示唆されたことも重要である。この点に関して、Lakdawalla, Hankin, and Mermelstein(2007)は、子どもの認知的要因(例えば、非機能的態度、ネガティブな原因帰属、ネガティブな思考の反すうなど)とストレスの交互作用と抑うつとの関連を調べた20の縦断調査をレビューしている。その結果、子どもの認知的要因とストレスの交互作用と抑うつとの関連を示した偏相関係数は、児童期(8-12歳)においては.15と小さいものであり、青年期(13-19歳)では.22であったことが示されている。これらのことから、児童の認知発達によって抑うつ症状との関連の強さは異なり、児童が年少の場合は青年よりも認知的要因の影響が弱く、ストレス等の環境要因の方が強く影響する可能性が考えられる(Garber, Gallrani, & Frankel, 2008)。

これらの主にアメリカにおける大規模な疫学的縦断調査を契機として、一般の児童青年の抑うつとそれに関連する心理社会的要因についてのアセスメント研究が多く行われるようになった。実証的なアセスメント研究では、心理社会的要因として子どもの認知、行動、社会的環境要因が重点的に検討され、抑うつの先行要因、付随要因、結果要因を体系化し

た理論モデルの構築へとつながった。以下では、まず子どもの抑うつについての包括的な心理社会的モデルについて検討し、次に本博士論文研究の主要な理論的基盤となる対人・行動モデルについて概観する。

1-3-2 抑うつの心理社会的モデル

Hammen and Rudolph(2002)は、子どもの抑うつの包括的なモデルとして、多要因の双方向の影響を示した抑うつの発達のモデルを構築している(Fig. 1-1)。このモデルによると、家庭内での経験が自己や他者に関する認知の形成に影響を与える。例えば、親の養育態度が子どもに対して拒絶的であったり反応が乏しかったりする場合、子どもは自分のことを能力が低いとみなしたり、他者は敵対的で対人関係は予測不能であると考えられるようになるかもしれない。家庭内での経験は、自己や他者に関する認知の形成と同時に対人関係能力にも影響を及ぼす。非機能的な家族関係は、子どもの適切な対人スキルや情動調整スキルの学習や成熟を妨げると考えられている。同様のプロセスによって、自己や他者に対する認知と対人関係能力は相互に影響を及ぼすとされている。これらの認知、行動、感情、社会的要因が適応的に機能しない状態は、直接的に抑うつの発症につながるか、あるいは他

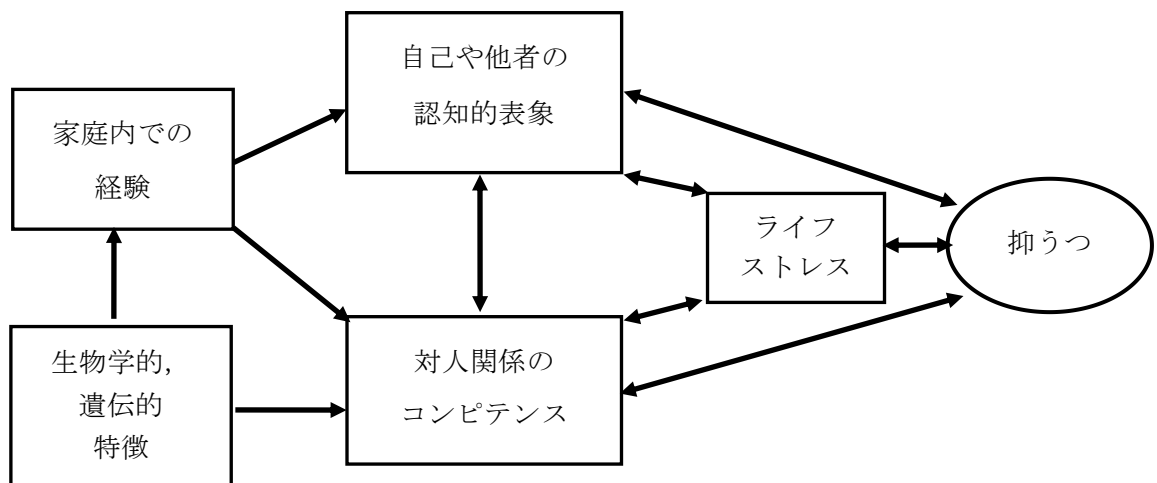


Fig. 1-1. 児童青年の抑うつの多要因相互作用モデル(Hammen & Rudolph, 2002, p.262 を参考に作成)

者からの拒絶や孤立などをまねく不適応的な対人行動を介して抑うつを発生させるとされる。また、ネガティブな認知や対人関係能力の乏しさは、生活上のストレスが高まったときに抑うつ発生の脆弱性となりうる。遺伝要因や生物学的脆弱性は、親子関係やストレスへの反応性に影響を及ぼすと考えられる。さらに発達の観点から考えると、抑うつがその後の認知や対人関係能力の発達に及ぼす影響も重要である。発達過程で発生した抑うつによって日常生活の役割遂行の低下や対人関係上の問題が起こった場合、子どもが新たな対処スキルを獲得する機会が失われたり、不適応的な認知が修正される経験を逸する可能性が高まると考えられる。このように、実証的なアセスメント研究から得られた知見に基づき要因間の関連を仮定したモデルは、抑うつへの治療介入や予防介入のプログラムの開発に重要な示唆を与える。例えば、このモデルに基づいて考えると子どもの抑うつに対する支援においては、①早期の家族支援、②対人関係コンピテンスを高めるための社会的スキル訓練、③適応的な認知を学習できるような介入、④ストレスを軽減したりソーシャルサポートを促進するための環境調整などが有効な介入要素となるかもしれない。

Hammen and Rudolph(2002)の多要因相互作用モデルは、子どもの抑うつについての広範な領域にわたる知見をまとめた包括的な認知行動モデルであり、抑うつ発症や維持に関して、子どもの対人スキルや認知的要因などの個人内の要因とストレスやサポートなどの社会的環境要因との関連を示した点で重要である。子どもの抑うつを理解し効果的な介入プログラムを構築するためには、子どもと社会的環境との相互作用を具体的に明らかにしていく必要がある。抑うつ対人・行動モデルは、包括的な認知行動モデルの一部を構成する理論モデルであるが、子どもと社会的環境との相互作用に焦点をあて、抑うつ発症や維持に至る過程を明らかにするための有効な理論的基盤となりうる。特に、対人・行動モデルにおける機能的観点は、児童の社会的相互作用の解明および抑うつへの効果的な介入計画を構築するための重要な視点となっている。次に、抑うつ対人・行動的アプローチについての先行研究を詳細に検討し、本博士論文研究の理論的枠組みとしての位置づけを示したい。

1-4 抑うつに対する対人・行動的アプローチ

対人・行動的アプローチは、成人の抑うつに対する Coyne(1976a)の対人モデルと、Ferster(1973)の強化随伴性を用いた説明を臨床的に発展させた Lewinsohn(1975)の行動モデルがその起源となっている。これらのモデルは、対人的文脈の中で抑うつをとらえたこと、具体的な社会的相互作用に注目したこと、相互作用における機能的側面を重視したことで共通しているといえる。ここからは、まず主に成人の抑うつを対象とした初期の対人・行動的アプローチを概観し、次に発達の視点を取り入れた子どもの対人モデルに関する先行研究を検討する。

1-4-1 抑うつに対する初期の対人・行動的アプローチ

抑うつに対する対人的、行動的側面を検討した初期の研究では、主に成人を対象として、人が抑うつに陥った際にどのような行動がみられるのか、周囲の他者との間にどのような社会的相互作用が行われているのかについて明らかにすることが大きな課題であった(松見, 1997)。Ferster(1973)は「抑うつ機能分析(A functional analysis of depression)」という論文の中で、うつ病は適応的な行動の頻度の低下と逃避行動や回避行動の増加によって特徴づけられるとした。例えば、人が抑うつ状態になると、社会的交流のような正の強化によって維持される活動が減り受動的になるとともに、不満や支援の要求などの表出が頻繁にみられるようになる。ネガティブな対人行動は、一時的には環境内の不快要因や嫌悪的な感情を軽減する効果があるため負の強化を受けることになる。抑うつ状態に陥ると正の強化が得られるように環境とかがわるのではなく、嫌悪的な状況を減らそうとする負の強化による活動が優勢になるとされる。Ferster(1973)の研究は、抑うつを個人の行動と環境との相互作用の中でとらえ、その機能的関係を分析するという枠組みを示した点で、後の対人・行動的アプローチの発展に大きく貢献した。

Lewinsohn(1975)は、Ferster のモデルに臨床的な検討を加え、抑うつ行動モデルを提唱した(Fig. 1-2)。Lewinsohn と共同研究者は、うつ病患者の生活を詳細に調べ(Lewinsohn & Atwood, 1969; Lewinsohn & Shaffer, 1971; Libet & Lewinsohn, 1973)、抑うつ症状を引き起こ

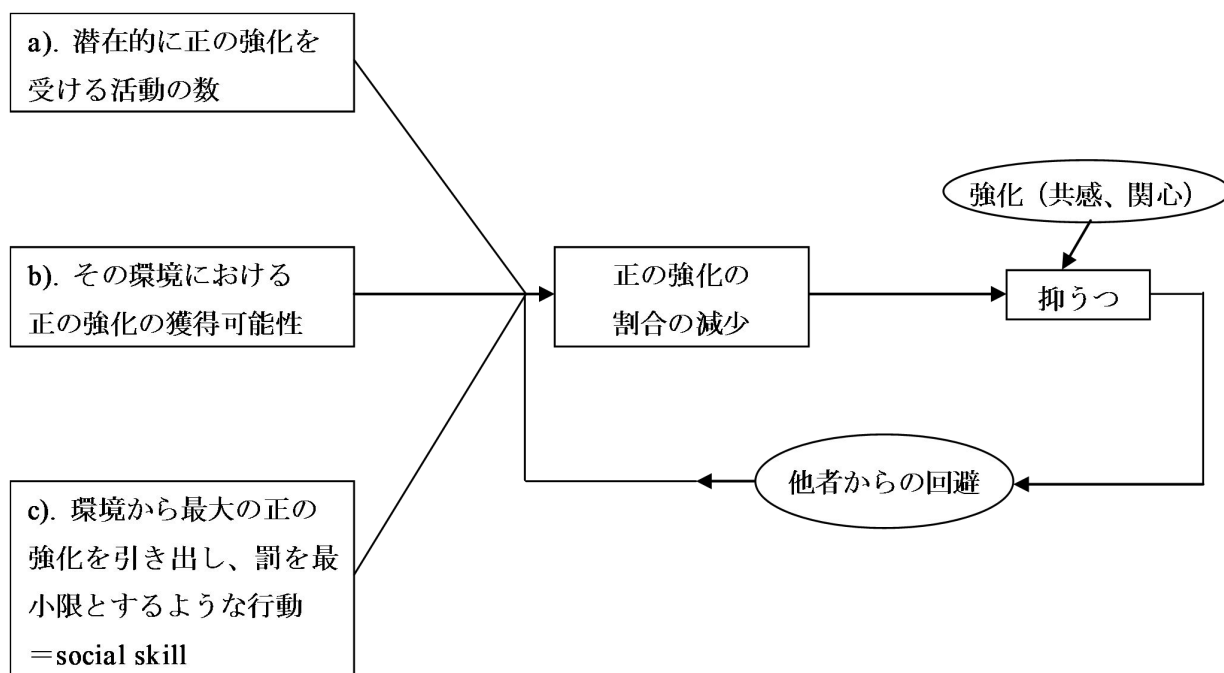


Fig. 1-2. 抑うつの行動モデル(Lewinsohn, 1975, p.31 を参考に作成)

し維持する要因として、正の強化の割合の減少の重要性を強調した。行動モデルでは、様々な環境の変化がきっかけとなり個人の行動に随伴する正の強化の割合が減少することによって抑うつ気分や抑うつ症状が発生し、抑うつ者の行動と社会的環境との相互作用において抑うつ症状が維持、悪化することが示されている。このとき、抑うつ者と周囲との社会的相互作用では、初期段階では周囲の者は抑うつ者を心配したり、共感するなどの反応を示すが、抑うつ者の対人行動がネガティブなため次第に抑うつ者に批判的になったり接触を避けようとするようになり、結果的にはさらなる正の強化の減少につながるという悪循環が形成されるとしている。例えば Lewinsohn and Atwood(1969)は、大学のクリニックを受診した 38 歳の女性のうつ病患者の事例報告で、正の強化の少なさに関する行動観察データを示している。この研究では治療者である著者らは、うつ病治療のためのアセスメントの一環として女性と家族との相互作用の行動観察を行った。行動観察は夕食時間に家庭内で行われ、女性と夫や子どもたちとのやり取りを 30 秒毎にあらかじめ決められた行動コード

を用いて記録した。その結果、女性から家族への働きかけは多いが、家族のメンバーから女性に対する働きかけが少ないこと、家族は女性との会話の中で積極的な姿勢をみせないこと、共感や優しさなどによるポジティブな相互作用が少ないことなどが明らかになった。

行動モデルにおいて正の強化の割合を規定する先行要因としては、①正の強化を受ける活動(快活動)の数、②その環境における正の強化の獲得可能性(例えば、親と離別した場合、親からの正の強化は得られにくくなる)、③環境からの正の強化を引き出すための社会的スキルがあるとされている。実際に Lewinsohn and Libet(1972)は、大学生を対象に抑うつ気分と快活動の関連を調べている。参加者は、一日に経験した快活動とその抑うつ気分を毎日30日間記録した。結果、快活動と抑うつ気分との間には負の相関関係が示され、行動モデルの予測と一致した。社会的スキルに関しては、Libet and Lewinsohn(1973)が抑うつを示す大学生の小集団(4-6名)での相互作用場面を行動観察することによって検討している。大学生の抑うつは質問紙と面接法によって査定された。参加者は1回2時間、週に2回、合計8週間にわたって集まり、問題解決課題やロールプレイなどのグループワークを行った。その間の相互作用における言語行動や反応潜時、対人交流の広さなどが観察された。結果からは、行動モデルの予測と一致して抑うつを示す参加者の社会的スキルの低さが示された。すなわち、抑うつを示す参加者はそうでない者よりも、対人的な働きかけが少なく他者からの反応も少ないこと、対人交流の幅が狭いことなどがわかった。さらに、抑うつのある参加者を含むグループはそうでないグループよりもポジティブな応答が少なく、やり取りの際の反応潜時が長いことも明らかになった。抑うつのある行動モデルが説明するように、抑うつを示す人は対人的な相互作用の中で社会的強化を受けにくいという可能性が、これらの実証的な研究から示唆されている。

Coyne(1976a)は、抑うつと対人文脈における社会的相互作用の関係を強調し、対人モデルを提唱した。対人モデルの説明は Lewinsohn の行動モデルと共通する部分もあるが、特に抑うつを示す人の対人行動に対する他者の反応を詳細に検討し、抑うつを維持につながるプロセスを示した点が重要である。対人モデルによると、抑うつ症状の表出に代表される

対人行動は、同じ社会環境にいる周囲の者にとって嫌悪的であるが、同時に抑うつ状態にある人に向けた困惑や敵意を抑制する。周囲の者は、抑うつを示す人のネガティブな対人行動を減らそうとして、言葉の上ではなぐさめたりサポートを申し出たりするが、同時に抑うつ者を拒否して避けるようになる。抑うつを示す人は、このような矛盾した社会的環境を変えるために、さらに強い抑うつ症状の表出を行うという循環的なプロセスによって抑うつ症状が慢性化するという説明がなされる。Coyne(1976b)は、大学生の実験参加者をうつ病患者、抑うつ以外の精神科の患者、健常者のいずれかと電話で20分間会話をさせた。その結果、うつ病患者と会話をした参加者はうつ病患者以外と会話をした参加者よりも、会話後に抑うつ気分、不安、敵意を経験することが示された。さらに、うつ病患者と会話をした参加者は、「今後、電話の相手と再び交流を持ちたいと思うか？」という質問に対して拒否を示すことが多かった。これらの結果から、対人モデルの説明と一致して、抑うつを示す人と交流をした他者はネガティブな感情を経験し、拒否を示すことが実証的に示された。抑うつを示す個人の要因だけでなく、他者の反応を含めた相互作用の観点から抑うつ維持プロセスをとらえることの重要性が示されたといえる。

このように、対人・行動的アプローチでは、抑うつを社会的文脈の中でとらえ、個人と環境の社会的相互作用を機能的に検討することで抑うつ発生や維持、悪化に至るプロセスを示してきた。このプロセスは社会的環境に柔軟性がなく、日々の対人交流の相手が家族や学校の仲間のように比較的固定されている児童青年期においては特に深刻であると考えられている(Rudolph, Flynn, & Abaied, 2008)。近年では対人・行動的アプローチが子どもの抑うつにも適用され、抑うつを示す子どもの対人関係や社会的環境との相互作用が検討されている。

1-4-2 子どもの抑うつと対人関係

前述のような大規模な疫学調査などから、抑うつを示す子どもも対人関係上の問題を示すことが明らかになり、抑うつにつながる対人行動や社会的環境、それらの相互作用を解明しようとする研究が行われるようになった。以下では、子どもの抑うつと関連する対人

行動と社会的環境要因についての先行研究を概観し、これまでに明らかになっていることと研究課題について探りたい。

子どもの抑うつと対人行動 抑うつの子どもは、家族や仲間関係などの様々な対人的文脈の中で、対人行動の問題を示すことが一貫して指摘されてきた。具体的な対人行動としては、抑うつを示す子どもはそうでない子どもよりも社会的スキルが乏しく、引っ込み思案行動を多く示し、対人葛藤場面において向社会的な問題解決スキルを使用することが少なく、敵対的な問題解決スキル(例えば、並んでいる列に他の児童が割り込んできたという問題状況の解決策として、割り込んだ児童を押し出して自分の場所を取り戻す)をより多く使うことなどが報告されている(今津, 2005; O'Shea, Spence, & Donovan, 2013; Rudolph, Hammen, & Burge, 1994)。その他にもストレス状況下での自己調整を調べた研究からは、不安は抑うつなどの内在化問題を多く示す子どもほど、問題解決や援助希求などを含む従事型コーピング(engagement coping)を行わず、回避や否定などを含む撤退型コーピング(disengagement coping)を多く使用することが示されている(Conner-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen, & Saltzman, 2000)。従事型コーピングは、ストレッサーやストレス状況下での自分自身の感情, 思考に対して向き合うように志向した反応であるとされており、撤退型コーピングは、ストレッサーやストレス状況下での自分自身の感情および思考から離れるように志向した反応であるとされる(Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001)。子どもの対人行動のアセスメントでは、自己報告だけでなく親や教師、仲間などの他者評定を用いた方法によっても検討されている。例えば、教師による社会的スキルの評価と抑うつとの関連を調べた研究からは、抑うつを示す児童はそうでない児童よりも向社会的行動が少なく、引っ込み思案行動と攻撃的行動が多いという結果が得られており(Rudolph & Clark, 2001; 佐藤・石川・新井・坂野, 2005)、子どもの自己報告から得られた結果とも一致する。

抑うつと関連する対人行動は、初期の対人・行動モデルの研究でも示されたように、行動観察法による詳細な行動特徴の同定によって明らかにされてきた。子どもの生活の中で

展開される相互作用から抑うつに関わる対人行動を明らかにするためには、行動観察による実証的なデータの収集が必要である。実際に、子どもの自然場面を行動観察した研究からは、抑うつ症状を示す子どもに特徴的な対人行動が明らかにされてきた。Altman and Gotlib(1988)は抑うつを示す児童を対象に、学校の休憩時間における対人行動の観察を行っている。対象児は、CDI抑うつ尺度によって抽出されたアメリカの小学4,5年生の児童(男子20名,女子20名)であった。行動観察の結果、抑うつ群の児童は低抑うつ群よりも、孤立行動を多く示すことが明らかになった。また、抑うつ群の児童は悪口を言うなどの攻撃行動を多く示すことが報告された。これらの他にも、抑うつ症状を示す子どもは抑うつでない子どもよりも、社会的活動への従事が少なく、感情の表出が少ないことなども明らかになっている(Kazdin, Esveldt-Dawson, Sherick & Colbus, 1985)。

また、構造化された場面における抑うつを示す子どもの家族や仲間との相互作用の行動観察も行われている。これらの研究では、抑うつの子どもの家族や仲間の問題解決課題などの共同作業を行う場面を設定し、相互作用における対人行動や問題解決スタイルが観察される。その結果、抑うつを示す子どもは非抑うつの子どもより不適応的な問題解決スタイルや敵対的なやり取り、引っ込み思案行動、感情統制の困難などの行動特徴をより多く示すことが明らかになっている(Baker, Milich, & Manolis, 1996; Dadds, Sanders, Morrison, & Rebgetz, 1992; Rudolph et al., 1994; Segrin, 2000; Sheeber, Davis, Leve, Hops, & Tildesley, 2007; Sheeber & Sorensen, 1998)。これらのことから、子どもの抑うつと対人行動、社会的スキルの問題との関連は多角的なアセスメント研究により実証されているといえる。

子どもの抑うつと社会的環境要因 対人・行動モデルに基づき抑うつを社会的相互作用の中でとらえると、子ども自身のスキルの問題だけでなく、抑うつがどのような社会的環境の中で起こり、個人と環境との間にどのような相互作用を展開することで症状の維持や悪化、あるいは軽減が起こるのかを知ることが重要となる。

ストレッサーは、子どもの抑うつを含む様々な心理的問題に関与する社会的環境要因として、これまでに多くの研究の対象となってきた(Grant, Compas, Thurm, McMahon, &

Gipson, 2004)。ストレッサーには多様な文脈が考えられるが、特に家族や仲間との葛藤や喪失などの対人文脈におけるストレッサーは、学業不振などの非対人領域のストレッサーよりも抑うつとの関連が強いことが明らかになっている(Rudolph et al., 2000)。さらに対人葛藤を含む日常的で慢性的なストレッサーは、家族との離別などを含むライフイベントと比較して、子どもの精神的健康に対してより大きな負の影響を持つことが示されてきた(Compas, 1987)。慢性的な対人ストレスとして、いじめの問題は深刻である。カナダで行われた縦断調査では、児童(平均年齢：10.83歳)のいじめ被害経験が孤独感を媒介して、1年後の抑うつ症状の増加を予測することが報告されている(Boivin, Hymel, & Bukowski, 1995)。日本においては文部科学省(2014)の調査より、いじめの認知件数が平成24年度から特に小学校において急増しており、その件数は11万件を超えたことが報告されている。いじめの内容としては、「冷やかしやからかい、悪口や脅し文句、嫌なことを言われる」、「仲間はずれ、集団による無視をされる」、「軽くぶつかられたり、遊ぶふりをして叩かれたり、蹴られたりする」が多く報告される。日本ではいじめを含む仲間関係のストレスが抑うつに関与しているかどうかのアセスメント研究は進んでいない。しかし、国際的な研究では、十分に関与の可能性が示されていることから、日本でも子どもをとりまく対人社会環境を視野にいれた抑うつの研究が急務であるといえる。

また、子どもに抑うつなどの適応問題がある場合に、親も不安や抑うつの問題を抱えていることが多い(Downey & Coyne, 1990; Goodman & Gotlib, 1999)。抑うつの親は子どもの養育行動において、正常群の親と比較してしつけの一貫性に欠け、効果的でない傾向があるといわれている。また、子どもが従わないときにはより直接的で高圧的なコントロールをし、妥協をしない傾向があるという報告もある(Cummings et al., 2000)。家庭環境の中で慢性的なストレッサーが多くなると、子どもが抑うつ症状を発症させる可能性は高まると考えられる。ストレッサーが抑うつを引き起こすという方向性とは反対に、抑うつ症状がストレスの生成につながるというストレス生成仮説も提唱されている(Hammen, 1991)。Davila, Hammen, Burge, Paley, and Daley(1995)の行った調査からは、青年の抑うつと対人問題解決

スキルの低さが、口論や関係の破綻といった対人ストレスの出現に寄与することが示されている。ストレスと抑うつとの関係性は、双方向に影響を及ぼす複雑なものであるといえる。

ソーシャルサポートは、ストレスと並んで抑うつとの関連が強い社会的環境要因と考えられている。Lewinsohn et al.(1994)による青年を対象とした大規模な調査研究からは、青年が知覚するサポートの欠如は、診断面接で評価された抑うつ発症と関連することが示されている。さらに、抑うつと関連する具体的なサポート源についても検討されている。Stice, Ragan and Randall(2004)は、アメリカ南西部の学校に在籍する女子生徒 496 名(平均年齢 13 歳)を対象に、異なるサポート源(親と仲間)からのソーシャルサポートと診断面接によって評定された抑うつとの関連を検討している。この調査の結果では、親サポートの低さが 2 年後の抑うつ症状の重症化を予測し、仲間サポートは抑うつ症状の変化を予測しなかった。一方、日本では、小林(2009)が小学 5, 6 年生の児童を対象に縦断的調査を行い、友人サポートと 3 か月後の自己評定による抑うつ症状との間に負の関連があったことを報告している。親のサポートと後の児童の抑うつ症状との関連については、第一時点から第二時点にかけて有意な負の関連を示したものの、第三時点から第四時点にかけては有意に予測をしなかった。このように、先行研究では子どもの抑うつとソーシャルサポートとの間に一貫した負の関連が示されているが、サポート源による抑うつ症状との関連については結果が一貫しておらず、さらなる検討が必要な領域であるといえる。

児童期の社会的環境において、学校の仲間関係についても後の適応状態に重要な影響を与えることが示されてきた(Parker & Asher, 1987)。そのため、抑うつとの関連を検討する際にソーシャルサポートとして規定される援助の側面だけでなく、仲間に受け入れられている程度や仲の良い友達がどのくらいいるかといった仲間関係の側面を検討することも重要である(Ladd, Kochenderfer, & Coleman, 1997)。Ladd らを中心とした子どもの仲間関係と心理的適応との関連を調べた発達研究では、縦断的研究と多変量解析の方法を用いてそのプロセスの解明がすすめられており(例えば、Ladd, 2006; Ladd & Troop-Gordon, 2003)、抑うつ

症状についても検討が行われている。Kochel, Ladd, & Rudolph(2012)は、小学4年生の児童486名(男子244名, 女子242名)を対象として、6年生まで一年ごとに合計3回の調査を行い、児童の仲間関係と抑うつ症状との関連を調べている。調査の内容には、親と教師評定による抑うつ症状、仲間関係の指標として仲間、教師、自己の評定によるいじめ被害および仲間評定による受け入れ度が含まれた。結果、児童の抑うつ症状が高いほど、後にいじめ被害を多く経験し、仲間からの受け入れ度が低いことが明らかになった。この結果からは、抑うつ症状が後の仲間関係の悪化のリスク要因となりうることが示された。反対に、仲間関係が後の抑うつ症状の高さを予測するという仮説についても、いくつかの研究により検討されている。Schwartz, Gorman, Duong, and Nakamoto(2008)は、小学3, 4年生の児童199名を対象として縦断調査を行い、仲間関係と学業成績および抑うつ症状の関連を調べている。児童の抑うつ症状はCDI抑うつ尺度によって査定され、学業成績は、算数と読みに関する学校の記録を基に算出された。仲間関係については、社会的地位と親しい友人数の二つの要素をソシオメトリックテストを用いて測定している。社会的地位の高い児童とは、他の児童から好かれることが多く、嫌われることが少ない児童である。親しい友人数は、児童が相互に「友達である」と一致して指名した数によって測定された。調査の結果では、親しい友人数が少なく、かつ学業成績が低い児童は1年後の抑うつ症状が増加していることが示された。仲間関係において、仲間からの拒絶と抑うつ症状との関連も検討されている。Nolan, Flynn, and Garber(2003)は、6年生の児童240名を3年間追跡調査し、診断面接と質問紙による抑うつ症状の査定と自己、母親、教師評定による仲間からの拒絶のアセスメントを行った。複数の情報源によって測定された仲間からの拒絶は、一貫して1年後の抑うつ症状の高さを予測した。以上の先行研究より、児童の仲間関係と抑うつとの関連は密接であり、双方向に影響を及ぼしている可能性が示唆される。また、児童の仲間関係には受け入れ度や友人数に加えて、仲間からのサポートや拒絶、いじめの問題など、多側面の変数が含まれており、これらを具体化して抑うつとの関連を調べる必要があるといえる。

近年では、抑うつに対する対人関係要因の単独の効果のみを扱った研究ではその複雑なプロセスを検証するのに不十分であるという指摘がなされ、心理社会的要因間の交互作用と抑うつの関連を検討する研究が行われようになってきた(Agoston & Rudolph, 2011; Schwartz et al., 2008)。子どものどのような対人行動が、どのような社会的環境のもとで抑うつ症状の悪化や軽減と関連するのかわかることは、抑うつへの介入プログラムを構築する上で欠かせない知見となる(Cicchetti & Toth, 1998)。特に子どもの対人行動に関して、自己調整の問題、とりわけストレス状況下でのコーピングの重要性が指摘されている(Garber et al., 2009)。抑うつとストレスとの密接な関連を考慮すると(Grant et al., 2004)、ストレスに対する児童のどのようなコーピングが抑うつ症状の変化を予測するのかわかることは重要である。Agoston and Rudolph(2011)は、アメリカ中西部の児童 167 名(平均年齢 12.41 歳)を対象に、面接法により評価された抑うつ症状、仲間関係ストレス、コーピングを 1 年の間隔で 3 回測定し、これらの相互関係を検討している。その結果、児童に抑うつに対して仲間関係ストレスとコーピングの交互作用効果が認められた。すなわち、仲間関係ストレスが高いほど、撤退型のコーピング(回避や否定など)が後の抑うつ症状の高さを予測し、従事型のコーピング(問題解決や援助希求など)が後の抑うつの低さを予測することが明らかになった。この研究の知見は、これまでほとんど検討されていなかった子どものコーピングスキルと抑うつとの予測的な関連を示したことと、対人関係要因間の交互作用と抑うつとの関連性を明らかにした点で重要である。交互作用を含めた対人関係要因と抑うつとの関連を縦断的研究によって検討し、その複雑なプロセスを解明することで有効な介入計画の開発につなげることができるものと考えられている。

1-4-3 社会的相互作用の機能的アセスメント

これまで概観してきたように、子どもの対人行動や社会的環境が抑うつとの関連において精緻化されてきている。先行研究の多くは、大規模な調査研究などによって対人関係と抑うつに関する知見を提供してきたが、初期の対人・行動的アプローチの発展にみられるように、抑うつという現実の生活で起こる問題に取り組むためには、行動観察による具体

的な社会的相互作用の解明が必要となる(Hops, Davis, & Longoria, 1995)。この主張と一致して、最近の研究では抑うつの子どもの行動だけでなく、周囲の者の働きかけや応答を含めた行動観察が行われ、社会的相互作用プロセスの質的側面が検討されるようになっている(松見, 2008)。相互作用プロセスの研究においては、逐次分析(Sequential analysis; Bakeman & Gottman, 1997)が用いられるようになり社会的相互作用の実証研究が大きく進展した(松見, 1997)。とりわけ、抑うつを示す子どもの対人行動の機能的側面を明らかにしようとする機能的アセスメント研究の展開は重要である。以下では、機能的アセスメントの理論的説明について検討した後に、機能的アセスメントの方法の一つとしての逐次分析を用いた実証的研究を概観する。

応用行動分析を基盤とする機能的アセスメントは、標的となる行動を先行状況(A)—標的行動(B)—結果(C)の文脈の中でとらえ、標的行動の変動要因を探り、標的行動に影響をおよぼす環境要因を同定する方法である(Skinner, 1953/2003; Sturmey, 1996)。Fig. 1-3 に、抑うつ行動の ABC 随伴性の例を示した。行動的観点に基づくと、抑うつ行動(例えば、不平不満、悲しみの表出)は他のあらゆる社会的行動と同様に社会的環境要因によって制御され、同時に他者の行動に影響を与える文脈となると考えられる(Biglan, 1991; Hops et al., 1987)。そのため、子どもの抑うつ機能的アセスメント研究では、子どもと周囲とのやり取りにおいて抑うつと関連する行動の相互作用パターンを同定し、その機能的関係を明らかにすることが重要となる(Hops et al., 1995)。機能的関係とは、子どもと周囲との相互作用をそれ

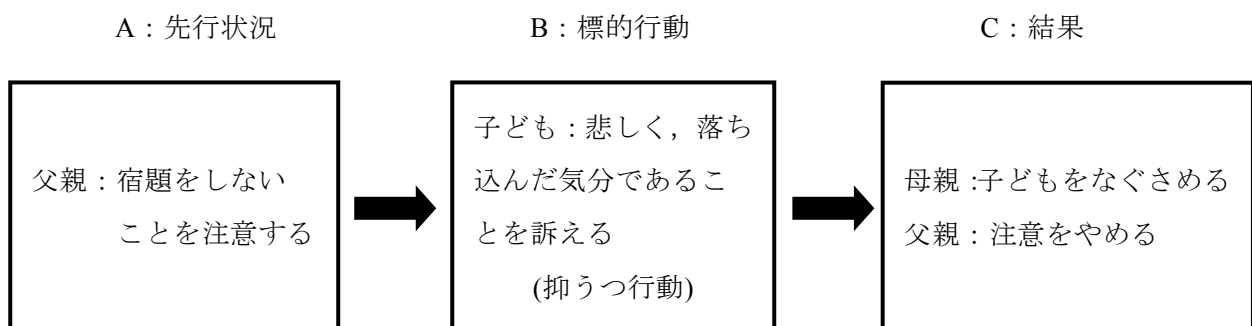


Fig. 1-3. 子どもの抑うつ行動の ABC 随伴性の例.

それぞれの行動の連鎖としてとらえたときに、対人行動の随伴性において見られる行動間の関数関係(「子どもの行動 A に対して母親の行動 B が起こりやすい(起こりにくい)」および「母親の行動 C に対して子どもの行動 D が起こりやすい(起こりにくい)」)として示される(Carr & Wilder, 1998/2002; Haynes & O'Brien, 1990)。機能的アセスメントにより、抑うつの子どもの対人行動と他者の行動との機能的関係が明らかになれば、どのような状況で不適応行動が起こり、その行動がどのように環境要因によって強化されるのかなど、社会交渉の困難さの機序を具体化することができると考えられる。そして、不適応行動だけでなく適応行動に影響を及ぼす環境要因が明らかになれば、抑うつに対する介入計画の構築に示唆を得ることができる。

社会的相互作用における対人行動間の機能的関係を明らかにする方法の一つとして、逐次分析を用いた研究が行われている。逐次分析には、対人的なコミュニケーションを行動の連鎖として時系列に記録したデータ(例えば、A さんが挨拶をする→B さんが挨拶を返す→A さんが質問する→…)が用いられる。行動の時系列データから、ある行動のもとで相手の行動が後続して生起する条件付き出現確率(conditional probability)を算出することで、特定の相互作用パターンの起こりやすさを実証的に明らかにすることが主要な目的である(Bakeman & Gottman, 1997)。例えば、子どもと母親との会話場面の相互作用について逐次分析を行う場合は次のようになる。まず、子どもと母親のコミュニケーションを行動の連鎖としてデータ化する。次に、基準となる行動—例えば、子どもの攻撃行動—を設定する。子どもの攻撃行動に反応する母親の行動には、心配する、譲歩するなどのポジティブ行動(B₁)、批判、叱責などのネガティブ行動(B₂)、無視(B₃)が考えられる。そこで、子どもの攻撃行動に対して起こる母親の反応 B₁, B₂, B₃ のそれぞれの条件付きの出現確率を算出する。そして、算出した条件付き確率を母親の反応の無条件の出現確率(期待値)と比較することで、当該の行動連鎖の起こりやすさの有意性を検証する。もしも、子どもの攻撃行動に対する母親のネガティブ行動の出現率が、他の反応の頻度を考慮した期待値よりも有意に高い場合に、「子どもの攻撃行動 → 母親のネガティブ行動」という相互作用パターンが起こ

りやすいと結論づけることができる。逐次分析は、夫婦間のコミュニケーション(Gottman, 1980)や子どもの仲間入りに関する発達研究(Putallaz & Gottman, 1981)などで用いられ、その詳細な相互作用過程が検討されてきたが、抑うつと社会的相互作用に関する研究にも応用されている。

Messer and Gross(1995)は抑うつを示す子どもと家族との相互作用を家庭環境の中で行動観察している。対象となった子どもは3-5年生で、抑うつ自己評価および教師と仲間の評価によって抽出された児童10名と対照群の児童10名であった。観察の結果、相互作用の量的側面では、抑うつ群の子どもは対照群の子どもよりも遊んだり、笑ったりするようなポジティブな行動が少なく、孤立や不満、攻撃行動などを多く示した。さらに、同様の結果が家族のメンバーにおいても観察された。すなわち抑うつ群の父親や母親、兄弟は、対照群と比べて承認や微笑みかけるなどのポジティブな行動が少なく、一人で座っていたり仕事をしたりする孤立行動や不満、不承認といったネガティブ行動を多く示した。これらの結果は、対人・行動モデルで示される対人行動や社会的環境要因の問題と合致しており、具体的な行動データによっても支持されたことになる。逐次分析による相互作用の質的側面に関する結果では、抑うつ群の家族は抑うつの子どもの中立的行動に対してポジティブに反応することが少なく、孤立行動に対して中立的に反応し、ポジティブ行動に対してネガティブに反応することが多い傾向がみられた。この相互作用データは、抑うつの子どもの家庭環境は反応が少なく、特にポジティブな反応が得られにくい、孤立的な特徴があることを示唆している。同様に、抑うつの子どもの社会的相互作用において、周囲からのポジティブな反応が得られにくく批判や無視などのネガティブな反応が多いといった観察結果は、青年期の子どもと母親とのやり取りでも示され(Cole & Rehm, 1986; Pineda, Cole, & Bruce, 2007)、家族だけでなく仲間も含めた周囲との不適応的な相互作用が1年後の抑うつ症状の悪化を予測することなども報告されている(Allen et al., 2006)。

これまで児童期の抑うつを対象とした機能的アセスメント研究はきわめて少ないが、青年を対象とした研究では家族や仲間との相互作用を観察し、その機能的側面が検討されて

いる。Sheeber, Hops, Andrew, Alpert, and Davis(1998)は、14歳から19歳の青年494名とその家族を対象に問題解決課題場面を行動観察し、相互作用パターンを検討している。参加者は、子どもの行動チェックリスト(Achenbach, 1991)の抑うつ尺度によって抑うつ群($n = 86$)と非抑うつ群($n = 408$)に分けられた。相互作用の逐次分析の結果、抑うつ群の青年の抑うつ行動に対して母親は受容や関心などの促進的行動や問題解決行動によって応答することが非抑うつ群よりも多いことが示された。このことから、青年の抑うつ行動が親の受容や関心によって正の強化を受けている可能性が示唆されている。また、父親との相互作用の分析からは、抑うつ群の青年の抑うつ行動に対して父親の攻撃行動(避難や叱責)が起こりにくくなることが明らかにされた。すなわち、抑うつ行動が家族の攻撃行動の抑制によって負の強化を受けるというもう一つの強化随伴性の可能性を示唆している。Pineda et al.(2007)は、CDIによって測定された抑うつ症状を示す青年(14-18歳)と母親との会話場面の相互作用を観察し、青年の抑うつ行動の先行状況となる母親の行動を調べている。逐次分析の結果、母親が批判的な行動をとった場合に青年の抑うつ行動が起こりやすいことが示され、この行動連鎖が特に抑うつ症状の高い青年において多く見られることが報告されている。

抑うつと社会的相互作用の問題は、家族だけでなく仲間との相互作用においても検討されている。Heller and Tanaka-Matsumi(1999)は、アメリカの精神科病院に入院している青年期のうつ病患者(13-18歳)と非うつ病患者との会話場面を録音し、16分間の逐語データの分析を行っている。相互作用を逐次分析によって解析した結果、うつ病患者の抑うつ行動に対しては相手の言語による攻撃行動が起こりにくく、サポートや承認などが起こりやすいことが明らかになった。抑うつ行動を含む会話の具体例では、例えば抑うつ青年が「私の容姿はとても醜い」という抑うつ行動とみなされる発言をした場合、相手は「そんなことはない。あなたはかわいいよ。」といったポジティブな応答をするといったやり取りが報告されている。この研究から、抑うつ行動は家族だけでなく仲間とのやり取りにおいても相手のポジティブな行動を引き出し、ネガティブな行動を抑制する対人的機能を持つ可能

性が示唆された。

以上の機能的アセスメント研究の結果を合わせると、①抑うつを示す子どもは、正の強化を受けにくい対人環境にいること、②周囲の批判や攻撃があると抑うつ行動が起りやすいこと、③子どもが抑うつ行動をとると家族や仲間が心配したり慰めたりすることにより、普段子どもに向けられる批判や攻撃的な行動を回避する結果となり、抑うつ行動が強化されることが示されている。抑うつ行動が社会的機能を持つようになる可能性が示唆されているといえる。しかし、これらの研究は主に青年を対象として実験室で観察を行ったものが多いため、子どもが実際に生活をする家庭や学校などの自然環境下での社会的相互作用は十分に検討されていないといえる。学校を基盤として効果的な早期支援の計画を構築するためには、児童と仲間との相互作用を学校場面の中で観察し、機能的アセスメントを行う必要がある。

ここまで文献を検討してきたように、子どもの抑うつと対人関係の問題との関連を明らかにするために、抑うつの子どもの対人行動と社会的環境要因との相互作用が機能的に検討されている。行動観察研究によって、子どもの対人行動や社会的環境との相互作用プロセスの記述的解明が行われ、抑うつ症状の維持や悪化にかかわる社会的相互作用の実態が明らかになってきた。また、縦断的デザインを用いた研究からも、子どもの抑うつに関わる発達プロセスの検討がすすめられ、様々な知見が蓄積されてきている。これらの実証的研究をふまえて、本博士論文研究では Hammen and Rudolph(2002)の抑うつ発達のモデルの中でも、特にストレスラーを含む対人関係要因と抑うつとの関連に焦点をあてて検討する。対人関係要因の検討においては、抑うつの子どもの対人・行動的アプローチに基づき、子どもと社会的環境の相互作用を機能的観点からとらえることに主眼を置く。

これまでみてきたように、対人・行動的アプローチに基づく抑うつの子どもの社会的相互作用の検討は、子どもの抑うつとその社会的プロセスの解明につながると考えられる。さらにもう一つの利点として、社会的相互作用に関する詳細なデータから、子どもの抑うつ支援方法の構築に対して重要な示唆が得られるという点があげられる(Hops et al.,

1995)。具体的には、社会的相互作用に注目することで、子ども自身の適応的スキルだけでなく、それらが有効に機能するような社会的環境要因に対するアプローチの可能性がみえてくる。抑うつを対象として社会的環境要因に介入した研究はまだ十分に行われていない。そこで次項では、子どもの抑うつに対する心理社会的介入研究の現状と課題を整理し、その発展に貢献する対人・行動的アプローチの可能性を示したい。

1-5 児童青年期の抑うつに対するエビデンスベースの心理社会的介入

1-5-1 抑うつに対する治療的介入

David-Ferdon and Kaslow(2008)による実証に基づく児童青年の抑うつに対する心理社会的介入のレビューでは、認知行動療法(Cognitive Behavior Therapy; 以下、CBT とする)が十分に確立された治療法とされている。児童を対象とした場合は、児童のみを対象とした集団 CBT と児童への集団 CBT に加えて親支援の要素を含む方法がいずれも十分に確立された治療法である。また、リラクゼーションや社会的スキル訓練(Social Skills Training; 以下、SST とする)を介入要素として含む行動療法はおそらく効果のある治療法とされている。青年を対象とした場合は、個人に対する CBT と対人関係療法が十分に確立された治療法であることが示されている。

子どもの抑うつに対する CBT は、子どもの不適応的な行動や認知をより適応的に変容し、自己コントロールを促進することにより抑うつ症状の低減を図る心理・教育的アプローチである(Reinecke & Ginsburg, 2008)。近年では、様々な研究グループにより認知行動療法プログラムが構築され、その効果が確かめられている。最も実証的な研究が重ねられているプログラムの一つが、アメリカ・オレゴン州の Lewinsohn らによって開発された CWD-A(Adolescent Coping with Depression Course)プログラムである。CWD-A は 14-18 歳の青年期の抑うつの治療のために構築された介入プログラムであり、青年が抑うつにつながる気分やストレス状況に適切に対処できるように新たなスキルを学ぶことを目的としている(Clarke, Lewinsohn, & Hops, 2000)。このプログラムでは 4-8 名で構成される青年のグルー

プを対象に、1セッションが2時間で、合計16セッションが8週間以上にわたって実施される。介入プログラムの構成要素には、①気分のモニタリング、②社会的スキル訓練、③活動計画法、④リラクゼーション、⑤認知変容、⑥問題解決訓練、⑦学習内容の維持などが含まれる。CWD-Aの効果研究からは、治療を受けた介入群は待機統制群よりも、うつ病の診断基準を満たす参加者が減り、抑うつ症状が改善していたことが報告されている(Lewinsohn, Clarke, Hops, & Andrews, 1990)。近年では、日本においても児童の抑うつに対する介入プログラムの効果が検討されている。佐藤・今城・戸ヶ崎・石川・佐藤・佐藤(2009)は、小学校を基盤として、小学5-6年生の児童を対象に集団CBTプログラムを実施している。プログラムは、1セッション45分で合計9セッションを担当教師が主導で実施するものである。プログラムの構成要素は、①感情についての心理教育、②社会的スキル訓練、③認知的再体制化が中心であった。介入の結果、介入を受けた群の児童(150名)は統制群の児童(160名)に比べて抑うつ症状が有意に減少しており、抑うつ尺度で臨床基準値を超える児童の割合が低下することが示された。これらの知見は、複数の認知行動的要素を含むCBTプログラムが子どもの抑うつ症状の改善に有効であることを示している。

1-5-2 抑うつに対する予防的介入

抑うつの治療介入プログラムの効果検証が進められる中で、うつ病の予防を目的としたCBTの介入研究についてもこの15年の間に盛んに行われるようになった(e.g., Gillham et al., 2007; 倉掛・山崎, 2006)。その背景として、子どもが一度抑うつに陥ってしまうと改善に至るまでに大きなコストがかかることが明らかになったことと、CBTの治療効果に関する知見が蓄積されたことが考えられる(Horowitz & Garber, 2006)。特に、うつ病を発症した子どもが専門機関の受診を求めることが少ないことも指摘されていることから(Rohde, Lewinsohn, & Seeley, 1991)、学校現場などで実施できる抑うつの予防プログラムが必要とされている。予防介入プログラムは、全ての対象者を介入対象とするユニバーサルタイプと、うつ病のリスクがあるもしくは既にその兆候や症状がある児童青年を抽出し、介入の対象とするターゲットタイプの大きく2つに分類される(石川他, 2006)。いずれのタイプの予防

介入においても、対象となる児童青年の社会的スキル、コーピングスキル、自己調整、楽観的で適応的な認知スタイル、問題解決スキルを促進するような認知行動療法に基づく教育的内容が含まれる。抑うつ予防の介入プログラムの多くは学校を基盤として行われおり、特にユニバーサルタイプの予防介入は子どもに対する不適切なラベリングの可能性が低く、リスクのある児童生徒を見逃しにくいという利点があるため(石川他, 2006)、多くの研究が行われ検討されている。例えば、オーストラリアの Spence らの研究グループでは、大規模な学校ベースのユニバーサル予防プログラムを実施している。PSFL(Problem-Solving for Life)と名付けられたこのプログラムは、主に認知的再体制化と問題解決スキル訓練を介入要素として構成されている。学校のカリキュラムに沿って実施されるため、1セッションが45-50分で、週に1回、合計8セッションからなり、教師が中心となってプログラムを進める。PSFLプログラムの効果を調べた研究によると、研究には16の学校が参加し、12-14歳の青年1500名が対象となって実施された。介入の結果について、実施直後の短期的結果と4年後までの長期的結果が報告されている。予防プログラムの短期的結果は、介入前に抑うつ傾向の高かった青年において、介入群の方が統制群よりも抑うつ症状が改善され、問題解決スキルが向上していた。また抑うつ傾向が介入前に低かった青年においても、介入群では有意に抑うつ症状の減少がみられ、統制群では抑うつ症状の上昇がみられた。しかし長期的結果では、1年後から4年後までのフォローアップでその効果は維持していなかった(Spence, Sheffield, & Donovan., 2003; Spence, Sheffield., & Donovan., 2005)。また、後に規模を拡大して行われた Sheffield et al.(2006)の予防介入研究では、オーストラリアの2つの州から34の学校が参加し、9年生(平均年齢: 14.34歳)の青年2,479名が対象となった。しかしこの結果においても、介入群と統制群の間に抑うつを含むほとんどの指標で違いがなく、予防介入の効果がみられなかったとしている。

日本においても、近年、学校現場で行われるユニバーサルタイプの予防教育プログラムの効果が検討されている。倉掛・山崎(2006)は、小学5年生の児童106名を対象に学校を基盤とした抑うつの予防教育プログラムを実施している。プログラムは学級集団を対象に

行われ、介入要素には認知変容、主張訓練、感情のコントロールスキルの学習などが含まれた。介入の結果、児童の自己評定による抑うつ症状に変化はみられなかったが、仲間評定による抑うつ傾向に改善が示された。石川・岩永・山下・佐藤・佐藤(2010)は、小学3年生の児童189名を対象に集団社会的スキル訓練を実施し、抑うつ症状への長期的効果を検討している。介入プログラムは小学校で行われるものであり、合計5セッションから構成され、1セッションが45分であった。介入の結果、介入を受けた児童は、社会的スキルの上昇がみられ、抑うつ症状が有意に低減していた。またその効果は、1年後のフォローアップにおいても維持していた。

このように、国内外を通して抑うつに対するCBTに基づいた介入プログラムが開発され、その効果が検討されている。近年になって、蓄積された介入研究についてのメタ分析を行い、CBTに基づく介入の効果量を明らかにする試みがなされるようになった。以下では、子どもの抑うつに対する介入研究のメタ分析の結果について検討したい。

1-5-3 抑うつに対する心理社会的介入の効果の問題

子どもの抑うつに対する心理社会的な介入研究は欧米を中心に数多く行われており、効果量についてのメタ分析が行われている。メタ分析によって子どもの抑うつに対する心理療法はどの程度の効果があるのか、効果に影響を及ぼす要因は何かといった問題が検討されている。ここでは、子どもの抑うつの治療介入研究と予防介入研究のメタ分析をそれぞれ概観し、現状と問題点について検討する。

Weisz, McCarty, and Valeri(2006)は、子ども(7-19歳)の抑うつに対して心理療法を行った35の治療介入研究を対象にメタ分析を行った。対象となった研究のうち31の介入がCBTの要素を含むものであった。その結果、全体的な効果量(d)の平均は0.34であり、慣習的に参照されるCohen(1992)の基準において小(0.2)から中程度(0.5)の中間に位置する値であった。この効果量は、抑うつ以外の子どもの適応問題(例えば、攻撃行動や行為障害、注意欠如多動性障害)に対する心理社会的介入の効果量($d = 0.69$)と比べると小さいものである。個々の研究間で効果量の範囲は広く、-0.66から2.02であった。つまり、介入によって抑

うつが悪化した研究や、反対に大きな改善効果を示した研究もあり結果が一貫していないことが示されている。また、抑うつに対する介入効果が持続しないという問題も明らかになっている。分析結果からは、介入終了時からフォローアップの期間と効果値の間に負の相関関係があり、介入終了時点からの時間経過が長くなるほど、効果値は小さくなることが示された。特に、介入終了時点とフォローアップ測定時点の期間が1年以上になると、効果がほとんどみられないことが明らかになっている。介入要素に関しては、子どもの認知変容を強調した介入とそうでない介入との間に効果値の違いがみられず、認知変容という介入要素が含まれる必要がない可能性も指摘された。認知再構成法などの認知変容をねらった介入は、ほとんどの CBT プログラムに含まれる主要な介入要素であるが(Chorpita & Dladien, 2009)、メタ分析の結果からはその特異的な有効性が認められなかったことになる。

予防介入の効果についてのメタ分析の結果は、さらに複雑である。Horowitz and Garber(2006)は、児童青年期の抑うつに対する予防介入の効果研究 30 本を対象にメタ分析を行っている。その結果、介入終了時における効果量の平均値は $d = 0.16$ であり、フォローアップ時の効果量の平均値は $d = 0.11$ であることが示され、いずれも小さな値であるとした。効果量の範囲は、介入終了時では -0.62 から 1.51 で、フォローアップ時点では -0.15 から 1.95 であった。介入のタイプによって効果量は異なり、ターゲットタイプ(Selective タイプと Indicated タイプ)の予防介入の方がユニバーサルタイプの介入よりも効果量が大きいことが明らかになっている。学校現場で行われることが多いユニバーサルタイプの予防介入の効果量の平均値は、介入終了時点で $d = 0.12$ と小さく、6 か月のフォローアップ時点で $d = 0.02$ とほとんど効果がないという結果であった。

Stice, Shaw, Bohon, Marti, and Rohde(2009)も児童思春期の抑うつに対する予防介入研究のメタ分析を行い、Horowitz and Garber(2006)の知見をさらに拡張している。分析の対象となったのは、32 の予防介入プログラムで合計 47 の試行であった。分析の結果は、介入前から介入終了時点にかけての効果量の平均が $r = .15$ で、フォローアップ時点にかけての効果量の平均が $r = .11$ であり、先行研究に一致して小さな効果量が示された。32 のプログラム

のうち13のプログラムで抑うつ症状の有意な低減がみられた。効果量の大きさに関連する要因として、対象者がリスクの高い子どもであること、女性が多く含まれること、より年長の青年であること、ホームワークが設定されることなどが明らかになった。介入の内容(認知変容、行動活性化、問題解決、社会的スキル)と効果量の間に関連はみられず、どのような内容のプログラムであっても等しく効果的であることを指摘している。

これらのメタ分析より、子どもの抑うつに対する心理的介入はCBTの要素を含むものが大半を占め、抑うつ症状の改善を示した研究が多く報告されていることが示されている。しかしその一方で、治療介入と予防介入のいずれにおいても効果量は概して小さく、長期的な効果についてはほとんど実証されていない。介入の効果量が小さい、あるいは一貫した効果が得られていないという課題に関して、研究デザインや方法論に起因する要因と介入プログラムの内容に関する要因の二つの可能性が議論されている。研究デザインや方法論に関する要因では、効果量の算出方法や心理的プラセボ群に代表される厳密な統制群の設定等が効果量に影響していると考えられている(Weisz et al., 2006)。また、特にユニバーサルタイプの予防介入ではリスクの高低にかかわらず全ての子どもが対象となるため、介入群と統制群のいずれにおいても抑うつ症状の全体的な変動が小さく効果の検出が難しいという問題も指摘されている(Horowitz & Garber, 2006)。

しかし、方法論上の問題だけでなく、介入プログラムの内容そのものを検討し、効果をより高めて持続させるように改善する必要がある(Spence & Shortt, 2007)。特に、抑うつ症状の改善に効果的な介入要素の同定が重要である。例えば、CBTの主要な要素である子どもの認知へのアプローチは、抑うつ改善に必要ではない可能性も示されている(Weisz et al., 2006)。Spence and Shortt(2007)は、現在の子どもの抑うつに対する学校ベースの予防プログラムの問題として、子ども個人のスキルの獲得やリスク要因の低減は強調されているが、子どもを取り巻く社会的環境といった文脈的要因を十分に考慮していないことを指摘している。子どもの発達生態学的モデル(Bronfenbrenner, 1979)では、子どもを取り巻く重層的な社会的環境(例えば、家族、仲間、社会状況、文化など)が抑うつを含む精神的健康

に影響を及ぼしており、個人要因を変容させるだけでは抑うつ改善には不十分であるとしている(Shortt & Spence, 2006)。したがって、子どもが介入プログラムを通して獲得したスキルが有効に機能し、抑うつ低減や予防につながるまでに持続するためには社会的環境からの強化が不可欠であると考えられる。子どもを取り巻く社会的文脈には様々な要因があるが、Herman, Reinke, Parkin, Traylor, and Agarwal(2009)は子どもの抑うつ予防や低減において学校環境が持つ役割を検討している。この展望論文では、学校風土や仲間関係、教師との関係などが子どもの抑うつや情緒的幸福感に影響を及ぼすことを示した先行研究をレビューし、子どもの抑うつへの介入を考えるうえで学校を中心とした社会文脈的側面を考慮することの重要性を示した。介入への示唆として、子どもたちに困難への対処スキルを教えるだけでなく、どの子どももポジティブで支持的な学校環境に身を置き、十分に褒められる機会が与えられ、教師や仲間とつながっている感覚や自分が学業的にも社会的にも有能であると感じられるように環境整備する必要があると述べている(Herman et al., 2009, p. 441)。子どもの社会的環境へのアプローチを考えるときに学校環境の果たす役割は大きく、学校を基盤として抑うつアセスメントおよび介入計画を行うことが重要であるといえる。

以上のことから、児童の抑うつに対して効果的な支援方法を開発するためには、児童の社会的スキルやコーピングを含む適応スキルを拡大するだけでなく、適応的スキルが強化され維持する社会的環境へのアプローチを考える必要があるといえる。子どもと環境の相互作用を機能的にとらえる対人・行動的アプローチにより、社会的環境の構築を含めた介入への示唆が得られる。

1-6. 対人・行動的アプローチによる介入への示唆

抑うつ対人・行動的アプローチでは、抑うつを示す子どもの行動と社会的環境との相互作用を明らかにし、抑うつが維持、悪化するメカニズムを示してきた。先行研究に基づいて、抑うつ行動が社会的環境によって維持される随伴性を Fig. 1-4(次頁)に示した(竹島・

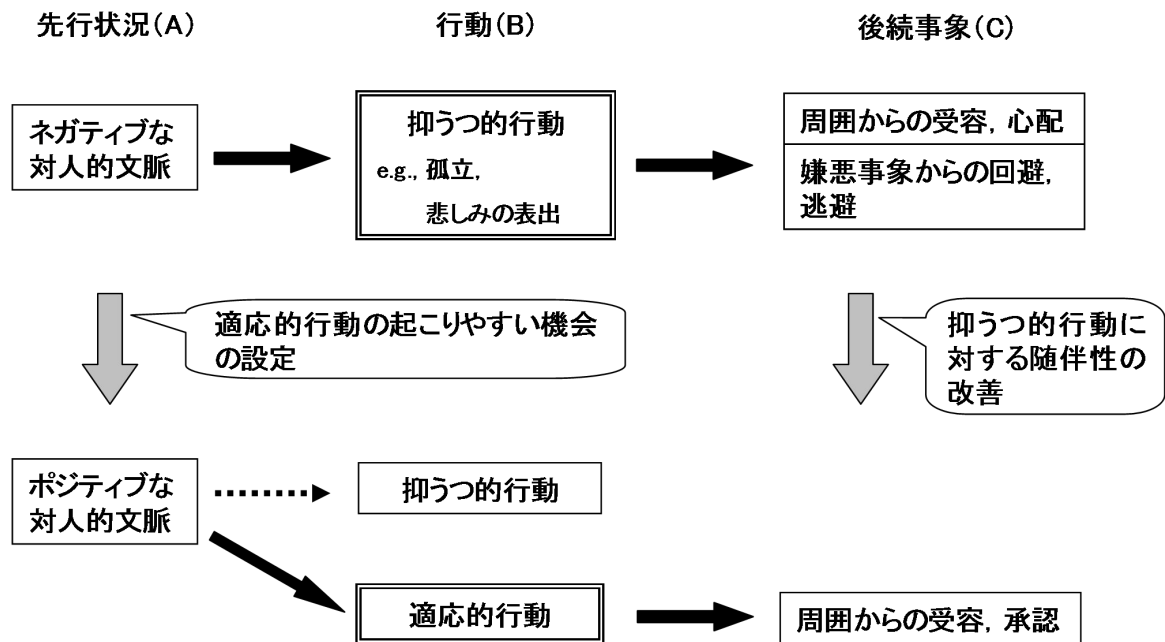


Fig. 1-4. 抑うつ行動を維持する随伴性(上図)と抑うつ行動に対する社会的環境へのアプローチ(下図)。二重の囲み線は、後続事象によって強化される事態を示している。竹島・松見(2007)より引用。

見, 2007)。社会的相互作用において、抑うつ行動が維持される悪循環を弱め症状を改善させるためには、抑うつ行動を強化する随伴性を最小化するとともに適応行動を拡大し、それに対する正の強化を増やす随伴性の設定が必要になる。このような抑うつを示す子どもの行動と社会的環境との相互作用を想定すると、支援方法についての少なくとも2つの行動的アプローチの方向性が導かれる。

1つ目のアプローチとしては、子どもの抑うつ行動の代替行動となる適応行動を促進するスキル訓練である。現在行われている認知行動療法プログラムの主要な介入要素はこのアプローチに合致するものであり、社会的スキル、問題解決スキル、自己調整スキル、認知的スキルなどを促進するためのスキル訓練が含まれている。これらは、子どもの抑うつへの対処や予防のための耐久力を促進するアプローチとして欠かせないものである。しかし、スキル訓練によって子どもが適応行動を獲得した際に、それらが効果的に機能し維持

するためには社会的環境の整備も同時に必要である。例えば、子どもが介入によって獲得した向社会的行動を行ったとしても、周囲の者がそれに対して応答しなかったり拒否的な反応を返したりするような環境であれば、子どもの向社会的行動は消去あるいは弱化されてしまうだろう。

このことから、2つ目のアプローチとして社会的環境への介入が考えられる。抑うつのある子どもを取り巻く環境において、子どもの抑うつ行動に対してではなく、適応行動に対して周囲からの注目や関心などのポジティブな応答がなされ、正の強化によって適応行動が維持、拡大するよう整備することが重要である。例えば、抑うつの子どもの親に対するアプローチとして、子どもが既にできている適切な対人行動や、得意なこと、適応的な考え方等に対してよく反応し、問題に直面したときに子どもの問題解決志向の取り組みを促し実行できるようにサポートする、そして実行できたときに賞賛するといった対応方法を親が習得できるように支援を考えることができる。また学校環境においては、社会的環境としての仲間へのアプローチが考えられる。例えば、仲間同士で適応行動に注目し、温かい言葉で応答することや困っている子どもの積極的な対処を援助するなどの行動を促進することができれば、抑うつの子どもの社会的強化を受けやすくなると考えられる。また先行状況に対するアプローチとして、適応的行動やポジティブな相互作用の起こりやすい対人的文脈を積極的に日常に取り入れることなども考えられる。

この社会的環境に対するアプローチに関して、積極的行動支援(Positive Behavioral Support; PBS)は重要な示唆を与える。PBSとは、「個人のQOLを高め問題行動を最小限にすることを目的として、教育的方法によって個人の行動レパートリーを拡大し、システムの変容方法を用いて生活環境を再構築しようとする応用科学である」と定義される(Carr et al., 2002, p.4)。積極的行動支援は元来、子どもの授業逸脱行動や破壊行動などの外在化した行動上の問題に対するアプローチとして発展したが、ポジティブな生活環境の構築が抑うつや不安を含む内在化問題に対しても有効である可能性が指摘されており、実証研究が求められている(Herman, et al., 2009)。スクールワイドPBS(School-wide Positive Behavioral

Support; SWPBS;)は、積極的行動支援が持つ特徴を学校の文脈に応用して、学校内で起こる問題行動のパターンを変容すると同時に予防することを目指す組織的アプローチである(平澤・小笠原, 2010; Sugai & Honer, 2006)。学校をフィールドとして実践される SWPBS には、①予防的であること、②(主に応用行動分析の)理論と整合性をもったエビデンスベースの実践であること、③実践が持続的かつ効果的に機能するようなシステムの実現の3つの信条が含まれる。そしてこれらを実現するための方法論として、行動的目標設定における操作的定義、目標行動の明文化および積極的な教示、児童生徒の適応行動の維持や拡大のための正の強化が強調される(Horner, Sugai, & Anderson, 2010)。SWPBS に基づく実践研究は数多く行われ支援効果が実証されているが、児童の社会的相互作用を仲間環境の整備によって促進する支援方法が開発されており、抑うつに対する介入方法に対しての具体的な示唆を得ることができる。

児童の社会的相互作用を促進する仲間環境への介入として、「仲間による肯定的報告法」(Positive Peer Reporting; 以下, PPR とする)が実施されている(例えば, Ervin, Miller, & Friman, 1996; Skinner, Neddner, Robinson, Ervin, & Jones, 2002)。PPR では、児童が他の児童の親切行動などの適切な対人行動を日常場面の中で観察し、それを称賛する報告を行う(例えば、「A さんが B さんに算数のやり方を教えてあげていた」)。さらに教師は、適切な対人行動を行った児童だけでなく、仲間児童の報告を称賛することで、肯定的な報告行動を強化する(例えば、「報告をした C さんは、A さんの良い行動をよく発見しましたね」)。PPR は、児童と仲間とのやり取りにおいて適切な社会的行動の生起が少ないのはスキルの欠如ではなく、スキルを強化する環境がないことによる遂行の欠如であると想定する(Bowers, Jensen, Cook, McEachern, & Snyder, 2008)。そのため、対象となる児童がスキルを獲得することではなく、対象児のスキルを強化する仲間という社会的環境を整備することに主眼を置いたアプローチといえる。PPR は、学校だけでなく児童養護施設などでも実施され、孤立の多い児童や拒絶されている児童に対するソシオメトリック評定の改善(Bowers et al., 2008)や仲間とのポジティブな相互作用の増加およびネガティブな相互作用の減少(Ervin et

al., 1996)などの効果が示されている。いずれの研究においても PPR が効果をもたらすプロセスの説明では、児童の適切な行動が仲間から注目されやすくなる環境となり、社会的相互作用の中で正の強化が増えることで、行動問題や仲間関係の改善につながるという点が共通してあげられている。PPR は社会的相互作用における正の強化を増加させる介入であることから、児童の抑うつ症状を改善させる可能性がある。

子どもの抑うつに対して社会的環境に介入することの必要性はいくつかの展望論文によって示唆されているものの(Garber, 2006; Kazdin, 1990; Spence & Shortt, 2007), 実証的な研究はほとんど行われていない。しかし、これまでみてきたように子どもの適応行動を支援する学校や家庭環境の創成は理論的にも支持されているといえる。

1-7. 本博士論文研究の目的および構成

子どもの抑うつの疫学的研究および心理社会的モデルについての先行研究を概観し、対人・行動的アプローチを基盤として社会的相互作用に焦点をあてた研究を行う必要性について指摘した。

対人・行動的アプローチの観点から子どもの抑うつをとらえたときに、主要な研究課題は①抑うつと関連する対人関係要因を日本の児童を対象としてアセスメントし明らかにすること、②学校場面において、抑うつを示す児童と仲間との社会的相互作用の機能的側面を明らかにすること、③社会的相互作用の機能的アセスメントに基づき、社会的環境へのアプローチを視野に入れた支援方法を検討することがあげられる。したがって本博士論文研究全体を通して、児童の抑うつと社会的相互作用の関連について行動アセスメントを行い、社会的環境への介入計画を構築することを目的とした。児童の抑うつに対して学校の果たす役割が大きいことから、本博士論文研究は全て小学校で行った。これより以降では、この目的を果たすために行った実証研究を報告する。本博士論文の構成は以下のとおりである。

第2章では、児童の抑うつと対人関係要因について3つのアセスメント研究を行った。

研究1では、児童の抑うつ症状と小学校の仲間関係との関連を明らかにすることを目的として調査研究を行った。研究2では、抑うつ症状を示す児童の仲間との社会的相互作用を学校場面で行動観察し、対人行動の特徴と機能的関係を明らかにすることを目的とした。児童の社会的相互作用は逐次分析を用いて解析し、相互作用の機能的側面を検討した。研究3では、児童の抑うつ症状を予測する対人関係要因を明らかにすることを目的として、対人ストレス、コーピングスキル、ソーシャルサポート、仲間関係と抑うつ症状との関連を前向き調査によって検討した。

第3章では、第2章で行った行動アセスメントに基づいて社会的環境にアプローチする介入計画を構築し、2つの介入研究(研究4,5)によって児童の抑うつ症状に対する効果を検証した。研究4では、社会的環境にアプローチすることによって児童の社会的相互作用における正の強化を増やす介入パッケージ(PPRと集団随伴性)を学校場面で実施し、児童の抑うつ症状に対する低減効果を検証した。研究5では、研究4で用いた介入パッケージについて構成要素を分けて実施し、PPR単独の介入効果を検証することを目的とした。

第4章では、本博士論文研究における成果と研究分野に対する貢献、今後の課題について総合的に考察し、展望した。

第2章 児童の抑うつ症状と対人関係要因の行動アセスメント

2-1 研究1：児童の仲間関係と抑うつ症状との関連¹

2-1-1 問題と目的

第一章で概観したように、抑うつと対人関係上の問題との関連については、抑うつに対する対人・行動モデルに基づいて検証が重ねられてきた。近年の子どもを対象とした実証研究からも、抑うつと対人関係の困難との関連が示されている(Allen et al., 2006; Connolly, Geller, Marton, & Kutcher, 1992)。学校の文脈においては、仲間との関係が児童の対人関係の中心となる。児童の抑うつと仲間関係を調べた先行研究からは、抑うつを示す児童は仲間からの受け入れ度が低く、拒絶されやすいことが報告されている(Cole et al., 1996; Kistner, David-Ferdon, Repper, & Joiner, 2006; Nolan et al., 2003)。しかし、抑うつに関連する対人関係を調査する際に、これまで測定方法に関する問題が指摘されることが多かった(Kistner, 2006)。特に、子どもの自己報告によって仲間からの受け入れ度を測定した場合、現実の受け入れ度の評価と子ども自身が認識する受け入れ度を切り分けることができない。抑うつ度が高い児童ほど、自らの社会的有能さを他者から評価されるよりも低く見積もる傾向を示すという報告もある(Cole, Martin, Peeke, Seroczynski, & Hoffman, 1998)。そのため、仲間による評価などの他者を情報源とした検討を行う必要がある。ソシオメトリック指名法(Parker & Asher, 1987)は、児童に「よく一緒に遊ぶ友達」を指名させ、仲間から指名を受けた数を「受け入れ度」、児童の指名と仲間からの指名が相互に一致した数を「親しい友人数」を算出する方法であり、児童の対人関係について仲間からの評価を反映させて測定できるアセスメント法の一つである。このことから、本研究では児童の仲間関係をソシオメトリック指名法によって査定し、抑うつ症状との関連を明らかにすることを目的とした。本研究の仮説としては、抑うつに対する対人・行動モデルが示すように、児童の抑うつ症状が高いほ

¹ 本研究の一部は、学会にて発表している(Takeshima, Mitamura, & Tanaka-Matsumi, 2007)。

ど、ソシオメトリックテストにおける受け入れ度は低く、親しい友人数が少ないと考えた。

2-1-2 方法

調査対象

本研究には、A市の公立小学校1校が参加した。A市では、2002年度から「通常の学級におけるLD等への特別支援事業」が実施され、著者はこの事業の教員補助者として対象校の支援を行っていた。また、この事業では、A市教育委員会と大学との連携によって学校支援を行う中で、児童生徒の学校適応支援に関する調査および研究が奨励されていた。本研究の実施に際しては、事前に学校長、教頭および担任教師に説明を行い許可を得て実施した。また、児童に対しては口頭で本調査の説明を行い、同意を得た。

対象児童は、6年生3クラスの児童121名であった。このうち、有効回答が得られた児童108名(男子56名、女子52名)を分析対象とした。

手続き

本研究では、質問紙による調査を行った。調査は、2007年1月に実施した。質問紙は、児童が在籍するクラスの担任教師に質問紙の冊子を渡し、実施方法と注意事項を事前に説明した。調査は、担任教師が授業時間あるいは放課後の時間を利用して、児童に質問紙の冊子を配布し学級ごとに集団実施した。質問紙は、児童の回答終了後にその場で回収した。

質問紙

児童の抑うつ症状 Birleson(1981)の子ども用抑うつ自己評価式尺度(Depression Self-Rating Scale for Children: DSRS)の日本語版(村田他, 1996)を用いた。DSRSは18項目で構成され、内的整合性($\alpha = .77$)および再検査信頼性($r = .73$)が確認されている(村田他, 1996)。妥当性については、CDI抑うつ尺度との併存的妥当性($r = .71$)が確認されている(村田他, 1996; 佐藤他 2006)。本研究では、“生きていても仕方がないと思う”という項目を省き17項目を用いた。自殺念慮に関する項目は、抑うつ症状において重要な項目であるが、学校長と協議し、教育上適切でないと判断されたため削除した。回答方法は、最近1週間の抑うつ症状に関する質問に対して3件法(0“そんなことはない”~2“いつもそうだ”)で児童が

回答し、症状が強いと考えられる方から 2~0 点で得点化した。DSRS には、抑うつ群と非抑うつ群を判別するための臨床基準値が設定されており、日本語版では 16 点とされている(村田他, 1996)。本研究では全項目の内の 1 項目を省いたが、臨床基準値は原版どおり 16 点とした。本調査における内的整合性は、 $\alpha = .87$ であった。

仲間関係 ソシオメトリック指名法 (Parker & Asher, 1987)を用いて、児童の仲間関係を調べた。配布した用紙に「一緒によく遊ぶ友だち」の児童の名前を最大 5 名まで記述するよう教示を行った。そして、他児童から指名を受けた数と指名の相互一致数を算出し、それぞれを「受け入れ度」と「親しい友人数」とした。受け入れ度の得点可能範囲は、0 から 35(1 クラスの全児童数 36 から指名を受ける児童 1 名を引いた数)であった。親しい友人数の得点可能範囲は、0 から 5 であった。

2-1-3 結果

記述統計と仲間関係の分析

各変数の平均値と標準偏差を Table 2-1 に示した。男女別の平均 DSRS 得点は、男子が 8.81($SD = 5.68$)、女子が 10.58($SD = 6.62$)であった。DSRS の臨床基準値を超えた児童は 17 名(男子 6 名、女子 11 名)であり、全体の 15.74%であった(次頁, Fig. 2-1)。児童の抑うつ症

Table 2-1
各変数の男女別の平均値および標準偏差

	全体 ($n = 108$)	男子 ($n = 56$)	女子 ($n = 52$)
DSRS(抑うつ)	9.69 (6.18)	8.88 (5.68)	10.58 (6.62)
ソシオメトリックテスト			
受け入れ度	2.94 (2.32)	2.73 (2.26)	3.17 (2.39)
親しい友人数	2.18 (1.39)	2.09 (1.31)	2.27 (1.47)

Note. 括弧内は標準偏差の値を示す。

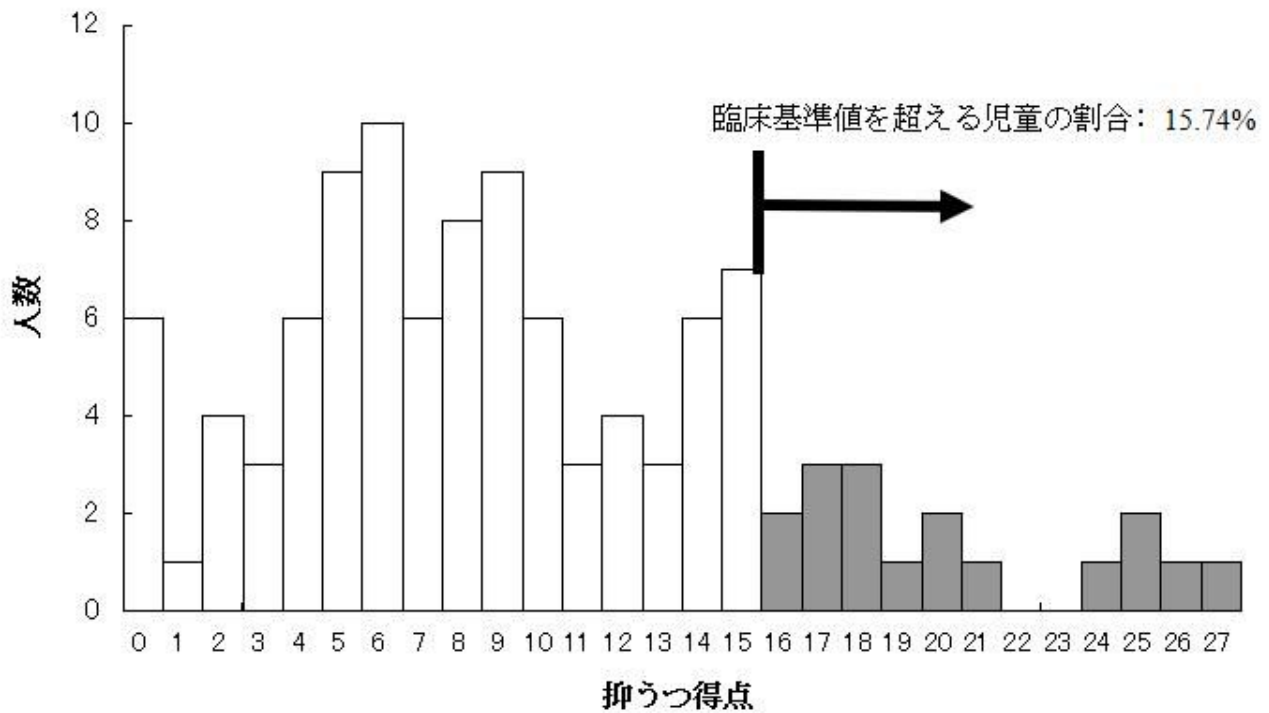


Fig. 2-1. 児童の抑うつ得点の分布

状および仲間関係の性差を調べるために、各尺度の平均値について t 検定をおこなった。その結果、抑うつ症状に男女間の有意な差はみられなかった ($t(106) = 1.44, n.s.$)。仲間関係についても、ソシオメトリックテストの受け入れ度と親しい友人数のいずれにおいても有意な性差はみられなかった (受け入れ度: $t(106) = .99, ns$; 親しい友人数: $t(106) = .67, ns$)。

次に、児童の抑うつ症状と仲間関係との相関関係をピアソンの相関係数を用いて検討した (Table 2-2)。その結果、抑うつ症状と受け入れ度および親しい友人数の間にはいずれも

Table 2-2
抑うつ得点とソシオメトリックテストの相関係数

	DSRS(抑うつ)	受け入れ度
<u>ソシオメトリックテスト</u>		
受け入れ度	-.24*	
親しい友人数	-.36**	.61**

* $p < .05$, ** $p < .01$

有意な負の相関関係が示され、児童の抑うつ症状が高いほどソシオメトリックテストにおける受け入れ度および親しい友人数が少ないことが明らかになった。

臨床基準値を超える児童の仲間関係の分析

抑うつ症状の高い児童の仲間関係を検討するため、DSRSの臨床基準値以上の得点を示した児童を抑うつ群、臨床基準値より低い得点を示した児童を低抑うつ群として設定し、親しい友人数の比較を行った。抑うつ群と低抑うつ群の児童の親しい友人数の平均値を比較したところ、抑うつ群($M = 1.24$)は低抑うつ群($M = 2.35$)よりも有意に親しい友人数が少ないことが明らかになった($t(106) = 3.17, p < .01$)。親しい友人数について、児童の割合を群ごとに算出し分布を Fig.2-2 に示した。親しい友人数の分布は、抑うつ群と低抑うつ群とは有意に異なることがわかった($Mann-Whitney U, p < .001$)。Fig. 2-2 より、抑うつ群の方が低抑うつ群よりも親しい友人数の少ない方向に分布が偏っていることが見てとれる。

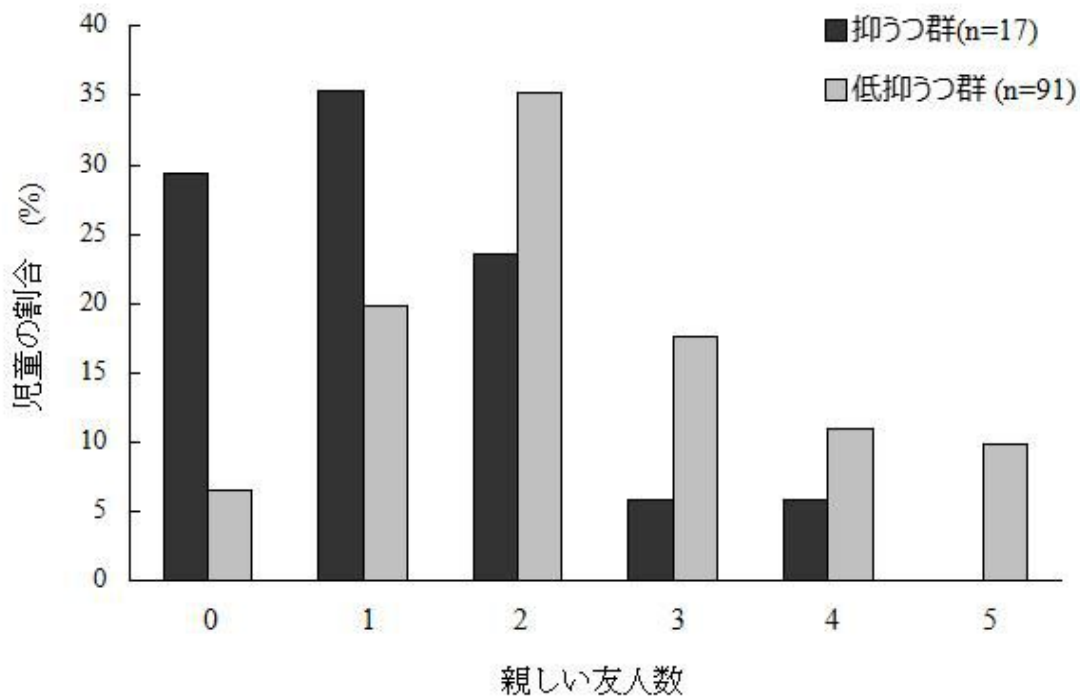


Fig. 2-2. 親しい友人数の割合の分布

2-1-4 考察

本研究は、児童の抑うつ症状とソシオメトリックテストによって査定した仲間関係との関連を明らかにすることを目的として実施した。研究に参加した対象児童の平均抑うつ得点(9.69)は、これまでに国内で報告された調査研究の6年生のデータと比較すると同程度かやや高い平均値を示し(8.96, 傳田他, 2004; 9.27, 佐藤他, 2006), 臨床基準値を超える児童の割合はほぼ同程度であった(14.2%, 傳田他, 2004)。

本研究の結果からは、児童の抑うつ症状と仲間関係には有意な負の相関関係があり、抑うつ症状の得点が高いほど仲間からの受け入れ度が低く、親しい友人が少ないことが明らかになった。さらに、抑うつ得点の臨床基準値を超えた児童を抑うつ群として仲間関係を検討したところ、抑うつ群の児童は低抑うつ群の児童よりも親しい友人数が有意に少ないことが示された。抑うつ群の児童の親しい友人数の割合を見ると、親しい友人がいないという児童が約30%も占めることがわかった。児童期の子どもにとって、友人を持つということが社会的スキルの学習や社会情動的な発達に重要な役割を持つことを考慮すると(Hartup, 1989), 抑うつ群の児童はそれらの機会が得られにくい状況にあると考えられる。この結果は、本研究の仮説を支持するものであり、抑うつを示す児童の仲間関係の困難さを報告した先行研究の結果とも一致するものである。例えば、Puig-Antich et al.(1985)は、抑うつを示す児童(平均年齢: 9.25歳)の学業と対人関係を母親に対する面接によってアセスメントし、非抑うつ群の児童と比較している。その結果、対人関係の領域において抑うつ群の児童はそうでない児童よりも仲間と「親友関係」を築くことができず、仲間関係の期間が短く、関係を維持することが困難であることが示された。本研究で得られた仲間関係に関する結果は、ソシオメトリックテストによる仲間からの評価を反映したものであるため、Puig-Antich et al.(1985)の母親による報告に基づいて得られた知見をさらに拡大するものといえる。第1章でみてきたように抑うつ群の対人モデルによると、抑うつを示す児童は仲間との相互作用の中でネガティブな対人行動を示すため、次第に仲間が抑うつ群の児童を遠ざけるようになると予測する。そして、このことがさらなる孤立や対人トラブルにつながり

抑うつが維持されるとしている。このような抑うつ症状と仲間関係との間の相互の関連性については、いくつかの前向き研究からも明らかになってきている(Kistner, Balthazor, Risi, & Burton, 1999; Schwartz et al., 2008; Stice et al., 2004)。

以上のことから、日本の児童においても抑うつ症状と仲間関係の困難さが関連していることが本研究の結果より明らかになった。そしてこの結果は、抑うつに対する対人モデルを部分的に支持するものであった。課題としては、本研究は横断的に調査を行ったものであり、児童の抑うつと仲間関係についての同時期の関連性は明らかになったが、仲間関係が後の抑うつを予測するかといった関連の方向性は明らかにすることができない点あげられる。対人モデルに基づいて、仲間関係が抑うつ症状の変動を予測するかどうかを調べるためには、縦断的な研究デザインによる検討を行う必要がある。縦断的研究により抑うつ症状の変化を予測する要因が分かれば、介入プログラムにおいて標的行動を同定するための手がかりとなる。また、抑うつ症状を示す児童はなぜ仲間関係に困難があるのかについてより詳細に検討する必要がある。対人モデルが示唆する社会的相互作用のプロセスの問題を明らかにするためには、具体的な行動観察および相互作用パターンの分析を行う必要があると考えられる。

2-2 研究2：抑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²

2-2-1 問題と目的

研究1の結果から、児童の抑うつ症状と仲間関係には有意な負の相関関係があり、抑うつ症状の得点が高いほど仲間からの受け入れ度が低く、親しい友人が少ないことが明らかになった。研究2では、児童の抑うつに関わる社会的相互作用の具体的な実態を明らかにするために、抑うつ症状を示す児童と仲間との相互作用について行動観察を行った。

Altman and Gotlib(1988)は抑うつを示す児童を対象に、学校の休憩時間における対人行動の観察を行っている。対象児は、CDI抑うつ尺度によって抽出されたアメリカの小学4,5年生の児童(男子20名、女子20名)であった。行動観察の結果、抑うつ群の児童は低抑うつ群よりも、孤立行動を多く示すことが明らかになった。また、抑うつ群の児童は悪口を言うなどの攻撃行動を多く示すことが報告された。抑うつを示す児童の対人行動を学校の自然環境で観察し、その特徴を実証した点は重要である。しかし、このような観察研究はまだ少なく、実証研究の蓄積が課題となっている。

また、児童期の抑うつに特徴的に見られる対人行動(例えば、他者への攻撃的行動)が、仲間とのやり取りの中でどのような機能を持つのかについてはまだ明らかになっていない。本研究では、適応問題への機能的アプローチ(Carr & Wilder, 1998/2002; Haynes & O'Brien, 1990)に基づき、児童と仲間との相互作用をそれぞれの行動の連鎖としてとらえ、対人行動の随伴性において見られる行動間の関数関係を機能的関係として検討する。抑うつを示す児童の対人行動と他者の行動との機能的関係を明らかにすることで、どのような状況で不適応行動が起こり、なぜそれらが相互作用の中で維持されるのかなど、社会交渉の困難さの機序を具体化することができると考えられる。

子どもの対人行動の機能的関係を明らかにするために、相互作用における行動連鎖のパ

² 本研究は、学術誌にて発表している(竹島・松見, 2013)。

ターンを分析する逐次分析の有効性が示されてきた(Bakeman & Gottman, 1997)。抑うつを示す児童の社会的相互作用について、他者の反応を含めた行動連鎖の検討はこれまで行われていないが、青年や成人の抑うつ者を対象に行われた行動連鎖の分析では、抑うつ者に特異的な相互作用パターンが検討されている(Heller & Tanaka-Matsumi, 1999; Pineda et al., 2007)。Pineda et al.(2007)は、CDIによって測定された抑うつ症状を示す青年(14-18歳)と母親との会話場面の相互作用を観察し、青年の抑うつ行動と母親の行動との機能的関係を検討している。青年の抑うつ行動に先行する母親の行動についての逐次分析の結果、母親が批判的な行動をとると青年の抑うつ行動が、他の行動をとった場合よりも起こりやすいことが示され、この行動連鎖が特に抑うつ症状の高い青年において多く見られることが報告されている。Heller and Tanaka-Matsumi(1999)は、アメリカの精神科病院における青年期のうつ病患者(13-18歳)と非うつ病患者との会話場면을録音し、逐語データの分析を行っている。相互作用の逐次分析の結果、うつ病患者の抑うつ行動に対して、相手の攻撃行動が起こりにくく、サポートや承認などが起こりやすいことが明らかになった。これらの結果を合わせると、少なくとも青年期においては、他者の批判的行動のもとで抑うつ行動が起こりやすく、抑うつ行動の結果として即時的には他者からの否定的な行動が抑制される、あるいは受容的な応答を引き出す機能を持つ可能性が示されている。また児童期の抑うつを対象とする場合、抑うつ行動に加えて孤立行動や攻撃行動(Altman & Gotlib, 1988)にも焦点を当て、その対人的機能を検討する必要がある。さらに、子どもの社会的相互作用のプロセスを検討する際には、子どもが生活をする家庭や学校などの自然な場面において行動観察することの重要性が指摘されている(Messer & Gross, 1995)。児童が学校の中で対人交流をする場面は多様であるが、特に仲間との相互作用が行われる場面としては休憩時間と授業で頻繁に行われる設定されたグループ活動の時間が多くを占めている。そのため、学校環境において児童の相互作用を検討する際には、これらの場面を観察することが重要である。特に逐次分析によって相互作用を検討した先行研究では、実験室の中で行動観察を行ったものが多く、学校の中で抑うつを示す児童と仲間との相互作用を検討した研究は行わ

れていない。

以上のことから、本研究では小学校において、抑うつを示す児童と仲間との相互作用を二つの場面で観察し、対人行動の量的側面と相互作用における機能的側面の検討を行った。観察1の目的は、学校の休憩時間において、先行研究でも指摘されている抑うつを示す児童の自然場面での孤立行動の多さと、仲間との相互作用への従事率の低さを検討することであった。観察2では、グループでの問題解決課題場面を設定し、抑うつを示す児童と仲間の相互作用を観察した。そして、相互作用の逐次分析から、抑うつを示す児童と仲間の対人行動の機能的関係を明らかにすることを目的とした。特に観察2では、これまで実証的に検討されることがなかった、児童の抑うつ行動、攻撃行動、および孤立・引っ込み思案行動と仲間の行動との機能的関係について検討した。

2-2-2 方法

参加学校と支援体制

本研究には、研究1と同一のA市の公立小学校1校が参加した。著者は、教員補助者として研究実施時点で約2年間、週に1回以上対象校に行き、授業時間だけでなく、休憩時間や給食、放課後など学校生活の全般にわたり児童の支援を行っていた。本研究の実施に際して、A市の教育委員会に研究実施の申請を書面で行い同意を得た上で、学校長、教頭および担任教師に許可を得て実施した。また、児童に対しては口頭で研究の説明を行い、同意を得た。本研究の行動観察は、通常に行う支援活動の一環として児童と仲間との相互作用を観察したものである。

観察対象児

5,6年生の児童196名(5年生男子58名、女子51名、6年生男子44名、女子43名)を対象として抑うつ症状の測定を行い、対象児を抽出した。抑うつ症状の測定は、DSRS日本語版を用いた。本研究の調査対象となった児童全体のDSRS得点の平均値は9.73($SD=5.49$)であり、内的整合性は、 $\alpha=.83$ であった。

行動観察の対象児は、DSRS得点が臨床基準値を超えた児童とした。本研究では全項目の

内の1項目を省いたが、臨床基準値は原版どおり16点とした。DSRS得点が臨床基準値を超えた児童28名(全児童の14.29%)のうち、得点の高い10名(5年生男子2名、女子3名、6年生男子2名、女子3名)を選び抑うつ群とした($M = 20.70, SD = 5.52$, 得点範囲:17-31; 男子: $M = 17.75, SD = 0.96$; 女子: $M = 22.67, SD = 6.53$)。低抑うつ群は、臨床基準値より低い児童から、抑うつ群と男女比が同一になるように10名(5年生男子2名、女子3名、6年生男子2名、女子3名)を選出した($M = 5.50, SD = 3.41$, 得点範囲:0-10; 男子: $M = 6.25, SD = 3.30$; 女子: $M = 5.00, SD = 5.03$)。

観察1 自然場面の行動観察

観察日時、場所および状況 観察1は、2005年10月から12月までの期間に実施した。観察時間は、午前10時20分から10時45分までの休憩および13時5分から13時25分までの昼休憩の間に直接観察を行った。自然場面は、休憩時間内で児童が校庭あるいは校舎内で自由に遊ぶことができる場面と定義した。

観察手続き 自然場面の行動観察は、1回10分間の観察を異なる日時に2回行った。したがって、それぞれの対象児について合計20分間の自然場面の観察を行った。記録方法は、インターバル記録法を用いて、15秒毎に記録した(10秒の観察時間と5秒の記録時間)。対象児の行動は、Altman and Gotlib(1988)の行動カテゴリを基盤にして、(a)対象児が誰といるかについて3項目、(b)相互作用の有無について2項目の合計五つの行動コードによって記録した(次頁 Table 2-3)。(a)誰といるかの行動コードには“独り”、“仲間といる”、“仲間以外といる”が含まれた。(b)相互作用の有無の行動コードには、“相互作用有り”と“相互作用無し”が含まれた。

行動観察の信頼性 観察1の信頼性は、2名の観察者間の一致率を算出した。観察者のうち1名は著者であり、1名は心理学を専攻する大学院生であった。観察者は、子どもの行動を自然環境で観察し記録・分析する方法について専門的なトレーニングを受けていた。共同観察者は、児童の抑うつに関する情報は知らされていなかった。信頼性は、全40回の観察のうちランダムに選んだ8回(20%)について測定した(Altman & Gotlib, 1998)。

Table 2-3

自然場面の行動観察に用いた行動コードとその定義

行動コード	定義
(a)対象児が誰といるか	
独り	半径1メートル以内に誰もおらず，遊びに加わっていない。
仲間といる	半径1メートル以内に児童がいる。 ただし，半径1メートル以内に児童がいない場合でも，明らかに遊びの中に加わっている場合は「仲間といる」とする。
仲間以外といる	半径1メートル以内に児童以外の人がいる。 例：教師といる
(b)相互作用の有無	
相互作用有り	他者に対して，働きかけ，応答(言語，非言語含む)，身体的接触のいずれかがある。
相互作用無し	他者とのやり取り(働きかけ，応答，身体的接触)がない。

Kappa 係数の中央値は，(a)誰といるかについての項目が 1.00，(b)相互作用の有無についての項目が.70 であった。

観察 2 問題解決課題場面の行動観察

観察日時，場所および状況 観察 2 は，2005 年 10 月から 2006 年 1 月までの期間に実施した。観察 1 と観察 2 の期間は児童によって異なるが，1 週間から 3 カ月以内であった。場所は，小学校の図書室であった。問題解決課題場面は，児童が問題解決課題を 3 人 1 組のグループで行う場面と定義した。図書室には，長机を一つと椅子を三つ設置し，課題の回答を貼り付けるボードを用意した。そして，児童が課題を行う様子をビデオカメラで撮影し，ビデオデータに基づいて観察を行った。なお，隣の教室ではパソコンを用いたグループ学習が行われており，本場面が児童の興奮を特別に喚起する可能性は低かったと考えられる。児童に対する観察の説明では，児童が理解できるように「この時間は先生(研究実施者)の勉強のために協力をしてほしいこと，先生の勉強とはグループ活動の中での子ども

同士のやり取りを調べるプロジェクトであること、グループ活動をしている様子をビデオに撮影すること、観察でわかったことの中で、名前や顔など誰のことかがわかる情報が学校外の人に知れることは無いこと」を担任教師および研究実施者から口頭で伝え同意を得た。続いて課題の説明を行った。

問題解決課題 観察2の課題は、NASAゲームを用いた。NASAゲームは、宇宙船が月の基地に向かう途中で、基地から離れた場所に不時着する場面を児童に想像させる。そして、グループで話し合い、基地に戻るために用意された15種類の道具を重要度の高い順に並べる課題である。課題時間は10分間であった。

対象児およびグループ設定 対象児は、観察1と同一の児童20名と“仲間”として設定した児童40名の合計60名であった。観察2では、児童の相互作用を観察するために、対象児1名と仲間児童2名の合計3名で構成されるグループを各群に10グループずつ設定した。仲間児童は、DSRSの平均得点を基準として、群間に差が出ないように配置した。グループの男児、女児の構成は、男児1名、女児2名あるいは男児2名、女児1名という組み合わせであった。グループの構成に際しては、対象児と仲間児童ともに同一のクラスから抽出したため、児童は互いに普段の様子についてよく知っている関係であったと考えられる。

観察手続き ビデオデータをもとに、相互作用中の対象児および仲間の行動について観察した。行動コードは、観察1と先行研究(Sheeber et al., 1998)を基盤として、“向社会的行動”、“攻撃行動”、“孤立・引っ込み思案行動”、“抑うつ行動”、“無視”、“仲間同士のやり取り”の六つのコードを用いた(次頁 Table 2-4)。行動のコーディングは、相互作用において見られた対象児および仲間の全ての行動を記録した。

行動観察の信頼性 観察2の信頼性は、Kappa係数を算出した。観察者は、著者を含む2名であり、共同観察者は心理学を専攻する大学院生であった。事前訓練は、対象外となった児童のビデオデータを用いて、コーディングの練習を約20時間行った。共同観察者には児童の抑うつに関する情報は知らされていなかった。信頼性は、ランダムに選んだ4グ

Table 2-4
問題解決課題の行動観察に用いた行動コードとその定義

行動コード	定義
向社会的行動	会話を促進する発言および喜びなどのポジティブな情動表出を含む行動。 例：提案, 質問, 賛成, ユーモアを含む応答など.
攻撃行動	拒否的な内容を含む発言および怒りや嘲りなどの情動表出を含む行動。 例：批判や拒絶, 命令, 嘲笑など.
孤立・引っ込み思案行動	会話に対する消極的な行動(傍観, 小さな声)および不安などの情動表出。 例：発言せず周りで見ている, 指さしなどの間接的な働きかけ.
抑うつ行動	不平・不満や自己卑下などの発言および悲しみなどの不快情動の表出。 例：自分ができないことを訴える, 沈んだ表情や声のトーンを伴う発言
無視	他者からの明らかな働きかけに応答しない(3秒以上), 別の話をする.
仲間同士のやり取り	仲間からもう一人の仲間に対する働きかけや応答. 対象児を除く仲間2名による相互作用.

ループ(20%)で測定した(Messer & Gross, 1995)。この中には抑うつ群のグループが含まれていた。Kappa 係数の中央値は, “向社会的行動”が.89, “攻撃行動”が.83, “孤立・引っ込み思案行動”が.87, “無視”が.85, “抑うつ行動”が 1.00, “仲間同士のやり取り”が.89であった。

相互作用の分析方法 対象児の相互作用を逐次分析によって分析した。逐次分析は, 行動の時系列データから, ある行動(A)のもとで別の行動(B)が後続する条件付きの出現率($P_{B|A}$)を算出する。そして, 無条件の出現率(P_B)との比較から, 当該の行動連鎖が期待値から離れている程度(残差)を計算することで, 行動連鎖の起こりやすさを統計的に示す方法である(Allison & Liker, 1982; Bakeman & Gottman, 1997)。本研究では, 各行動連鎖について, 条件付き出現率が期待値から離れている程度を行動の生起頻度を考慮した調整済み残差(z 得点)として算出した。そして, 抑うつ群と低抑うつ群についてそれぞれ逐次分析を行い, さらに群間の比較を行うために, 各群の平均 z 得点を算出した。群間の比較には, 先行研究と同様に t 検定を用いた(Sheeber et al., 1998)。

2-2-3 結果

対象児の抑うつ症状

抑うつ群と低抑うつ群の抑うつ症状を比較するため、DSRS 得点について群(2)と性別(2)を要因とした2要因の分散分析を行った。その結果、群の主効果のみが有意であり($F(1,16) = 51.55, p < .01, \eta^2 = .76$)、性別の有意な主効果は認められなかった($F(1,16) = .82, p = .38, \eta^2 = .05$)。また、群と性別の有意な交互作用も認められなかった($F(1,16) = 2.30, p = .15, \eta^2 = .13$)。2群間の平均DSRS得点を比較したところ、有意な差が確認された($t(18) = 7.41, p < .01, d = 3.49$)。

観察1 自然場面の行動観察

自然場面における“独り”および“仲間との相互作用あり”について、群ごとに平均インターバル生起率と標準偏差を算出し、Fig. 2-3、Fig. 2-4(次頁)に示した。“独り”の平均インターバル生起率は、対象児ごとに観察中に生起した“独り”のインターバル数を全イ

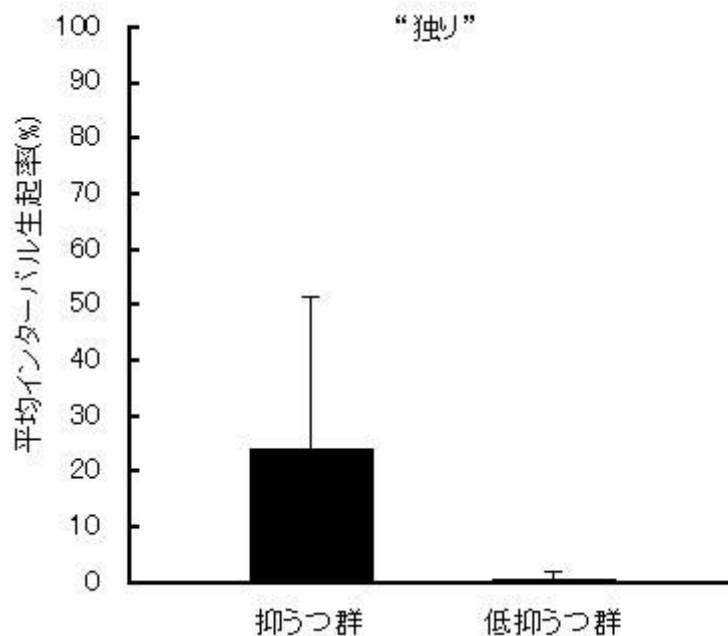


Fig. 2-3. 学校の自然場面で観察された“独り”の平均インターバル生起率および標準偏差。

Note. エラーバーは標準偏差を表す。

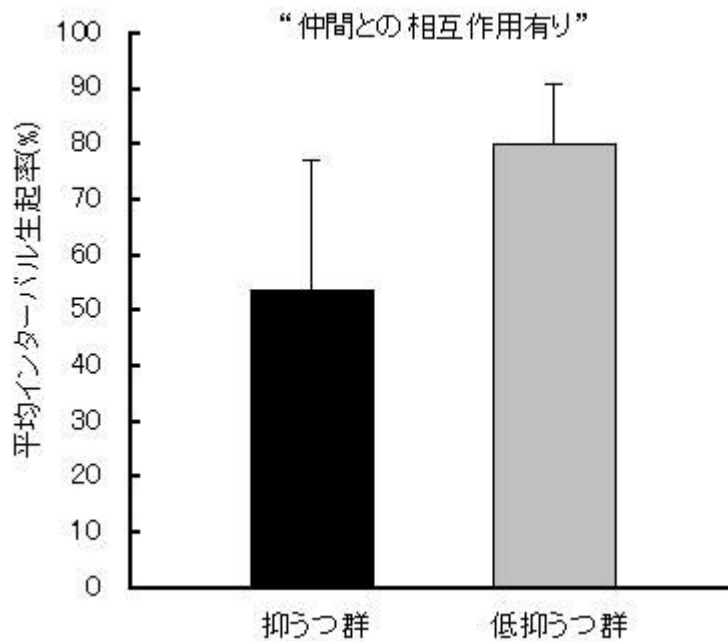


Fig. 2-4. 学校の自然場面で観察された“仲間との相互作用有り”の平均インターバル生起率および標準偏差。

Note. エラーバーは標準偏差を表す。

インターバル数(80)で除した値を算出し、各群の平均値を算出した。“仲間との相互作用あり”の平均インターバル生起率は、対象児ごとに観察中に生起した“相互作用あり”のインターバル数を“仲間といる”のインターバル数で除した値を算出し、各群の平均値を算出した。それぞれのインターバル生起数のとり得る範囲は0から80であった。なお、2群間における平均インターバル生起率の差の検定を行う際には、各児童の行動のインターバル生起率を角変換して t 検定を行った。

まず“独り”の平均インターバル生起率を比較したところ、抑うつ群が低抑うつ群よりも独りであることが有意に多かった(抑うつ群: $M = 24.13$, $SD = 27.48$; 低抑うつ群: $M = 0.63$, $SD = 1.35$, $t(18) = 3.42$, $p < .01$, $d = 1.61$)。次に、“仲間といる”の平均インターバル生起率を比較した結果、低抑うつ群が抑うつ群よりも有意に仲間といることが多かった(抑うつ群: $M = 72.35$, $SD = 29.70$; 低抑うつ群: $M = 98.25$, $SD = 2.44$, $t(18) = 3.05$, $p < .01$, $d = 1.44$)。“仲間

以外という”については、2群間の差は有意でなかった(抑うつ群: $M = 3.63$, $SD = 8.63$; 低抑うつ群: $M = 1.13$, $SD = 2.08$, $t(18) = 0.60$, $p = .55$)。

次に、“仲間との相互作用有り”の平均インターバル生起率について比較を行った。その結果、抑うつ群が低抑うつ群よりも有意に仲間との相互作用が少なかった(抑うつ群: $M = 53.65$, $SD = 23.52$; 低抑うつ群: $M = 79.99$, $SD = 11.09$, $t(18) = 2.93$, $p < .01$, $d = 1.38$)。

2群間に見られた行動の有意差には、いずれも0.80を優に上回る大きな効果量(Cohen, 1992)が示された。

観察2 グループによる問題解決課題場面の行動観察

行動の生起頻度の分析 問題解決課題場面における、対象児および仲間の六つの行動コードの平均生起頻度、標準偏差と t 値をそれぞれ Table 2-5 に示した。なお本研究では、仲間の行動について、対象児の行動の直前と直後に起こった行動を観察し、2名の仲間の行

Table 2-5

抑うつ群および低抑うつ群の問題解決課題場面で観察された行動コードの平均生起頻度、標準偏差(SD), t 値

行動コード	抑うつ群(n=10)		低抑うつ群(n=10)		t
	M	SD	M	SD	
<u>対象児</u>					
向社会的行動	42.10	25.51	67.50	13.41	2.79*
攻撃行動	6.40	7.24	10.60	8.29	1.21
孤立・引っ込み思案行動	21.70	22.81	6.30	10.21	1.95 [†]
抑うつ行動	0.30	0.67	0.30	0.95	< 1
無視	11.30	9.29	10.70	5.25	< 1
<u>仲間</u>					
向社会的行動	59.20	18.20	75.90	15.89	2.19*
攻撃行動	7.50	4.43	10.50	8.40	< 1
孤立・引っ込み思案行動	2.70	2.87	0.70	0.95	2.09 [†]
抑うつ行動	0.10	0.32	0.40	0.70	1.24
無視	8.70	6.38	7.40	3.06	< 1
仲間同士のやり取り	10.90	9.95	5.20	4.02	1.68

$df = 18$, * $p < .05$, [†] $p < .10$

動は区別せずにコーディングを行い、分析対象とした。

対象児の行動コードの平均生起頻度について群間の比較を行った結果、抑うつ群の方が低抑うつ群よりも向社会的行動が有意に少ないことが明らかになった($t(18) = 2.79, p = .01, d = 1.31$)。対象児の孤立・引っ込み思案行動は、抑うつ群の方が低抑うつ群よりも多い傾向が見られ($t(18) = 1.95, p = .07, d = 0.92$)、抑うつ群は3倍以上の頻度を示した。抑うつ行動は、両群において生起頻度が低く、群間に差は見られなかった。

次に、仲間の行動コードの平均生起頻度について比較を行った結果、抑うつ群に含まれた仲間の方が低抑うつ群の仲間よりも向社会的行動が有意に少ないことが明らかになった($t(18) = 2.19, p = .04, d = 1.03$)。孤立・引っ込み思案行動は、抑うつ群に含まれた仲間の方が低抑うつ群よりも多いことが示された($t(18) = 2.09, p = .05, d = 0.99$)。仲間の攻撃行動は、低抑うつ群の方が抑うつ群よりも頻度が高いが、統計的に有意な差は見られなかった。仲間同士のやり取りについては、抑うつ群において低抑うつ群の約2倍多く見られたが、統計的に有意な差は見られなかった。

ここまでは、観察1と2で得られた行動の頻度に基づく分析を行った。次に観察2の行動データについて行動連鎖の逐次分析を行い、相互作用を検討した。

グループの相互作用の逐次分析 対象児と仲間との相互作用における行動連鎖について、平均 z 得点、標準偏差および t 値を算出した。 z 得点は、正の値の場合には当該の行動連鎖が期待値よりも起こりやすいことを示し、負の値の場合には期待値より起こりにくいことを示す。本研究における行動連鎖は、対象児の行動の直後に続く仲間の行動と、仲間の行動の直後に続く対象児の行動という二つの行動連鎖であった。

対象児の行動に後続する仲間の行動 対象児の行動に後続する仲間の行動の連鎖についてその z 得点をTable 2-6(次頁)に示した。まず、対象児の孤立・引っ込み思案行動に後続する仲間の応答について検討した。群間の比較を行った結果、抑うつ群の方が低抑うつ群よりも、対象児の孤立・引っ込み思案行動に対して仲間の攻撃行動が起こりにくいことが分かった($t(14) = 2.20, p = .046, d = 1.32$)。また、抑うつ群の方が低抑うつ群よりも、対象

Table 2-6

対象児の行動に対する仲間の行動の連鎖についての平均 z 得点, 標準偏差(SD), t 値

対象児 → 仲間	Z-scores					
	抑うつ群 ($n = 10$)		低抑うつ群 ($n = 10$)		df	t
	M	SD	M	SD		
<u>対象児の向社会的行動に対する仲間の行動</u>						
向社会的行動	1.48	1.17	1.74	1.69	18	< 1
攻撃行動	0.41	1.11	-0.29	1.08	18	1.43
無視	0.18	2.07	-0.81	1.38	18	1.26
仲間同士のやり取り	-2.07	1.01	-1.78	1.30	16	< 1
孤立・引っ込み思案行動	-1.18	1.11	-0.66	1.90	9	< 1
<u>対象児の攻撃的行動に対する仲間の行動</u>						
向社会的行動	-1.33	1.27	-0.90	1.54	15	< 1
攻撃的行動	1.29	1.19	0.60	1.21	15	1.18
無視	0.10	0.81	0.67	1.43	15	< 1
仲間同士のやり取り	0.09	1.33	-0.48	0.90	13	1.00
孤立・引っ込み思案行動	1.23	1.92	1.58	2.68	9	< 1
<u>対象児の孤立・引っ込み思案行動に対する仲間の行動</u>						
向社会的行動	-0.29	0.93	-0.26	1.49	14	< 1
攻撃的行動	-1.05	0.72	-0.30	0.61	14	2.19 *
無視	-0.64	1.60	-0.28	1.28	14	< 1
仲間同士のやり取り	1.73	1.01	0.93	1.71	14	1.18
孤立・引っ込み思案行動	-0.57	0.21	-0.24	0.04	4	2.71 †

* $p < .05$, † $p < .10$

注)それぞれの行動連鎖が見られたグループのみを分析対象としたため, 自由度が異なる

児の孤立・引っ込み思案行動に対して仲間の孤立・引っ込み思案行動が起こりにくいことが示された($t(4) = 2.71, p = .05, d = 2.71$)。これらの有意差はいずれも大きな効果量(d)を示している。Table 2-6 より, いずれの群においても対象児の孤立・引っ込み思案行動の下では, 仲間同士のやり取りが起こりやすいことが示された。対象児の向社会的行動に後続する仲間の反応では, 両群において仲間の向社会的行動が起こりやすく, 全ての反応で群間に有意差が見られなかった。対象児の攻撃行動に対しては, 両群において仲間の向社会的行動

が起こりにくく、孤立・引っ込み思案行動が起こりやすいことが見てとれる。また、抑うつ群において、対象児の攻撃行動に対して仲間の攻撃行動が起こりやすいことが見てとれるが、いずれの連鎖についても統計的に有意な差は見られなかった。

仲間の行動に後続する対象児の行動 仲間の働きかけに対する対象児の行動の連鎖を検討した(Table 2-7)。まず、仲間の向社会的行動に対する対象児の応答について検討したと

Table 2-7
仲間の行動に対する対象児の行動の連鎖についての平均 z 得点, 標準偏差(SD), t 値

仲間 → 対象児	Z-scores				df	t
	抑うつ群 (n = 10)		低抑うつ群 (n = 10)			
	M	SD	M	SD		
<u>仲間の向社会的行動に対する対象児の行動</u>						
向社会的行動	0.89	0.90	1.23	0.90	18	< 1
攻撃行動	-0.52	1.54	-1.28	0.79	15	1.30
無視	0.11	0.84	-0.40	1.58	18	< 1
孤立・引っ込み思案行動	-0.97	1.12	0.08	1.00	14	1.94 †
<u>仲間の攻撃行動に対する対象児の行動</u>						
向社会的行動	-0.86	0.71	-1.39	0.77	18	1.62
攻撃的行動	0.70	1.41	1.60	1.65	15	1.20
無視	0.00	0.34	0.25	1.58	18	< 1
孤立・引っ込み思案行動	0.53	0.88	0.18	0.85	14	< 1
<u>仲間の孤立・引っ込み思案行動に対する対象児の行動</u>						
向社会的行動	-0.12	1.11	0.61	0.26	9	1.42
攻撃的行動	-0.24	0.55	-0.32	0.12	9	< 1
無視	0.58	1.52	-0.41	0.23	9	1.44
孤立・引っ込み思案行動	-0.50	0.22	-0.24	0.07	6	1.32
<u>仲間同士のやり取りに対する対象児の行動</u>						
向社会的行動	-0.15	1.32	0.52	0.79	16	1.33
攻撃的行動	0.18	1.58	-0.06	0.71	13	< 1
無視	-0.49	1.11	-0.65	0.35	16	< 1
孤立・引っ込み思案行動	0.58	1.13	-0.38	0.20	12	2.19 *

* $p < .05$, † $p < .10$

注)それぞれの行動連鎖が見られたグループのみを分析対象としたため, 自由度が異なる

ころ、どちらの群においても対象児の向社会的行動が相対的に後続しやすいことが示された。また、抑うつ群は低抑うつ群よりも、仲間の向社会的行動に対して孤立・引っ込み思案行動が起こりにくい傾向が見られた($t(14) = 1.94, p = .07, d = 1.31$)。

仲間の攻撃的行動の下では、いずれの群においても対象児の向社会的行動が起こりにくいことが示された。抑うつ群と低抑うつ群の比較においては、いずれの行動連鎖についても有意な差は見られなかった。仲間同士のやり取りの下では、抑うつ群は低抑うつ群よりも、孤立・引っ込み思案行動が有意に起こりやすいことが明らかになった($t(12) = 2.19, p = .049, d = 1.51$)。また、低抑うつ群において、仲間同士のやり取りに対して対象児の向社会的行動が起こりやすいことがz得点より見てとれるが、抑うつ群との間に有意に差は見られなかった。抑うつ行動については、両群において生起頻度が非常に低く、逐次分析を行うことができなかった。

本研究の観察2では、抑うつを示す児童の相互作用の例として以下のようなやり取りが実際に観察された。

仲間1:全体に対して「まずは1位をどれにしようか？」[向社会的行動]

抑うつ児童:「あっ」と言って指さしをするがすぐに指を引っ込める。

[孤立・引っ込み思案行動]

仲間2:仲間1に対して「これは絶対いるんじゃない？」[仲間同士のやり取り]

仲間1:仲間2に対して「確かにそれは絶対必要だね。」[仲間同士のやり取り]

抑うつ児童:発言せずに仲間の会話の様子を見ている。[孤立・引っ込み思案行動]

2-2-4 考察

本研究の目的は、抑うつを示す児童の学校環境における仲間との社会的相互作用について行動観察を行い、対人行動の特徴と仲間の行動との機能的関係を明らかにすることであった。対象児は、これまでの調査(傳田他, 2004; 佐藤他, 2006)で報告された児童と同程度の

抑うつ症状を示す児童であったが、社会的相互作用の分析から、対人行動の量的側面と機能的側面において抑うつ群に特徴的な点が示された。これらは、子どもの抑うつの対人モデルを部分的に支持するものであった。

まず、児童の対人行動の頻度を分析した結果から、自然場面の行動観察において、抑うつ群の児童が孤立行動を多く示すことが明らかになった。また、仲間の近くにいながらも仲間との相互作用が少ないことが示された。問題解決場面における相互作用の観察の結果からも、抑うつ群は低抑うつ群の約3倍の頻度で孤立・引っ込み思案行動を示すことが明らかになった。さらに、抑うつ群において対象児および仲間の向社会的行動の頻度が低くポジティブな相互作用が少ないことが示された。抑うつを示す児童に孤立行動が多いという結果は、アメリカの先行研究と一貫した結果である(Altman & Gotlib, 1988)。児童青年期における仲間からの孤立は、社会的スキルの獲得や環境からの適切なフィードバックを受ける機会を失うことにつながり、後の抑うつ発症の危険因子であることが示されている(Allen et al., 2006)。これらを合わせて考えると、抑うつを示す児童の孤立・引っ込み思案行動によって、学校環境の中で仲間とのポジティブな相互作用の機会が少なくなり、このことが抑うつ症状を長期的に維持させる一つの要因である可能性が示唆される。本研究では、児童の抑うつ行動および攻撃行動の頻度について群間に差は見られなかった。抑うつ行動および攻撃行動の頻度が対照児と差がないという結果は、先行研究と異なるものである。先行研究との相違点として、欧米文化圏と日本文化における抑うつの表出形態の違いが考えられる。本研究では抑うつ行動を「不平不満や自己卑下などの発言および悲しみなどの不快情動の表出」と定義したが、傳田(2004)は、日本の子どもは睡眠や食欲の問題などの身体症状と興味・楽しみの減退などの精神症状を抑うつの中核症状として表出することが多く、イギリスの子どもに見られるような憂鬱さや悲しみを強く表出することが稀である可能性を指摘している。その他にも抑うつ行動と攻撃行動の出現頻度について、発達段階(青年 vs 児童)、私的な会話状況を設定した1対1の場面とグループの問題解決課題場面、うつ病患者と自己報告による抑うつ症状などの要因が関連しているかもしれない。今

後は、これらの要因を考慮した検討が期待される。

次に、相互作用の機能的側面を検討するために行った逐次分析の結果から、抑うつ群における対象児の孤立・引っ込み思案行動と仲間の行動との相互関係が低抑うつ群と異なることが示された。これらについて、対象児の行動に後続する仲間の行動と、対象児の行動に先行する仲間の行動の二点に分けて考察を行いたい。

一点目として、対象児の孤立・引っ込み思案行動に対する仲間の応答を検討したところ、抑うつを示す児童の孤立・引っ込み思案行動に対して仲間からの攻撃行動がより起こりにくいという機能的関係が明らかになった。このことから、抑うつを示す児童の孤立・引っ込み思案行動が仲間の攻撃行動を抑制する機能を持ち、相互作用の中で維持される可能性が示唆されたといえる。この結果は、成人や青年の抑うつ行動の機能的アセスメント研究で報告された知見と部分的に一致するものである。先行研究では、抑うつ行動は、他者の攻撃行動の生起を低減させると同時に、承認などの反応を生み出す機能を持ち、強化される可能性があることが報告されてきた(Heller & Tanaka-Matsumi, 1999, Sheeber et al., 1998)。抑うつを示す児童の孤立・引っ込み思案行動の対人的機能を検討した研究はこれまでに Rowe (1990) によって行われていたため明確な結論を出すことはできないが、本研究で観察された抑うつを示す児童の孤立・引っ込み思案行動は、欧米で報告された抑うつ行動と形態は異なるものの、他者の攻撃性の抑制という点では類似の対人機能を持つのもかもしれない。

二点目に、抑うつを示す児童の孤立・引っ込み思案行動に先行する仲間の行動について検討したところ、仲間同士がやり取りをしている中で孤立行動が生じやすいことが分かった。グループ活動の中で、仲間が会話を進行すると、低抑うつ群の対象児は向社会的行動や攻撃行動などの相互作用に参加する働きかけを行うが、抑うつ群の対象児は孤立・引っ込み思案行動を行うことによって相互作用の機会を逸してしまい、さらに孤立が持続する可能性が考えられる。抑うつを示す児童は、仲間の会話が進行しているときに適切なタイミングを図り、文脈に沿った入り方をするなどの社会的スキルが十分に学習されていないのかもしれない。抑うつを示す子どもや成人に社会的スキルの困難さが見られることは、

多くの研究によって指摘されている(Segrin & Abramson, 1994)。

また、仲間からの拒絶などの経験によって、積極的な働きかけが抑制されている可能性も考えられる(Coyne, 1976a)。本研究は学校場面で実施したものであり、児童は互いによく知り合っている関係であった。そのため、相互作用の中で観察された児童の働きかけや応答には、日常生活の中でこれまでに形成された相手に対する態度が影響していると考えられる。例えば、初期の段階では抑うつを示す児童の抑うつ行動に対して仲間からの反応があるが、徐々に仲間がこれらを嫌悪的に感じ、児童を避けたり、拒絶したりするようになることから(Baker et al., 1996)、結果的に孤立行動がより顕著になるといったプロセスも考えられる(Coyne, 1976a; Lewinsohn, 1975)。そして、持続する孤立行動が抑うつ症状の維持や悪化に影響を及ぼすのかもしれない。今後は、仲間との関係性や社会的相互作用の時系列的な変化が、抑うつ症状とどのように関連するのかについても検討していく必要がある。

本研究では、抑うつを示す児童の孤立行動を引き起こしやすい仲間の行動が明らかになった一方で、仲間から抑うつの子童に向けられた向社会的行動の下では、孤立・引っ込み思案行動が起こりにくい傾向が見られた。この場合には仲間の働きかけに答えることができる回数が増えることから、仲間からの直接的な向社会的行動による働きかけは、抑うつを示す児童が孤立行動から脱するきっかけになるのかもしれない。抑うつ予防・治療的観点から、周囲のどのような働きかけが抑うつを示す児童の不適応行動を抑制し、適応行動を促進するかについて、さらなる検討が必要である。

次に、本研究の限界点を検討する。観察1の限界点として、児童の働きかけか応答のいずれかがあった場合を相互作用として測定したため、自然場面での相互作用の詳細な特徴までは明らかにならなかった。児童が孤立に至るプロセスを明らかにするために、働きかけと応答を分けて観察し攻撃行動などを含めたより具体的な行動カテゴリによって分析する必要がある。また、本研究の結果は行動観察によって抑うつ症状と対人行動の相関関係を示したものである。今後は実験研究や縦断研究などのデザインによる、より詳細なアセスメントが必要である。

これらの限界点を考慮した検討が今後も必要であるが、本研究によって、抑うつを示す児童の社会的相互作用に関して対人モデルを部分的に支持する新たな知見が得られた。今後も、児童期の抑うつを対人的文脈の中で捉え、具体的な行動アセスメントを行うことで、抑うつ予防や治療的介入に重要な示唆を得られると考えられる。

2-3 研究3 : 児童期の抑うつと対人関係要因との関連 : コーピング, ソーシャルサポート, 仲間関係, 対人ストレスに焦点をあてた前向き研究³

2-3-1 問題と目的

研究1と2を通して, 児童の仲間関係や社会的相互作用が抑うつ症状と少なくとも同時点においては関連していることが明らかになった。研究3では, 子どもの抑うつに対してリスク因子となる対人関係要因を明らかにするために, 前向き研究による検討を行う。これまでに, 子どもの抑うつに關与する対人行動および社会的環境要因には様々なものが提起され, 検証されてきた。本研究では, 先行研究で得られた知見を踏まえて対人行動要因としてコーピングスキルを, 社会的環境要因として対人ストレス, ソーシャルサポートおよび仲間関係を取り上げ, 抑うつ症状との前方向視的関連を検討する。

児童の抑うつと対人行動

第一章で概観したように, 子どもの抑うつと関連する対人行動には多くの研究がなされてきたが, 近年では子どものコーピングスキルの重要性が指摘されている(Garber et al., 2009)。Compas et al.(2001)の総説では, 子どものコーピングスキルを, 問題解決や援助希求などを含む従事型コーピング(engagement coping)と回避や否定などを含む撤退型コーピング(disengagement coping)の2種類に分類している。Conner-Smith et al.(2000)は, これらのコーピングスキルを測定する質問紙を開発し, 青年の情緒的・行動的問題との関連を検討している。その結果, 従事型コーピングは, 子どもの行動チェックリスト(Achenbach, 1991)により測定された内在化問題(不安や抑うつなど)および外在化問題(攻撃行動や反社会的行動など)との間に負の相関関係があり, 従事型コーピングをよく使う青年ほど内在化および外在化問題が少ないことが示された。その一方で, 撤退型のコーピングと情緒・行動的問題の間には正の相関があり, 撤退型コーピングを多く示す青年ほど内在化および外在化問題が多いことが報告されている。しかし, 児童のコーピングスキルと抑うつとの関連に

³ 本研究は, 学術誌にて発表している(竹島・松見, 2015)。

ついでに縦断調査による報告は非常に少なく、多くの調査結果が同時点での相関関係を示すに留まっている(Garber et al., 2009)。対人モデルに基づいて、コーピングスキルや社会的環境要因が抑うつ症状の変動を予測するかどうかを調べるためには、縦断調査による検討を行う必要がある。

児童の抑うつと社会的環境要因

抑うつリスク因子となる社会的環境要因として、対人ストレスとソーシャルサポート、仲間関係を取り上げた。対人ストレスには、先行研究のレビュー(Compas, 1987; Grant et al., 2004; Rudolph et al., 2000)から、児童の抑うつ症状と関連が強いと予測される家庭と友人関係における日常ストレスに焦点をあてた。

ソーシャルサポートは、ストレスと並んで抑うつと関連が強い社会的環境要因と考えられている。先行研究では子どもの抑うつと知覚されたソーシャルサポートとの間に一貫した負の関連が示されているが、サポート源による抑うつ症状との関連については結果が一貫しておらず、さらなる検討が必要である。特に親のサポートと仲間のサポートは、抑うつ症状との関連性が研究間で一貫しておらず、かつ抑うつへの介入計画を考えるうえで重要であるため、本研究ではこれらのサポート源を「父親サポート」、「母親サポート」、「仲間サポート」の3つを取り上げて検討した。

児童の仲間関係は研究1でも示されたように、抑うつ症状と関連する対人関係要因の一つである。Schwartz et al.(2008)は、児童の仲間関係について社会的地位と相互の友人数の二つの要素をソシオメトリックテストを用いて測定し、CDI抑うつ尺度によって査定した抑うつ症状との関連を検討している。調査の結果では、相互の友人数が少なく、かつ学業成績が低い児童は1年後の抑うつ症状が増加していることが示され、社会的地位と後の抑うつとの関連は見られなかった。日本では、児童の仲間関係と抑うつとの関連について縦断的に調べた研究はほとんど行われていないが、ソシオメトリックテストを用いて仲間関係を検討することで、児童の主観的評価だけでなく、他の児童が情報源となる多面的なセメントが可能となる。

対人行動と社会的環境要因の交互作用

研究3では、対人関係要因間の交互作用と抑うつとの関連を検討することも目的の一つとした。ここでの交互作用とは、「ある変数の値(例えば、ストレス)が変化すると、他の変数間(例えば、コーピングスキルと抑うつ)の関連が変化する」という効果を指す(前田, 2008)。同様の検討を行った先行研究からは、児童の抑うつに対する仲間関係ストレスとコーピングの交互作用効果が報告されている(Agonston & Rudolph, 2011)。すなわち、仲間関係ストレスが高いほど、撤退型のコーピングが後の抑うつ症状の高さを予測し、従事型のコーピングが後の抑うつの低さを予測することが明らかになった。本研究においても、児童の抑うつ症状に対するコーピングスキルと対人ストレスの交互作用効果を検討する。その際に、仲間関係ストレスだけでなく家庭ストレスについても分析を行い、仲間関係ストレスのみを扱った Agonston and Rudolph(2011)の知見をさらに進める。子どもが経験するストレスにおいて、親との対立などを含む家庭生活上のストレスが抑うつと関連することはこれまでも示されているにもかかわらず(西野・小林・北川, 2009; Sheeber, Hops, Alpert, Davis, & Andrews, 1997), これらを含んだコーピングスキルとの交互作用の検討はこれまでに行われていない。

以上の背景から本研究は、児童の抑うつ症状と対人ストレス、コーピングスキル、ソーシャルサポート、仲間関係との関連を縦断的に検討し、これらの対人関係要因が後の抑うつ症状を予測するかについて明らかにすることを目的とした。また、対人ストレスとコーピングスキルの交互作用と抑うつ症状との関連について検討することも目的の一つとした。この交互作用効果については、児童の適応的なコーピングスキルと抑うつ症状との間に予測される負の関連および、不適応的なコーピングスキルと抑うつ症状との間に予測される正の関連は、対人ストレスが高い場合により強まるという仮説を検証した。縦断調査における時点間の間隔は、6か月から1年を設定した先行研究が多いことから、本研究では Lewinsohn, Hoberman, and Rosenbaum(1988)の前向き縦断研究を参考に9か月とした。

2-3-2 方法

調査対象

本研究には、研究 1,2 と同一の公立小学校 1 校が参加した。本研究の実施に際しては、事前に学校長、教頭および担任教師に説明を行い、許可を得て実施した。また、児童に対しては口頭で本調査の説明を行い、同意を得た。対象児童は、4 年生(第一回調査時)の児童 128 名であった。このうち、二回の調査全てに参加し、かつ有効回答が得られた児童 108 名(男子 59 名, 女子 49 名)を分析対象とした。第一回調査は 2009 年 3 月, 第二回調査は約 9 カ月後の同年 12 月に実施した。第一回調査時における児童の平均年齢は 9.94 歳($SD = 0.23$)であった。

手続きと内容

第一回調査, 第二回調査ともに、質問紙による調査を行った。第一回調査では、抑うつ症状、ソーシャルサポート、仲間関係、コーピングスキルの 4 種類を測定し、第二回調査では抑うつ症状、対人ストレスの 2 種類を測定した。質問紙は、児童が在籍するクラスの担任教師に質問紙の冊子を渡し、実施方法と注意事項を事前に説明した。2 回の調査はともに、担任教師が授業時間あるいは放課後の時間を利用して、児童に質問紙の冊子を配布し学級ごとに集団実施した。質問紙は、児童の回答終了後にその場で回収した。

質問紙

児童の抑うつ症状 抑うつ症状の査定には、DSRS 日本語版(村田他, 1996)を用いた。本調査における内的整合性は、第一回調査が $\alpha = .81$, 第二回調査が $\alpha = .80$ であった。

仲間関係 研究 1 と同様に、ソシオメトリック指名法 (Parker & Asher, 1987)を用いて児童の仲間関係を調べた。配布した用紙に「一緒によく遊ぶ友だち」の児童名について、上限を設定せずに記述するよう教示を行った。そして、他児童から指名を受けた数と指名の相互一致数を算出し、それぞれを「受け入れ度」と「親しい友人数」とした。

ソーシャルサポート 嶋田(1998)の小学生用ソーシャルサポート尺度を用いて、父親、母親、仲間の 3 つのサポート源におけるソーシャルサポートを測定した。この尺度は「あ

あなたに元気がないと、すぐに気づいてはげましてくれる」、「あなたが、なやみや不満を言っても、嫌な顔しないで、聞いてくれる」、「あなたが、何か失敗をしても、そっと助けてくれる」、「ふだんから、あなたの気持ちをよく分かってきている」、「あなたが、何かをやんでいるときに、どうしたら良いか教えてくれる」の5項目について、各サポート源における児童に知覚されたサポートを4件法(1“きっとしてくれない”~4“きっとしてくれる”)で評定するもので、それぞれの得点範囲は5-20点であった。本研究における内的整合性は、父親サポートが $\alpha = .91$ 、母親サポートが $\alpha = .90$ 、仲間サポートが $\alpha = .91$ であった。

コーピングスキル 大竹・島井・曾我(2001)の小学生用コーピング尺度短縮版を用いて、対人ストレス状況における児童のコーピングスキルを測定した。この尺度は、先生に叱られた時や友達に仲間はずれにされた時などの対人関係トラブルの状況において、質問項目にあるコーピングスキルがどのくらいあてはまるかを4件法(1“ぜんぜんあてはまらない”~4“よくあてはまる”)で回答するものである。

本尺度は、6因子12項目で構成される尺度であるが、本調査において尺度の内的整合性が低かったため($\alpha = .15-.62$)、再分析を行った。本調査で得られたデータに基づいて因子分析(最尤法、バリマックス回転)を行った結果、固有値の減衰と解釈可能性から2因子が抽出された。それぞれの因子の下位尺度項目には.40以上の負荷量を持つ項目をそれぞれ4項目ずつ用いることとした。項目の内容から、Compas et al.(2001)を基にそれぞれの因子名を従事型コーピング(engagement coping; 項目「人に問題のかいけつに協力してくれるように頼む」、「誰かにどうしたらよいか聞く」、「自分を変えようと努力する」、「何がその原因かを見つける」)と撤退型コーピング(disengagement coping; 項目「ひとりで泣く」、「どうしようもないのであきらめる」、「ひとりになる」、「友達と遊ぶ(逆転)」)とした。 α 係数は、従事型コーピングが.60であり、撤退型コーピングが.64であった。

対人ストレッサー 西野他(2009)が作成した日常ストレッサー尺度を用いて、児童の対人ストレッサーを測定した。日常ストレッサー尺度は、16項目で構成され、「友人関係ストレッサー」「学業ストレッサー」「家庭生活ストレッサー」の3領域において児童が経験

したストレスを測定する尺度である。本研究では、対人ストレスに焦点をあてた検討を行うという目的に即して「友人関係ストレス」と「家庭生活ストレス」を分析に用いた。「友人関係ストレス」には、「友だちにいやなことを言われる」や「なかまはずれにされる」などの6項目が含まれる。「家庭生活ストレス」には、「親が口うるさい」や「親が相手にしてくれない」などの5項目が含まれた。児童は、これらの項目の出来事について最近の経験の有無を2件法(0“なし”と1“あり”)で回答し、経験したと答えた場合にはその嫌悪度について4件法(0“ぜんぜんいやでなかった”~3“とてもいやだった”)で回答した。そして、経験頻度と嫌悪度の評価を掛け合わせた値を、それぞれの出来事の評価の指標とした。本研究における内的整合性は、「友人関係ストレス」が $\alpha = .82$ であり、「家庭生活ストレス」が $\alpha = .93$ であった。

2-3-3 結果

記述統計と相関関係の分析

Table 2-8(次頁)に各変数の平均値と標準偏差および相関係数を示した。男女別の平均DSRS得点は、第一時点では男子が8.41($SD = 5.09$), 女子が9.14($SD = 4.81$)であり、第二時点では男子が7.19($SD = 4.63$), 女子が8.71($SD = 5.84$)であった。DSRSの臨床基準値を超えた児童は、第一時点で13名(男子8名, 女子5名, 全体の12.04%), 第二時点では9名(男子4名, 女子5名, 全体の8.33%)であった。このうち、4名(男子3名, 女子1名)は第一時点と第二時点のどちらにおいても臨床基準値である16点を超える値を示した。児童の抑うつ症状が測定時点と性別によって異なるかどうかを検討するため、2要因の分散分析を行った。その結果、測定時点の主効果は有意ではなかった($F(1, 106) = 3.18, p = .077, \eta^2 = .029$)。性別の主効果および測定時点と性別の交互作用も、有意でなかった(それぞれ、 $F(1, 106) = 1.70, p = .195, \eta^2 = .016$; $F(1, 106) = 0.73, p = .394, \eta^2 = .007$)。

次に、各変数間の相関関係をピアソンの相関係数を用いて検討した。児童の抑うつ症状は、二時点間で比較的強い正の相関関係が示された($r = .56, p < .01$)。抑うつ症状とコーピングスキルに関しては、撤退型コーピングが同時点および異なる時点の両方で有意な正の

Table 2-8

各時点における尺度の平均値, 標準偏差および尺度間の相関係数

変数	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. 抑うつ症状 T1	8.74	4.95	—										
2. 父親サポート T1	15.31	4.64	-.17	—									
3. 母親サポート T1	16.74	4.30	-.29**	.56**	—								
4. 仲間サポート T1	16.15	3.85	-.33**	.11	.23*	—							
5. 受入れ度 T1	6.17	3.12	-.14	.00	.00	-.04	—						
6. 親しい友人数 T1	3.88	2.83	-.15	.00	.04	.14	.78**	—					
7. 従事型コーピング T1	10.10	2.76	-.22*	.07	.16	.34**	.00	.08	—				
8. 撤退型コーピング T1	7.25	2.75	.63**	-.06	-.15	-.22*	-.35**	-.31**	-.07	—			
9. 家庭ストレスサー T2	4.43	4.34	.06	-.30**	-.39**	-.08	-.05	-.07	.01	.04	—		
10. 友人ストレスサー T2	4.57	5.90	.16 [†]	-.23*	-.20*	.02	.00	-.03	.15	.15	.67**	—	
11. 抑うつ症状 T2	7.88	5.24	.56**	-.15	-.33**	-.12	-.17	-.12	-.01	.54**	.30**	.36**	—

[†] $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$

相関関係が示された。従事型コーピングと抑うつ症状との間には、同時点においてのみ有意な負の相関関係が見られた。ソーシャルサポートについては、いずれの時点においても抑うつ症状と母親サポートとの間に有意な負の相関関係が見られた。その一方で、仲間サポートは同時点の抑うつ症状との間でのみ有意な負の相関関係を示し、父親サポートはいずれの時点の抑うつ症状とも有意な相関関係が見られなかった。

ソシオメトリック指名法による受入れ度と親しい友人数に関しては、いずれの時点においても抑うつ症状と有意な相関関係は見られなかった。家庭生活(以下、家庭)ストレスおよび友人関係(以下、友人)ストレスと抑うつ症状の間には、有意な正の相関関係が見られた。これらの結果より、本研究で取り上げた児童の抑うつ症状と対人関係要因との間には、ほとんどの変数において対人モデルと一致する方向の関連が見られたが、その統計的有意性に関しては変数と時点によって異なることが示された。

対人関係要因による抑うつ症状の予測

次に、児童の対人関係要因が後の抑うつ症状を予測するかを検討した。そのため、第二時点の抑うつ得点を基準変数とし、第一時点の抑うつ得点、性別、対人関係要因を説明変数とした階層的重回帰分析を行った(次頁 Table 2-9)。分析に際しては、以前の抑うつ症状が後の抑うつ症状と強い関連を示す報告がなされていることから(Nolen-Hoeksema et al., 1992)、ステップ1では第一時点の抑うつ症状得点を投入した。ステップ2では、性別とそれぞれ第一時点における父親サポート、母親サポート、仲間サポート、ソシオメトリック指名法による受入れ度、親しい友人数、従事型コーピング、撤退型コーピングと第二時点における友人ストレスおよび家庭生活ストレスを投入した。ステップ3では、コーピングスキルと対人ストレスの交互作用効果を調べるために、家庭ストレスおよび友人ストレスと従事型コーピングおよび撤退型コーピングの交互作用項を投入した。

分析の結果、最終的な回帰式の決定係数は有意であった。ステップ1からステップ2にかけて決定係数の有意な増加が見られ、ステップ2からステップ3にかけても有意な増加が見られた。説明変数の主効果について検討したところ(ステップ統計量参

Table 2-9

第二時点の抑うつ症状を基準変数とした階層的重回帰分析の結果

変数	ステップ統計量			最終統計量	
	ΔR^2	$B(SEB)$	β	$B(SEB)$	β
ステップ 1	.32 ***				
抑うつ症状 T1		.60(.09)	.56 **	.37(.11)	.34 **
ステップ 2	.18 **				
性別		.83(.85)	.08	.72(.85)	.07
父親サポート T1		.13(.10)	.12	.06(.11)	.05
母親サポート T1		-.26(.12)	-.21 *	-.19(.12)	-.17
仲間サポート T1		.06(.12)	.05	.07(.11)	.05
受入れ度 T1		-.12(.21)	-.07	-.07(.21)	-.05
親しい友人数 T1		.12(.24)	.07	.08(.24)	.05
従事型コーピング T1		.10(.15)	.05	.09(.15)	.05
撤退型コーピング T1		.52(.20)	.27 *	.52(.19)	.27 **
家庭ストレス T2		.15(.13)	.13	.12(.13)	.10
友人ストレス T2		.13(.10)	.15	.13(.09)	.15
ステップ 3	.06 *				
従事型コーピング T1×家庭ストレス T2				.01(.05)	.02
撤退型コーピング T1×家庭ストレス T2				.11(.05)	.27 *
従事型コーピング T1×友人ストレス T2				.06(.04)	.19 †
撤退型コーピング T1×友人ストレス T2				-.05(.04)	-.15
Total R ²	.55 **				

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$

照), 第一時点の抑うつ症状は有意に第二時点の抑うつ症状を予測しており, 第一時点の抑うつ症状が高いほど後の抑うつ症状が高いことが明らかになった。対人関係要因については, 第一時点の抑うつ症状を統制した上で, 撤退型コーピングと母親サポートが第二時点の抑うつ症状を有意に予測した。児童の撤退型コーピングの水準が高いほど, 後の抑うつ症状が高いという関連が示された。また, 知覚された母親サポートが高いほど, 後の抑うつ症状が低いという関連が明らかになった。対人ストレスとコーピングスキルの交互作用項を投入した最終的なモデルでは(最終統計量参照), 母親サポートの標準偏回帰係数は有意でなくなり, 家庭ストレスと撤退型コーピングの交互作用項が有意に第二時点の抑うつ症状を予測した。この交互作用効果を視

覚的に検討するため(今津, 2005; 前田, 2008), 家庭ストレス得点が-1標準偏差および+1標準偏差の場合の単回帰直線を図示した(Fig. 2-5)。単回帰直線の傾きから, 家庭ストレスが高い場合に, 撤退型コーピングが高い児童は後の抑うつ症状の増加が顕著であることが明らかになった。さらに, 友人ストレスと従事型コーピングの交互作用項は, 抑うつ症状の予測について有意な傾向を示した。この交互作用効果を単回帰直線によって図示したところ(Fig. 2-6), 友人ストレスが高い場合において従事型コーピングが高いほど後の抑うつ症状が高く, 友人ストレスが低い場合においては, 従事型コーピングが高いほど後の抑うつ症状が低いことが示された。ソシオメトリックテストによって測定した受入れ度(得点範囲: 0-16)および親しい友人人数(得点範囲: 0-14)は, いずれも後の抑うつ症状を有意に予測しなかった。

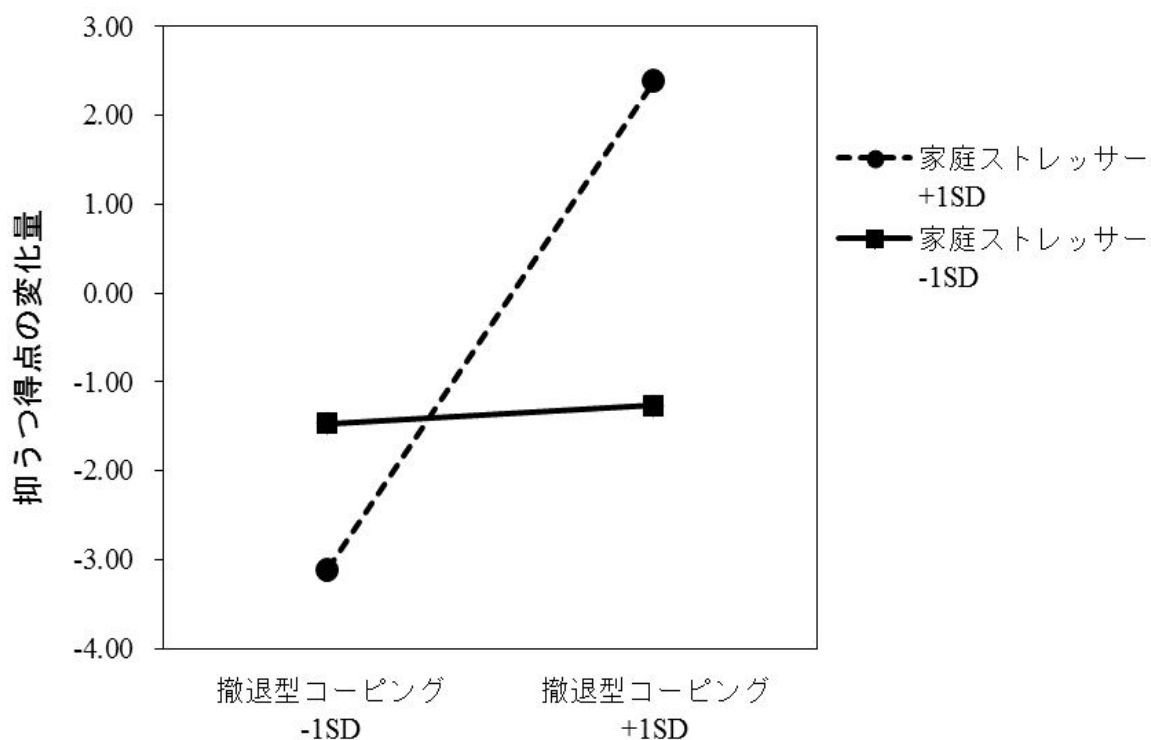


Fig. 2-5. 第二時点の抑うつ症状の予測における家庭ストレスと撤退型コーピングの交互作用

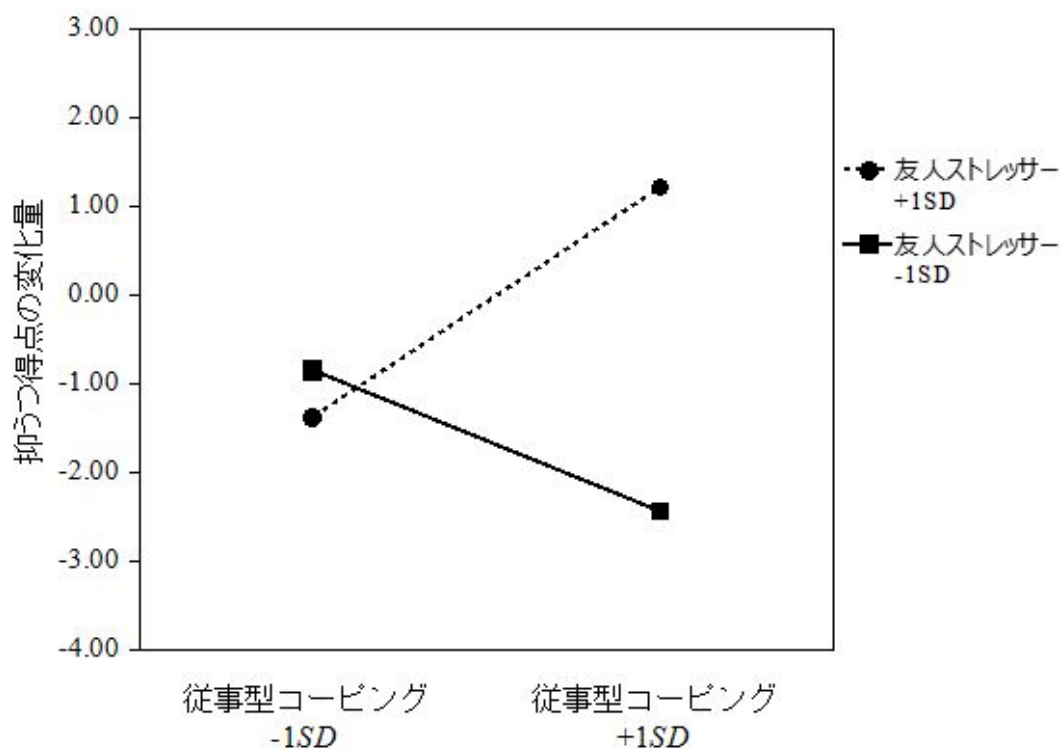


Fig. 2-6. 第二時点の抑うつ症状の予測における友人ストレスと従事型コーピングの交互作用

2-3-4 考察

本研究の目的は、児童のコーピングスキル、ソーシャルサポート、仲間関係、対人ストレスが9か月後の抑うつ症状を予測するかについて明らかにすることであった。また、対人ストレスとコーピングスキルの交互作用効果にも焦点をあて、抑うつ症状との関連を検討した。本研究の対象児の抑うつ得点は、これまでに国内で報告された調査研究(4年時 9.29, 5年時 9.28; 佐藤他, 2006)と比較するとやや低い平均値を示したが、臨床基準値を超える児童の割合はほぼ同程度であった(8.12%; 傳田他, 2004; 11.6%; 佐藤他, 2006)。

本研究における階層的重回帰分析の結果からは、第一時点の抑うつ症状が後の抑うつ症状を最もよく予測することが明らかになった。この結果は、先行研究と一致する結果である。Nolen-Hoeksema et al.(1992)は小学3年生の児童を対象として、6か月ごとに5年間にわたって抑うつ症状と心理社会的要因の関連を調べている。この調査の

結果では、ライフイベントや悲観的な説明スタイルなどが後の抑うつを予測したが、一貫して最も高い予測力を示した要因は前の時点の抑うつ症状であった。児童の抑うつ症状に対して適切な支援がなされない場合に、症状が長期化する可能性が指摘されているが(石川, 2013), 本研究の結果からも、抑うつに対する早期の予防教育の重要性が示されたといえるだろう。

対人関係要因については、第一時点の抑うつを統制した上で、撤退型コーピング、母親サポート、および対人ストレスとコーピングスキルの交互作用が後の抑うつ症状を予測することが明らかになった。後の抑うつを有意に予測した交互作用は、家庭ストレスと撤退型コーピングの交互作用項であり、友人ストレスと従事型コーピングの交互作用項は有意な傾向を示した。これらの結果は、本研究の仮説を部分的に支持するものであった。

まず、児童のコーピングスキルと抑うつとの関連においては、対人ストレスに対して「ひとりになる」や「どうしようもないのであきらめる」などを含む撤退型のコーピングが、後の抑うつ症状の悪化を有意に予測することが示された。また、この関連性は家庭ストレスが高い場合に顕著になることが明らかになり、本研究の仮説を支持する結果であった。家庭でのストレスが高まった時に、それに対して回避的な対処を行うことで、結果的には問題の解決や周囲からのサポートを得られる可能性が低くなるのかもしれない。このような状況の下では、抑うつ症状がさらに悪化するという可能性が考えられ、理論的な説明とも合致する(Garber et al., 2009)。本研究の結果は、抑うつ症状とコーピングスキルとの関連における家庭ストレスの調整効果を明らかにした点で、友人ストレスの調整効果を調べた先行研究に新たな知見を加えるものである。

友人ストレスと従事型コーピングの交互作用は、抑うつ症状の予測において有意な傾向を示した。友人ストレスが低い場合では、従事型コーピングをよく用いる児童ほど後の抑うつが低いという関連が見られた。しかし仮説と異なり、友人ストレスが高い場合には、従事型コーピングは後の抑うつ症状の悪化を予測するという結果が得られた。一つの可能性としては、友人ストレスが低い場合には児童はそれ

らにうまく対処し、問題を解決していくことができるため、抑うつ症状を低下させることができるのかもしれない。その一方で、友人ストレスが高まった場合には、問題に対処しようとしてもそれらの多くを効果的にコントロールすることができず、結果的に失敗経験が重なって抑うつを悪化させてしまう可能性が考えられる。三浦・坂野(1996)の中学生を対象とした調査では、友人ストレスに対して積極的対処を多く行う中学生ほど、ストレス反応としての不安・抑うつ症状が高いことを報告しており、本研究の結果と一致する。また、Laursen, Finkelstein, and Betts(2001)によると、仲間との葛藤に対する児童期の子どものコーピングは、思春期・青年期に比べて威圧的な方略が多くを占め、発達に伴ってより向社会的な交渉や非交戦的対処といった方略に取って代わられるようになることを指摘している。友人ストレスに対して対峙するコーピングが威圧的に実行される場合には、それらは積極的なアプローチであるにもかかわらず効果的な調整機能を果たさず、より抑うつを高めてしまうという可能性が考えられる。児童の抑うつと攻撃性、社会的スキルの未熟さとの関連については、これまでも報告されている(Segrin, 2000; 武田(六角), 2000)。今後は、コーピングスキルの発達のな変化を考慮した検討を行い、児童期の抑うつ低減に有効なコーピングスキルおよびその実行の仕方についてさらに検討する必要がある。

次に、ソーシャルサポートと抑うつとの関連について検討する。本研究では、児童が知覚したソーシャルサポートの中でも、母親サポートが後の抑うつの低さを予測することが明らかになった。その他のサポート源である父親サポートと仲間サポートについては、後の抑うつ症状の変化を予測しなかった。これらの結果は、多くの先行研究によって報告された結果と一致する(例えば、Lewinsohn et al., 1994; Stice et al., 2004; 菅原他, 2002; Windle, 1992)。児童期において、話を聞いてもらったり、悩みに対する助言をもらうといった母親からのサポートは、家庭の中でもサポートを得られる機会が多く(菅原他, 2002)、仲間のサポートよりも安定的で質の高いものである可能性が指摘されており(Stice et al., 2004)、頑健な保護因子であると考えられる。一方で、仲間サポートは後の抑うつの変化を予測しなかった。この結果の説明としては、サポート源によって抑うつ症状との関連の方向性が異なるという可能性が考えられる。Stice et

al.(2004)による調査結果では、親のサポートは2年後の抑うつ症状の悪化を予測し、抑うつ症状は2年後の仲間サポートの低減を予測することが示された。抑うつ症状の対人モデルでは、抑うつ者の対人行動(例えば、自己卑下する発言)が周囲にとって不快なために、結果として周囲の者が徐々に抑うつ者を避けるようになっていくという“サポートの減衰(support erosion)”が起こる可能性を提起している(Coyne, 1976a)。この現象は親によるサポートでは見られず、仲間サポートにおいて見られるという報告もある(Stice, Rohde, Gau, & Ochner, 2011)。本研究で得られた、仲間サポートと抑うつ症状が同時点では有意な負の相関が見られたものの、後の抑うつ症状を予測しなかったという結果は、抑うつ症状の対人モデルで示されるサポートの減衰の可能性を示唆している。この点を明らかにするためには、抑うつ症状が後のサポートの変化を予測するかどうかを検討する必要がある。

本研究では、ソシオメトリック指名法によって測定した児童の仲間関係は後の抑うつ症状の変動を予測しなかった。Schwartz et al.(2008)で報告されているように、仲間関係はそれ単独では抑うつ症状を予測せず、学業成績など他の領域のコンピテンス(Cole, 1991)との交互作用によって抑うつ症状の変動を予測するという可能性が考えられる。また対人モデルから推察される説明では、仲間サポートと同様に児童の仲間関係は、抑うつ症状が変化した結果として変動する可能性も考えられる。例えば、抑うつ症状が高まり、落ち込んだ気分での楽しみを感じにくくなっている児童は、仲間との楽しい交流が持てず孤立し、次第に仲間が抑うつ症状の児童を敬遠するようになるという事態である。この関連性を明らかにするために、抑うつ症状が後の仲間関係を予測するかを検討することが今後期待される。

本研究の限界点について、1点目はコーピングスキルの測定の課題がある。本研究で用いた尺度は、大竹ほか(2001)の尺度を再分析して使用したものであった。再分析の結果から構成した尺度に含まれる項目は合計8項目であった。先行研究で開発された子どものコーピング尺度と比較した場合に(57項目; Connor-Smith et al., 2001)、本研究で用いた尺度の項目数では児童のコーピングスキルを十分に含んでいるとは考えにくい。今後はより包括的なコーピング尺度を用いて、児童期の抑うつ低減に効果的な

コーピングスキルを明らかにしていく必要がある。2点目は、本研究で取り上げた変数のほとんどが児童の自己報告によって測定したことが挙げられる。特に抑うつ症状の高い児童は、自らの能力を実際よりも低く見積もる傾向があるため(McGrath & Repetti, 2002), 報告にネガティブなバイアスがかかっている可能性が挙げられる。今後は、複数の情報源や複数の方法を用いたアセスメントを行うことで、より精確な知見が得られると考えられる。

本研究の結果から、児童のコーピングスキルおよび母親サポート、対人ストレスラーが後の抑うつを有意に予測することが明らかになった。また、児童のコーピングスキルと抑うつに関連においては、家庭ストレスラーおよび友人ストレスラーの高さによって関連性が異なることが示された。これらの結果は、抑うつに対する対人モデルを支持するものであった。今後も、抑うつに対する対人モデルに基づいたアセスメント研究を行うことで、児童と児童を取り巻く社会的環境との相互作用が明らかになり、抑うつへの介入に必要な要素をより明確にすることができるであろう。

第3章 社会的環境へのアプローチによる抑うつへの介入プログラムの 実践研究

3-1 研究4：児童の抑うつ症状に対する学級規模の PPR と集団随伴性の効果： 社会的環境へのアプローチの試み

3-1-1 問題と目的

第2章における児童の抑うつ症状と対人関係要因の行動アセスメント研究より、児童の対人関係要因と抑うつ症状との間に密接な関連が示された。さらに社会的相互作用の分析より、抑うつ症状を示す児童は学校環境において仲間から孤立することが多く、向社会的行動の相互交換による仲間との楽しい交流が少ないことが明らかになった。これらの結果は抑うつへの対人・行動モデルと一致するものであり、抑うつ症状を示す児童は仲間からの正の強化を受けにくい社会的環境にいることが示された。そこで第3章では、児童の向社会的な相互作用を促進する介入プログラムを実施し、抑うつ症状に対する有効性を検討した。特に研究2の行動観察研究の結果から、抑うつを示す児童は、仲間からの向社会的行動による働きかけの下では孤立・引っ込み思案行動が起こりにくく、仲間の働きかけに応えることができる回数が増えることが示されていることから、社会的環境としての仲間の行動に焦点をあてた介入を計画した。

対人・行動モデルから、多くの児童にとって正の強化を受ける活動である仲間との楽しい交流の少なさが、抑うつ症状を引き起こす要因の一つであることが示唆される。したがって理論的には、学校環境において児童の適切な対人行動に対する仲間からの正の強化が増えることで、抑うつ症状を改善させられる可能性がある。正の強化を増やすためには、児童のスキルを向上させるだけでなく、社会的環境である仲間への介入も重要である。対象となる児童のスキルが一定の場合においても、適切な対人行動を強化する仲間の行動(例えば、注目する、感謝を伝える、ほめるなど)を増やすことで正の強化が増加すると考えられる。

学校における積極的行動支援(Sugai & Horner, 2006)の分野において、児童のスキル

(向社会的行動)を促進する社会的環境への介入として、仲間の強化行動(例えば、注目する、ほめる、感謝を伝えるなど)を増やす「仲間による肯定的報告法」(Positive Peer Reporting; PPR)が実施されている。PPRでは、児童が他の児童の親切行動などの適切な対人行動を日常場面の中で観察し、それを称賛する報告を行う。さらに教師は、適切な対人行動を行った児童だけでなく、仲間児童の報告を称賛することで肯定的な報告行動を強化する。このことから、PPRは、支援対象児童の適応行動を強化する仲間という社会的環境を整備することに主眼を置いたアプローチといえる。PPRは社会的相互作用における正の強化を増加させる介入であるため、児童の抑うつ症状を改善させる可能性があると考えられる。

近年では、児童のポジティブな報告行動をより促進するために、PPRに集団随伴性を組み合わせた研究が行われている。集団随伴性とは、ある特定の個人または集団全員の遂行基準に応じて、集団に対して結果(報酬、評価、賞賛等)が随伴されることをいう(Litow & Purmroy, 1975)。例えば、Cihak, Kirk, and Boon(2009)は小学3年生の児童19名の学級でPPRと集団随伴性による介入を行い、児童の破壊的行動問題に対する低減効果を検討している。この研究では、児童の肯定的な報告数がクラス全体で目標数に達した場合に特別な休憩時間などの報酬が与えられるという集団随伴性が設定された。介入の結果、破壊的行動問題がベースラインから有意に減少していることが確認された。児童の抑うつに対する介入研究において、社会的環境へのアプローチの重要性は繰り返し指摘されてきたが、社会的環境である仲間の行動(対象児に対する社会的な強化)に焦点をあてた介入によって抑うつ症状の改善を図った研究はほとんど行われていない。

以上のことから、研究4ではPPRと集団随伴性を組み合わせた介入を学級単位で実施し、児童の抑うつ症状に及ぼす影響を検討することを目的とした。また、本研究は学校現場で教師が中心となって介入を実施するため、介入の社会的妥当性を検討した。子どもの抑うつに対する早期支援では、うつ病の発症リスクが急激に高まる青年期よりも前の段階の年齢を対象として介入が行われることが望ましいとされている(Horowitz & Garber, 2006; 佐藤他, 2009)。したがって、本研究では小学5年生を介入の

対象とした。仮説として、PPR と集団随伴性を組み合わせた介入プログラムにより、児童の仲間関係が促進され、抑うつ症状は減少すると考えた。

3-1-2 方法

対象児童

公立小学校 1 校に在籍する 5 年生 1 学級(平均年齢 10.82 歳; 男子 20 名, 女子 13 名)がプログラムに参加した。プログラムに参加した小学校は、市街地に位置する中規模校であった。著者は発達障害者支援センターの職員として、対象となった小学校の特別支援教育および児童の学校適応支援に関するコンサルテーションを本研究の実施時点で約 3 年間行っていた。介入の対象となったクラスでは、担任教師より仲間関係がうまく構築できず休憩時間に孤立していることが多い児童や、「どうせ自分にはできない」などの自信の無さを表す発言が目立つ児童が在籍しているという報告があり、支援を必要としていた。そのため本研究は、児童の学校適応を支援する援助活動の一環として教師と協働のもとで実施した。なお本研究のプログラムは、事前に学校長、特別支援教育コーディネーター、担任教師および児童に説明を行い、同意を得て行われた。

介入プログラムの実施方法

実施状況 プログラムは 2014 年 1 月から 3 月にかけて、合計 25 日間の期間で毎日実施された。介入は学級内で行われ、勤続 5 年目の男性の担任教師がプログラムの実施を担当した。プログラムの実施に際しては、著者と実施クラスの担任教師、特別支援教育コーディネーターが事前に合計 5 時間および実施期間中に合計 6 時間の打ち合わせを行った。打ち合わせでは、プログラムの進行や児童への説明の仕方等が書かれた冊子を担任教師に手渡し、実施方法の確認を行った。介入の効果を調べるために、児童の抑うつ症状および仲間関係について、介入前と介入後に査定を行った。

導入セッション 介入プログラムは、PPR と集団随伴性を組み合わせて実施した。介入プログラムの実施に際して、取り組み全体の説明と児童の同意を得た後にプログラムの導入セッションを実施した。導入セッションでは、朝の授業前の約 15 分間を使って、PPR と集団随伴性の説明および練習を行った。

PPR については、報告の対象となる仲間児童の向社会的行動の説明と報告カードの記入方法の説明、児童による報告の練習の順に実施した。まず向社会的行動の説明では、担任教師が児童に対して口頭で「仲間の良い行動(向社会的行動)」の例示を行った。児童に例として挙げた向社会的行動には、友達を助ける、親切にする、一生懸命課題に取り組むなどの適切な対人行動および学業行動が含まれた。そして、毎日の学校生活の中で仲間の具体的な向社会的行動を見つけて報告するように教示した。向社会的行動の報告は、(a)ある特定の状況における仲間の行動を報告すること、(b)実際に観察した具体的な行動を報告すること、(c)同じクラスの仲間が行った行動の報告であること(自分や教師、他のクラスの児童の行動は報告しない)、(d)学校の時間に見つけた行動の報告であること、という基準を満たすように伝えられた。次に、児童に報告カードを配布し、記入方法の説明を行った。報告カードは、縦 7cm、横 9cm のカードで、「誰が(向社会的行動を行った児童の名前)」、「いつ(どの場面で)」、「何をしていたか(向社会的行動の内容)」、「サイン(報告者の名前)」を書き込む様式であった。報告カードを用いることにより、児童が仲間の具体的な向社会的行動を観察し、報告できるようにした。報告カードの説明に続いて、報告の練習として児童自身が向社会的行動の例を考えて報告カードに記入するよう指示し、数名の児童に発表させた。児童が発表した向社会的行動の内容が上記の基準に合致する場合には賞賛し、適切でない場合には正しい内容をフィードバックすることで、他の児童へのモデルを示した。

次に、集団随伴性についての説明を行った。説明では、児童が提出した報告カードがクラス全体で目標数に達したら、活動性強化子として、クラス全体での遊びや通常の宿題に代わる特別な宿題(今日はおうちの人とたくさん話をしようなど)などの児童が喜ぶレクリエーション活動ができることが伝えられた。また、取り組みを行う中でクラスの全児童の行動が報告カードに書かれる毎に、報告カード 10 枚分のポイントが毎回追加されること、全児童の行動が報告されるためには何日かかってもよいことを合わせて説明した。説明後に、報告カードの目標数とレクリエーション活動の内容を児童の意見を反映させて決定した。

介入セッション 導入セッションが終了した次の日から、介入セッションを開始し

た。介入セッションでは、毎日の朝の会の時間に担任教師から児童全員に報告カードが1枚ずつ配布された。報告する向社会的行動の内容について担任が再度確認した後、児童は一日を通して仲間の向社会的行動を観察し、見つけることができたなら報告カードに記入するよう教示された。児童が仲間の向社会的行動を報告カードに記録した際は、教室の前にある担任教師の机に設置された専用の投函箱に投函することとした。投函箱は担任教師の机に常時設置されており、児童は休み時間などに投函された報告カードを確認することができるようになっていた。報告カードは、授業時間以外であれば自由に投函してよいことになっていた。児童が一日の中で仲間の向社会的行動を複数発見した場合には、担任から新たな報告カードを受け取り、追加の報告をすることができた。担任は、一日の終わりに投函された報告カードを集め、報告数を集計した。一人の児童が同一の仲間児童の同一の向社会的行動を何度も報告した場合には、最初に書かれた報告カード一枚のみをカウントした。また、同一の向社会的行動に対して複数の児童が報告している場合には、それらの報告カードの全てを有効な報告としてカウントした。次の日の朝の会には、担任が前日に投函された報告カードを児童全体に読み上げた。その際に担任は、報告を行った児童に対して仲間の向社会的行動を見つけたことができたことと報告カードを適切に書くことができたことを賞賛した。また、報告カードに書かれた児童が行った向社会的行動についても賞賛し、クラス全体に向けて今後もできるだけ多くの報告カードを書いて投函するよう励ました。さらに、黒板には日々の報告カードの累積数が記録され、全ての児童が見ることができるよう提示されていた。クラス全体の報告数があらかじめ設定した目標数(例えば、100)に達した次の日からは、目標数をさらに増やし(例えば、150)、新たなレクリエーション活動を再度設定して介入を継続した。新たな目標数およびレクリエーション活動の内容は、その都度クラス全体で話し合い決定した。

測定尺度

プログラムの効果を測定するために、以下の質問紙の実施と報告カードの集計を行った。児童に対して行った質問紙は、担任教師が授業時間あるいは放課後の時間を利用して、児童に質問紙の冊子を配布し学級で集団実施した。

児童の抑うつ症状 抑うつ症状の査定には、DSRS 日本語版(村田他, 1996)を用いた。本研究における内的整合性は、介入前が $\alpha = .81$ 、介入後が $\alpha = .80$ であった。

仲間関係 ソシオメトリック指名法を用いて児童の仲間関係を測定した。配布した用紙に「一緒によく遊ぶ友だち」の児童名について、上限を設定せずに記述するよう教示を行った。友達として指名した児童の数を「指名数」、他児童から指名を受けた数を「受入れ度」、指名の相互一致数を「親しい友人数」としてそれぞれ算出した。

報告数 児童によって報告された報告カードの数を一日ごとに集計し、報告の基準を満たした報告カードの合計を報告数として算出した。また、それぞれの児童について他の児童から報告された数を集計し、被報告数として算出した。児童の報告数の信頼性を確かめるため、ランダムに選んだ5日分の報告カードに関して記述された内容が基準に合致しているかを確認した。基準に合致して適切に書かれた報告カードについて、著者と研究の目的を知らない評定者1名の評定者間の一致率信頼性を算出した。一致率信頼性は、評価の一致数を一致数と不一致数の和で除して100を掛けた値として算出した。本研究において、適切に書かれた報告カード(118枚)の一致率信頼性の平均値は97.46%(範囲: 88.89-100%)であった。

社会的妥当性 本プログラムは、研究実施者である著者が教師との協働によって計画し、担任教師が教室の中で児童に対してプログラムを実施した。そのため、実施した担任教師に対して、本プログラムの目的、方法、結果や効果などについての満足度である社会的妥当性(松岡・加藤, 2004)を査定する必要があると考えた。

そこで、本プログラムの終了時に、選択式の質問紙と自由記述式の質問紙を学級担任に実施した。選択式の質問紙は、介入の効果や介入の受け入れやすさなどを6件法で回答するものであり、Martens, Witt, Elliott, and Darveaux(1985)の Intervention Rating Profile-15(IRP-15)をもとに作成した。IRP-15から得られた合計点が52.5点以上であれば、介入の受け入れやすさが高いことを示すとされている(Cihak et al., 2009)。自由記述式の質問紙には、介入の感想と今後の課題の2点について回答を求めた。

3-1-3 結果

結果の分析では、欠席等により介入前と介入後のいずれかの質問紙に回答しなかつ

た4名の児童は除外し、29名を分析の対象とした。この4名の中に、臨床基準値を超える抑うつ得点を示した児童はいなかった。

まず、本研究の介入手続きによって、児童が仲間の向社会的行動をどの程度報告できていたかを確認した。児童が介入期間中に行った仲間の向社会的行動の報告数は、一日の平均が21.36であった。クラス全体の日当たりの報告数の最大値は74であり、最小値は4であった。全ての児童が介入期間中に、一人当たり少なくとも1回以上の肯定的報告を行い(得点範囲: 1-62)、3回以上の肯定的報告を他児童から受けていた(得点範囲: 3-86)。集団随伴性の手続きで設定した目標数は、介入期間中に合計3回達成され、児童は達成のたびにあらかじめ決められたレクリエーション活動を行うことができた。

次に、児童の抑うつ症状に対する介入の効果を検討するため、介入前と介入後の平均DSRS得点を比較した(Table 3-1)。*t*検定を行った結果、介入前から介入後においてDSRS得点が有意に減少していることがわかった($t(28) = 2.13, p = .042, d = 0.32$)。DSRS得点の臨床基準値を超える児童数は、介入前が2名であり、介入後は1名であった。介入後において基準値を超えた1名の児童は、介入前に基準値を超えた児童と同一の児童であった。

Table 3-1

抑うつ得点(DSRS), ソシオメトリックテストの平均値, 標準偏差および*t*値

	介入前		介入後		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
抑うつ症状(DSRS得点)	8.38	(4.54)	7.00	(4.01)	2.13*
仲間関係(ソシオメトリックテスト)					
指名数	3.66	(1.26)	4.07	(1.22)	2.12*
受入れ度	3.79	(1.63)	3.86	(1.79)	< 1
親しい友人数	2.76	(1.15)	2.69	(1.28)	< 1

$n = 29, df = 28, *p < .05$

次に、児童の仲間関係に対する介入効果を検討するため、介入前と介入後のソシオメトリックテストの得点を比較した。ソシオメトリックテストの3つの指標についてそれぞれ t 検定を行ったところ、指名数のみ介入前から介入後にかけて有意に増加していた ($t(28) = 2.12, p = .043, d = 0.33$)。受入れ度および親しい友人数には有意な変化が見られなかった(受入れ度: $t(28) = .25, ns$; 親しい友人数: $t(28) = .40, ns$)。

介入プログラムの社会的妥当性について検討したところ、担任教師は PPR および集団随伴性による本研究の介入は、受け入れやすいものであると報告した。IRP-15 の項目では、「取り組みは受け入れやすいものであった」、「児童にとってためになるものであった」等の 11 項目において「そう思う」または「とてもそう思う」と回答し、「今回の取り組みでなければ問題の改善は難しかった」、「いつも学級で使っている方法と一貫したものであった」等の 4 項目において「少し思う」と回答した。合計得点は 73 点で高いと判断できる得点であった。

3-1-4 考察

本研究の目的は、学級規模の PPR および集団随伴性による介入プログラムを実施し、児童の抑うつ症状と仲間関係に対する有効性を検討することであった。本研究の対象児の介入前の抑うつ得点は、これまでに国内で報告された調査研究(8.40±5.26, 傅田他, 2004; 9.29±5.31, 佐藤他, 2006)と比較するとほぼ同等の値を示した。本研究の結果、PPR と集団随伴性を組み合わせた介入プログラムは、児童の抑うつ症状の低減に有効であることが示された。仲間関係に対しては、明確な効果は見られなかったが、児童にとって「友達である」と指名する数が増えるという部分的な効果が見られた。また、介入プログラムは、実施した担任教師に受け入れられやすいものであり、社会的妥当性が高いことが示された。これらの結果は仮説を支持するものであった。

まず本研究の結果は、児童が学校場面の中で互いの具体的な向社会的行動を観察し、肯定的に報告できることを示しており、先行研究(Cashwell, Skinner, & Smith, 2001)と一致するものであった。そして、PPR が児童の抑うつ症状を低減させる効果を示した点で先行研究を拡張する新たな知見が得られたといえる。

PPR は、どのように抑うつ症状の低減をもたらしたのであろうか。抑うつの対人・

行動モデルでは、児童が社会的環境から受ける正の強化の割合が増えることで、抑うつ症状の改善が導かれることが示されている(Lewinsohn, 1975; Martell, Addis, & Jacobson, 2001)。この説明を本研究の結果に照らすと、PPRによって児童の向社会的行動が仲間や教師から注目されやすくなり、社会的相互作用の中で向社会的行動に対する仲間からの肯定的なフィードバックが増え(正の強化の割合の増加)、抑うつ症状を低減させたと推測できる。また、肯定的報告をクラス全体で共有することで、どのような行動が仲間に喜ばれるのかが明確になり、これが児童の向社会的行動のレパトリー(レパトリー)の拡大につながった可能性もある(Cihak et al., 2009)。向社会的行動のレパトリーが拡大すれば、仲間からの肯定的なフィードバックを受ける機会も増えるため、さらなる正の強化の増加につながると考えられる。先行研究では、PPRによって児童同士のポジティブな社会的相互作用が促進され(Ervin et al., 1996)、社会的に孤立する児童が減ることが報告されている(Morrinson & Jones, 2007)。本研究においては、担任の日常の観察から、介入プログラムを実施することで児童の親切行動などの向社会的行動が増え、特に集団随伴性を導入した期間では互いに向社会的行動を促す場面も多く見られたというエピソードが報告された。しかし、社会的相互作用の変化の指標として用いたソシオメトリックテストの結果では、PPRの効果は限定的であり仲間関係の改善を示すデータはほとんど得られなかった。本研究で用いたソシオメトリック指名法は、児童に対して「一緒によく遊ぶ友達」を指名させるものであったため、児童の仲間関係がある程度固定化されつつある高学年においては、約2か月間の介入では変化しにくい可能性がある。本研究よりも年齢の低い児童(小学3年生)を対象としたPPR研究では、本研究と同様の測定指標を用いて仲間関係が促進されたことを報告している(Morrinson & Jones, 2007)。児童期後期から思春期にかけての仲間関係の変化をとらえるためには、量的側面だけでなく仲間関係における親密さや満足度、対人相互作用における行動連鎖などといった質的側面にも焦点をあてPPRおよび抑うつとの関連を検討する必要がある(Nangle, Erdley, Newman, Mason, & Carpenter, 2003)。

本研究の介入プログラムは、学校現場で担任教師が中心となって実施するものであった。そのため、介入プログラムの社会的妥当性を評価したところ、プログラムは担

任教師にとって受け入れやすく妥当性の高いものであると評価された。この結果は、PPRの社会的妥当性の高さを報告したいくつかの先行研究と一致する(Cihak et al., 2009; Morrison & Jones, 2007)。本研究に参加した学級では、普段から児童の「よいところ」をお互いに見つけられるように担任教師が様々な指導をしていた。そのため、担任教師の普段の指導方針と介入プログラムの目的とが合致していたことが、介入の受け入れやすさを高めた要因であると考えられる。その一方で、介入プログラムの手続きに関して、学校行事や校外学習がある日では、児童が報告カードを書く時間や、担任教師が児童の報告に対してフィードバックする時間を十分に取れなかったという課題があげられた。介入期間中に児童の報告数が最小値を示した日は、学校行事によって普段の時間割と異なり、取り組みの時間を十分に確保できなかったことが報告されている。今後は、児童がより短時間で肯定的報告ができるような工夫や、教師が効率よくフィードバックできる手続きの開発が望まれる。

また、本研究ではPPRと集団随伴性を組み合わせて実施しているため、抑うつ症状に対する効果がPPR単独によるものか、集団随伴性との組み合わせによるものなのかについては明らかにならなかった。今後は介入要素を分けて実施し、それぞれの効果を比較する必要がある。

3-2 研究5：児童の抑うつ症状に対する学級規模の PPR と集団随伴性の効果：介入要素の分析

3-2-1 問題と目的

研究4では、児童の抑うつ症状に対して PPR と集団随伴性を組み合わせた介入パッケージを実施し、その有効性を検討した。その結果、介入パッケージによって児童の抑うつ症状の改善が示され、仲間関係の促進についても部分的な効果がみられた。しかし、研究4では PPR と集団随伴性を組み合わせて実施しているため、抑うつ症状に対する効果が PPR 単独によるものか、集団随伴性との組み合わせによるものなのかについては明らかになっていない。介入パッケージの構成要素を分けて検討することで、介入に必要な要素と不要な要素が明らかになれば費用対効果の高いプログラムの開発につながる。

このことから研究5の目的は、PPR 単独で実施した場合と PPR と集団随伴性を組み合わせた介入を実施した場合の効果を比較し、介入要素による効果の違いを検討することであった。仮説として、PPR 単独で介入を行うよりも、PPR と集団随伴性を組み合わせた介入の方が抑うつ症状に対してより大きな低減効果を持つと考えた。

3-2-2 方法

対象児童

研究4と同一の小学校の別の学級を対象に実施した。対象学級は、5年生1学級(平均年齢10.81歳;男子19名,女子13名)であった。研究4と同様に、介入プログラムの説明は事前に学校長、特別支援教育コーディネーター、担任教師および児童に対して行い、同意を得て実施された。

介入プログラムの実施方法

実施状況 プログラムは2014年2月から3月にかけて、合計25日間の期間で毎日実施された。本研究の介入プログラムは、PPRのみを行うフェイズ1と PPR と集団随伴性を組み合わせて実施するフェイズ2から構成された。フェイズ1は4日間実施し、フェイズ2は21日間実施した。介入は学級内で行われ、勤続5年目の女性の担任教師

がプログラムの実施を担当した。プログラムの実施に際しての著者と担任教師、特別支援教育コーディネーターの打ち合わせは、時間および内容ともに研究 4 と同様であった。介入の効果を調べるために、児童の抑うつ症状および仲間関係について、介入前とフェイズ 1 の後(介入後 1)、フェイズ 2 の後(介入後 2)に査定を行った。

導入セッションと介入セッション 導入セッションでは、フェイズ 1 が始まる前日に PPR の説明と練習を行った。説明と練習の内容は研究 4 と同様であり、担任教師が行った。フェイズ 1 が終了した次の日に集団随伴性の導入セッションを実施し、続いてフェイズ 2 を開始した。担任教師より児童に対して集団随伴性の説明が行われ、目標数およびレクリエーション活動の設定は、研究 4 と同様に行った。

測定尺度

本研究では、研究 4 と同様の測定尺度を用いて、児童の抑うつ症状、仲間関係、報告数および社会的妥当性の測定を行った。実施方法についても研究 4 と同様であった。DSRS の内的整合性は、介入前が $\alpha = .73$ 、介入後 1 が $\alpha = .82$ 、介入後 2 が $\alpha = .78$ であった。報告数の信頼性を調べるために、ランダムに選んだ 5 日分の報告数(177 枚)について、研究 4 と同様に 2 名の評定者により一致率信頼性を算出したところ、平均値は 96.05%(範囲: 92.59-98%)であった。

3-2-3 結果

結果の分析では、欠席等により介入前と介入後のいずれかの質問紙に回答しなかった 1 名の児童は除外し、31 名を分析の対象とした。

まず、本研究の介入手続きによって、児童が仲間の向社会的行動をどの程度報告できていたかを確認した。児童が介入期間中に行った仲間の向社会的行動の報告数は、一日の平均が 30.92 であった。また、クラス全体の日当たりの報告数の最大値は 96 であり、最小値は 4 であった。全ての児童が介入期間中に、一人当たり少なくとも 4 回以上の肯定的報告を行い(得点範囲: 4-61)、7 回以上の肯定的報告を他児童から受けていた(得点範囲: 7-70)。介入フェイズごとみると、PPR のみを行った介入 1 では、一日当たりの平均報告数は 27.33 であり、PPR と集団随伴性を組み合わせた介入 2 では 31.67 であった。介入 1 から介入 2 にかけて、児童一人当たりの一日の平均被報告

Table 3-2

抑うつ得点(DSRS), ソシオメトリックテストの平均値, 標準偏差および F 値

	介入前		介入後1		介入後2		時期
	M	SD	M	SD	M	SD	F
抑うつ症状(DSRS得点)	6.61	(3.90)	5.87	(4.27)	5.23	(4.10)	7.42 **
仲間関係(ソシオメトリックテスト)							
指名数	4.61	(0.88)	4.45	(1.29)	4.42	(0.85)	< 1
受入れ度	4.74	(2.38)	4.45	(1.63)	4.39	(2.09)	< 1
親しい友人数	3.00	(1.32)	2.90	(1.35)	2.45	(1.36)	1.80

$n = 31, df = 1, 30, **p < .01$

数は 1.02($SD = 0.74$)から 1.26($SD = 0.64$)に増加しており, この差は有意傾向であった ($t(28) = 1.88, p = .071, d = 0.35$)。集団随伴性の手続きで設定した目標数は, 介入期間中に合計 3 回達成され, 児童は達成のたびにあらかじめ決められたレクリエーション活動を行うことができた。

次に, 児童の抑うつ症状に対する介入の効果を検討するため, 分散分析を行った (Table 3-2)。その結果, 時期の効果は有意であった ($F(2, 60) = 7.42, p < .01, \eta^2 = .20$)。Bonferroni による多重比較を行ったところ, 介入前から介入後 1 にかけての DSRS 得点の減少は有意傾向であり ($p = .07, d = 0.18$), 介入前から介入後 2 にかけては有意な減少がみられた ($p = .01, d = 0.35$)。一方で, 介入後 1 と介入後 2 の間に DSRS 得点の有意な差はみられなかった ($d = 0.15$)。DSRS 得点の臨床基準値を超える児童数は, 介入前が 1 名であり, 介入後 1 では介入前と同一の児童 1 名であった。介入後 2 では全ての児童が臨床基準値以下の値を示した。

同様に, 児童の仲間関係に対する介入効果を検討するためにソシオメトリックテストの得点について分散分析を行った。その結果, ソシオメトリックテストにおける 3

つの指標のいずれにも有意な時期の効果は認められなかった(指名数: $F(2, 60) = .52, ns$; 受入れ度: $F(2, 60) = .42, ns$; 親しい友人数: $F(2, 60) = 1.80, ns$)。

介入プログラムの社会的妥当性について検討したところ、担任教師は、本研究の介入は受け入れやすく社会的に妥当であると報告した。IRP-15の項目では、「今回の取り組みをこれからも実施したい」、「取り組みは児童のためになるものであった」等の10項目において「そう思う」または「とてもそう思う」と回答し、「取り組みはさまざまな子どもに適切である」、「取り組みは受け入れやすいものであった」等の4項目において「少し思う」と回答した。「今回の取り組みがなければ問題を改善することが難しかった」の項目には「あまり思わない」と回答した。合計得点は74点であり、社会的妥当性が高いと判断できる得点であった。

3-2-4 考察

本研究では、PPR単独の介入と集団随伴性を組み合わせた介入を分けて実施し、介入要素によって抑うつ症状に対する効果に違いがみられるかを検討した。その結果、児童の抑うつ症状に対してPPR単独で低減効果があり、集団随伴性の手続きは付加的な効果は限定的なものであった。PPR単独の実施期間は4日間であり、比較的短期間の実施でも抑うつの低減がみられた。仲間関係に対しては、PPR単独および集団随伴性を組み合わせたプログラムは、いずれも効果が認められなかった。介入プログラムの社会的妥当性は、実施した担任教に受け入れられやすく、妥当性が高いものであることが示された。

集団随伴性の手続きは、児童の報告行動を増加させ、児童が肯定的報告を受ける数(被報告数)を増やすことを目的として導入した。実際に集団随伴性の導入により児童の被報告数は増加したが、それにもかかわらず仲間関係や抑うつ症状の改善はみられなかった。この仮説と反する結果については、集団随伴性による報告行動の促進が不十分だった可能性が考えられる。集団随伴性の導入により、児童が仲間から受ける肯定的報告の数は増えたが、児童一人が一日あたりに受けた報告数が平均1.02回から平均1.26回への変化であったため、統計的に有意な増加であっても抑うつ症状に影響を及ぼすほどの増加ではなかった可能性が考えられる。今後、集団随伴性を用いる場合

には児童の肯定的報告数の促進を十分に行った上で、抑うつ症状への効果を検討する必要がある。これらの検討を重ねてもなお集団随伴性の付加的効果がみられなければ、抑うつに対しては PPR のみで効果があるとみなすことができる。本研究およびこれに続く研究により、介入パッケージの各要素の効果を検討することで、費用対効果の高いプログラムの構築につながる知見を得ることが可能となる。

本研究の限界点と今後の課題について検討する。第一に、研究デザインにおいて統制条件を設定できなかった点があげられる。本研究では、学校場面における実践的な取り組みの中で介入効果の検討を行ったため、厳密な条件の統制ができなかった。そのため、結果として得られた児童の抑うつ症状の変化が、介入の効果ではなく時期の効果によるものである可能性を否定できない。疫学調査の結果では一般児童の抑うつ得点は小学校高学年から中学校にかけて増加する傾向が示されているが(傳田他, 2004), その一方で抑うつに対する介入を行わない場合においても、抑うつ得点が時間経過に伴って自然に改善するという現象も指摘されている(石川他, 2006)。今後は、統制条件を設けて PPR による介入の効果を検証する必要がある。学校現場において介入を行わない統制条件を設定することには倫理的な問題が生じうるが、介入の時期を学校や学級単位ですらしておこなう待機統制デザインなどによる検証を行うことで(例えば, 石川他, 2010), 倫理的問題にも配慮した効果検討ができると考えられる。第二に、本研究では対象児の数が少なかったことがあげられる。そのため、抑うつ得点が臨床基準値を超える児童の数も非常に少なく、これらの児童の分析が不十分であった。抑うつ予防研究においては、児童全体の抑うつの変化だけでなく、臨床域の抑うつ症状を示す児童の出現をどれだけ抑制することができたかという指標も重要である(Horowitz & Garber, 2006)。今後はよりサンプル数を増やし、臨床基準値を超える抑うつ症状を示す児童、あるいはその出現率に対する PPR の効果を検討する必要がある。第三に、PPR がどのような児童に対してどのように作用し、抑うつ症状の低減をもたらすのかについてより詳細なアセスメントを行う必要がある。例えば、日常の中で仲間が困っている状況をよく察知し、豊富な向社会的行動のレパトリーによって対応できる児童は、そうでない児童よりも頻繁に親切行動を行い、仲間からの肯定

的な報告を受けやすいであろう。つまり、社会的スキルの高い児童はより PPR の恩恵を受けやすい可能性が考えられる。PPR の効果を高める個人のスキルが明らかになれば、それらのスキルトレーニングと PPR と組み合わせて行うことで、より効果の高い介入プログラムを構築することができる。また、本研究では PPR が児童の仲間関係や社会的相互作用にどのような影響を及ぼすかについては明らかにならなかった。PPR の作用機序を明らかにするうえで、社会的相互作用の詳細なアセスメントが必要不可欠である。

本研究では、抑うつへの対人・行動モデルに基づいて児童の社会的環境に対する介入を行い、抑うつ症状への効果を検討した。社会的文脈における子どもと環境の相互作用に焦点をあてることで、個人のスキルのみでなく、それらが適応的に機能するように環境に対してアプローチすることが可能になる。児童の抑うつを社会的文脈の中でとらえたときに、個人のスキルに働きかけることの重要性に変わりはないが、適応スキルが日常生活の中で十分に機能することを目指した社会的環境へのアプローチの探求は今後も不可欠であるといえる。

第4章 総合論議

4-1 本博士論文研究の成果

4-1-1 本博士論文研究のまとめ

児童期から青年期にかけて、約 10-20%の一般児童生徒が臨床的に有意な抑うつ症状を示すことが明らかになってきた。子どもの抑うつ症状は、不登校や学業不振、家族や仲間との関係がうまく築けないなどの広範な適応上の問題と関連する。さらに、治療を受けない場合には長期間にわたって症状が持続したり、成人期以降にうつ病を発生するリスクが高まることなどもわかってきている。そのため、早期支援の観点から、児童期の抑うつと心理社会的要因についての実証的なアセスメント研究に基づき、効果的な支援方法を構築することが喫緊の課題となっている。抑うつと心理社会的要因との関連を明らかにする際には、子どもの個人内の要因だけでなく子どもと社会的環境要因との相互作用のあり方を具体的に検討することが重要である。このような背景から、本博士論文研究では、対人・行動的アプローチに基づき、小学校において児童の抑うつと社会的相互作用の関連について行動アセスメントを行い、社会的環境にアプローチする介入計画を構築することを主要な目的とした。この目的を果たすために実施した5つの実証研究の結果からは、①児童の抑うつ症状は対人関係要因と密接に関連していること(研究1, 3)、②抑うつのある児童は、仲間との社会的相互作用のプロセスにおいて社会的な正の強化を受けにくいこと(研究2)、③社会的相互作用において仲間による正の強化の増加を図る支援は、児童の抑うつ症状を低減させる可能性があること(研究4, 5)が示された。これらの結果は、抑うつに対する対人・行動モデルを概ね支持するとともに、いくつかの新しい知見を示すものであった。以下では、個々の実証研究についての成果を具体的に述べたい。

4-1-2 行動アセスメント研究における成果

ここでは、本博士論文研究における研究1から研究3までの行動アセスメント研究

における成果とその意義を検討することとする。

研究1では、児童の抑うつ症状と仲間関係の関連を明らかにすることを目的に調査を行った。その結果、児童の抑うつ症状はソシオメトリック評定による仲間からの受入れ度と親しい友人数との間に負の相関関係を示した。また、臨床基準値を超える抑うつ症状を示した児童はそうでない児童と比べて、親しい友人が有意に少ないことが明らかになった。これまで、児童の抑うつと仲間関係の問題との関連は、欧米を中心とした海外のアセスメント研究によって報告されており、日本ではほとんど検討されてこなかった。研究1の結果より、日本の児童を対象とした場合でも抑うつ症状と仲間関係の乏しさが関連していることを確認することができた。さらに、仲間関係のアセスメントにおいてソシオメトリックテストを用いることで、児童の仲間関係についての主観的評価だけではなく、仲間からの評価も反映させた査定を行った。このような仲間からの情報を取り入れたアセスメントからも、抑うつと仲間関係の問題との関連が示されたことから、抑うつを示す児童が対人関係をネガティブに認識しているだけでなく、実際の生活の中での仲間との相互作用に困難さがある可能性が示唆されたといえる。

研究1の結果を受けて研究2では、抑うつ症状を示す児童の仲間との社会的相互作用を行動観察法によって検討し、対人行動の特徴と相互作用プロセスを明らかにすることを目的とした。その結果、抑うつを示す児童はそうでない児童と比較して、学校の休憩時間に孤立することが多く、仲間との相互作用が少ないことが明らかになった。また、グループの問題解決課題場面の相互作用プロセスを逐次分析によって調べた結果、抑うつを示す児童は孤立・引っ込み思案行動を多く示し、仲間とのポジティブな行動の相互交換が少ないことが示された。これらの結果から、抑うつを示す児童は学校の中で孤立することが多く、仲間との楽しい交流が少ないことが明らかになった。学校環境において、抑うつを示す児童は社会的な正の強化を受けにくいということが示唆されたことになる。学校場面における児童の行動観察研究によって、抑うつの対人・行動モデルを支持する結果が得られたことは一つの成果である。

さらに相互作用プロセスの検討から、抑うつを示す児童に顕著にみられた孤立・引

引っ込み思案行動は、仲間同士が会話をしている状況で起こりやすく、それによって仲間の攻撃的な応答が起こりにくくなるという機能的関係が示された。その一方で、仲間の向社会的行動による働きかけに対しては、抑うつを示す児童の孤立・引っ込み思案行動は起こりにくく、向社会的行動で応答することが多いという機能的関係もみられた。これらの結果は、これまで明らかになっていなかったいくつかの問いに対しての示唆を与えるものである。まず一点目は、抑うつのある児童にみられる対人関係の困難さがなぜ維持されるのかという問いである。これに対して本研究の結果は、抑うつのある児童に顕著にみられる孤立・引っ込み思案行動が、社会的相互作用の中で仲間の攻撃行動を抑制するという対人的なコミュニケーション機能を持つ可能性を示した。そのため、抑うつのある児童の孤立・引っ込み思案行動は即時的には負の強化によって維持されるが、同時に仲間との楽しいやり取りが生じる機会を失うことで、さらに孤立を強めてしまうのかもしれない。二点目は、抑うつを示す児童と仲間との間に適応的な相互作用が展開されるためには、どのような条件が必要となるかという問いである。この問いに対して、本研究の結果からは、抑うつを示す児童に対して仲間からの向社会的行動による働きかけを増やすことができれば、適応的な相互作用が展開していく可能性が高まるのではないかと考えられる。抑うつを示す児童の対人行動の機能的アセスメントは、これまでほとんど行われておらず今後も詳細な検討が必要であるが、これらの結果は臨床的な有用性の高い知見であるといえる。研究2の課題としては、児童の抑うつと社会的相互作用との時間的關係が明らかになっていない点があげられた。ここで得られた知見は、抑うつ傾向の高い児童の社会的相互作用を調べたものであり、これらの要因間の同時点の相関關係を示したものである。社会的相互作用を含む対人關係要因が、抑うつ症状を高めるリスク要因であるどうかを調べるためには、縦断的な研究デザインによる検討が必要となる。

そこで研究3では、児童の抑うつ症状と対人關係要因の關連を前向き研究によって検討した。対人關係要因については、対人ストレス、コーピングスキル、ソーシャルサポート、仲間關係を取り上げた。その結果、第一時点の抑うつ症状を統制した上で、撤退型コーピング、母親サポート、および対人ストレスとコーピングスキ

ルの交互作用が9か月後の抑うつ症状を有意に予測することが明らかになった。対人ストレスとコーピングの交互作用では、家庭ストレスが高い場合に、撤退型コーピングが高い児童は後の抑うつ症状の増加が顕著であることが明らかになった。また、友人ストレスが低い場合では、従事型コーピングをよく用いる児童ほど後の抑うつが低く、反対に友人ストレスが高い場合には、従事型コーピングは後の抑うつの悪化を予測するという結果が得られた。

研究3の成果の一つとして、縦断的研究によって子どもの対人関係要因が抑うつ症状の変動を予測することを実証した点があげられる。このことによって、児童の対人関係要因に対する介入が、抑うつの改善や予防につながる可能性が示された。対人関係要因については、これまで本博士論文研究で焦点をあててきた仲間関係の要因に加えて、母親のサポートや家庭生活におけるストレスといった家族関係の要因も関連することが明らかになった。児童の抑うつと社会的プロセスを検討するうえで、家族や仲間といった多様な文脈を考慮することの必要性が示された。また、本研究では重要性が指摘されているにもかかわらず、これまでほとんど検討されてこなかったコーピングスキルと対人ストレスの交互作用が後の抑うつを予測することが明らかになった。ここでも、子どものスキルだけでなく、社会的文脈の要因をふまえて抑うつとの関連を明らかにしていくことの重要性が示されたといえる。これらのことから、本研究によって抑うつの対人・行動モデルを支持する実証的なデータが示されたと同時に、児童の抑うつに対する介入計画の構築において、社会的相互作用を中心とした対人関係要因へのアプローチが必要であるという根拠が得られた。

以上の行動アセスメント研究から、児童の抑うつと対人的文脈における社会的相互作用との関連が実証的に示された。これまでに行われてきた児童の抑うつに関する先行研究では、子どものスキルや認知的要因といった個人内の要因に焦点が当てられることが比較的多く、社会的環境要因との相互作用については十分に明らかになっていなかった。本研究によって、子どもと社会的環境との相互作用においても抑うつに関連する明確な特徴があることがわかった。特に社会的相互作用の検討については、行動観察と行動データの逐次分析によって相互作用プロセスが具体的に明らかになった。

そして、その機能的側面のアセスメントから、抑うつのある児童が示す対人関係上の困難さの機序と、社会的環境へのアプローチも射程に入れた介入計画の構築に対する示唆を得ることができた。ここで得られた知見は、子ども個人の要因や環境要因を単独で調べるだけでは明らかにすることが難しく、社会的相互作用の観点から具体的に検証することよってはじめて導かれるものであるといえる。そして縦断的デザインによるアセスメント研究から、対人関係要因が児童の抑うつ症状のリスク因子または保護因子として機能することが示され、抑うつ介入においてアプローチすべき要因であることの根拠をさらに強めた。本博士論文研究の行動アセスメント研究によって得られた新たな知見と、その基盤となる社会的相互作用の視点の有用性を示した点は、子どもの抑うつ研究分野に学術的な貢献をするとともに、学校やその他の臨床場面における子どもの抑うつへの支援にも還元されることが期待できる。

4-1-3 社会的環境へのアプローチによる介入研究の成果

研究4と5では、行動アセスメント研究で得られた知見に基づいて社会的環境へのアプローチによる介入研究を行い、その効果を検討した。本博士論文研究のアセスメント研究から、児童と仲間との社会的相互作用において正の社会的強化を増やすことで、抑うつ症状の改善につながるという可能性が考えられた。そこで、児童の向社会的行動による相互作用を促進し正の強化を増やすことをねらった介入プログラムである PPR(Positive Peer Reporting)を学校場面で実施し、児童の抑うつ症状に対する低減効果を検証した。研究4では、PPRと集団随伴性の手続きを組み合わせた介入パッケージを実施し、その効果を検討した。その結果、PPRと集団随伴性による介入パッケージにより、抑うつ症状の低減と仲間関係の部分的な促進が示された。研究5では介入要素の効果を検討するため、PPR単独による介入とPPRと集団随伴性を組み合わせた介入を実施した。その結果、PPR単独の介入によって抑うつ症状が低減し、集団随伴性の付加的効果は限定的であった。また、介入を実施した担任教師からは、プログラムは受け入れやすいものであると評価され、社会的妥当性が高いことが示された。これらの結果から、児童の社会的相互作用の中で正の強化を増やすことをねらった PPR 介入プログラムは、抑うつ症状を改善する可能性があることがわかった。ここで得ら

れた知見から、研究分野に対する本研究の主要な貢献を検討したい。

まず一点目は、児童の抑うつに対する心理的介入において、そのアプローチの幅を広げることができる可能性を示したことである。抑うつに対して効果が示されている認知行動療法プログラムは、子どもの不適応的な行動や認知をより適応的に変容することによって抑うつ症状の低減を図るものである。子どもの適応行動を促進するために、これまでの先行研究では、社会的スキルや感情調整スキル、認知的スキル等を児童に対して訓練し獲得させることに主眼が置かれていた。それに対して本研究では、児童の適切な対人行動を強化する仲間の行動を増やそうとするものであり、仲間という社会的環境へのアプローチによって適応的な相互作用の促進と抑うつ症状の改善をねらった点が従来の方法と異なる点であった。子どものスキルを高めることをねらった前者のアプローチは、抑うつを予防、改善するための適応行動を獲得させるものであり、欠かすことのできない重要な要素である。その一方で、子どもが訓練によって獲得した、あるいは既に持っている適応行動を強化する社会的環境の整備が十分に考慮されてこなかったために、適応行動が実生活の中で効果的かつ持続的に使われていない可能性が問題点として指摘されてきた。本研究はまだ予備的な段階であり今後もさらなる検討が必要であるが、社会的環境としての仲間にアプローチすることによって児童の抑うつ症状を低減させることを示した点はこの問題点を改善するための示唆を与えるものである。当然スキル訓練と社会的環境の整備という二つのアプローチは矛盾するものではなく、これらの方法を統合することによってより効果的な介入プログラムの構築につながると考えられる。児童の適応・不適応を個人と環境との相互作用の中でとらえ、個人と環境の双方に対して働きかけることによって適応状態の向上を目指すという考え方は、相互作用の機能的側面を重視する対人・行動的アプローチにおいて中心的な視点である。今後も、対人・行動的アプローチに基づく相互作用の機能的観点から児童の抑うつに対する介入を検討することで、児童と社会的環境との適応的な相互作用の促進と抑うつ症状の改善をもたらす支援方法の確立が期待される。

二点目は、児童の社会適応への教育的アプローチに対する貢献である。本研究の理論的基盤の一つである積極的行動支援(PBS)は、これまで発達障害児者の行動問題の解

決を中心として、その効果が実証されてきた。対象となる行動問題には、自傷行為や攻撃行動、授業逸脱行動などが含まれており(平澤・小笠原, 2010)、外在化問題が大半を占めているといえる。しかし PBS の目的は単に行動問題を減らすことだけではなく、教育的アプローチによる適応行動の拡大によって、広く生活の質を高めることにも重点を置いている(Carr et al., 2002)。このことから、PBS を外在化問題に限らず抑うつや不安を含む内在化問題に対しても援用し、その効果を検証することが研究課題とされていた。本研究により、PBS を基盤とした支援方法を用いることで児童の抑うつ症状の改善の可能性を示すことができた。PBS に基づく介入が児童の抑うつという内在化問題に対しても効果的であり、仲間関係を含む社会適応を促進する可能性を示唆することができた点は成果といえる。

また本研究は、担任教師が中心となり学級ベースで介入を実施した。本研究の支援方法として用いた肯定的な仲間報告法(PPR)は、介入を実施した担任教師が持つ「児童には、友達の良いところを見つけることができるようになってほしい」という教育方針とも一致する方法であり、社会的妥当性の評価では受け入れやすいものであったと報告された。この取り組みを行う中で、児童が互いの具体的な“良い行動”に注意を向け、肯定的にフィードバックしあうことで、児童の間で援助行動が増えたことや、仲間からの肯定的報告を受けて表情が明るくなった児童がいたことなども逸話的なエピソードとして担任教師から報告された。学校の中で教師が中心となって日常的に実践する教育的支援によって、児童の仲間関係をより豊かなものにし、精神的健康を増進させることができるという可能性を示した点は重要である。現在、学校教育において特別支援教育が定着し、子どもたち一人ひとりの教育的ニーズに応じた指導や支援が必要とされている。学級の中には、発達の課題のある子どもだけでなく、本研究の対象となった抑うつを示す子どもや対人関係が苦手な子どもなども在籍しており、その教育的ニーズは多岐にわたる。現場の教師には、これらの多様なニーズに対応する指導・支援の工夫が求められていることから、心理学や特別支援教育の専門職との積極的な連携・協働と、児童の社会適応に対する教育的支援についての研究成果が現場に還元されることが今後も望まれる。

4-2 本博士論文研究の課題と今後の展望

本博士論文研究における課題と今後の展望を検討したい。課題として一点目は、本博士論文研究全体を通して児童の抑うつ症状を、児童の自己報告による質問紙のみで測定したことが挙げられる。そのため、研究の対象としての児童の「抑うつ」という概念の検討が不十分であると考えられる。例えば、DSRSの日本語版は、日本の児童生徒を対象として信頼性や妥当性が確認されているものの、先行研究では一貫して、日本の子どもの平均DSRS得点が諸外国の子どもの平均得点よりも高い(傅田他, 2004; 村田他, 1996)、臨床基準値は日本の子どもの場合は原版の値(16点)よりも高く(24点)設定した方が臨床的に有意な症状を示す児童の判別力が高まる(佐藤・石川・下津・佐藤, 2009)など、海外の報告との差異が指摘されている。これらの報告は、日本の子どもは欧米圏の子どもよりも高い抑うつ傾向を持つ可能性を示唆している。しかしその一方で、別の可能性も考えられる。傅田(2004)が指摘するように、日本の子どもは睡眠や食欲の問題などの身体症状と興味・楽しみの減退などの精神症状を抑うつの中核症状として表出することが多く、イギリスの子どもに見られるような憂鬱さや悲しみを強く表出することが稀であるといった症状の表現に違いがあるかもしれない。日本の子どもがDSRSを通して報告した抑うつの意味が海外におけるそれと異なる可能性が考えられるのである。今後は、日本の子どもが報告する抑うつ症状の内容を質的データ等も含めて詳細に検討し、その意味するところを明らかにする必要がある(松見, 2008)。このことにより、妥当性の高い測定方法を用いて、日本の児童の抑うつという対象をより明確に示した研究を展開することができると考えられる。

また、抑うつの意味の明確化に加えて、自己報告のみによる測定に課題がある。子どもが自分の状態をどの程度積極的に報告するか、あるいは能力的にできるかといった信頼性の問題が考えられる。例えば、子どもが抑うつ症状などの私的で内的な状態を自己報告する場合、親や臨床家が観察に基づいて報告するよりも良い状態であると報告する傾向があることが示されている(Kazdin, 1990)。抑うつ症状には、感情面や動機づけといった主観的な内容が多く含まれる一方で、食欲や睡眠の変化、身体症状など子どもの身近にいる人が客観的に見て気づくものも含まれる。そのため、親や教師、

仲間を情報提供者とする他者報告式の抑うつ尺度なども開発されている。今後は、複数の情報源によって子どもの抑うつ症状を多角的にとらえ、信頼性の高いアセスメントを行うことが期待される。以上のことから、抑うつのアセスメントに関して、「抑うつ」とは子どもにとってどのような意味を持ち、どのように測定することでより精確にとらえることができるかという点について今後も追求していくことが、研究対象を明確にする上でも重要である。

二点目の課題として、本博士論文研究における介入研究(研究 4,5)に関しては今後より詳細な検討が必要である。具体的課題としては、介入の効果のプロセスの検討が不十分である点があげられる。本研究では PPR による介入が、児童の学校生活の中で何に対してどのような変化をもたらし、それがどのようにして抑うつ症状の低減につながるのかという介入効果のプロセスが明らかになっていない。対人・行動モデルに基づいて考えると、PPR によって児童の仲間とのポジティブな社会的相互作用が促進され、社会的環境において正の強化が増えることによって抑うつ症状が改善するという説明ができるが、この理論的説明を支持する実証的な証拠は得られなかった。今後は PPR の実施に伴って、抑うつを示す児童の対人行動や周囲の仲間の行動、その相互作用パターンがどのように変化するかを検討し、抑うつ症状の改善に至るプロセスを明らかにする必要がある。特に、児童の対人行動および相互作用の検討にあたっては、研究 2 でみてきたように孤立・引っ込み思案行動の頻度の低下や、仲間児童との向社会的行動の相互交換の増加などに焦点をあてて具体的に調べることが重要であると考えられる。さらに、社会的環境要因にアプローチすることで児童の適応行動が効果的に機能するという仮説を検証するためにも、フォローアップのアセスメントを行い、適応的な社会的相互作用と抑うつ症状の低減効果の維持を調べる必要がある。

これらのことから、本博士論文研究における介入研究は予備的な研究として位置づけるべきであろう。しかし、これまで子どもの抑うつに対する社会的環境へのアプローチは、その必要性が指摘されてきたにもかかわらずほとんど実施されておらず、効果の検証も行われてこなかった。本研究はその初期の試みとして、重要な価値を持つといえる。

4-3 本博士論文研究の結論

本博士論文研究の目的は、対人・行動的アプローチに基づいて児童の抑うつと社会的相互作用について行動アセスメントを行いその関連を明らかにすることと、行動アセスメントに基づいた社会的環境への介入計画を構築することであった。行動アセスメントによって、児童の抑うつと社会的相互作用との密接な関連が実証的に示された。児童の抑うつを個人内の問題としてとらえるのではなく、学校の仲間関係や家族との関係といった対人的文脈の中で、個人と社会的環境との相互作用を詳細に観察することで、抑うつに関わる児童の具体的な対人行動と周囲の反応が明らかになり、その機能的関係を検討することができた。特に、抑うつを示す児童と仲間との相互作用の機能的側面の検討から、社会的相互作用における正の強化の少なさと児童の抑うつ症状との関連が示唆された。これは、抑うつに対する対人・行動モデルと一致する結果であり、抑うつを示す児童の対人関係の困難さと抑うつ症状の持続に関わるプロセスの解明につながる知見が得られたといえる。そして行動アセスメント研究の結果に基づいて、仲間を中心とした社会的環境にアプローチする介入計画を構築し、学校場面において支援効果を検討した。社会的環境としての仲間に焦点をあてた PPR 介入法は、児童の仲間関係の促進と抑うつ症状の改善をもたらす可能性が示された。社会的環境へのアプローチによる児童の抑うつに対する介入プログラムに関しては、今後の実証研究によってより厳密に検証される必要があるが、その理論的妥当性と発展可能性は高いと考えられる。

現在、いじめや不登校、引きこもりといった、日本の子どもの学校適応および社会適応に関する課題は深刻である。対人関係の悩みから抑うつ状態となり、不登校や引きこもり状態に至る事例は少なくない。このような事態に対して有効な支援方法を構築するためには、個人と個人を取りまく環境との相互作用の中で子どもの社会適応を具体的に明らかにしていく必要がある。本博士論文研究で示した社会的相互作用の視点に基づいて社会適応の困難さを心理学的に研究することで、子どもたちの間で現実に行っている問題のプロセスを明らかにし、実証的な心理社会的支援の構築につなげていくことができるのではないかと考えられる。

本博士論文研究より，児童の抑うつを対人的文脈の中で理解し，効果的な支援方法を確立するために，対人・行動的アプローチに基づく社会的相互作用の視点が重要であることが明確に示された。今後も，子どもと社会的環境との具体的な相互作用を機能的に明らかにしていくことで，子どもの抑うつを予防し，社会適応を促進する支援の開発に資する知見が得られるであろう。

References

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, L. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.
- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Agoston, A. M., & Rudolph, K. D. (2011). Transactional associations between youths' responses to peer stress and depression: The moderating roles of sex and stress exposure. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*, 159-171.
- Allen, J. P., Insabella, G., Porter, M. R., Smith, F. D., Land, D., & Phillips, N. (2006). A social-interactional model of the development of depressive symptoms in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 55-65.
- Allison, P. D., & Liker, J. K. (1982). Analyzing sequential categorical data on dyadic interaction: A comment on Gottman. *Psychological Bulletin, 91*, 393-403.
- Altman, E. O., & Gotlib, I. H. (1988). The social behavior of depressed children: An observational study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*, 29-44.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 3rd ed.* Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 5th ed.* Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- (日本精神神経学会 (監修) 高橋三郎・大野 裕 (監訳) DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き 医学書院)
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Impaired but undiagnosed. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 129-137.
- Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. C., & Merikangas, K. R. (2008). Epidemiology of depression in children and adolescents. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents (pp.6-32)*. New York: Guilford

Press.

Bakeman, R., & Gottman, J. M. (1997). *Observing Interaction: An Introduction to Sequential Analysis*. New York: Cambridge University Press.

Baker, M., Milich, R., & Manolis, M. B. (1996). Peer interactions of dysphoric adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **24**, 241-255.

Biglan, A. (1991). Distressed behavior and its context. *The Behavior Analyst*, **14**, 157-169.

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., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., et al. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **35**, 1427-1439.

Boivin, M., Hymel, S., & Bukowski, W. M. (1995). The role of social withdrawal, peer rejection, and victimization by peers in predicting loneliness and depressed mood in childhood. *Development and Psychopathology*, **7**, 765-785.

Bowers, F. E., Jensen, M. E., Cook, C. R., McEachern, A. D., & Snyder, T. (2008). Improving the social status of peer-rejected youth with disabilities: Extending the research on positive peer reporting. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, **4**, 230-246.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Carr, E. G., Dunlap, G., Horner, R. H., Koegel, R. L., Turnbull, A. P., Sailor, W., Anderson, J. L., Albin, R. W., Koegel, L. K., & Fox, L. (2002). Positive behavior support: Evolution of an applied science.

Carr, J. E., & Wilder, D. A. (1998). *Functional assessment and intervention: A guide to understanding problem behavior*. Illinois: High Tide Press.

(カー, J. E., & ワイルダー, D. A. 園山繁樹 訳 (2002). 入門 問題行動の機能的ア

セスメントと介入 二瓶社)

- Cashwell, T. H., Skinner, C. H., & Smith, E. S. (2001). Increasing second-grade students' reports of peers' prosocial behaviors via direct instruction, group reinforcement, and progress feedback: A replication and extension. *Education and Treatment of Children*, **24**, 161-175.
- Charman, T. (1994). The stability of depressed mood in young adolescents: A school-based survey. *Journal of Affective Disorders*, **30**, 109-116.
- Chorpita, B. F., & Daleiden, E. L. (2009). Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: Application of distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **77**, 566-579.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, **53**, 221-241.
- Cihak, D. F., Kirk, E. R., & Boon, R. T. (2009). Effects of classwide positive peer "Tootling" reduce the disruptive classroom behaviors of elementary students with and without disabilities. *Journal of Behavioral Education*, **18**, 267-278.
- Clarke, G., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (2000). *Leader's manual for adolescent groups: Adolescent coping with depression course*.
<https://www.kpchr.org/research/public/common/getdocpublic.aspx?docid=53468A11-CD DF-4E20-A98F-9EEA4DE94C39> (2015年8月20日)
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, **112**, 155-159.
- Cole, D. A. (1991). Preliminary support for a competency-based model of depression in children. *Journal of Abnormal Psychology*, **100**, 181-190.
- Cole, D. A., Martin, J. M., Peeke, L. G., Seroczynski, A. D., & Hoffman, K. (1998). Are cognitive errors of underestimation predictive or reflective of depressive symptoms in children: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, **107**, 481-496.
- Cole, D. A., Martin, J. M., Powers, B., & Truglio, R. (1996). Modeling causal relations between academic and social competence and depression: A multitrait-multimethod

- longitudinal study of children. *Journal of Abnormal Psychology*, **105**, 258-270.
- Cole, D. A., Rehm, L. P. (1986). Family interaction patterns and childhood depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **14**, 297-314.
- Compas, B. E.(1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, **7**, 275-302.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E.(2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, **127**, 87-127.
- Compas, B. E., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, **114**, 323-344.
- Connolly, J., Geller, S., Marton, P., & Kutcher, S. (1992). Peer responses to social interaction with depressed adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, **21**, 365-370.
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., & Saltzman, H.(2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **68**, 976-992.
- Conway, C. C., Rancourt, D., Adelman, C. B., Burk, W. J., & Prinstein, M. J. (2011). Depression socialization within friendship groups at the transition to adolescence: The role of gender and group centrality as moderators of peer influence. *Journal of Abnormal Psychology*, **120**, 857-867.
- Coyne, J. C. (1976a). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, **39**, 14-27.
- Coyne, J. C. (1976b). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, **85**, 186-193.
- 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)

- Dadds, M. R., Sanders, M. R., Morrison, M., & Rebgetz, M. (1992). Childhood depression and conduct disorder: II. An-analysis of family interaction patterns in the home. *Journal of Abnormal Psychology*, **101**, 505-513.
- David-Ferdon, C., & Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, **37**, 62-104.
- Davila, J., Hammen, C., Burge, D., Paley, B., & Daley, S. E. (1995). Poor interpersonal problem solving as a mechanism of stress generation in depression among adolescent women. *Journal of Abnormal Psychology*, **104**, 592-600.
- 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
- 傳田建三 (2004). 子どものうつ 心の叫び 講談社
- 傳田健三 (2008). 児童・青年期の気分障害の診断学: MINI-KID を用いた疫学調査から. 児童青年精神医学とその近接領域, **49**, 286-292.
- 傳田建三・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: Birleson 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.
- 傳田健三・佐々木幸哉・朝倉 聡・北川信樹・小山 司 (2001) 児童・青年期の気分障害に関する臨床的研究. 児童青年精神医学とその近接領域, **42**, 277-302.
- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, **108**, 50-76.
- Ervin, R., & Miller, P. M. (1996). Feed the hungry bee: Using positive peer reports to improve the social interactions and acceptance of a socially rejected girl in residential care. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **29**, 251-253.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, **28**, 857-870.
- Garber, J. (2006). Depression in children and adolescents. Linking risk research and

- prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, **31**, 104-125.
- Garber, J., Gallerani, C. M., & Frankel, S. A. (2009). Depression in children. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.). *Handbook of Depression (2nd ed., pp.405-443)*. New York: Guilford.
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Chaplin, T. M., Shatte, A. J., Samuels, B., Elkon, A. G. L., Litzinger, S., Lascher, M., Gallop, R., & Seligman, M. E. P. (2007). School-based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn resiliency program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **75**, 9-19.
- 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.
- Gottman, J. M. (1980). Consistency of nonverbal affect and affect reciprocity in marital interaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **48**, 711-717.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Gipson, P. Y. (2004). Stressors and child and adolescent psychopathology: Measurement issues and prospective effects. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, **33**, 412-425.
- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, **100**, 555-561.
- Hammen, C., & Rudolph, K. D. (2002). Childhood mood disorders. In E. J. Mash, & R. A. Barkley. H (Eds.), *Child Psychopathology (pp.233-278)*. New York: Guilford Press.
- Harrington, R., Rutter, M., & Fombonne, E. (1996). Developmental pathways in depression: Multiple meanings, antecedents, and endpoints. *Development and Psychopathology*, **8**, 601-616.
- Hartup, W. W. (1989). Social relationships and their developmental significance. *American Psychologist*, **44**, 120-126.
- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H.(1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical*

- Psychology Review*, **10**, 649-668.
- Heller, M. C., & Tanaka-Matsumi, J. (1999). A sequential analysis of depressive behaviors within adolescent peer interactions. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, **21**, 249-273.
- Herman, K. C., Reinke, W. M., Parkin, J., Traylor, K. B., & Agarwal, G. (2009). Childhood depression: Rethinking the role of the school. *Psychology in the Schools*, **46**, 433-446.
- 平澤紀子・小笠原恵 (2010). 生活の向上を目指した積極的行動支援の進展と課題. 特殊教育学研究, **48**, 157-166.
- Hops, H., Biglan, A., Sherman, L., Arthur, J., Friedman, L., & Osteen, V. (1987). Home observations of family interactions of depressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **55**, 341-346.
- Hops, H., Davis, B., & Longoria, N. (1995). Methodological issues in direct observation: Illustrations with the Living in Familial Environments (LIFE) coding system. *Journal of Clinical Child Psychology*, **24**, 193-203.
- Horner, R. H., Sugai, G., & Anderson, C. M. (2010). Examining the evidence base for school-wide positive behavior support. *Focus on Exceptional Children*, **42**, 1-14.
- Horowitz, J. L., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **74**, 401-413.
- 今津芳恵 (2005). 社会的スキルの欠如が抑うつに及ぼす影響：女子中学生を対象とした場合. 心理学研究, **76**, 474-479.
- 石川信一 (2013). *子どもの不安と抑うつに対する認知行動療法：理論と実践* 東京：金子書房.
- 石川信一・岩永三智子・山下文大・佐藤寛・佐藤正二 (2010). 社会的スキル訓練による児童の抑うつ症状への長期的効果. 教育心理学研究, **58**, 372-384.
- 石川信一・戸ヶ崎泰子・佐藤正二・佐藤容子 (2006). 児童青年に対する抑うつ予防プログラム：現状と課題. 教育心理学研究, **54**, 572-584.

- Ivarsson, T., & Gillberg, C. (1997). Depressive symptoms in Swedish adolescents: Normative data using the Birleson Depression Self-Rating Scale (DSRS). *Journal of Affective Disorders*, **42**, 59-68.
- Joiner, T., & Coyne, J. C. (Ed.). (1999). *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kazdin, A. E. (1990). Childhood depression. *Journal of Clinical Psychology & Psychiatry*, **31**, 121-160.
- Kazdin, A. E., Esvelt-Dawson, K., Sherick, R. B., & Colbus, D. (1985). Assessment of overt behavior and childhood depression among psychiatrically disturbed children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **53**, 201-210.
- Kistner, J. (2006). Children's peer acceptance, perceived acceptance, and risk for depression. In T. E. Joiner, J. S. Brown, & J. Kistner (Eds.), *The interpersonal, cognitive, and social nature of depression (pp.1-22)*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kistner, J., Balthazor, M., Risi, S., & Burton, C. (1999). Predicting dysphoria in adolescence from actual and perceived peer acceptance in childhood. *Journal of Clinical Child Psychology*, **28**, 94-104.
- Kistner, J., David-Ferdon, C. F., Repper, K. K., & Joiner, T. E. (2006). Bias and accuracy of children's perceptions of peer acceptance: Prospective associations with depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **34**, 349-361.
- 小林佐知子 (2009). 児童の抑うつ傾向と日常ストレス、ソーシャルサポートとの関連. *児童青年精神医学とその近接領域*, **50**, 526-533.
- Kochel, K. P., Ladd, G. W., & Rudolph, K. D. (2012). Longitudinal associations among youth depressive symptoms, peer victimization, and low peer acceptance: An interpersonal process perspective. *Child Development*, **83**, 637-650.
- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, **46**, 305-315.
- Kovacs, M. (1985). The natural history and course of depressive disorders in childhood.

- Psychiatric Annals*, **15**, 387-389.
- Kovacs, M. (1989). Affective disorders in children and adolescents. *American Psychologist*, **44**, 209-215.
- 倉掛正弘・山崎勝之 (2006). 小学校クラス集団を対象とするうつ病予防教育プログラムにおける教育効果の検討. *教育心理学研究*, **54**, 384-394.
- Ladd, G. W. (2006). Peer rejection, aggressive or withdrawn behavior, and psychological maladjustment from ages 5 to 12: An examination of four predictive models. *Child Development*, **77**, 822-846.
- Ladd, G. W., Kochenderfer, B. J., & Coleman, C. C. (1997). Classroom peer acceptance, friendship, and victimization: Distinct relational systems that contribute uniquely to children's school adjustment? *Child Development*, **68**, 1181-1197.
- Ladd, G. W., & Troop-Gordon, W. (2003). The role of chronic peer difficulties in the development of children's psychological adjustment problems. *Child Development*, **74**, 1344-1367.
- Lakdawalla, Z., Hankin, B. L., & Mermelstein, R. (2007). Cognitive theories of depression in children and adolescents: A conceptual and quantitative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, **10**, 1-24.
- Laursen, B., Finkelstein, B. D., & Betts, N. T. (2001). A developmental meta-analysis of peer conflict resolution. *Developmental Review*, **21**, 423-449.
- Lefkowitz, M. M., & Burton, N. (1978). Childhood depression: A critique of the concept. *Psychological Bulletin*, **85**, 716-726.
- Lewinsohn, P. M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. In M. Hersen, R. M. Eisler, P. M. Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification: Vol. 1*. (pp 19-64). New York: Academic Press.
- Lewinsohn, P. M., & Atwood, G. E. (1969). Depression: A clinical-research approach. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, **6**, 166-171.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H., & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral

- treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, **21**, 385-401.
- Lewinsohn, P. M., & Shaffer, M. (1971). Use of home observations as an integral part of the treatment of depression: Preliminary report and case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **37**, 87-94.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., & Rosenbaum, M. (1988). A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, **97**, 251-264.
- Lewinsohn, P. M., & Libet, J. (1972). Pleasant events, activity schedules, and depressions. *Journal of Abnormal Psychology*, **79**, 291-295.
- Lewinsohn, P. M., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Rohde, P., Gotlib, I. H., & Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, **103**, 302-315.
- Libet, J. M., & Lewinsohn, P. M. (1973). Concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **40**, 304-312.
- Litow, L., & Pumroy, D. K. (1975). Brief technical report: A brief review of classroom group-oriented contingencies. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **8**, 341-347.
- 前田和寛 (2008). 重回帰分析の応用的手法 : 交互作用項ならびに統制変数を含む分析. *比治山大学短期大学部紀要*, **43**, 69-73.
- Martens, B. K., Witt, J. C., Elliot, S. N., & Darveaux, D. (1985). Teacher judgments concerning the acceptability of school-based interventions. *Professional Psychology: Research and Practice*, **16**, 191-198.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
- 松見淳子 (1997). ディプレッションの行動論的モデル 日本行動科学学会 (編) 動機づけの基礎と実際 東京 : 川島書店 pp.200-215.
- 松見淳子 (2008). 子どもの抑うつ. 日本児童研究所 (編), 児童心理学の進歩 (2008年度版, vol.47). 東京 : 金子書房 pp.193-224.

- 松岡勝彦・加藤哲文 (2004). 行動コンサルテーションの特徴 加藤哲文・大石幸二 (編)
特別支援教育を支える行動コンサルテーション: 連携と協働を実現するためのシ
ステムと技法 東京: 学苑社 pp.28-41.
- McGrath, E. P., & Repetti, R. L. (2002). A longitudinal study of children's depressive
symptoms, self-perceptions, and cognitive distortions about the self. *Journal of
Abnormal Psychology*, **111**, 77-87.
- McLeod, B. D., Weisz, J. R., & Wood, J. J. (2007). Examining the association between
parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, **27**,
986-1003.
- Messer, S. C., & Gross, A. M. (1995). Childhood depression and family interaction: A
naturalistic observation study. *Journal of Clinical Child Psychology*, **24**, 77-88.
- 三浦正江・坂野雄二 (1996). 中学生における心理的ストレスの継時的変化. 教育心理
学研究, **44**, 368-378.
- 文部科学省 (2014). 平成 25 年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する
調査」について.
http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/26/10/_icsFiles/afieldfile/2014/10/16/1351936_01_1.pdf (2015 年 9 月 18 日)
- Morrison, J. Q., & Jones, K. M. (2007). The effects of positive peer reporting as a class-wide
positive behavior support. *Journal of Behavioral Education*, **16**, 111-124.
- 村田豊久・清水亜紀・森陽二郎・大島祥子 (1996). 学校における子どものうつ病:
Birlson の小児うつ病スケールからの検討. 最新精神医学, **1**, 131-138.
- Myers, K., & Winters, N. C. (2002). Ten-year review of rating scales. II : Scales for
internalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent
Psychiatry*, **41**, 634-659.
- Nangle, D. W., Erdley, C. A., Newman, J. E., Mason, C. A., & Carpenter, E. M. (2003).
Popularity, friendship quantity, and friendship quality: Interactive influences on
children's loneliness and depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent*

Psychology, **32**, 546-555.

西野泰代・小林佐知子・北川朋子 (2009). 日常ストレスが抑うつ傾向に及ぼす影響と自己価値の役割についての縦断研究. *パーソナリティ研究*, **17**, 133-143.

Nolan, S. A., Flynn, C., & Garber, J. (2003). Prospective relations between rejection and depression in young adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, **85**, 745-755.

Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. P. (1992). Predictions and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, **101**, 405-422.

O'Shea, G., Spence, S. H., & Donovan, C. L. (2013). Interpersonal factors associated with depression in adolescents: Are these consistent with theories underpinning interpersonal psychotherapy? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, **21**, 548-558.

大竹恵子・島井哲志・曾我祥子. (2001). 小学生のコーピング尺度短縮版の作成. *ヒューマンサイエンス* (神戸女学院大学), **4**, 1-6.

大対香奈子・堀田美佐緒・竹島克典・松見淳子 (2013). 日本語版 SLAQ の作成：学校適応の規定要因および抑うつとの関連の検討. *日本学校心理士会年報*, **6**, 59-69.

Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, **102**, 357-389.

Pineda, A. Q., Cole, D. A., & Bruce, A. E. (2007). Mother-adolescent interactions and adolescent depressive symptoms: A sequential analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*, **24**, 5-19.

Puig-Antich, J., Lukens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattrock, J., & Todak, G. (1985). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders. I. Interpersonal relationships during the depressive episode. *Archives of General Psychiatry*, **42**, 500-507.

Putallaz, M., & Gottman, J. M. (1981). An interactional model of children's entry into peer groups. *Child Development*, **52**, 986-994.

- Reinecke, M. A., & Ginsburg, G. S. (2008). Cognitive-behavioral treatment of depression during childhood and adolescence. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp.179-206). New York: Guilford Press.
- Reinherz, H. Z., Paradis, A. D., Giaconia, R. M., Stashwick, C. K., & Fitzmaurice, G. (2003). Childhood and adolescent predictors of major depression in the transition to adulthood. *American Journal of Psychiatry*, **160**, 2141-2147.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, **100**, 214-222.
- Rudolph, K. D., & Clark, A. G. (2001). Conceptions of relationships in children with depressive and aggressive symptoms: Social-cognitive distortion or reality? *Journal of abnormal child psychology*, **29**, 41-56.
- Rudolph, K. D., Hammen, C., Burge, D., Lindberg, N., Herzberg, D., & Daley, S. E. (2000). Toward an interpersonal life-stress model of depression: The developmental context of stress generation. *Development and Psychopathology*, **12**, 215-234.
- Rudolph, K. D., Flynn, M., & Abaied, J. L. (2008). A developmental perspective on interpersonal theories of youth depression. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds.). *Handbook of depression in children and adolescents*, (pp.79-102). New York: Guilford Press.
- Rudolph, K. D., Hammen, C., & Burge, D. (1994). Interpersonal functioning and depressive symptoms in childhood: Addressing the issues of specificity and comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **22**, 335-371.
- 坂本真士・大野 裕 (2005). 抑うつとは 坂本真士・丹野義彦・大野 裕 (編) 抑うつの臨床心理学 東京大学出版会 pp.7-28.
- 佐藤 寛・今城知子・戸ヶ崎泰子・石川信一・佐藤容子・佐藤正二 (2009). 児童の抑うつ症状に対する学級規模の認知行動療法プログラムの有効性. 教育心理学研究, **57**, 111-123.

- 佐藤 寛・石川信一・新井邦二郎・坂野雄二 (2005). 児童の抑うつ傾向と教師によって評価された学校場面における社会的スキルとの関連. *カウンセリング研究*, **38**, 226-234.
- 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.
- 佐藤 寛・永作 稔・上村佳代・石川満佐育・本田真大・松田侑子・石川信一・坂野雄二・新井邦二郎 (2006). 一般児童における抑うつ症状の実態調査. *児童青年精神医学とその近接領域*, **47**, 57-68.
- Schwartz, D., Gorman, A. H., Duong, M. T., & Nakamoto, J. (2008). Peer relationships and academic achievement as interacting predictors of depressive symptoms during middle childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, **117**, 289-299.
- Segrin, C. (2000). Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, **201**, 379-403.
- Segrin, C., & Abramson, L. Y. (1994). Negative reactions to depressive behaviors: A communication theories analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, **103**, 655-668.
- Sheeber, L., Davis, B., Leve, C., Hops, H., & Tildesley, E. (2007). Adolescents' relationships with their mothers and fathers: Associations with depressive disorder and subdiagnostic symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, **116**, 144-154.
- Sheeber, L., Hops, H., Andrews, J., Alpert, A., & Davis, B. (1998). Interactional processes in families with depressed and non-depressed adolescents: reinforcement of depressive behavior. *Behaviour Research and Therapy*, **36**, 417-427.
- Sheeber, L., Hops, H., Alpert, A., Davis, B., & Andrews, J. (1997). Family support and conflict: Prospective relations to adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **25**, 333-344.
- Sheeber, L., Hops, H., & Davis, B. (2001). Family processes in adolescent depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, **4**, 19-35.

- Sheeber, L., & Sorensen, E. (1998). Family relationships of depressed adolescents: A multimethod assessment. *Journal of Clinical Child Psychology*, **27**, 268-277.
- Sheffield, J. K., Spence, S. H., Rapee, R. M., Kowalenko, N., Wignall, A., Davis, A., & McLoone, J. (2006). Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression among adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **74**, 66-79.
- Shortt, A. L., & Spence, S. H. Risk and protective factors for depression in youth. *Behaviour Change*, **23**, 1-30.
- 嶋田洋徳. (1998). *小中学生の心理的ストレスと学校不適応に関する研究*. 東京：風間書房.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan. (河合伊六 他訳 2003 科学と人間行動 二瓶社.)
- Skinner, C. H., Neddenriep, C. E., Robinson, S. L., Ervin, R., & Jones, K. (2002). Altering educational environments through positive peer reporting: Prevention and remediation of social problems associated with behavior disorders. *Psychology in the Schools*, **39**, 191-202.
- Spence, S. H., Sheffield, J. K., & Donovan, C. L. (2003). Preventing adolescent depression: An evaluation of the Problem Solving for Life Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **71**, 3-13.
- Spence, S. H., Sheffield, J. K., & Donovan, C. L. (2005). Long-term outcome of a school-based, universal approach to prevention of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **73**, 160-167.
- Spence, S. H., & Shortt, A. L. (2007). Research review: Can we justify the widespread dissemination of universal, school-based interventions for prevention of depression among children and adolescents? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **48**, 526-542.
- Stark, K. (1990). *Childhood depression: School-based intervention*. New York: The Guilford

Press.

Stice, E., Ragan, J., & Randall, P. (2004). Prospective relations between social support and depression: Differential direction of effects for parent and peer support? *Journal of Abnormal Psychology*, **113**, 155-159.

Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N., & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: Factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **77**, 486-503.

Stice, E., Rohde, P., Gau, J., & Ochner, C. (2011). Relation of depression to perceived social support: Results from a randomized adolescent depression prevention trial. *Behaviour Research and Therapy*, **25**, 127-136.

Sturmey, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. New York: John Wiley & Sons.

(高山巖監訳 2001 心理療法と行動分析—行動科学的面接の技法 金剛出版.)

菅原ますみ・八木下暁子・詫摩紀子・小泉智恵・瀬地山葉矢・菅原健介・北村俊則 (2002). 夫婦関係と児童期の子どもの抑うつ傾向との関連：家族機能および両親の養育態度を媒介として. *教育心理学研究*, **50**, 129-140.

Sugai, G., & Horner, R. R. (2006). A promising approach for expanding and sustaining school-wide positive behavior support. *School Psychology Review*, **35**, 245-259.

高橋恵子 (2012). 発達の概観 高橋恵子・湯川良三・安藤寿康・秋山弘子 (編) 発達科学入門 1 理論と方法 東京大学出版会 pp.45-62.

武田(六角)洋子 (2000). 児童期抑うつの特徴に関する一考察 :攻撃性を手がかりに. *発達心理学研究*, **11**, 1-11.

竹島克典・松見淳子 (2007). 子どもの抑うつ: 対人・行動的アプローチによる研究の概観. *関西学院大学人文学会人文論究*, **57**, 61-81.

竹島克典・松見淳子 (2013). 抑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.

竹島克典・松見淳子 (2015). 児童期の抑うつと対人関係要因との関連: コーピング,

ソーシャルサポート, 仲間関係, 対人ストレスに焦点をあてた前向き研究. 発達心理学研究, **26**, 158-167.

Takeshima, K., Mitamura, T., & Tanaka-Matsumi, J. (2007, July). Assessment of relationship between depressive symptoms and peer acceptance in Japanese children. *The fifth World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies (WCBCT) in 2007, Centre de Convencions Internacional de Barcelona*.

Windle, M. (1992). A longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors. *Developmental Psychology*, **28**, 522-530.

Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, **132**, 132-149.