

子どもの抑うつに関する研究動向 —児童・青年期における抑うつ症状および予防的介入—

An Overview of Recent Studies on Children's Depression:
Depressive Symptoms and Preventive Intervention

大平 泰子 北川 信樹¹ 村上 満 鈴木 道雄²
OHIRA Taiko KITAGAWA Nobuki MURAKAMI Mitsuru SUZUKI Michio

はじめに

子どもたちを取り巻く環境は大きく変化しており、子どもの発達や心身の健康などに関する新たな問題が生じてきている。文部科学省の調査によれば、平成21年度の長期欠席者のうち「不登校」を理由とする児童生徒数は、小学校 22,327 人(0.32%)、中学校 100,105 人(2.77%)、計 122,432 人(1.15%)となっている¹⁾。学年が進むにしたがって不登校児童生徒数は多くなり、中学校においてはおよそ 36 人に 1 人が不登校という現状である。また、不登校状態の継続理由としては「不安など情緒的混乱」、「無気力」が多くみられる²⁾。不登校児のストレス反応として抑うつが顕著にみられるとの報告もあり³⁾、不登校には精神医学的問題の関与が少なくない。

本稿では、児童・青年期の子どもにみられる抑うつ症状、抑うつによる影響および抑うつに関連する要因、子どもの抑うつに対する予防的介入について紹介する。

なお、抑うつという用語を用いる場合には、「抑うつ気分」、抑うつ気分と興味・喜びの喪失に加えて複数の心身の状態から定義される「抑うつ症状」、疾病単位としての臨床的な「うつ病」の 3 つが含まれる⁴⁾。近年の研究では、臨床群ではなくとも抑うつ症状をもつ人がいることが明らかになっているが、うつ病と抑うつ状態が連続的かどうかの判断にはさらなる研究の蓄積が必要である⁴⁾。

児童・青年期の子どもにみられる抑うつ症状

1970 年頃まで、児童期は超自我の形成が未発達であるため抑うつが存在することは少ないとする当時の精神分析理論の影響から、子どものうつ病はきわめて稀であり、子どもには抑うつの問題は存在しないと考えられていた。しかしながら、DSM-III⁵⁾などに代表される操作的診断基準の公刊以降、子どもの抑うつに関する研究は大幅に増加した⁶⁾。それに伴って、これまで認識されて

¹ 北海道大学大学院医学研究科神経病態学講座精神医学分野

² 富山大学大学院医学薬学研究部神経精神医学講座

いたよりもはるかに多くのうつ病の子どもが存在することが指摘されるようになり、現在では、抑うつ問題は子どもにも認められるとする立場が支持を得ている⁷⁾。

まず、抑うつ症状を有する子どもはどの程度の割合で存在しているのだろうか。一般の小・中学生を対象とした調査において、抑うつ症状を示す児童および青年が多くいることが指摘されている。本邦における調査においては、小学生の7.8%、中学生の22.8%が高い抑うつ状態を示している⁸⁾、小学4～6年生の11.6%が基準値を上回る高い抑うつ得点を示す⁹⁾などの報告がある。また、近年行われた欧米の調査では、青年期の抑うつが以前と比較して増加しているとの報告もみられる^{10),11)}。

児童・青年期におけるうつ病の有病率については、例えば、一般人口の中の11歳の子ども792人を対象とした精神障害の有病率調査でうつ病性障害は1.8%に認められたとの報告がある¹²⁾。また、14歳までに約9%の児童青年が大うつ病エピソードを経験する¹³⁾、15～18歳の青年ではそれまでに約14%が大うつ病エピソードを経験する¹⁴⁾、18歳までに24%以上の若者が大うつ病エピソードを経験する¹⁵⁾などの調査結果が報告されている。近年の疫学調査では、15歳における有病率は成人のそれとほぼ同じという結果となっており、児童期ではうつ病性障害の性差はほとんどないが、青年期までには大人と同様に女性に多い傾向がみられるようになる¹⁶⁾。本邦における構造化面接を用いた有病率調査では、小学校4年生から中学校1年生の気分障害の有病率は、大うつ病性障害1.5%、小うつ病性障害1.4%、気分変調性障害0.3%、双極性障害1.1%で、中学1年生では4.1%に大うつ病性障害がみられた¹⁷⁾、12～14歳でのうつ病性障害の時点有病率は4.9%、生涯有病率は8.8%であったとの報告がなされている¹⁸⁾。構造化面接を用いた研究についての最近のメタ解析によれば¹⁹⁾、その有病率は児童期では2.8%、青年期では5.6%と報告されている。また、これまでに児童青年期におけるうつ病性障害の増加が指摘されてきたものの²⁰⁾、メタ解析の結果からは、抑うつの比率は出生年による影響がみられず、「流行」という一般的な認識は、臨床医によって過小診断されてきた障害の認知度が高まったことに起因するかもしれないとの見解が示されている¹⁹⁾。

抑うつによる影響および抑うつに関連する要因

青年期の抑うつ症状は、学業パフォーマンス、社会的不適応、薬物使用、自殺企図、自殺などとの関連がみられ、発達にも悪影響をおよぼす可能性がある^{14),21)}。また、抑うつ症状は現在の不適応状態との関連がみられるだけでなく、後にうつ病性障害を発症する率を上昇させる可能性がある²²⁾。以上の点から、児童青年期の抑うつは軽視できない問題であり、その対策においてはうつ病の治療が必要であるのと同時に、診断基準を満たしていない準臨床的な抑うつ症状への早期介入も重要な課題と考えられる。しかし、児童青年期の抑うつ症状に関しては、児童期の場合は自己内面の言語化が難しく²³⁾、また青年期については、非常に流動的で重症度が変化しやすく、発達段階の特徴を反映した一過性・反応性の現象か、精神疾患によるものかは経過を追わないと確定できない²⁴⁾といった点にも対応の困難さがある。

一方、ストレスによって抑うつ状態が引き起こされることは、これまでに数々の研究から明らかにされてきた。日常生活で起こる多くのストレスのうちの抑うつとの関連が強いとされてい

るものは対人的な文脈からのストレスであり^{25),26)}、双生児研究の結果からも、友人関係や家族関係でのトラブルがあることが抑うつに影響を与えていたと報告されている²⁷⁾。また、子どもにおけるうつ病リスク要因としては、性別、家族歴、ライフイベント、パーソナリティ、否定的認知、対処行動、対人関係上の問題などが挙げられている²⁸⁾。なお、子どもの抑うつ状態の背景には、統合失調症などのサイコーシスの初期段階や発達障害による不適応などより複雑な問題が潜んでいる可能性もあるため、抑うつに関連する要因については個々の症例において慎重に判断する必要がある。

以上のように、例えば対人関係上の問題が抑うつに影響を与えるという方向性と同時に、抑うつ状態によって対人関係上の問題が引き起こされるという方向性も想定される。抑うつ的な子どもは社会的でなく、アサーティブでなく、敵対的な問題解決方略をとることや、友人からの回避が多くなることが明らかになっており、その結果、孤立してさらに抑うつを高めるという悪循環を生じることが示唆される^{29),30)}。

予防的介入

成人期の適応的な行動をはぐくむという観点からも早期介入・予防は望ましいと考えられ、児童青年期の抑うつに対する予防的な介入が求められる。

米国医学研究所(Institute of Medicine: IOM)によって提示された精神障害に対する介入スペクトラムでは、予防は、普遍的(Universal)介入、選択的(selective)介入、指標的(indicated)介入の3段階に分類されている³¹⁾。「普遍的介入」は個人の持つリスクに関係なく全ての人を対象として行われる介入であり、「選択的介入」は平均よりもリスクの高い人を対象として行われる介入、「指標的介入」は特定の精神疾患の前駆的症狀や生物学的指標を示しつつも、現段階では診断基準を満たしていない人に対して行われる介入のことを指す。

子どものための抑うつ予防プログラムを実施する際にも、どの集団を対象にするのかについての検討が必要となる。一部の対象者に対して行われる介入では有効な結果が得られやすい。しかし、高い抑うつ傾向を持つ子どものみを対象とした介入は、子どもにレッテルを貼ることにつながり、自尊心や自己信頼感の促進とは逆の効果を与える可能性がある³²⁾。加えて、うつ病を発症するリスクをもつようになった児童青年を見逃してしまう危険性ももっている³³⁾。学校場面における普遍的介入のプログラムは、児童青年に対する不適切なラベリングを回避でき、リスクのある児童生徒の見逃しの危険性を最小にする、といった長所があることから、近年注目が集まるようになってきた。

抑うつ予防プログラムの動向研究によれば、予防プログラムの中心として認知的な要素がより多く取り入れられている³⁴⁾。しかしながら、効果的な抑うつ予防のためには、児童青年が適応的な認知行動的スキルを獲得するだけでなく、それらが適切に機能し維持されるための社会的環境の整備が必要不可欠であり³⁵⁾、個人的プロテクティブ要因と環境的プロテクティブ要因の両方にアプローチする必要があると指摘されている³⁶⁾。

最近の、児童および青年のための抑うつ予防プログラムについてのメタ解析³⁷⁾では、いくつかの予防プログラムによって、抑うつ症状の低下や、将来のうつ病性障害発症リスクの低下がもた

らされたことが明らかにされた。そして、より大きな介入効果と関連する要因は、リスクの大きい個人を対象としたプログラム、女性の多いサンプル、年長のサンプル、短期でホームワークのあるプログラム、専門家によって介入が行われたプログラムであり、介入内容は効果との関係がみられなかった。今後さらに、子どもの抑うつに対する予防的介入の有効性に関する研究の進展が望まれる。

おわりに

子どもの不登校、不適応、身体症状、問題行動、学業不振などの原因として様々な要因が考えられるが、これらの問題は抑うつによって引き起こされている場合もあると考えられる。子どもの抑うつについての関心は近年高まってきているところではあるが、児童青年期のうつ病に関する概念は様々で未だ統一した見解は得られていない。また、特に子どもの場合には成人のうつ病よりも環境的要因や周囲との人間関係による影響が深く関わっていると考えられ、抑うつに影響する要因に関して更なる研究の蓄積が必要と思われる。

文献

- 1) 文部科学省: 平成 21 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. 2009
- 2) 文部科学省: 平成 20 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. 2008
- 3) 野添新一, 古賀靖之: 登校拒否・不登校の原因をさぐる. 坂野雄二 編, メンタルヘルス・シリーズ 登校拒否・不登校. 同朋舎出版, pp37-72, 1990
- 4) 坂本真士, 大野 裕: 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, pp7-27, 2005
- 5) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed.. APA, Washington DC, 1980
- 6) Kazdin AE: Childhood Depression. J Child Psychol Psychiatry 31(1): 121-160, 1990
- 7) Mitchell J, McCauley E, Burke PM, Moss SJ: Phenomenology of depression in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 27(1): 12-20, 1988
- 8) 傳田健三, 賀古勇輝, 佐々木幸哉, 伊藤耕一, 北川信樹, 小山 司: 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(5): 424-436, 2004
- 9) 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: 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(1): 57-68, 2006
- 10) West P, Sweeting H: Fifteen, female and stressed: changing patterns of psychological distress over time. J Child Psychol Psychiatry 44(3): 399-411, 2003

- 11) Fichter MM, Xepapadakos F, Quadflieg N, Georgopoulou E, Fthenakis WE: A comparative study of psychopathology in Greek adolescents in Germany and in Greece in 1980 and 1998 - 18 years apart. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 254(1): 27-35, 200
- 12) Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA: DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry* 44(1): 69-76, 1987
- 13) Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA: Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol*. 102(1): 133-144, 1993
- 14) Kessler RC, Walters EE: Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety*. 7(1): 3-14, 1998
- 15) National Health and Medical Research Council: Depression in young people: clinical practice guidelines. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1997
- 16) Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF: Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 62(10): 1097-1106, 2005
- 17) 傳田健三: 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(3): 286-292, 2008
- 18) 佐藤寛, 下津咲江, 石川信一: 一般中学生におけるうつ病の有病率—半構造化面接を用いた実態調査—。精神医学 50(5): 439-448, 2008
- 19) Jane Costello E, Erkanli A, Angold A: Is there an epidemic of child or adolescent depression?. *J Child Psychol Psychiatry* 47(12): 1263-1271, 2006
- 20) Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Fischer SA: Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. *J Abnorm Psychol* 102(1): 110-120, 1993
- 21) Bhatia SK, Bhatia SC: Childhood and adolescent depression. *Am Fam Physician* 75(1): 73-80, 2007
- 22) Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, Klier CM, Ryan ND, Dahl RE, Wickramaratne P: Depressed adolescents grown up. *JAMA* 281(18): 1707-1713, 1999
- 23) 中根允文: 小児のメディカル・ケア・シリーズ うつ病—児童期・青年期を中心に。医歯薬出版, 1990
- 24) 齊藤万比古: 思春期の病態理解。臨床心理学 5(3): 355-360, 2005
- 25) Cole DA, Martin JM, Powers B, Truglio R: Modeling causal relations between academic and social competence and depression: a multitrait-multimethod longitudinal study of children. *J Abnorm Psychol* 105(2): 258-270, 1996
- 26) Rudolph KD, Hammen C: Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters: a transactional perspective. *Child Dev* 70(3): 660-677, 1999
- 27) Eley TC, Stevenson J: Specific life events and chronic experiences differentially associated with depression and anxiety in young twins. *J Abnorm Child Psychol* 28(4): 383-394, 2000
- 28) Garber J. Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. *Am J Prev Med* 31(6 Suppl 1): S104-25, 2006

- 29) Altmann EO, Gotlib IH: The social behavior of depressed children: an observational study. *J Abnorm Child Psychol* 16(1): 29-44, 1988
- 30) Rudolph KD, Hammen C, Burge D: A cognitive-interpersonal approach to depressive symptoms in preadolescent children. *J Abnorm Child Psychol* 25(1): 33-45, 1997
- 31) Mrazek PJ, Haggerty RJ (Eds.): Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington DC, National Academy Press, 1994
- 32) Jaycox LH, Reivich KJ, Gillham J, Seligman MEP: Prevention of depressive symptoms in school children. *Behaviour Research and Therapy* 32(8): 801-816, 1994
- 33) Rose G: The strategy of preventive medicine. Oxford, Oxford University Press, 1992
- 34) 石川信一, 戸ヶ崎泰子, 佐藤正二, 佐藤容子: 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(4): 572-584, 2006
- 35) Spence SH, Shortt AL: Research Review: Can we justify the widespread dissemination of universal, school-based interventions for the prevention of depression among children and adolescents?. *J Child Psychol Psychiatry* 48(6): 526-542, 2007.
- 36) Spence SH: Integrated individual and whole-school change approaches in the prevention of depression in adolescents. In Abela JRZ, Hankin BL (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*. pp333-353, New York, Guilford Press, 2008
- 37) Stice E, Shaw H, Bohon C, Marti CN, Rohde P: A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *J Consult Clin Psychol* 77(3): 486-503, 2009