

児童青年に対する抑うつ予防プログラム

— 現状と課題 —

石川 信一* 戸ヶ崎 泰子* 佐藤 正二* 佐藤 容子*

本稿の目的は、児童青年に対する抑うつ予防プログラムのレビューを行うことであった。初めに、抑うつリスクファクターには、個人的要因、社会的要因、認知的要因、家族の要因、外的な出来事要因があることが示された。このリスクファクターを軽減するための予防的介入要素は以下の4つに分類できることが分かった。①環境調整、②社会的スキルの獲得、③問題解決能力の向上、④認知への介入である。次に、予防研究をユニバーサルタイプとターゲットタイプ(indicatedとselectiveの予防プログラム)の2つに分類した。先行研究の多くは、ターゲットタイプのプログラムは抑うつ予防に効果があることを示している。一方、ユニバーサルタイプの結果は一貫していない。特に、長期的予防効果についての実証はあまりなされていない。最後に、抑うつ予防研究における実践と研究における示唆について議論がなされた。

キーワード：予防、抑うつ、児童、青年

はじめに

大うつ病は世界中で疾病関連障害として4番目に重大な問題であり、2020年までには2番目になると予想されている(Murray & Lopez, 1996; National Institute of Mental Health [NIMH], 2001)。特に、うつ病性障害は若い年代においての有病率が上昇している(Lewinsohn, Rohde, Seeley, & Fischer et al., 1993)。例えば、オーストラリアにおいては、18歳までに24%以上の若者が臨床的な大うつ病エピソードを経験することが示されている(National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1997)。本邦においても、小学生の7.8%、中学生の22.8%が高い抑うつ傾向を示すことが分かっており、欧米の報告と同じ程度に大うつ病性障害の児童青年がいる可能性がある(傳田・賀古・佐々木・伊藤・北川・小山, 2004)。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(NHMRC, 1997)、現在の不適応と関連しているだけでなく、後のうつ病性障害の発生確率を上昇させる(Weissman, Wolk, Goldstein, Moreau, Adams, Greenwald, Kler, Ryan, Dahl, & Wickramaratne, 1999)。以上のことから児童青年期の抑うつに対しての早期対応が必要不可欠であるといえよう。

早期対応の最も有効な手法として予防を挙げることができる。公衆衛生学の分野では、予防を、発生予防に焦点を当てる1次予防、早期発見・援助を目的とした2次予防、社会復帰・リハビリテーションに主眼をおいた3次予防に分類してきた。この分類では介入時期と対象者に焦点が当てられている。一方、対象者と疾病のリスクに焦点を当てた予防の分類として、米国医学研究所による3つの予防レベルがある(Mrazek & Haggerty, 1994)。第1に、一般的な人たち全てを対象とするUniversalレベルがある。第2に、精神障害のリスクが平均と比べ高い個人や集団を対象とするSelectiveレベルがあり、第3に、多少ではあるが精神障害の兆候や症状のある個人や現時点では診断基準に当てはまらないが精神障害の生物学的な弁別的特徴のある人を対象とするIndicatedレベルの予防介入がある。これらのレベルをまとめるとFIGURE 1のように分類される。予防的介入は、一般サンプルを対象としても臨床現場においても大うつ病エピソードの発症や再発の予防に有効性が示されていることから、抑うつに対する予防研究が必要不可欠である(NIMH, 2001)。

児童青年期の抑うつに対する予防研究

米国医学研究所は、予防的介入には、発症に関与するリスクファクターの特定、リスクファクター同士の関連の検討、リスクの軽減をもたらす有効な予防法の

* 宮崎大学教育文化学部
ishinn@cc.miyazaki-u.ac.jp

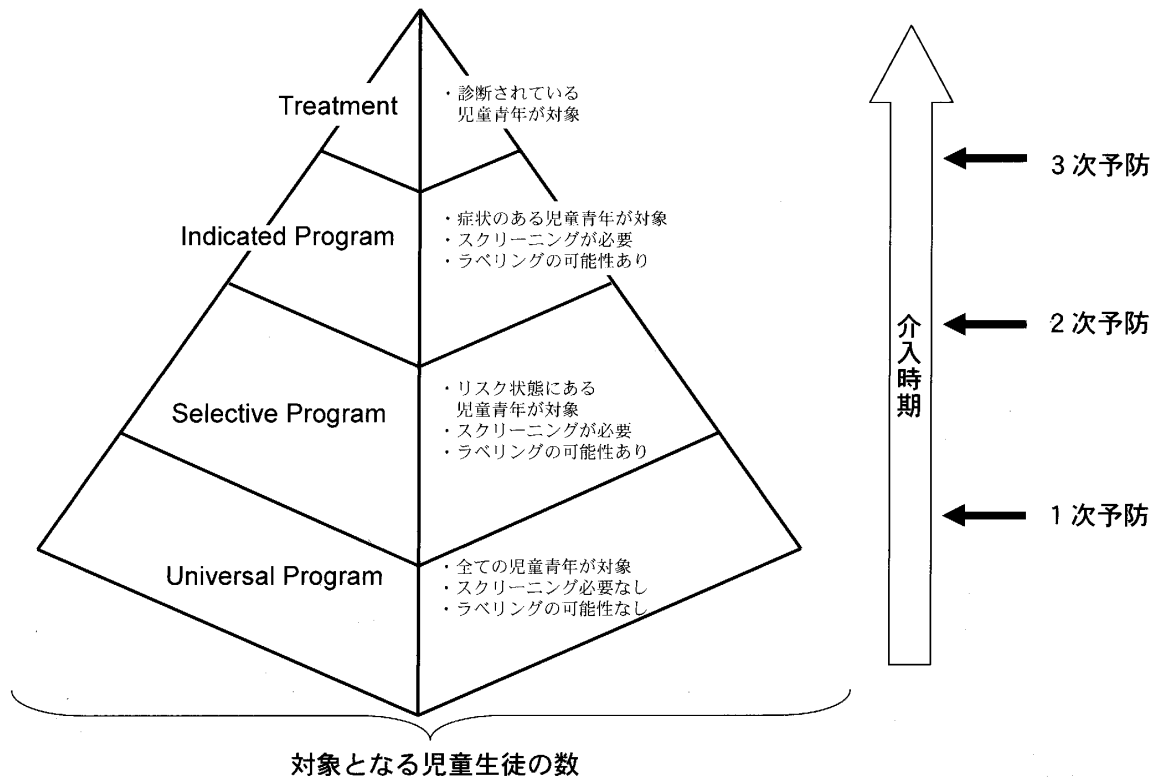


FIGURE 1 The concept of prevention programs

開発が必要であるとしている (Mrazek & Haggerty, 1994)。つまり、児童青年に対する抑うつ予防プログラムにおいては、抑うつにおけるリスクファクターを特定し、それらに対する介入を行うことを目的とすべきである。Barrett & Turner (2004) は個人、家族、環境の3つの領域から、抑うつに関連するリスクファクターを列挙している。これらを予防プログラムの観点からまとめると、個人的な要因、社会的要因、認知的要因、家族の要因、外的な出来事の原因の5つに分類することができる (TABLE 1)。

以上のようなリスクファクターを考慮に入れると、抑うつの予防的介入として大きく分けて4つの目標があると考えることができる。第1に、環境調整が挙げられる。ネガティブな出来事が多くなればなるほど、うつ病性障害のリスクが高まることから、日常生活の活動に関する調整は抑うつの予防に有効である。また、周囲からのサポートを得ることも有効である。

Barrera (1986) は、ソーシャルサポートには、①社会的ネットワーク、②知覚されたソーシャルサポート、③実行サポートの3つの次元があることを指摘している。そのうち、知覚されたソーシャルサポートは、ストレス反応のうちの「無気力」と関連があることが示されている (嶋田, 1993; 岡安・嶋田・坂野, 1993)。「無気力」

TABLE 1 Risk factors potentially influencing development of depression

個人的要因	<ul style="list-style-type: none"> 遺伝的脆弱性 他の障害の存在 以前の抑うつエピソード 不安障害の存在 慢性的な病気
認知的要因	<ul style="list-style-type: none"> ネガティブな帰属スタイル 認知の誤り ネガティブな自己知覚
社会的要因	<ul style="list-style-type: none"> 社会的スキル 社会的問題解決 社会的なサポート
家族の要因	<ul style="list-style-type: none"> 親の感情障害 親の養育態度 家族関係 夫婦関係
外的な出来事の原因	<ul style="list-style-type: none"> ネガティブなライフイベント 日常生活で生じる些細で不快な苛立事

は抑うつ症状と類似していることから、子ども自身を感じるソーシャルサポートを増大させることは、抑うつ症状の予防に効果的である可能性がある。第2に、社会的スキルの獲得がある。抑うつ症状の心理学的モデルの一つである Lewinsohn (1974) の抑うつ症状の行動モデルでは、抑うつ症状のある人は適切な社会的スキルを持たないために、対人関係において正の強化を受けることが少なく、その結果、抑うつ症状を悪化させやすいと考えられている。子どもの場合、発達的な段階からも、社会的スキルを十分に獲得していないことが考えられ、そのことが抑うつ症状を悪化させているとも考えられる。したがって、社会的スキルの向上を促すことは有益であると思われる。第3に、問題解決能力の向上が挙げられる。Nezu (1987) は、問題解決スキルの欠損がうつ病の発症に大きな影響を与えることを示している。問題解決スキルも、子どもの発達段階においては十分に獲得されていないことが考えられる。そのため、問題解決能力の向上は、ストレスフルな出来事に適切に対処する可能性を高めることになり、抑うつ状態になることを防止する可能性がある。したがって、問題解決能力への介入は抑うつ予防プログラムとして有効であると考えられる。第4に、認知への介入が挙げられる。Beck, Rush, Shaw, & Emery (1979) によると、うつ病の患者に特徴的な認知のあり方が、抑うつを維持させていることを示しており、子どもについても、抑うつ症状のある子どもの認知の偏りが報告されている (Cole & Turner, 1993)。したがって、認知への介入をすることは、抑うつ症状の予防につながる可能性がある。

ところで、FIGURE 1 に示したように、先行研究において実施された抑うつ予防プログラムは大きく分けて、対象者を絞る介入と、全員に行う介入の2つに分けられる。このうち、対象者を絞る介入の多くは、うつ病性障害のリスクがある対象者も、うつ病性障害の兆候や症状を有する対象者も介入対象としているため、Selective レベルと Indicated レベルのどちらの対象者も含まれることが多い。そこで、本稿においては、全ての対象者を介入対象とするユニバーサルタイプ (Universal レベルの予防プログラム) と、何らかのリスクのある対象者を選抜するターゲットタイプ (Selective レベル, Indicated レベル) に分類し、児童青年期の抑うつ予防プログラムについて、その現状と課題についてまとめる。

ターゲットタイプの予防研究

抑うつ予防プログラムを抽出するために、Amer-

ican Psychological Association が提供する “PsycINFO” を用いた検索を用いた。検索条件として、① Peer Reviewed Journal であること、② 「Title」に「prevention」もしくは「preventive」の語を含むこと、③ 「Title」か「Abstract」のどちらかに、「child」「adolescent」「youth」のいずれかの語を含むこと、④ 「Title」か「Abstract」のどちらかに「depression」の語を含むこととした。検索期間は、1990年1月1日から、2005年4月25日であった。その結果、77研究が抽出された。抽出された文献の中から、①研究の対象に児童青年(6~17歳)を含んでいないもの、②実際の介入を行っていないもの、③薬物療法を用いているもの、④英語で書かれていないもの、⑤介入の主たる目的が抑うつ症状の治療ではないもの、を除外した。その結果、12研究が抽出された。その後、それぞれの研究で用いられている介入プログラムの引用文献にあたり、同じ介入プログラムを用いている研究をまとめ、それぞれの文献内で紹介されているプログラムも展望の対象とした。

本稿で取り上げるターゲットタイプの予防プログラムを TABLE 2 に示す。ターゲットタイプの予防研究は、主に①親がうつ病や気分障害である、もしくは家族関係に問題があるといった家族の要因からのリスク集団と、②子ども自身が抑うつ症状を示しているリスク集団という2つを対象として実施されている。この両方に当てはまるリスク集団を対象として行われたターゲットタイプの予防研究の代表として、Jaycox, Reivich, Gillham, & Seligman (1994) の行った研究が挙げられる。彼らは、抑うつ症状のリスクのある子どものための Penn Prevention Program (PPP) を開発した。フィラデルフィアの10-13歳の子ども約1,600名から、①抑うつ症状を示している、②親子関係に問題を抱えている、といういずれかの抑うつ症状のリスクを抱える子ども149名を、介入群69名、統制群73名に割り当て、PPPの抑うつ予防効果の検討を行った。その結果、介入直後において統制群よりも介入群の方が、抑うつ症状が有意に減少しており、6ヶ月フォローアップにおいても同様の効果がみられた。加えて、抑うつ症状の尺度のカットオフポイントを超えた子どもは、介入前は全対象者で24%であったが、介入後は介入群では15%と減少していたのに対して、統制群では23%とほとんど変化がなかった。同様に、6ヶ月フォローアップも、介入直後とほぼ同様の結果が得られた。加えて、24ヶ月フォローアップにおいても PPP の有効性が示されている (Gillham, Reivich, Jaycox, & Seligman, 1995)。

気分障害のエピソードを有する家族の子ども抑うつ

TABLE 2 Target prevention programs for depression

Number	Author	Year	Sample	Age(M)	Program	Sessions	Components	Outcomes
1	Beardslee et al.	1997 1997 2003	37 36 121	8-15(11.5) 8-15(12.0) 8-15(11.6)	Clinician-facilitated intervention	6-10	①家族メンバーのアセスメント ②感情障害と子どものリスクとレジリエンスに関する心理教育的要素 ③心理教育的要素と家族生活経験の関連づけ ④子どもの罪や恥の感情を減らすこと ⑤学校や家以外での活動における自立した機能を促進させるために、家族内外における子どもの関係性発展の支援	講話介入と比べ、介入前後で自己報告と臨床家評定において改善 講話介入と比べ、自己報告、臨床家評定、親評定で、両親の疾病の理解が上昇 介入前後で内面化問題の得点が減少したが、講話介入との差はなし
2	Clarke et al.	1995 2001	150 94	(15.49)	Coping With Stress (CWS) Adolescent Coping With Depression (CWD-A)	16	①気分の評定 (セッション1) ②社会的スキル訓練 (セッション1~3, 5, 8) ③楽しい活動の計画 (セッション2, 4, 5) ④リラクゼーション (セッション3, 8, 9) ⑤前向きな考え (セッション5~10) ⑥コミュニケーション (セッション8~11) ⑦交渉と問題解決 (セッション11~14) ⑧維持、目標、予防 (セッション15~16)	うつ病性障害の発症率はコントロール群25.7%に対して14.5% うつ病性障害の発症率は通常のケア28.8%に対して9.3%
3	Jaycox et al.	1994	149	10-15(11.5)	Penn Prevention Program (PPP) Penn Resiliency Program (PRP)	12	①アリアセスメント ②イントロダクション：感情と考え ③感情と考えの関連づけ ④考えのラベリング、原因を考える ⑤結果を考える、夫婦の葛藤 ⑥主張と交渉 ⑦コーピング方略 ⑧情緒コントロール、計画立案、意志決定 ⑨社会的問題解決：5つのステップ ⑩問題解決の復習 ⑪ポストテスト ⑫復習、卒業証書授与	統制群と比べ、介入後とフォローアップにおいて、抑うつ症状が改善
4	Thompson et al.	2000	106	9-12	Personal Growth Class (PGC)	18 (PCG I) +18 (PCG II)	仲間と教師からのソーシャルサポート 活動の記録と気分の評定 生活スキル訓練 ・自尊心の向上 ・意志決定 ・怒りとストレスマネジメント ・内的なコミュニケーション	両介入は直接、もしくは間接的に、自己コントロール、抑うつ症状、自殺行動に影響
5	Yu & Seligman	2002	220	8-15(11.66)	Optimistic Child	10	①導入 ②考え方のスタイル ③反証探し ④考えの評価と、破滅的ではない思考 ⑤家族の葛藤についてとセッションの復習 ⑥主張行動と交渉 ⑦葛藤解決とネガティブな感情のコントロール ⑧先送りへの対処と社会的スキル訓練 ⑨意志決定と問題解決 ⑩セッションの復習	介入後、3ヶ月後、6ヶ月後のフォローアップにおいて、介入群に有意な抑うつ症状の改善

つ予防に焦点を当てた研究として、Beardsleeらによって行われた一連の研究が挙げられる。Beardslee, Versage, Wright, Salt, Rothberg, Drezner, & Gladstone (1997) や Beardslee, Salt, Versage, Gladstone, Wright, & Rothberg (1997) の結果を踏まえ、Beardslee, Gladstone, Wright, & Cooper (2003) は、気分障害を持つ親がいる8~15歳の子どもを対象に予防研究を行った。スクリーニングの結果、53家族が臨床家支援

介入(Clinician-Facilitated Intervention)、40家族が講話介入(Lecture Intervention)に割り付けられた。臨床家支援介入は、心理士、ソーシャルワーカー、看護師が実施し、6~11セッションで構成された。セッションにおいて支援者は、生活の経験を家族全員で共有できるように、家族の疾病という経験と現在の考え方との関連について話し合うように援助した。講話介入においても同様に、家族で話し合うようには促されるが、内容

は特に疾病のことには限定しないものであった。その結果、両プログラムとも、親の子どもへの接し方、親の病気に対する子どもの理解、子どもの内面化行動問題に効果があることが明らかとなり、特に臨床家支援介入は、親の子どもへの接し方により大きな効果があることが分かった。

Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Lewinsohn, & Seeley (1995) は、うつ病性障害の診断にまでは至っていないものの、抑うつ症状が高い青年を対象とした予防的介入を行った。この研究の特徴は、DSM に基づく診断基準によるうつ病性障害エピソードの予防を目的とした点にある。郊外にある3つの高校の9~10年生1,652名の中から学校規模で保健の時間にスクリーニング調査を実施し、うつ病のリスクがある74名を集団認知行動的介入群に、76名を通常のケアを行う統制群に無作為に割り当てた。Clarke et al. (1995) で実施された集団認知行動的介入プログラムである Coping With Stress は、その後、抑うつ治療プログラムである Adolescent Coping With Depression (CWDA ; Clarke, Lewinsohn, & Hops, 2001) に発展した。介入プログラムは、事前に40時間の訓練を受けたスクールサイコロジストやカウンセラーによって実施された。12ヶ月後のアセスメントによって、介入群の中でうつ病性障害と診断されたものは14.5%であったのに対して、統制群では25.7%であった。したがって、現在抑うつ症状を呈している青年に、認知行動的な予防プログラムを実施することは、将来のうつ病性障害の発症を抑える働きがあることが示唆された。その一方で、アメリカの保険維持機構 (Health Maintenance Organization) において抑うつ治療を受けている親を持つ青年を対象として、通常のケアによる統制群と、通常のケアに加えて Coping With Stress を行った群を比較したところ、予防効果がみられた結果と (Clarke, Hornbrook, Lynch, Polen, Gale, Beardslee, O'Connor, & Seeley, 2001), 両群に差はみられなかったとする結果が得られており (Clarke, Hornbrook, Lynch, Polen, Gale, O'Connor, Seeley, & Debar, 2002), 必ずしも結果に一貫性がみられていない。

青年の抑うつと自殺の予防について、仲間と教師のサポートに焦点を当てて検討した研究が Thompson, Eggert, & Herting (2000) によって行われている。この研究では、9~12年生の自殺のリスクがある青年106名を対象に学校ベースの介入プログラムである Personal Growth Class (PGC) を実施した。PGC は教員やスクールカウンセラーなど学校関係者によって運

営された。対象者は12名の小グループに分けられ、1回55分の通常授業内で実施された。PGC は、仲間からのサポートに重点が置かれている前半18回のセッション (PGC I) と、他の場面での応用に焦点が当てられている後半18回のセッション (PGC II) が用意されている。対象者はPGC Iを受けた群(36名)、PGC IとIIを受けた群(35名)、アセスメント群(35名)に分類された。構造方程式モデリングによる分析の結果、PGC Iを受けたグループでは、PGCにおける友人からのサポートが、自己コントロールを経由して抑うつと自殺行動の抑制に効果があることが明らかにされた。一方、PGC IとIIを受けたグループでは、自己コントロールを経由せず、PGCにおける友人からのサポートが、直接自殺行動の抑制に効果があることが分かった。しかしながら、この研究では対象者数が少ないという問題点があるため、結果の解釈は慎重にせざるを得ない。

さらに、特定の人種、社会経済的地位にある対象者に焦点を当てたターゲットタイプの予防研究が行われている。Cardemil, Reivich, & Seligman (2002) は、Jaycox et al. (1994) によって開発された予防プログラムが、ラテン系、アフリカ系を対象者においても適用可能であることを示している。さらに、欧米以外の対象者に焦点を絞った Yu & Seligman (2002) は、中国人の8~15歳の220名を対象としてターゲットタイプの予防的介入を試みた。介入終了後、3ヶ月後、6ヶ月後のフォローアップにおいて、介入群に有意な抑うつ得点の改善があったことが明らかとなった。一方、Roberts, Kane, Thompson, Bishop, & Hart (2003) は、地方の学校に焦点を当てたターゲットタイプの予防研究を行った。18の地方の学校の7年生(720名)のうち、親の同意が得られた341名を対象としてスクリーニングを実施し、介入群99名と統制群99名を抽出した。彼らの研究では、抑うつ症状に有意な群間差はみられず、両群とも時間経過と共に得点が減少していた。ところが、不安症状についてみると、フォローアップの時点で介入群の得点が統制群の得点よりも低いことが明らかにされた。このことから、Robertsらの抑うつ予防プログラムは不安症状に効果的である可能性が示唆される。

以上の研究結果から、いくつかの例外はあるものの、多くの研究においてはターゲットタイプの予防的介入の有効性が示されている。特に、すでに抑うつ症状のある程度示している対象者に対する予防的介入の有効性は一致して得られている。

ユニバーサルタイプの予防研究

前述の検索結果から抽出された代表的なユニバーサルタイプの抑うつ予防プログラムを TABLE 3 に示す。Clarke, Hawkins, Murphy, & Sheeber (1993) によって行われた 2 つの予防的介入が、最初のユニバーサルタイプの予防研究である。まず、3 セッションに渡る抑うつの教育と快適な活動スケジュールによる介入を試みたものの、介入後及び 12 週後のフォローアップで介入群に有意な効果はみられなかった。次に、5 セッションの行動的スキル訓練プログラムを実施したが、ここでも有意な介入効果はなかった。これらの結果から、抑うつの予防には、短期的で単一の介入要素からなるプログラムでは効果がなく、より長期的で複数の介入要素からなる構造化されたプログラムの必要性が示唆された。

Spence, Sheffield, & Donovan (2003) は、認知的再体制化と問題解決スキル訓練から構成される Problem Solving for Life (PSFL) というプログラムを開発し、その有効性を検討した。対象者は、8 年生(12~14 歳)1,500 名であり、そのうち 751 名を介入群とし、749 名を統制群とした。PSFL は、1 セッション 45~60 分からなる 8 セッションで行われ、教師により実行された。担当となる教師は 1 日(もしくは半日を 2 回)約 6 時間の研修を受けた。PSFL 実施の結果、抑うつ得点の高いハイリスクの対象者においては、介入直後の平均点がカットオフポイントを下回るといった直後効果はみられたものの、明確な群間差はみられなかった。加えて、フォローアップにおいては、ハイリスクに分類された対象者は PSFL 群の方が少なかったが(PSFL 群=39.8%, 統制群=46.7%), この差は有意ではなかった。さらに、Spence, Sheffield, & Donovan (2005) において、

TABLE 3 Universal prevention programs for depression

Number Author	Year	Sample	Age(M)	Program	Sessions	Components	Outcomes
1 Lowry-Webster et al.	2001	594	10-13	FRIENDS Program	10+2	①グループへの導入 ②感情への導入 ③思考と感情の関連 ④リラクゼーション ⑤認知的再構成 1 ⑥認知的再構成 2, ソーシャルサポート ⑦問題解決スキル訓練 ⑧セッションの復習, 報酬 ⑨セッションの復習 ⑩セッションの復習, 将来の計画, 卒業証書授与	不安症状の得点を共変量としたときには抑うつ症状の改善がみられた
2 Pössel et al.	2004	324	(13.82 vs. 14.18)	Handling Social Aspects in Everyday Life-Training (LISA-T)	10	認知的再構成 主張訓練 社会的コンピテンス訓練	統制群が変化していないのに対して、介入群の非抑うつ群の青年が増加
3 Quayle et al.	2001	47	11-12	Optimism and Life-skills Program	8	①考えと感情の関連 ②考えに名前を付ける, 考えのスタイル, 考えの変容方法 ③悲観的な考え方の評価と変容 ④家族葛藤の話し合いと主張性訓練 ⑤交渉, 譲歩, コーピングスキル ⑥怒りと悲しみのコントロール, 視覚化, 引き延ばし ⑦社会的スキル, 意志決定, 問題解決 ⑧復習と将来の計画	統制群と比べて, 6 ヶ月フォローアップにおいて, 介入群の抑うつ症状が改善
4 Shochet et al. Merry et al.	2001 2004	260 392	12-15 (13.49) 13-14	Resourceful Adolescent Program-Adolescent (RAP-A) Resourceful Adolescent Program-Kiwi(RAP-Kiwi)	11	①レポートの確立 ②すでに持っている長所の確認 ③自己マネジメントと自己沈静のスキル (2 セッション) ④認知的再構成 (2 セッション) ⑤問題解決 ⑥心理的サポートネットワークの築き方 ⑦家族の調和の促進と葛藤のエスカレーションの防ぎ方 (2 セッション) ⑧まとめと終結	統制群と比べて, 介入群は介入終了後と 10 ヶ月フォローアップにおいて, 抑うつ症状と絶望感が改善 統制群と比べて, 介入群は介入終了後とフォローアップにおいて抑うつ症状が一部を除いて改善
5 Spence et al.	2003 2005	1500	12-14	Problem Solving for Life (PSFL)	8	認知的再構成 社会的問題解決訓練	ハイリスクの対象者においては, 介入直後の効果はみられたものの, 明確な群間差はなし

2～4年後のフォローアップのデータも分析されているが、同様に明確な介入の効果はみられなかった。長期フォローアップ効果がみられなかった原因として、対象者の年齢が幼かったこと、実施者が教師であったこと、などが挙げられている。

同様に、オーストラリアで実施された大規模な予防プログラムとして、Lowry-Webster, Barrett, & Dadds (2001) が実施した FRIENDS Program がある。FRIENDS Program は不安に焦点を当てた予防的介入であるが、抑うつに対する効果も併せてねらっている。ブリスベンの都市部の学校に通う、5～7年生の594名の子どもを対象とした。プログラム実施者である担任教師は、2日間のワークショップに参加し、プログラムの代表者と10回以上定期的に面接を行った。プログラム実施の結果、介入群は統制群と比べ不安症状が有意に改善していた。抑うつの得点は介入後、変化はみられなかったが、不安を共変量としたときには抑うつの得点も変化した。以上のことから、不安のプログラムで抑うつ症状も変化する事が示唆された。

Shochet, Dadds, Holland, Whitefield, Harnett, & Osgarby (2001) は、260名の9学年の青年を対象に学校ベースのユニバーサルタイプの抑うつ予防プログラムの有効性を検討した。この研究で用いられた予防プログラムは、Resourceful Adolescent Program-Adolescent (RAP-A) である。参加者は、RAP-A 群、RAP-A+親セッション群、統制群の3群に分けられた。グループリーダーは、心理士や大学院生で構成される13名でセッションの運営がなされた。加えて、親グループには、青年のプログラムには参加しない2人のファシリテーターがついた。分析の結果、統制群と比べて、RAP-A 群と RAP-A+親セッション群は介入直後と10ヶ月フォローアップの時点で、抑うつ症状と絶望感が有意に減少していた。RAP-A 群と RAP-A+親セッション群には差はみられなかった。さらに、対象者を介入前の抑うつ得点で健康レベル、サブ臨床レベル、臨床レベルに分類し検討したところ、RAP-A 群と RAP-A+親セッション群においては、介入前に健康レベルであった対象者のうち、臨床レベルとサブ臨床レベルに移動した割合は1.2%であったのに対して、統制群では10.2%であった。RAP-A を受けたサブ臨床レベルの青年の中で、介入直後とフォローアップ時に臨床レベルに移行したものはなかった。

RAP-A をニュージーランドの青年に適応したプログラムが RAP-Kiwi である。Merry, McDowell, Wild, Bir, & Cunliffe (2004) は、RAP-Kiwi を用い

て、プラセボ群を設定したユニバーサル予防プログラムの効果を検討している。対象となったのは、低い社会経済的地域と中程度の社会経済的な郊外の2つの学校における9・10年生(13～14歳)であった。同意の得られた対象者392名をランダムに207名を介入群、185名をプラセボ群に分類した。介入期間中、プラセボ群には、抑うつ予防の改善に寄与するプログラムは含まれていないが、RAP-Kiwi と見かけ上類似している介入マニュアルに基づいた介入が実施された。その結果、介入群は、抑うつ得点が有意に減少しており、変化のなかった対象者を除くと、16名に改善がみられ、5名が悪化していた。一方、プラセボ群においては、6名が改善しており、9名が悪化していた。しかしながら、フォローアップ期は測定指標によって効果が異なることから、長期的な治療効果には疑問が残る。

Quayle, Dziurawiec, Roberts, Kane, & Ebsworthy (2001) は、大規模なユニバーサルタイプの研究のパイロットスタディとして、7年生女子70名(11歳から12歳)を対象にユニバーサルタイプの抑うつ予防研究を実施した。この研究で用いられたプログラムは Optimism and Lifeskills Program であり、元のプログラムは12セッションであったが、学校の事情にあわせて8セッションに短縮されている。介入群は24名で、統制群23名であり、介入群は12名ずつの2グループから構成された。結果、抑うつ症状は終了時においては改善効果がみられなかったが、6ヶ月フォローアップにおいては、介入群の得点が統制群よりも有意に低いことが明らかにされた。介入直後に効果がみられなかった原因として、脱落率の高さ、元々の抑うつ得点の低さが挙げられている。

Pattison & Lynd-Stevenson (2001) も、プラセボ群を設定したユニバーサルタイプの予防研究を行った。この研究では、Quayle et al. (2001) と同様に、PPP をオーストラリアの児童に適用するとともに、不安の高さは抑うつを予測することから (Cole, Peeke, Martin, Truglio, & Seroczynski, 1998), ①不安の測定を実施, ②6ヶ月ではなく、8ヶ月のフォローアップを測定, ③社会的スキルと認知的再体制化の治療要素が抑うつに及ぼす直接効果の検討, ④同一地域で実施, といった点を考慮し検討を行った。150名の全生徒のうち、親の承諾が得られた74名を対象に解析を行った。参加者は2つのPPP群と(両方とも16名ずつ)、地域の環境問題に焦点を当てたグループ活動を実施するプラセボ群に振り分けられた(16名)。全く参加しない統制群は18名であった。結果、介入後、フォローアップ時点において

介入効果はみられなかった。この原因として、Pattison & Lynd-Stevenson (2001) は、対象者の不足と、PPPのユニバーサルタイプの予防プログラムの適応の限界を挙げている。

Pössel, Horn, Groen, & Hautzinger (2004) は、ユニバーサルタイプの学校ベース予防プログラムであるEase of Handling Social Aspects in Everyday Life-Training (LISA-T) 開発した。対象者は、①非抑うつ群（抑うつ症状がほとんどない群）、②気分変調症状群（軽度の抑うつ症状を持つ群）、③臨床症状群（うつ病性障害のレベルが疑われる群）に分類された。対象となったのは8年生の生徒であり、200名（87名女子）が介入群、147名（79名女子）が統制群であった。LISA-T群は男女で2つずつグループに分かれ、1グループの人数は8～24名であった。プログラムを一度経験した心理学者か、大学院生の主トレーナーや副トレーナーがプログラムを運営した。介入の結果、介入群の非抑うつ群の青年の割合は6ヶ月で上昇しており（40.7%から64.3%）、統制群ではほとんど変化していないことが分かった（37.2%から37.6%）。加えて、介入群では、52.0%から31.2%と気分変調症状の青年の割合は減っている。しかしながら、分類における割合は変化したものの、自己報告式の質問紙の得点においては介入群と統制群において差がみられなかった。

以上のように、ユニバーサルタイプの予防的介入はある程度の予防効果がみられているものの、一貫した結果が得られていない。特に、長期フォローアップについては、実証されているとは言い難い。一方、対象者を抑うつ得点の重症度で分類し、区別して分析を行うとある程度の介入効果がみられている。

まとめと今後の課題

これまで述べてきたように、児童青年の抑うつに対する予防的介入研究は現在注目を集め、実践されている領域であることが分かる。本邦においても、現在児童青年の抑うつに関する関心が高まっており、本稿で紹介したような抑うつ予防プログラムを実施することは意義深いと考える。実施に際して、予防プログラムには、ターゲットタイプの予防プログラムとユニバーサルタイプの予防プログラムという2つのタイプがあり、それぞれメリットとデメリットがあることを考慮する必要がある。

まず、ターゲットタイプの予防研究は、ユニバーサルタイプの予防研究に比べて、多くの研究で一貫した成果が報告されている。先行研究にしたがうと、学校

で抑うつ症状の高い一群を質問紙調査などで識別し、その対象者に予防プログラムを実施することが有効な手続きであるといえよう。しかしながら、この手法では2つの問題点がある。第1に、ラベリングの問題がある。抑うつ症状の得点が高く、介入の対象となる児童青年を学校において抽出すると、他の子どもに気づかれてしまい、学校適応に悪影響を及ぼす可能性がある。うつ病性障害の形成過程に、対人関係の問題が関連していることが指摘されていることから（Lewinsohn, 1974）、ターゲットタイプの予防的介入を行う上では、ラベリングのリスクについて慎重に取り扱う必要がある。第2に、介入の時点では強い症状は観察されないが、その後うつ病を発症するリスクを持つようになった児童青年を見逃してしまう点が挙げられる（Rose, 1992）。特に、児童青年の抑うつ症状に先行して、不安症状が生じる可能性が指摘されている（Cole et al., 1998）。したがって、抑うつの高さだけでなく不安症状についても注意を払う必要がある。このようなターゲットタイプの予防的介入が抱える問題点を克服するためには、児童生徒全員を介入対象としたユニバーサルタイプの介入が求められる。

さらに、ユニバーサルタイプのプログラムは、参加者が少ないという問題点や、脱落に関する問題点を防ぐこともできるという利点も併せ持つ。一方で、ユニバーサルタイプの介入は、実施に多くの人数と時間がかかり、その割に先行研究においては効果が一貫していないという費用対効果の問題点がある。以上のことから、ターゲットタイプとユニバーサルタイプの予防プログラムは、それぞれにメリットとデメリットが存在するため、どちらか一方では、児童青年の抑うつ予防対策として不十分であると考えられる。したがって、両方の予防プログラムの整備と、実践研究の蓄積が必要不可欠であるといえよう。そして、ユニバーサルタイプの予防プログラムにおいては、まだ一貫した結果が得られていない。そこで、ユニバーサルタイプに主眼を置きながら、抑うつ予防プログラム実践における課題について整理しておきたい。

第1に、抑うつ予防の操作的定義の問題が挙げられる。先行研究においては、予防プログラムの介入効果として、抑うつ症状の低減、高抑うつ得点者の減少、抑うつ症状による日常生活の不応状態の改善といった指標が用いられている。しかしながら、どの指標における変化を、「予防の効果」と定義すべきかについては議論が分かれるところである。例えば、ターゲットタイプのプログラムであれば、高抑うつリスク者が、

うつ病性障害を発症しないことが効果判定の有益な指標となりうるが、ユニバーサルタイプの研究においては、対象者全体の抑うつ症状の指標において改善がみられることが予防効果とされる可能性がある。さらに、多くの研究においては、対象者全体の得点の変化ではなく、抑うつの得点の高さによって対象者のリスク状態を分類し（高群と低群や高群、中群、低群）、それぞれのリスク状態別に解析を行っている。つまり、対象者の抑うつのリスク状態によって、予防効果が異なると仮定されているのである。加えて、フォローアップの期間が統一されていないため、どの時期における効果を予防効果とするかについても不明瞭である。例えば、Jaycox et al. (1994) は軽減 (relief) を「治療終了時における症状の低減」、予防 (prevention) を「治療終了後、長期間にわたる症状の低減」と定義しているが、統一されているわけではない。今後、抑うつ予防プログラムを実施する上では、全体の抑うつ症状の低減を目指すのか、将来うつ病性障害に至る可能性のある高抑うつ状態の児童青年の数を減らすのか、抑うつによる不適応状態の改善を目的とするのか、といった点は整理する必要があるだろう。

次に、研究デザインの問題がある。明確な予防プログラムの効果を実証されていない先行研究に共通しているのは、統制群の抑うつ得点の時間的変化に影響されていることである。つまり、プログラムの効果がないのではなく、統制群においても自然の改善がみられているため、有意な介入効果が検出できないのである。興味深いことに、ウェイトリグリストコントロール、プラセボコントロール、など統制群設定の違いがあるにもかかわらず起きている現象である。この現象には、学校におけるイベントや、時期の効果などが関連している可能性が考えられる。また、Spence et al. (2003) が指摘するように、統制群においても、抑うつに関するアセスメントを実施することによって、対象者の抑うつに対する関心が高まり、それ自体が抑うつへの影響を及ぼす可能性も考慮する必要がある。そのため、予防プログラム実施の際には、複数のクラスにおいてコントロールデータを収集する、できるだけ多くの時点において抑うつ症状のアセスメントを行う、統制群の設定を複数設ける（他の介入を実施する群、プラセボコントロール群、アセスメントのみの群、など）、といった方法を用いて、統制データの測定に配慮することが望ましいといえよう。

第3に、介入の要素を精選する必要がある。上述した抑うつの予防プログラムの介入要素のうち、認知へ

の介入が多くの研究で共通して用いられているものの、認知への介入が、その他の介入要素よりも予防効果に優れているかどうかについては、どちらのタイプの予防プログラムの実践研究においても確認されていない。したがって、介入要素を精選することは重要な課題である。介入要素の間の比較においては、介入要素の直接的な比較、プロセス分析の2つの実証方法がある。さらに、それぞれの方法は、適切な尺度が準備される必要がある。

先行研究のいくつかにおいては、上記の2つの方法を用いて介入要素の検討が試みられてはいる。まず、介入要素の直接的な比較であるが、例えば、Pattison & Lynd-Stevenson (2001) においては、社会的スキル訓練と認知的再体制化の介入要素の順番を入れ替えて効果を検討している。しかしながら、サンプル数の不足のために明確な結論は得られていない。加えて、その他にこのような試みを行っている研究はない。次に、プロセス分析とは、複数の介入要素を実施し、介入要素による変化を測定できるアセスメントを用いて、介入要素それぞれの変化を捉える分析方法である。例えば、認知への介入であれば、予防プログラムの認知的要素を実施した結果、認知的な変容が促されているか確認するという方法がこれに当たる。一部の研究においては、プログラムによって扱われた介入要素が、介入の結果変容しているか、確認しているものの (Pattison & Lynd-Stevenson, 2001; Quayle et al., 2001; Spence et al., 2003; Shochet et al., 2001)、多くの研究においては、抑うつ症状の改善は確認しても、これらの介入要素に関わる指標の測定は行っていない。さらに、確認している研究においても、介入要素による変化を実証できずにいる。

このような現状に共通している問題点として、測定指標の不適切さが挙げられる。先行研究においては、認知への介入効果を測定する場合、不合理な信念や自動思考の尺度をそのまま用いていることが多い。しかし、予防プログラムの対象は、臨床レベルの症状を有していない児童青年であり、その多くは明確な不合理な信念やネガティブな自動思考を持たないことが予想される。そのため、現在用いられている指標では、弁別力に疑問があり、サンプル全体の平均得点が低く、床効果を起こしている可能性も否定できない。さらに、予防プログラムにおける認知的な介入は、多くとも3～4回で終了することに加え、集団形式で実施されるため、対象者の信念や思考を明確に変容するところまで至っていない可能性がある。これでは、介入の結果、対象者に何らかの認知的な変化が起きていたとしても、

その変化を測定することができない。つまり、現時点では測定指標の問題から、介入要素のねらいと抑うつ症状との変化が対応していることが実証されていない。以上のように、先行研究においては、介入要素の比較を試みてはいるものの、方法的な問題によって、明確な知見を得るには至っていない。したがって、今後は介入要素同士を直接比較し、それぞれの有効性を検討する、もしくは、介入要素による変容を測定に適切なアセスメント方法の整備を行い、複数の介入要素の変容プロセスを検討することを通じて、介入要素の精選を行っていく必要がある。

今後は、以上のような課題を踏まえた研究の蓄積が必要となるが、これらの課題に加え、特に本邦で抑うつ予防プログラムを実施する際に問題となる点についても考慮する必要がある。そこで、最後に本邦における課題について述べる。第1に、児童青年に対する心理的な予防介入の導入における障壁が挙げられる。本邦において、抑うつ症状をはじめとした児童青年のメンタルヘルスに関する予防的介入が広く浸透しているとは言い難い。加えて、うつ病性障害は、非常に多くの人々が経験する可能性があるものの (Murray & Lopez, 1996; NIMH, 2001)、本邦においては児童青年のうつ病性障害に対する認識は乏しいと言わざるを得ない (傳田ら, 2004)。したがって、例えば、学校で予防的介入の実施を試みたとしても、周囲の人間からの協力が得られない可能性がある。しかしながら、本邦では、近年社会的スキル訓練やストレスマネジメントといった学校ベースの予防的介入の試みが浸透しつつある (嶋田・鈴木, 2004; 佐藤・相川, 2005)。また、白石 (2005)、及川・坂本 (2005)、小関・佐々木 (2005) によって抑うつ予防を目指した介入実践も報告されている。このような試みを足がかりに、抑うつ予防プログラムを数多く実施することにより、児童青年のメンタルヘルスを向上させるような心理的介入を実施できる可能性がある。第2に、先行研究で用いられているプログラムが本邦での実践に適しているかという問題点が挙げられる。抑うつリスクファクターとして社会的要因、家族の要因といった環境的な要因が仮定されていることを考慮に入れると、先行研究で実施されているプログラムを本邦の児童青年にそのまま用いることが、必ずしも有効であるとは限らない。したがって、本邦において児童青年の抑うつ症状に関する基礎的研究、特にどのようなリスクファクターが抑うつ症状を悪化させ、どのような要因が抑うつ症状を軽減させるのか、といった研究の蓄積を行うことは必要不可欠である。そ

れによって、本邦において実践すべき介入要素についての精選が可能になると思われる。本邦においては、欧米諸国のような大規模で長期間にわたる多要素の介入を、初期段階で導入することが難しいことから、基礎研究の知見に基づく介入要素の精選は必要不可欠である。以上のような本稿で明らかとなった問題点を踏まえて、児童青年の抑うつ予防プログラムを実施し、その効果を検証する必要がある。

引用文献

- Barrera, M., Jr. 1986 Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, **14**, 413-445.
- Barrett, P. M., & Turner, C. M. 2004 Prevention of childhood anxiety and depression. In P. M. Barrett & T. H. Ollendick (Eds.), *Handbook of interventions that work with children and adolescents : Prevention and treatment*. Chichester, England : John Wiley & Sons Ltd. Pp.429-474.
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J., & Cooper, A. B. 2003 A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk : Evidence of parental and child change. *Pediatrics*, **112**, 119-131
- Beardslee, W. R., Salt, P., Versage, E. M., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J., & Rothberg, P. C. 1997 Sustained change in parents receiving preventive interventions for families with depression. *American Journal of Psychiatry*, **154**, 510-515.
- Beardslee, W. R., Versage, E. M., Wright, E. J., Salt, P., Rothberg, P. C., Drezner, K., & Gladstone, T. R. G. 1997 Examination of preventive interventions for families with depression : Evidence of change. *Development and Psychopathology*, **9**, 109-130.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. 1979 *Cognitive therapy of depression*. New York : Guilford Press. (坂野雄二 監訳 1992 うつ病の認知療法 岩崎学術出版社)
- Cardemil, E. V., Reivich, K. J., & Seligman, M. E. P. 2002 May 8 The prevention of depressive symptoms in low-income minority middle-

- school students. *Prevention & Treatment*, 5, Article 8 Retrieved September 1, 2005, from <http://journals.apa.org/prevention/volume/5/pre/0050008a.html>
- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., & Sheeber, L. 1993 School-based primary prevention of depressive symptomatology in adolescents : Findings from two studies. *Journal of Adolescent Research*, 8, 183-204.
- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P., & Seeley, J. R. 1995 Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents : A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 312-321.
- Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., O'Connor, E., & Seeley, J. 2001 A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1127-1134.
- Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., O'Connor, E., Seeley, J. R., & Debar, L. 2002 Group cognitive-behavioral treatment for depressed adolescent offspring of depressed parents in a health maintenance organization. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 305-313.
- Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. 2001 Instructor's manual for the Adolescent Coping with Depression course. Retrieved September 1, 2005, from Kaiser Permanente Center for Health Research website : <http://www.kpchr.org/public/acwd/acwd.html>
- Cole, D. A., Peeke, L. G., Martin, J. M., Truglio, R., & Seroczynski, A. D. 1998 A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 451-460.
- Cole, D. A., & Turner, J. E., Jr. 1993 Models of cognitive mediation and moderation child depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 271-281.
- 傳田健三・賀古勇輝・佐々木幸哉・伊藤耕一・北川信樹・小山 司 2004 小・中学生の抑うつ状態に関する調査：Birlreson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. (Denda, K., Kako, Y., Sasaki, Y., Ito, K., Kitagawa, N., & Koyama, T. 2004 Depressive symptoms in a school sample of children and adolescents; Using the Birlreson Depression Self-Rating Scale for Children [DSRS-C]. *Japanese Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 424-436.)
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Jaycox, L. H., & Seligman, M. E. P. 1995 Prevention of depressive symptoms in schoolchildren : Two-year follow-up. *Psychological Science*, 6, 343-351.
- Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Gillham, J., & Seligman, M. E. P. 1994 Prevention of depressive symptoms in school children. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 801-816.
- 小関俊祐・佐々木和義 2005 小学校4年生に対する心理教育とSSTを用いた抑うつ予防 第31回日本行動療法学会大会発表論文集, 226-227.
- Lewinsohn, P. M. 1974 A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression : Contemporary theory and research*. Oxford, England : John Wiley & Sons. Pp.157-186.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Fischer, S. A. 1993 Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 110-120.
- Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M., & Dadds, M. R. 2001 A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood : Preliminary data from Australian study. *Behaviour Change*, 18, 36-50.
- Merry, S., McDowell, H., Wild, C. J., Bir, J., & Cunliffe, R. 2004 A randomized placebo-controlled trial of a school-based depression prevention program. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43,

- 538-547.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Eds.) 1994 *Reducing risks for mental disorders : Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC : National Academies Press.
- Murray, C. J. C., & Lopez, A. D. 1996 *The global burden of disease : A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge : Harvard School of Public Health.
- National Health and Medical Research Council 1997 *Depression in young people : Clinical practice guidelines*. Canberra : Australian Government Publishing Service.
- National Institute of Mental Health 2001 June 26 Priorities for prevention research at NIMH. *Prevention & Treatment*, 4, Article 17 Retrieved September 1, 2005, from <http://journals.apa.org/prevention/volume/4/pre/0040017.a.html>
- Nezu, A. M. 1987 A problem-solving formulation of depression : A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121-144.
- 及川 恵・坂本真士 2005 抑うつ予防を目的とした心理教育プログラム：介入群の変化を中心に 第69回日本心理学会大会発表論文集, 1041.
- 岡安孝弘・嶋田洋徳・坂野雄二 1993 中学校におけるソーシャル・サポートの学校ストレスの軽減効果 教育心理学研究, 41, 302-312. (Okayasu, T., Shimada, H., & Sakano, Y. 1993 Alleviation effects of social support on school stress in junior high school students. *Japanese Journal of Educational Psychology*, 41, 302-312.)
- Pattison, C., & Lynd-Stevenson, R. M. 2001 The prevention of depressive symptoms in children : The immediate and long-term outcomes of a school-based program. *Behaviour Change*, 18, 92-102.
- Pössel, P., Horn, A. B., Groen, G., & Hautzinger, M. 2004 School-based prevention of depressive symptoms in adolescents : A 6-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 1003-1010.
- Quayle, D., Dziurawiec, S., Roberts, C., Kane, R., & Ebsworthy, G. 2001 The effect of an optimism and lifeskills program on depressive symptoms in preadolescence. *Behaviour Change*, 18, 194-203.
- Roberts, C., Kane, R., Thompson, H., Bishop, B., & Hart, B. 2003 The prevention of depressive symptoms in rural school children : A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 622-628.
- Rose, G. 1992 *The strategy of preventive medicine* (1st ed.). Oxford, England : Oxford University Press.
- 佐藤正二・相川 充 (編) 2005 実践！ソーシャルスキル教育 小学校：対人関係能力を育てる授業の最前線 図書文化社
- 嶋田洋徳 1993 児童の心理的ストレスとそのコーピング過程：知覚されたソーシャルサポートとストレス反応の関連 ヒューマンサイエンスリサーチ, 2, 27-44. (Shimada, Y. 1993 Psychological stress and coping processes in elementary school children : The relationship between perceived social support and stress response. *Waseda Human Science Research*, 2, 27-44.)
- 嶋田洋徳・鈴木伸一 (編) 2004 学校、職場、地域におけるストレスマネジメント実施マニュアル 北大路書房
- 白石智子 2005 大学生の抑うつ傾向に対する心理的介入の実践研究：認知療法による抑うつ感軽減・予防プログラムに関する一考察 教育心理学研究, 53, 252-262. (Shiraishi, S. 2005 Cognitive therapy for reducing and preventing depressive moods : A practical study with undergraduates. *Japanese Journal of Educational Psychology*, 53, 252-262.)
- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H., & Osgarby, S. M. 2001 The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 303-315.
- 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.
- Thompson, E. A., Eggert, L. L., & Herting, J. R. 2000 Mediating effects of an indicated prevention program for reducing youth depression and suicide risk behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, **30**, 252-271.
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., Kler, C. M., Ryan, N. D., Dahl, R. E., & Wickramaratne, P. 1999 Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, **281**, 1707-1713.
- Yu, D. L., & Seligman, M. E. P. 2002 May 8 Preventing depressive symptoms in Chinese children. *Prevention & Treatment*, 5, Article 9 Retrieved September 1, 2005, from <http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050009a.html>

(2005.10.17 受稿, '06.5.20 受理)

Prevention Programs for Depression in Children and Adolescents : A Review

SHIN-ICHI ISHIKAWA, YASUKO TOGASAKI, SHOJI SATO AND YOKO SATO (FACULTY OF EDUCATION AND CULTURE, UNIVERSITY OF MIYAZAKI)
 JAPANESE JOURNAL OF EDUCATIONAL PSYCHOLOGY, 2006, 54, 572-584

The present article reviews programs for prevention of depression in children and adolescents. Published studies have indicated that risk factors for depression include individual factors, cognitive factors, social factors, family factors, and life-events/situations. Prevention components that reduce these risk factors were categorized into 4 techniques : environmental adjustment, social skills training, social problem-solving training, and cognitive interventions. Published studies were divided into 2 types : universal programs and targeted programs, the latter including indicated and selective prevention. Many previous studies have showed that targeted programs are effective at preventing depression. In contrast, results with universal programs have been inconsistent. The evidence for a long-term preventive effect of universal programs is especially limited. Implications for practice and for research on prevention programs for depression were discussed.

Key Words : prevention programs, depression, children, adolescents