

原著〔実践研究〕

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

佐藤 寛* 今城 知子** 戸ヶ崎 泰子*** 石川 信一***
佐藤 容子*** 佐藤 正二***

本研究の目的は、学級単位で担任教師が実施することのできる、児童の抑うつに対する認知行動療法プログラムの有効性について検討を行うことであった。小学5～6年生の児童310名を対象とし、150名が介入群に、160名が統制群に割り付けられた。介入群の児童に対して、心理教育、社会的スキル訓練、および認知再構成法を中心的な構成要素とする、9セッション(1セッション45分)からなる学級規模の集団認知行動療法プログラムが実施された。その結果、介入群の児童は統制群の児童に比べて抑うつ症状が大きく低減していた。さらに、介入群の児童は抑うつ尺度のカットポイントを超える割合が低くなっていたが、統制群ではカットポイントを超える児童の割合に変化は認められなかった。介入群の児童は、介入目標とされた社会的スキルと認知の誤りにも介入前後で改善が見られ、全般的な主観的学校不適応感も軽減され、抑うつや認知行動的対処に関する一般的な理解度が高まるといった効果が認められた。最後に、子どもの抑うつに対する心理学的介入プログラムの有効性や実用性を向上させるために必要とされる点について議論された。

キーワード：児童, 抑うつ, 認知行動的介入, 一次予防

問題と目的

子どもの抑うつ問題は、世界的に多大な関心を集めている。子どものうつ病の時点有病率は、児童期では1～2%、青年期では1～7%とされている(Avenevoli, Knight, Kessler, & Merikangas, 2008)。わが国においても、12～14歳のうつ病の時点有病率は4.9%、生涯有病率は8.8%であることが報告されている(佐藤・下津・石川, 2008)。治療を受けずに放置された場合、子どものうつ病は回復後も再発の危険性が高く、2年間で40%、5年間で70%が再発する(Rao, Ryan, Birmaher, Dahi, Williamson, Kaufman, Rao, & Nelson, 1995)。こ

のような再発率の高さから、うつ病の子どもは成人後もうつ病に罹患するリスクが高い(Kovacs, 1996)。

子どものうつ病は、学業不振や対人関係の悪化などといった日常生活上の機能低下を引き起こすことが知られている(Kessler & Walters, 1998)。また、うつ病の診断を満たさなくても、sub-clinicalな水準の抑うつ症状を示す子どもには、学業不振、社会的不適応、薬物使用、自殺などを示す可能性が高く見られ(National Health and Medical Research Council, 1997)、その後うつ病に罹患するリスクも高い(Pine, Cohen, Cohen, & Brook, 1999)。以上の点から、子どもの抑うつ問題への対策を講じる上で、うつ病の治療と同様にsub-clinicalな抑うつ症状への早期対応も重視する必要があると考えられる。

子どもの抑うつに対する早期対応の手段の一つとして、学校場面における心理学的介入の有効性が報告されている。これまでにさまざまな国で子どもの抑うつへの早期対応を目指した学校場面での心理学的介入プログラムが開発されている(Spence & Shortt, 2007)。これらの介入プログラムは、対象者の特徴と介入の時期によって3つのレベルに分類することができる。すなわち、一般の人すべてを対象とするユニバーサルレベ

* 宮崎大学教育文化学部・日本学術振興会特別研究員
〒889-2192 宮崎県宮崎市学園木花台西1-1
hsato@cc.miyazaki-u.ac.jp

** 南足柄中学校
〒250-0105 神奈川県南足柄市関本433

*** 宮崎大学教育文化学部
〒889-2192 宮崎県宮崎市学園木花台西1-1
togasaki@cc.miyazaki-u.ac.jp (戸ヶ崎)
ishinn@cc.miyazaki-u.ac.jp (石川)
yokos@cc.miyazaki-u.ac.jp (佐藤容)
e0c204u@cc.miyazaki-u.ac.jp (佐藤正)

ル、精神障害のリスクが高い人を対象とするセレクトタイプレベル、精神障害の症状や兆候が認められる人を対象とするインディケイティッドレベルである(石川・戸ヶ崎・佐藤・佐藤, 2006)。対象者の抽出を行うセレクトタイプとインディケイティッドの2つの介入を合わせて、ターゲットタイプと呼ぶこともある。これらの異なったレベルの介入にはそれぞれメリットとデメリットがあるが(詳しくは、石川ら, 2006を参照)、学校場面において介入を実施することを想定した場合に、ユニバーサルタイプのプログラムにはターゲットタイプのプログラムに比べていくつかの利点がある。ユニバーサルタイプの介入の具体的な利点としては、第1に、リスクの高い対象者を抽出することによって、そのことが周囲の子どもに知られてからかひの対象になってしまうなどのラベリングの問題を回避することができる。第2に、介入の時点ではリスクが認められなかったが、その後抑うつ症状が強まる子どもを見逃す危険性が少ない。そして第3に、クラス全体に抑うつへの対処法を浸透させることによって、クラス内の誰かが抑うつを経験した場合に、適切なサポート環境を整えることが可能になる。以上のような点から、学校場面におけるユニバーサルタイプの心理学的介入プログラムは有益であると考えられる。

海外で成果を挙げているユニバーサルタイプのプログラムにおいて、中核的な構成要素となっているのは認知行動療法的なアプローチに基づく介入技法である(Spence & Shortt, 2007)。わが国においても、認知行動療法の考え方を取り入れた、子どもの抑うつに対するユニバーサルタイプの心理学的介入プログラムが実践され始めている。たとえば、小関・嶋田・佐々木(2007)は、小学5年生を対象に45分×2セッションからなる認知的心理教育(認知再構成法を主な要素とする)の効果を検討している。その結果、介入後の時点では介入群と統制群の間に有意な差は認められなかったものの、3ヶ月後のフォローアップ時点では介入群の方が統制群に比べて抑うつ症状が低減するなどの介入効果が認められた。また、倉掛・山崎(2006)は、小学5年生を対象とした45分×13セッションのうつ病予防プログラム(認知再構成法、感情のコントロール、社会的スキル訓練を主な要素とする)の有効性の検討を行っている。その結果、介入後と1ヶ月後のフォローアップ時点のいずれにおいても、介入群と統制群の間に抑うつ症状の有意な差は認められなかった。

ところで、学校場面において心理学的介入プログラムを行う場合には、プログラムを誰が実施するかとい

う点について考慮する必要がある。プログラムの実施者としては、大きく2つのパターンが考えられる。1つは、普段から子どもたちに接している教師がトレーニングを受けた上で実施するパターンであり、もう1つは外部のスタッフ(主に心理学の専門家や大学院生)が実施するパターンである。国内外でこれまでに行われているプログラムの大部分は後者のパターンである。外部のスタッフがプログラムを実施する場合、理論的背景を熟知した指導者が介入を実施するために本来の意図が厳密に守られやすい、担任教師の負担が軽くてすむといったメリットがあるため、プログラムの導入が比較的容易である。このことから、過去の先行研究においても外部のスタッフが実施する形式を選択したプログラムの報告が多くなされてきたことが推測される。しかしながら、教師が実施する形式のプログラムには、外部のスタッフが実施する形式にはないメリットがある。すなわち、子どもたちがプログラムを通じて身につけた知識やスキルを教師が日常的に強化することができるため、介入効果の持続が期待できる。また、教師が実施できる形式にすることで、プログラムの普及の可能性を広げることでもできると考えられる(倉掛・山崎, 2006)。このような点を考慮し、教師が学級規模でプログラムを実施した研究としては、Merry, McDowell, Wild, Bir, & Cunliffe (2004) や Spence, Sheffield, & Donovan (2003) が挙げられる。いずれの研究においても、教師によって実施されたプログラムを受けた介入群は統制群よりも有意に自己評定の抑うつ症状が改善していた。

わが国でこれまでに行われた小関ら(2007)や倉掛・山崎(2006)のプログラムでは、いずれも担任教師ではなく外部のスタッフが介入を実施している。そこで本研究では、学級単位で担任教師が実施できる認知行動療法プログラムを作成した上で、抑うつ症状に対する有効性について検討を行うことを目的とする。

なお、対象者の年齢を設定するにあたっては、うつ病の発症リスクに関する発達の経過を示した疫学研究を参考にした。Hasin, Goodwin, Stinson, & Grant (2005)は、うつ病の発症リスクが12~16歳の間に急激に高まることを報告している。子どもに対してユニバーサルタイプの介入を行うのであれば、発症リスクが高まる以前の段階で介入を実施することが望ましい(Horowitz & Garber, 2006)。以上の理由から、本研究では小学校5~6年生の児童を介入の対象とした。

方 法

1. 対象者

介入群として公立A小学校に在籍する5年生2学級(男子33名,女子33名),6年生3学級(男子43名,女子41名)の計150名がプログラムに参加した。また,統制群として公立B小学校に在籍する5年生2学級(男子35名,女子38名),6年生3学級(男子40名,女子47名)の計160名にも並行してアセスメントを行った。いずれの小学校も宮崎県内の郊外に位置する中規模校であった。

2. 認知行動療法プログラムの概要

実施期間 プログラムは2006年10月から2007年2月にかけて,1ヶ月に2回のペースで計9セッション,学級活動と道徳の時間を用いて行われた。1セッションあたりの時間は45分であった。介入前の査定は9月の終わりに,介入後の査定は3月の初めに実施された。

プログラムの実施方法 第1回は臨床心理学を専門とする心理学者が介入を実施した。第2回から第9回までは,大学スタッフが作成した指導案形式の介入マニュアルに基づき,学級の担任教師が介入を行った。各セッションの前に約1時間,大学スタッフと介入クラスの担任教師と一緒にセッションの内容について打ち合わせを行った。また,それぞれの回において,介入を最初に実施するクラスの様子をその他の4クラスの教師が見学し,介入の参考とした。さらに,各回の

介入実施後に大学スタッフと教師の間で介入についてのフィードバックを1時間程度行った。

加えて,プログラムの実施状況の観察と補助のために,プログラムの作成メンバーである大学教員と大学院生が,ほぼすべての授業に毎回2~3名程度参加した。各回のセッションの様子はビデオ録画され,介入マニュアルの内容が実際のセッション内でどの程度達成されていたか(treatment fidelity)を評価するための資料とした。

大学スタッフは毎回のセッションごとに,指導案,黒板掲示用教材,児童に配布するワークブックとホームワーク,教室内に掲示するまとめポスターを作成した。また,介入効果の維持促進のため,プログラムで学んだことを実生活に用いた場合には児童がホームワークシートに記録をつけるようにし,それに対して教師が強化子としてシールをワークブックに貼るようにした。

プログラムの構成要素 プログラムの各回のセッションの内容をTable 1に示す。本研究のプログラムにおいては,①心理教育,②社会的スキル訓練,③認知再構成法を主な構成要素とした。佐藤・嶋田(2006)によると,児童の抑うつに対して有効性が実証されている認知行動療法プログラムにおいては,抑うつに関する基本的な知識について紹介する心理教育のセッションは必ず適用されている。また,社会的スキル訓練と認知再構成法は,それぞれプログラムの行動的要

Table 1 プログラムの構成要素と具体的内容

実施時期	セッション	構成要素	具体的な内容
10月	第1回	オリエンテーションと心理教育	○プログラム実施目的の説明。 「きもち」とは何か。きもちのラベリング。
	第2回	社会的スキル訓練①	○「あたたかい言葉かけ」を学ぶ。
11月	第3回	社会的スキル訓練②	○「上手な頼み方」を学ぶ。
	第4回	社会的スキル訓練③	○「上手な断り方」を学ぶ。
12月	第5回	認知再構成法①	○きもちには大きさがあることを学ぶ。 「できごと・考え・きもち」の関係を知る。
	第6回	認知再構成法②	○いやなきもちになる考えをつかまえる。
1月	第7回	認知再構成法③	○いやなきもちになる考えをやっつける。
2月	第8回	応用学習①	○これまで学んだ「スキル」と「認知」を使って,問題解決の具体的な方法を考える。
	第9回	応用学習②+学習のまとめ	○プログラムのまとめと修了式。

素、認知的要素の代表的なものとして頻繁に取り入れられている。

社会的スキルの欠如と抑うつとの関連については、多くの研究が報告されている。特に、主張性に関するスキルは抑うつとの関連が指摘されていることから（戸ヶ崎・佐藤・佐藤, 2005）、本研究では主張性スキルの習得を目的として、頼み方と断り方についてのトレーニングを行う。加えて、抑うつが強い児童は、そうでない児童よりも仲間とのポジティブな相互作用が少ないことも報告されている（竹島・松見, 2006）。そこで本研究では、あたたかい言葉かけのスキルについても介入の標的とした。社会的スキル訓練は、荒木・石川・佐藤（2007）を参考に、児童の抑うつ症状に関連したスキルにより焦点づける形で修正を加えたものを使用した。

ネガティブな認知と抑うつとの関係は、児童期の子どもにおいても認められることが報告されている。たとえば、佐藤・石川・新井（2004）は、「破滅的な思考」「過度の一般化」「個人化」「選択的な抽出化」といった認知の誤りが、抑うつの症状に対して促進的に働くことを指摘している。このことから、本研究ではネガティブな認知に対する認知再構成法をプログラムに含めることとした。認知再構成法は、Stark & Kendall（1996）および Clarke, Lewinsohn, & Hops（1990）のプログラムを参考に、わが国の児童に適した形式になるように本研究で作成したものをを用いた。

各セッションの概要 第1回は、オリエンテーションと心理教育のセッションであった。ワークブックで例示されたストーリーを読み、登場人物の気持ち（かなしい、うれしい、イライラなど）をラベリングする練習を行い、このプログラムでは自分や友だちが落ちこんだり悲しくなったりした時の解決法について学んでいくことを説明した。ホームワークでは、授業とは別の問題場面を読んで、登場人物の気持ちとその理由を記述させた。

第2回～第4回は社会的スキル訓練のセッションであった。第2回では「あたたかい言葉かけ」のスキル、第3回と第4回では主張性スキルとしてそれぞれ「上手な頼み方」と「上手な断り方」のスキルがターゲットスキルとされた。社会的スキル訓練のセッションでは、まず教師が全体にそれぞれのスキルが必要となるようなストーリーをワークブックに沿って例示し、その場面における適切な行動と不適切な行動のモデルを実際に示した。次に、それぞれの行動によって登場人物たちはどのような気持ちになるか全体で確認した上で、4～6名のグループに分かれ、例とは別の場面を

題材に適切な行動を話し合っただけで考え出す練習をした。最後に、グループの中でペアを作り、ストーリーの登場人物になったつもりでロールプレイを行った。教師と大学スタッフはグループを巡回し、適宜フィードバックを行った。ホームワークでは、さらに別の問題場面について、セッションで学んだ内容をもとに適切な行動を考える練習を実施した。

第5回から第7回は、認知再構成法のセッションを実施した。まず、第5回のセッションでは、気持ちには大きさがあることを説明し、気持ちの大きさを0～100で量的に表現する練習を実施した。また、提示された問題場面の中から出来事・考え・気持ちをそれぞれ分類し、出来事そのものによって気持ちの大きさが決まっているのではなく、その出来事が起こった時の考えによって気持ちの大きさは変化することを学習した。次に、第6回において、考えの中にはいやな気持ちになりやすい考えがあることを説明し、例示されたストーリーの中からのいやな気持ちになりやすい考え方はどれか特定する練習を行った。そして第7回では、いやな気持ちになる考えに対処する認知の変容法について学び、提示された問題場面において実際にどのような対処ができるか学級全体で話し合った。提案された対処法について教師がフィードバックを行った。ホームワークでは、セッション中とは異なる場面を提示し、各回で学んだ要素を繰り返して練習を行った。

第8回と第9回は応用学習のセッションとし、これまでに学んだ社会的スキル訓練や認知再構成法の要素を用いて、さまざまな状況における対処方法が選択・実行できるようになるための練習を行った。ワークブックに示された問題場面について、第2回から第7回のセッションで学んだ内容から対処法を児童が自由に選択し、グループ内で発表した。社会的スキルを対処法として選択した児童については、実際にそのスキルをロールプレイにおいて実行し、認知的な対処を選択した児童は具体的にどのような代替的認知を使うことができるかを発表した。教師と大学スタッフはグループを巡回し、適宜フィードバックを実施した。第9回の最後に、全体を通じた学習のまとめと修了証の授与式を行った。ホームワークでは、児童自身が最近経験した「困った場面」を取り上げてもらい、プログラムで学んだことを使って実際に対処法を選択・実行する課題を与えた。課題の結果は児童がレポートとしてまとめ、大学スタッフがすべてのレポートにコメントをつけた上で児童に返却した。

セッションの流れの例 本研究におけるセッション

進行の一例として、第5回「場面・考え・気持ちをわける」の進行の概要を述べる。なお、導入部とまとめの内容については全セッションを通じてほぼ同様であった。

第5回のセッションは、出来事(場面)、考え、気持ちがそれぞれどういうものか整理した上で、気持ちは出来事のみによって決まるのではなく、考えによって気持ちは変化することを学ぶ目的で実施された。

まず導入部として、前回の内容を簡単に復習してポイントを再確認した。また、本プログラム全体を通じてのルール「人のことを笑わない、ふざけない、恥ずかしがらない」の確認を行い、今回の目標(めあて)が「考えを取り出そう」であることを紹介した。

続いて展開部として、気持ちには種類(かなしい、たのしい、イライラなど)と大きさ(0~100)があることを説明し、同じ種類の気持ちでも大きさが違うことがあることを伝えた。そして、ワークシートに書かれた仮想的な場面「図工の授業で作った作品を友だちに笑われる、など」に出てくる主人公の気持ちの種類と大きさを児童に想像して発表してもらい、同じ場面であっても人によって気持ちの種類や大きさは違うものであることをフィードバックした。さらに、「友だちにあいさつをしたのに返事がなかった」という場面を例にとって、考え方の違い(「聞こえなかっただけかもしれない」と「無視された。きらわれてしまったんだ」)によっていやな気持ちの大きさが違うことを説明した。その後、例示された場面でのどのような考え方をするといやな気分が大きくなったり小さくなったりするかを学級全体で話し合った。

最後に、まとめとして今回のポイントを振り返り、ホームワークの説明を行った。

3. 効果指標

プログラムの効果指標として、介入の実施前と実施後に以下の自己評定尺度への回答を児童に求めた。回答は、児童が普段在籍している学級において、担任の指示に基づく一斉回答形式で実施された。倫理的観点から、児童には①正しい答えや間違った答えはなく、思った通りに回答してよいこと、②回答は強制ではないので答えたくない質問には答えなくてもよいこと、③回答を家族や先生が見ることはないこと、④学校の成績や点数には関係がないこと、といった点について説明を行った。

抑うつ症状 抑うつ症状の査定には、Children's Depression Inventory (CDI : Kovacs, 1985) と Depression Self-Rating Scale for Children (DSRS : Birlleson,

1981)の2つの尺度を用いた。どちらも子どもの抑うつ症状を測定する尺度であるが、世界的にはCDIが、日本ではDSRSがよく使用される傾向にある。

CDIは27項目からなる尺度である。最近2週間の自分の状態について、3つの文章の中から最もよくあてはまるものを選択する形式をとる。日本語版は真志田・尾形・大園・小関・佐藤・石川・戸ヶ崎・佐藤・佐藤・佐々木・嶋田・山脇・鈴木(印刷中)によって作成されており、高い信頼性と妥当性が示されている。

DSRSは18項目からなり、最近1週間の状態について各項目に3件法(「いつもそうだ」~「そんなことはない」)で回答する。日本語版は村田・清水・森・大島(1996)が作成し、高い信頼性と妥当性が報告されている。

社会的スキル 社会的スキルの測定には、藤枝・相川(2001)によって作成された目標スキルの自己評定尺度を用いた。この尺度は、「仲間への入り方・誘い方」「やさしい言葉かけ」「相手を思いやる」「上手な頼み方」「あたたかい断り方」という5因子39項目から構成されている。本研究では、プログラムで実際に介入目標となるスキルに関連した3因子18項目(「やさしい言葉かけ」「上手な頼み方」「あたたかい断り方」)を効果指標とした。普段の自分の学校でのふるまいにどのくらいあてはまるかについて、4件法(「よくあてはまる」~「ぜんぜんあてはまらない」)で回答を求めた。

ネガティブな認知 ネガティブな認知の測定には、児童用認知の誤り尺度改訂版(石川・坂野, 2003 ; 佐藤ら, 2004)を使用した。この尺度は、児童が抑うつを喚起しやすい場面で特徴的に見られる認知の誤りを測定するものである。「友人とのケンカ場面」「怒られる場面」など、児童が抑うつを喚起しやすい9つの場面を提示し、それぞれの場面の解釈について示された17項目に自分の考えがどの程度あてはまるかを4件法(「とてもそう思う」~「ぜんぜんそう思わない」)で回答するよう求めた。この尺度には、高い信頼性と妥当性が認められている。

学校不適応感 対象者の全般的な不適応感を測定する指標として、戸ヶ崎・秋山・嶋田・坂野(1997)によって作成された小学生用主観的学校不適応感尺度を用いた。この尺度は、子どもが学校生活において感じる主観的な不適応感を測定するものであり、「友だちとの関係」「先生との関係」「学業場面」の3因子15項目から構成されている。回答は4件法(「よくあてはまる」~「ぜんぜんあてはまらない」)で求められる。尺度の信頼性と妥当性は、高い水準にあることが確認されている。

プログラムの習得度 プログラムに参加することに

よる対象者の知識や認識の変化を査定するため、プログラムの習得度を問う9つの項目を準備し、回答を求めた。項目の内容は、本研究において実施するプログラムの内容に即して構成された。それぞれの項目に対して、その通りと思えば「○」、そうではないと思えば「×」、どちらかわからない時には「？」で回答を求めた。対象者の回答があらかじめ操作的に決められた正答と一致した場合に、対象者が回答を通過したものととして集計した（項目の内容と正答は、Table 3を参照）。

結 果

1. 介入前における効果指標の群間比較

介入群と統制群における学年と性別の割合を χ^2 検定によって比較したところ、群間の有意差は認められなかった（学年： $\chi^2[1]=.087, n.s.$, 性別： $\chi^2[1]=.446, n.s.$ ）。

一方、介入前の時点におけるプログラムの効果指標（抑うつ症状、社会的スキル、ネガティブな認知、学校不適応感）を従属変数とした多変量分散分析によって介入群と統制群を比較したところ、有意なWilksのラムダが得られた（ $F[9, 238]=.774, p<.001$ ）。従属変数ごとに見ると、CDI, DSRS, ネガティブな認知の得点において、介入群の方が統制群よりも有意に高い得点を示していた（いずれも $p<.05$ ）。また、学校不適応感についても、介入群の方が統制群よりも得点が有意に高かった（いずれも $p<.05$ ）。さらに、社会的スキル尺度のうち、上手な頼み方については、統制群の方が介入群よりも有意に高い得点を示していた（ $p<.05$ ）。以上のことから、介入前の時点において、介入群は統制群よりも抑うつやネガティブな認知、学校不適応感を強く示しており、上手な頼み方のスキルが低かったことが示唆された。

2. 介入効果の検討

それぞれの効果指標を従属変数とし、介入効果の検討を行った。データの解析には混合モデル（mixed model）を用いた。固定効果（fixed effect）として、群の効果（介入群・統制群）、時期の効果（介入前・介入後）、およびその交互作用項をモデルに投入した。さらに、変量効果（random effect）として対象者の効果をモデルに加えた。混合モデルを適用することで欠損値のあるデータを分析から除外する必要がなくなるため¹、すべ

¹ 混合モデルでは、欠損がデータに依存せずランダムに生じていると考えられる状況（missing at random）においては欠損値を含めた解析が可能である。本研究のデータでは、特定の対象者に欠損値が多いなどのランダムに生じていないと判断されるデータの欠損は認められなかったため、すべての対象者を解析に含めることとした。

Table 2 介入前後における効果指標の推定周辺平均と標準誤差

効果指標	介入群 (n=150)		統制群 (n=160)	
	Pre	Post	Pre	Post
抑うつ症状				
CDI	15.02 (0.53)	13.02 (0.58)	12.60 (0.55)	11.99 (0.54)
DSRS	11.60 (0.46)	9.87 (0.46)	9.34 (0.43)	8.62 (0.43)
社会的スキル				
やさしい言葉かけ	25.20 (0.35)	27.43 (0.38)	25.77 (0.38)	27.59 (0.38)
上手な頼み方	11.42 (0.17)	11.98 (0.18)	11.88 (0.16)	11.96 (0.16)
あたたかい断り方	17.66 (0.33)	19.13 (0.36)	18.51 (0.25)	19.26 (0.26)
ネガティブな認知				
認知の誤り	21.04 (0.83)	18.32 (0.91)	18.19 (0.78)	17.10 (0.80)
学校不適応感				
友だちとの関係	8.36 (0.26)	7.89 (0.26)	7.48 (0.25)	7.69 (0.25)
先生との関係	10.86 (0.27)	9.57 (0.26)	9.96 (0.27)	9.47 (0.28)
学業場面	11.82 (0.28)	10.57 (0.28)	8.87 (0.26)	9.50 (0.26)

注：カッコ内は標準誤差

CDI=Children's Depression Inventory,

DSRS=Depression Self-Rating Scale for Children

ての対象者のデータを用いて解析を行った（Table 2）。

また、混合モデルによる分析の結果、介入群と統制群のいずれにおいても有意な得点の変化が認められた効果指標については、介入前後の得点の差をとって変化量を算出し、変化量の絶対値の大きさを比較した。なお、データに欠損のある場合には変化量が算出できないため、欠損値があった対象者のデータは分析ごとに除外された。

抑うつ症状への効果 CDI得点を従属変数とした分析を行ったところ、群の主効果（ $F[1, 305]=6.11, p<.05$ ）、時期の主効果（ $F[1, 249]=14.54, p<.001$ ）、および交互作用（ $F[1, 249]=4.15, p<.05$ ）が有意であった。群ごとに分析を行うと、介入群では介入前から介入後にかけてCDI得点が有意に低減していたが（ $F[1, 166]=15.94, p<.001$ ）、統制群ではCDI得点の有意な低減は認められなかった（ $F[1, 133]=1.70, n.s.$ ）（Figure 1）。

DSRS得点については、群の主効果（ $F[1, 302]=9.28, p<.01$ ）、時期の主効果（ $F[1, 290]=23.05, p<.001$ ）、および交互作用（ $F[1, 290]=4.22, p<.05$ ）が有意であった。群ごとの分析を実施したところ、介入群、統制群のいず

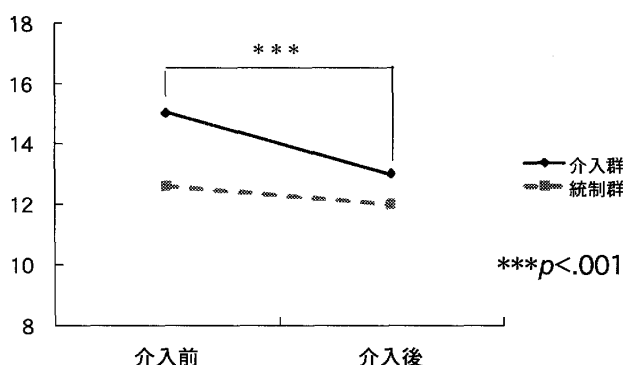


Figure 1 介入前後の CDI の変化

れにおいても DSRS 得点が有意に低減していることが示された (介入群: $F[1, 142]=17.73, p<.001$; 統制群: $F[1, 147]=5.77, p<.05$) (Figure 2)。そこで, DSRS 得点の変化量の比較を行ったところ, 介入群の方がより大きく得点が低減していた (介入群: $n=103$, 統制群: $n=121, t[287]=1.87, p<.05$)。

臨床レベルの抑うつ症状を示す児童の割合 CDI と DSRS には臨床的なレベルの抑うつ症状を表す基準となるカットポイントが設定されている (CDI: 20 点, DSRS: 16 点)。そこで, 介入前後においてカットポイントを上回る児童の割合がどのように変化したかを, 介入群と統制群についてそれぞれ検討した。分析には McNemar 検定を用いた。介入群では, CDI の基準では 25.2%, DSRS の基準では 24.3% が介入前の時点でカットポイントを上回る得点を示していた。介入後にはこの割合が CDI で 16.5%, DSRS で 16.5% へと減少しており, いずれも有意傾向であった ($p<.10$)。一方, 統制群では CDI の基準で 16.5%, DSRS の基準で 14.0% が介入前にカットポイントを超えていた。この割合は, 介入後の時点では CDI で 15.7%, DSRS で 14.0% とほぼ変化しておらず, McNemar 検定の結果も有意ではなかった。

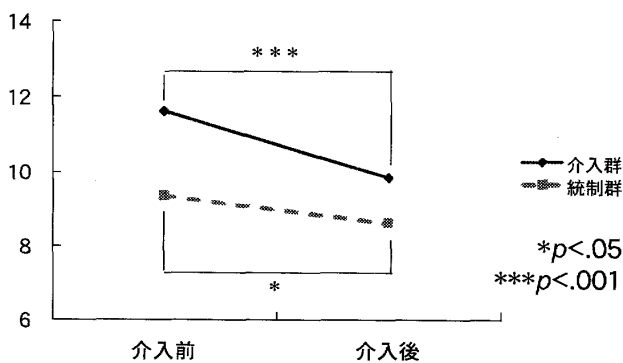


Figure 2 介入前後の DSRS の変化

社会的スキルへの効果 社会的スキル尺度の「やさしい言葉かけ」得点を従属変数とした分析の結果, 時期の主効果は有意であったが ($F[1, 563]=21.23, p<.001$), 群の主効果 ($F[1, 563]=2.11, n.s.$) と交互作用 ($F[1, 563]=0.01, n.s.$) は有意ではなかった。群ごとに見ると, 介入群と統制群のいずれも有意に得点が増加しており (介入群: $F[1, 125]=45.61, p<.001$; 統制群: $F[1, 150]=20.04, p<.001$) (Figure 3), 変化量にも有意な差は認められなかった (介入群: $n=116$, 統制群: $n=134, t[257]=0.98, n.s.$)。

「上手な頼み方」得点について分析を行ったところ, 時期の主効果に有意な傾向が見られ ($F[1, 562]=3.02, p<.10$), 群の主効果 ($F[1, 562]=2.31, n.s.$) と交互作用 ($F[1, 562]=1.53, n.s.$) は有意ではなかった。ただし, 群ごとに分析すると, 介入群では得点が有意に向上しており ($F[1, 133]=8.56, p<.001$), 統制群では有意な変化は見られなかった ($F[1, 146]=0.20, n.s.$) (Figure 4)。

「あたたかい断り方」得点についての分析では, 時期の主効果が有意であり ($F[1, 563]=21.23, p<.001$), 群の主効果 ($F[1, 563]=2.11, n.s.$) および交互作用 ($F[1, 563]=0.01, n.s.$) は有意ではなかった。群ごとに見ると, 介入

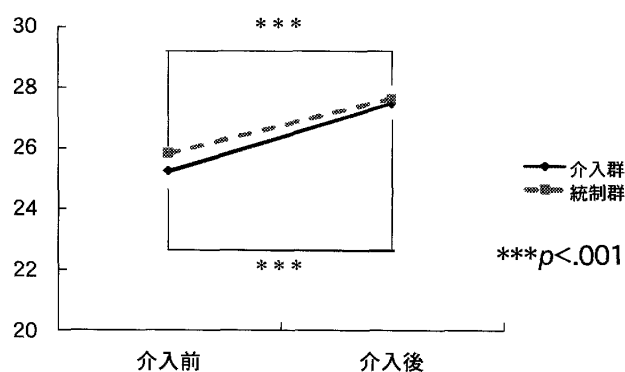


Figure 3 介入前後の社会的スキル「やさしい言葉かけ」の変化

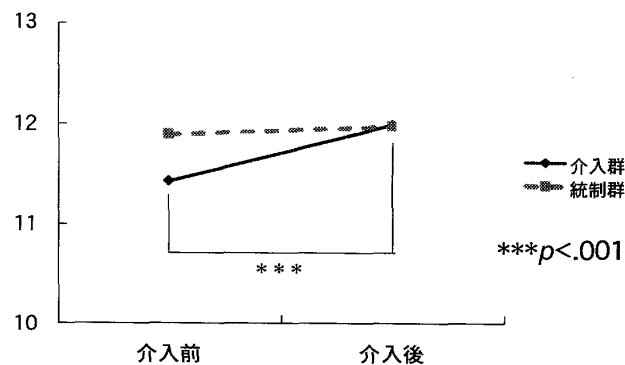


Figure 4 介入前後の社会的スキル「上手な頼み方」の変化

群・統制群とも有意に得点が増加していた（介入群： $F[1, 103]=18.95, p<.001$, 統制群： $F[1, 144]=7.98, p<.01$ ）（Figure 5）。そこで、両群の変化量を比較したところ、介入群の方が有意に「あたたかい断り方」のスキルが向上している傾向にあった（介入群： $n=116$, 統制群： $n=134$, $t[254]=1.35, p<.10$ ）。

ネガティブな認知への効果 認知の誤り得点を従属変数とした分析の結果、群の主効果($F[1, 528]=6.46, p<.05$)および時期の主効果($F[1, 528]=5.15, p<.05$)が有意であり、交互作用は有意ではなかった($F[1, 528]=1.03, n.s.$)。ただし、それぞれの群について見ると、介入群では有意な認知の誤り得点の低減が認められたが($F[1, 247]=4.88, p<.05$)、統制群では有意な得点の変化は示されなかった($F[1, 281]=0.87, n.s.$)（Figure 6）。

学校不適応感への効果 学校不適応感尺度の「友だちとの関係」得点を従属変数とした分析を行ったところ、群の主効果($F[1, 305]=3.06, p<.10$)および群×時期の交互作用($F[1, 297]=3.27, p<.10$)が有意傾向であり、時期の主効果は有意ではなかった($F[1, 297]=0.52, n.s.$)。群別の分析を行うと、介入群には得点が増加する傾向が見られていたが($F[1, 146]=3.06, p<.10$)、統制群には得点の有意な変化は見られなかった($F[1,$

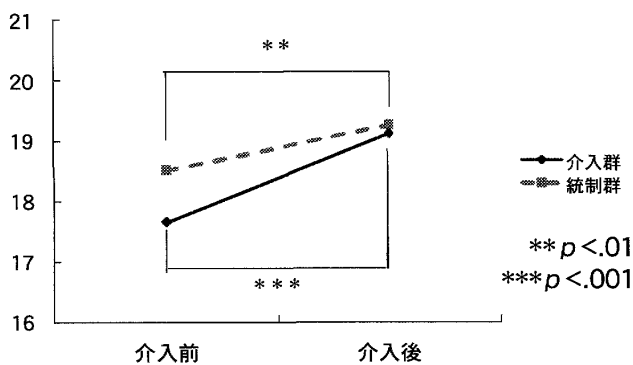


Figure 5 介入前後の社会的スキル「あたたかい断り方」の変化

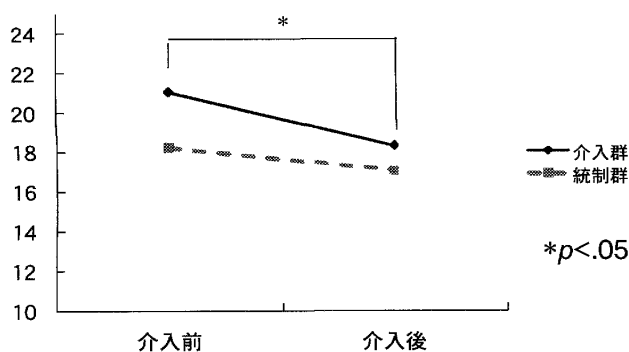


Figure 6 介入前後の認知の誤りの変化

151]=0.62, n.s.)（Figure 7）。

「先生との関係」得点について分析を行ったところ、時期の主効果が有意であり($F[1, 591]=10.73, p<.01$)、群の主効果にも有意な傾向が見られたが($F[1, 591]=3.39, p<.10$)、交互作用は有意ではなかった($F[1, 591]=2.18, n.s.$)。ただし、群別の分析においては、介入群では得点が増加してあり($F[1, 287]=11.90, p<.01$)、統制群では有意な得点の変化は得られていなかった($F[1, 304]=1.55, n.s.$)（Figure 8）。

「学業場面」得点では、群の主効果($F[1, 590]=55.80, p<.001$)および群×時期の交互作用($F[1, 590]=12.26, p<.001$)が有意であった。時期の主効果は有意ではなかった($F[1, 590]=1.30, n.s.$)。群ごとに見ると、介入群では得点が増加してあり($F[1, 287]=9.85, p<.01$)、統制群では反対に得点が増加する傾向が認められた。($F[1, 303]=3.05, p<.10$)（Figure 9）。

プログラムの習得度の評価 プログラム参加による対象者の知識や認識の変化を査定するため、プログラムの習得度に関する9項目への介入前後の回答を比較した。質問項目と各項目の正答、対象者の通過率をTable 3に示す。なお、この習得度評価についての質

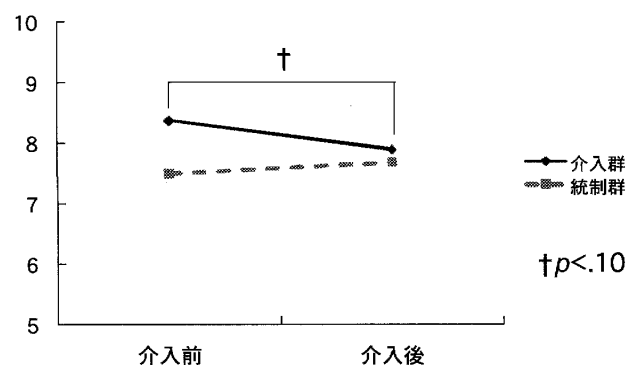


Figure 7 介入前後の学校不適応感「友だちとの関係」の変化

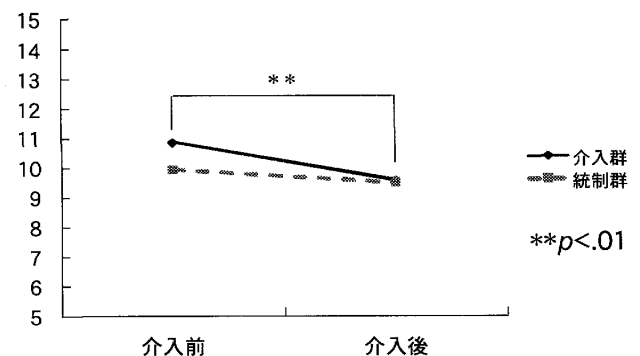


Figure 8 介入前後の学校不適応感「先生との関係」の変化

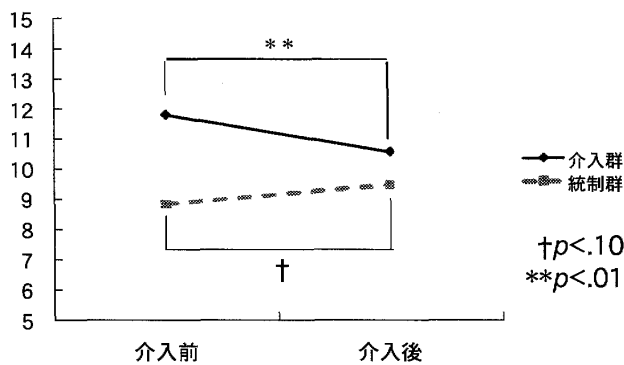


Figure 9 介入前後の学校不適応感「学業場面」の変化

問への回答は、介入群の児童についてのみ得られている。

介入前後の通過率を McNemar 検定によって比較したところ、9項目中7項目については通過率が有意に向上していた ($p < .05$)。「性格が弱い人が、きもちが落ちこむものだ」「すごくイヤなきもちになっても、考え方できもちが楽になることがある」「他の人から何か頼まれたときに、断ったらぜったいにきらわれてしまう」などといった、抑うつに対する認識や、認知・行動的対処についての知識を問う項目では、60%前後から70%ほどだった通過率が80%から90%まで向上した。また、「もし自分が落ちこんだきもちになっても、うまく解決できると思う」「もし友だちや周りの人が悲しい気持ちになっていたら、うまく助けてあげられると思う」といった、自分や周囲の人の抑うつに対する

効力感を問う質問の通過率については、それぞれ50.4%から81.0%、44.6%から92.6%と大幅な向上を示している。

一方、通過率に有意な変化が認められなかった2項目(「落ちこむことは、だれにでもある」「きもちが落ちこむことははずかしい)」については、介入前の時点ですでにそれぞれ95.9%、86.0%と高い通過率を示しており、通過率そのものは99.2%、92.6%と向上したものの天井効果によって McNemar 検定の結果が有意にならなかったものと考えられる。

介入マニュアルの達成度 (treatment fidelity) マニュアルにおいて意図していた内容が、実際の介入においてどの程度達成されていたか評価するため、セッションの内容を録画したビデオ映像を用いた検討を行った。それぞれの回ごとに1クラスを無作為に抽出し、評価の対象とした。マニュアルに記述されているセッションの手順を項目化(セッションごとに9~15項目程度)し、独立した2名の評定者(心理学を専門とする修士課程の大学院生)が映像を見ながら手順の達成率を評価した。その結果、各セッションの達成率は85~100%の範囲であり、高い達成率を示していた。なお、評定者間の一致率は $\kappa = .89$ と十分なものであった。達成されていない点としては、各セッションのまとめやホームワークの指示が時間の関係で省略されているものが数回見られたが、マニュアルの中核的な内容は確実に達成されていた。

Table 3 プログラムの習得度評価に関する質問項目および通過率

習得度評価の質問項目 (カッコ内は正答)	通過率 (%)		McNemar検定
	介入前	介入後	
1. 落ちこむことは、だれにでもある。(○)	95.9	99.2	n.s.
2. 悲しいきもちになってしまったら、自分ではどうしようもないからそのままにしておくしかない。(×)	65.3	91.7	***
3. 他の人から何か頼まれたときに、断ったらぜったいにきらわれてしまう。(×)	72.7	93.4	***
4. もし自分が落ちこんだきもちになっても、うまく解決できると思う。(○)	50.4	81.0	***
5. すごくイヤなきもちになっても、考え方できもちが楽になることがある。(○)	57.9	88.4	***
6. とても困ったことがあっても、自分の力だけで何とかしないとけない。(×)	55.4	79.3	***
7. 性格が弱い人が、きもちが落ちこむものだ。(×)	63.6	81.0	**
8. きもちが落ちこむことははずかしい。(×)	86.0	92.6	n.s.
9. もし友だちや周りの人が悲しいきもちになっていたら、うまく助けてあげられると思う。(○)	44.6	92.6	***

** $p < .01$, *** $p < .001$

考 察

本研究の結果、認知行動療法に基づく心理学的介入プログラムに参加した児童には、①統制群の児童に比べて抑うつ症状が大きく低減し、②介入目標とされた社会的スキルと認知の誤りにも介入前後で改善が見られ、③全般的な主観的学校不適応感が軽減し、④抑うつや認知行動的対処に関する知識や認識が向上した、といった効果が認められた。

子どもの抑うつに対するユニバーサルタイプのプログラムは、ターゲットタイプのプログラムに比べて抑うつ症状の改善効果が得られにくいことが知られている (Horowitz & Garber, 2006)。実際に、わが国で実施された2つのプログラムにおいても、介入終了後の時点では抑うつ症状の改善が得られていない (小関ら, 2007; 倉掛・山崎, 2006)。ユニバーサルタイプのプログラムにおいて明確な効果が得られにくい理由としては、一般対象者全体に向けて介入を実施しているために、対象者の抑うつ症状がもともと弱く、床効果によって介入の有効性が検出されないという可能性が指摘できる。加えて、プログラムの有効性が示されなかった先行研究に共通して見られるのは、統制群の抑うつ症状の経時変化によって有意な介入効果が検出されないという現象である。すなわち、プログラムに効果がないというよりも、統制群においても自然経過による改善が見られているために有効性が検出できないのである (石川ら, 2006)。

このような現象が起こる背景を理解するためには、抑うつ症状の一般的な経過について知る必要がある。子どもの抑うつに関する臨床疫学的研究によると、児童青年期における大うつ病エピソードは平均持続期間が7~9ヶ月であり、1年半から2年の間におよそ90%は寛解してしまうものの (e.g., Kovacs, Feinberg, Crouse-Novak, Paulauskas, & Finkelstein, 1984)、その後5年間で70%が再発する (Rao et al., 1995) という性質を持つ。また、一般児童を対象とした研究においても、DSRSのカットポイントを超えていた児童のうち、3ヶ月後の時点では54.6%が回復していたものの、その中の22.6%は6ヶ月後の時点で再びカットポイントを超えていたとする報告がある (佐藤・大島・新井, 2007)。このことから、抑うつ症状は高い変動性を持っており、何ヶ月にもわたるプログラムを実施した場合に統制群の抑うつ症状が自然経過によって偶発的に増減するという事態は十分に想定できる。本研究においても統制群のDSRS得点は介入前から介入後にかけ

て有意に弱まっていたが、本研究のプログラムではこれらの自然経過による変化よりも大きな抑うつ症状の改善効果が得られており、本研究の主要な成果の1つであるといえる。

また、プログラムに参加した児童のうち、CDIとDSRSの基準においてそれぞれ25.2%と24.3%がカットポイントを上回る得点を示していた²。介入に参加した結果、カットポイントを超える児童の割合はいずれの尺度においても16.5%まで減少していた。このような変化は統制群の児童においては認められておらず、本研究のプログラムは臨床的支援が考慮される水準の抑うつ症状を示す児童に対しても、ある程度の有効性を持つと考えられる。

さらに、介入群の児童は、抑うつ症状の低減効果に加えて、全般的な主観的学校不適応感にも改善効果が認められた。「先生との関係」については交互作用が有意ではなかったため解釈に一定の制限を要するが、いずれの下位尺度においても介入群では学校不適応感の減少が示され、統制群ではこのような変化は認められなかった。このことから、本研究のプログラムは抑うつ症状に対する特異的効果だけでなく、児童の全般的な適応水準の向上にもつながる可能性があると考えられる。

今回のプログラムにおける中心的な構成要素は、心理教育、社会的スキル訓練、および認知再構成法であった。心理教育については、プログラムの習得度の評価から、介入群の児童が抑うつに関する正しい理解を深めることができたことが示唆されている。また、社会的スキル訓練と認知再構成法においても、介入群の社会的スキル得点や認知の誤り得点が介入前後において有意に改善していることが示されている。これらの点から、介入群の児童においてはプログラムの目標とされていた変数の操作はある程度機能していたと考えられる。しかし一方で、混合モデルに基づく分析においては明確な交互作用が得られていないなど、十分とはいえない結果も示されている。このような結果が得られた理由として、統制群の児童においても介入前後で効果指標に変化が現れていた点や、介入群の得点変化があまり大きいものではなかった点が可能性として挙

² ただし、これらのカットポイントを超える児童がすべてうつ病の診断にあてはまるわけではなく、実際にはカットポイントを超えた対象者のうち20~25%程度がうつ病の診断に該当するとされている (傳田, 2004)。したがって、本研究の介入群の児童のうち、5~6%程度がうつ病の診断基準にあてはまると推測される。

げられる。そのため、本研究のデータだけでは、包括的な介入プログラムのどの要素が抑うつ症状の低減をもたらしたのか評価することは難しい。

有効な介入プログラムにどのような要素が必要であるか検討するためには、包括的なプログラムを個別の要素に分割した群を設定し、比較を行う方法が有効である。本研究を例にとると、プログラムが有効だったのは担任教師が実施したからなのか、社会的スキル訓練や認知再構成法を用いたからなのか、現時点では結論づけることができない。しかしながら、同じ構成要素を担任教師が実施する群と心理学の専門家が実施する群に割り付けて比較したり、社会的スキル訓練や認知再構成法をそれぞれ単独で実施する群に対象者を割り付けて比較を行うことで、前述の問いに対する解答を得ることができる。このようにプログラムの要素を分割して検討した研究は海外でもほとんど行われておらず、より費用対効果の高いプログラムを開発する上でも有益性が高いといえる。

最後に、本研究の限界と今後の課題について述べる。第1に、本研究の研究デザインでは無作為割り付けが行われておらず、介入実施前の時点で抑うつ症状やその他の指標に群間の差が見られていた。本研究のように学級への集団介入を行う際には対象者ごとの無作為割り付けを行うのは困難であるが、対象者の規模を拡大することによって、学級単位や学校単位での無作為割り付けを実施することはできる。このような方法でも、介入前の時点における罹病バイアスや、介入実施期間中に行われたプログラム以外の取り組み(学校行事など)によるバイアスを最小限に抑えることは可能である。第2に、プログラムの予防的効果について論じるためには、長期間のフォローアップデータを分析する必要がある。高い抑うつ症状はうつ病のリスクファクターであるため、抑うつ症状の改善に成功した本研究のプログラムはうつ病のリスクの低減、すなわち予防に寄与するものであると考えることができる。しかしながら、予防効果をより正確に検証しようとするならば、介入群と統制群のデータを長期的に追跡し、抑うつ症状の変化を比較する必要があると考えられる。そして第3に、本研究ではすべての効果指標が対象者の自己評定に基づいている。心理学的介入プログラムの効果をより客観的・多角的に評価するためには、自己評定に基づく指標に加え、他者評定の指標や行動観察データ、もしくは情報処理バイアスなどの実験的パラダイムに基づく指標もアセスメントに加えることが有効である。また、抑うつのアセスメントについても、

質問紙法による抑うつ症状の重症度評価だけでなく、構造化面接法による診断データを含めることで、臨床心理学的観点からも有益な情報を提供することが可能になると考えられる。

引用文献

- 荒木秀一・石川信一・佐藤正二 (2007). 維持促進を目指した児童に対する集団社会的スキル訓練 行動療法研究, **33**, 133-144.
- 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.
- 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.
- Clarke, G., Lewinsohn, P., & Hops, H. (1990). *Leader's manual for adolescent groups : Adolescent coping with depression course*. Retrieved from http://www.kpchr.org/public/acwd/CWDA_manual.pdf
- 傳田健三 (2004). 子どものうつ：心の叫び 講談社
- 藤枝静暁・相川 充 (2001). 小学校における学級単位の社会的スキル訓練の効果に関する実験的検討 教育心理学研究, **49**, 371-381. (Fujieda, S., & Aikawa, A. (2001). Classwide social skills training : Elementary school. *Japanese Journal of Educational Psychology*, **49**, 371-381.)
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder : Results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, **62**, 1097-1106.
- 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**, 401-415.
- 石川信一・坂野雄二 (2003). 児童における認知の誤りと不安の関連について：児童用認知の誤り尺度

- (Children's Cognitive Error Scale) の開発と特性不安の関連の検討 行動療法研究, **29**, 145-157. (Ishikawa, S., & Sakano, Y. (2003). Cognitive error and trait anxiety in children : Development of a Children's Cognitive Error Scale. *Japanese Journal of Behavior Therapy*, **29**, 145-157.)
- 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. (Ishikawa, S., Togasaki, Y., Sato, S., & Sato, Y. (2006). Prevention programs for depression in children and adolescents : A review. *Japanese Journal of Educational Psychology*, **54**, 572-584.)
- Kessler, R. C., & Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, **7**, 3-14.
- 小関俊祐・嶋田洋徳・佐々木和義 (2007). 小学5年生に対する認知行動的アプローチによる抑うつの低減効果の検討 行動療法研究, **33**, 45-57. (Koseki, S., Shimada, H., & Sasaki, K. (2007). A cognitive and behavioral intervention for depression in fifth grade children. *Japanese Journal of Behavior Therapy*, **33**, 45-57.)
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, **21**, 995-998.
- Kovacs, M. (1996). The course of childhood-onset depressive disorders. *Psychiatric Annals*, **26**, 326-330.
- Kovacs, M., Feinberg, T. L., Crouse-Novak, M. A., Paulauskas, S. L., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood. I : A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, **41**, 229-237.
- 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. (Kurakake, M., & Yamasaki, K. (2006). Effectiveness of an intervention program to prevent depression in elementary school class groups. *Japanese Journal of Educational Psychology*, **54**, 384-394.)
- 真志田直希・尾形明子・大園秀一・小関俊祐・佐藤 寛・石川信一・戸ヶ崎泰子・佐藤容子・佐藤正二・佐々木和義・嶋田洋徳・山脇成人・鈴木伸一 (印刷中). CDI (Children's Depression Inventory) 日本語版作成の試み 行動療法研究
- 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 the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **43**, 538-547.
- 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：Birlersonの小児期うつ病スケールからの検討 最新精神医学, **1**, 131-138.
- National Health and Medical Research Council (1997). *Depression in young people : Clinical practice guidelines*. Canberra : Australian Government Publishing Service.
- Pine, D. S., Cohen, E., Cohen, P., & Brook, J. (1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression : Moodiness or mood disorder ? *American Journal of Psychiatry*, **156**, 133-135.
- Rao, U., Ryan, N. D., Birmaher, B., Dahi, R. E., Williamson, D. E., Kaufman, J., Rao, R., & Nelson, B. (1995). Unipolar depression in adolescents : Clinical outcome in adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **34**, 566-578.
- 佐藤 寛・石川信一・新井邦二郎 (2004). 児童の体系的な推論の誤りが不安障害とうつ病性障害の症状に及ぼす影響 行動医学研究, **10**, 73-80. (Sato, H., Ishikawa, S., & Arai, K. (2004). The effect of logical thinking error on the symptoms of depression and anxiety disorders in children. *Japanese Journal of Behavioral Medicine*, **10**, 73-80.)
- 佐藤 寛・大島由之・新井邦二郎 (2007). 子どもの抑うつ症状と自殺念慮を予測するリスクファクター：6ヶ月の縦断調査による検討 第4回日本うつ病学会抄録集, 118.
- 佐藤 寛・嶋田洋徳 (2006). 児童の抑うつに対する認知行動療法の研究動向 行動療法研究, **32**, 31-44.

- (Sato, H., & Shimada, H. (2006). Research trends in cognitive behavior therapy for depression in children. *Japanese Journal of Behavior Therapy*, **32**, 31-44.)
- 佐藤 寛・下津咲絵・石川信一 (2008). 一般中学生におけるうつ病の有病率：半構造化面接法を用いた実態調査 *精神医学*, **50**, 439-448. (Sato, H., Shimotsu, S., & Ishikawa, S. (2008). Prevalence rate of depressive disorders in a community sample of adolescents in Japan. *Clinical Psychiatry*, **50**, 439-448.)
- 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., & Shortt, A. L. (2007). Research review : Can we justify the widespread dissemination of universal, school-based interventions for the prevention of depression among children and adolescents? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **48**, 526-542.
- Stark, K. D., & Kendall, P. C. (1996). *Treating depressed children : Therapist manual for "Taking action"*. Ardmore, PA : Workbook Publishing.
- 竹島克典・松見淳子 (2006). 抑うつを示す児童の社会的相互作用の行動観察：Sequential analysisによる検討 日本行動分析学会第24回大会発表論文集, 71.
- 戸ヶ崎泰子・秋山香澄・嶋田洋徳・坂野雄二 (1997). 社会的スキルが知覚されたソーシャルサポートの利用可能性に及ぼす影響 *ストレス科学研究*, **12**, 13-25. (Togasaki, Y., Akiyama, K., Shimada, H., & Sakano, Y. (1997). Effect of social skills on perceived of availability of social support in elementary school children. *Stress Sciences*, **12**, 13-25.)
- 戸ヶ崎泰子・佐藤正二・佐藤容子 (2005). 思春期・青年期の抑うつとストレス及び社会的スキルとの関連 *日本教育心理学会第47回総会発表論文集*, 631.

(2008.5.14 受稿, 11.5 受理)

School-Based Cognitive Behavioral Intervention for Depressive Symptoms in Children

HIROSHI SATO (FACULTY OF EDUCATION AND CULTURE, UNIVERSITY OF MIYAZAKI ; RESEARCH FELLOW, JAPAN SOCIETY FOR THE PROMOTION OF SCIENCE), TOMOKO IMAJO (MINAMISHIGARA JUNIOR HIGH SCHOOL), YASUKO TOGASAKI, SHIN-ICHI ISHIKAWA, YOKO SATO AND SHOJI SATO (FACULTY OF EDUCATION AND CULTURE, UNIVERSITY OF MIYAZAKI) *JAPANESE JOURNAL OF EDUCATIONAL PSYCHOLOGY*, 2009, 57, 111-123

The present study evaluated the efficacy for depressive symptoms in children of a school-based universal program based on cognitive behavioral therapy (CBT). Key components of the program used in the present study were psychoeducation, social skills training, and cognitive restructuring. The participating children (aged 10-12 years) were assigned either to a cognitive behavior therapy group ($n=150$) or to a no-treatment control condition ($n=160$). The intervention involved nine 45-minute sessions during school classes. In a pretreatment-posttreatment comparison, the self-reports of the children in the cognitive behavior therapy group of depressive symptoms, cognitive errors, social skills, and school functioning were superior to those of the children in the no-treatment condition. These results provide support for the efficacy of the intervention.

Key Words : cognitive behavioral intervention in school classrooms, symptoms of depression, universal intervention, elementary school children