Bulletin of the Faculty of Education,
Nagoya University (Educational Psychology)
1990, Vol. 37, 129−139.

児童・思春期の抑うつ状態に関する研究

──健常児童を対象として──

辻井正次[1)]　幸　順子[1)]　本城秀次

I. 問　題

近年，児童期のうつ病（抑うつ状態；Depression）に対する関心が高まっている。成人のうつ病研究が過去20年間に，生物学的・治療論的に飛躍的な発展を遂げたのに対して18歳以下の抑うつ状態の特徴に関しては，組織的な調査が（主としてアメリカで）すすめられるようになってから未だ10数年に過ぎない。日本では1980年代以降，日本児童青年精神医学会の第23回総会（1982）において「児童期のうつ状態をめぐって」というシンポジウムが催され，また，村田ら（1988）を中心とする研究や，高木（1980），若林ら（1988），石坂ら（1987）の展望がおこなわれつつある。

しかし，抑うつ状態という問題に関して，児童が持続的な悲しみや不幸せを感じるかどうかという点については，Hodges, K. K., & Siegel, L. J.（1985），Ariety, S., & Bemporad, J.（1978），Dignan, N., & Gotlib, I. H.（1985），Kazdin, A. E.（1990）等も述べているごとく，いまだにいくつかの立場があり，それぞれの立場からの論議がなされている。精神分析的な立場（Rie, H. E., 1966 など）からは，うつ病性障害（depressive disorder）が起こるためには十分な超自我が必要であり，従って，児童期にはうつ病は存在しないとする。また，別の（第2の）立場では，児童期には成人のうつ病の特徴は存在しないが，代わりに抑うつ等価症（depressive equivalents）としての他の行動上の症状－例えば，非行，学習上の問題，恐怖症等－が存在するという（Cytrin, L., & McKnew, D. H., 1972など）。第3の立場としては，児童には感情的，認知的，動機的，植物性機能上，また精神運動的に成人期と同様のうつ病は存在するが，それに加えて，夜尿，学校恐怖症，攻撃的行動等を示すという（Brumback, R. A., & Weinberg, W. A., 1977 など）。さらに，第4の立場（Lefkowitz, M. M., & Burton,, N., 1978など）としては，児童は成人の抑うつ症状に対応する抑うつ行動を示すが，それらは本質的に長期間持続するものではなく，健常児童（normal children）においても様々な発達段階に見られ，また，それらの症候を病理的あるいは機能障害というには問題があるとする。最後に，第5の立場としては，成人と同じ診断基準で児童期の抑うつ状態は操作的に診断できるとする立場で，DSM-Ⅲ（Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorder；APA, 1980）やRDC（Research Diagnostic Criteria；Spitzer, Edicott & Robins, 1978）などの操作的な基準を用いる考え方で，この立場からの研究が近年の児童期うつ病（抑うつ状態）研究の主流である。しかし，いずれにしても，成人の場合と異なり，児童の場合は感情面でも認知面でも発達し，また変容していくため，各々の発達段階で見られるそうした抑うつ状態が，健常の発達経路のなかで見られるものであるのか，それともそうした発達経路からは偏ったものであるのかを注意深く見つめていく必要がある。

児童期の抑うつ状態を操作的な基準から診断していこうとする立場のなかで，診断の方法論としては，Kazdin, A. E.（1990）も展望しているように，診断基準（diagnostic criteria）とそれを基にしたアセスメント（assessment）とがある。診断基準，あるいは臨床評定尺度については，児童特有の診断基準を考える立場と，年令とは独立な成人と同じ基準を考える立場とがある。前者の立場ではWeinberg, W. A., Rutman, J., Sullivan, L. et al（1973）等があったが，抑うつ状態に含まれる症候が広すぎるなどの問題点もあり，DSM-Ⅲ以降後者の立場が主流になっている。後者については診断基準としてDSM-Ⅲ（1980），DSM-ⅢR（1987），また，臨床評定尺度としてPoznanski, E. O., Cook, S. C., & Carrol, B. J.（1979）のCDRS−R，Chambers, W. J., Puig-Antich, J., Hirsch, M. et al（1985）のK−SADSなどがある。ここでは，現在において最も代表的な診断基準である，DSM-ⅢRの大うつ病（Major Depression）とうつ病性障害（Depressive

1）名古屋大学大学院教育学研究科博士課程（後期課程）

表－1　DSM－ⅢRの大うつ病，うつ病性障害の診断基準

大うつ病エピソード（Major Depressive Episode；Aのみ記載）

A．少なくとも以下の症状のうち，5つが同時に2週間存在し，病前の機能からの変化を起こしている；これらの症状のうち少なくとも1つは(1)抑うつ気分，または(2)興味または喜びの喪失である。（身体的障害，気分と調和しない妄想や幻覚，滅裂，または著明な連合弛緩などに明らかに起因する障害は含まない。）

1）ほとんど1日中，ほとんど毎日の抑うつ気分で（小児や青年にあってはいらいらした気分もありうる），患者自身の言明か，または他者の観察による。

2）ほとんど1日中ほとんど毎日，すべての，またはほとんどすべての活動における興味，喜びの著しい減退（患者の言明か，または他者の観察による，ほとんど無気力）

3）節食していないで，明白な体重減少，あるいは体重増加（例，1ヵ月で体重の5％以上），またはほとんど毎日，食欲の減退または増加（小児の場合，期待される体重増加のみられないことも考慮せよ。

4）ほとんど毎日の不眠または睡眠過多。

5）ほとんど毎日の精神運動制止，または，焦燥（他者に観察され，ただ単に落ち着きないとか，のろくなったという主観的感覚ではないもの）。

6）ほとんど毎日の易疲労性，または気力の減退。

7）ほとんど毎日の無価値感，または過剰で不適切な罪責感（妄想的なこともある），（単に自分をとがめたり，病気になったことに対する罪の意識ではない）。

8）思考力や集中力の減退，または，決断困難がほとんど毎日認められる（患者自身の言明，または，他者の観察による）。

9）死についての反復思考（死ぬ恐怖だけではない），特別な計画はないが，反復的な自殺念慮，自殺企図，または自殺するためのはっきりした計画。

うつ病性障害（Depressive Disorder；300.40 気分変調症　A.，B.のみ記載）

300.40　気分変調症 Dysthymia

A．ほとんど1日中の抑うつ気分の存在する日の方が存在しない日より多く（小児や青年にあっては，いらいらした気分もありうる），それが患者自身の言明か，他者の観察によって少なくとも2年間続いている（小児や青年にあっては1年間）。

B．抑うつの間，以下のうち少なくとも2つが存在：

1）食欲減退，または過食。

2）不眠または睡眠過多。

3）気力の低下，または疲労。

4）自尊心の低下。

5）集中力低下，または決断困難。

6）絶望感。

Disorder)を表－1に示す。

アセスメントについては，自己評価尺度，友人や親等の評価尺度，行動についての評価尺度，生物学的・精神生理学的評価等がある。特に，自己評価尺度による研究としては，Kovacs, M.（1980／1981）のCDI（Children's Depression Inventory）やBirleson, P.（1981）のSRS（Self Rating Scale）などがある。それらのなかでも，CDIによるものが，近年の抑うつ研究全体の中心的な役割を果たしてきた。CDIはBDI（Beck Depression Inventory）を基にして，児童への適用を考えて作成されたものであり，日本でも村田ら（1989）が翻訳と日本でのCutoff Scoreの検討をおこなっている。CDIは27項目からなり，3つの選択肢のなかから，児童自身がここ2週間の自分の様子に最もよくあてはまる選択肢を選びだすようになっている。CDIは信頼性（内的整合性）や内容的妥当性が高く，再検査信頼性が十分ながらやや低いことが知られている。しかし，（DSM-Ⅲによって）うつ病と診断された児童（抑うつ群）とそれ以外の群（例えば行為障害群）との判別が明確ではないという結果もあり，そうした点で，CDI

はむしろ一般的な悲嘆（distress）の項目として考えた方がよいとする意見もある（Saylor, Finch, Spirito ら，1984；Saylor, Finch, Baskinら，1984；Lipovsky ら1989など）。だが，総合的に考えて，CDI は自己評価，自己概念やコンピテンスの低さ，否定的な認知的帰属，不安，絶望感の高さと有意な正の関連を示し，さらには，同性・同年令の健常児童のレベルから児童の機能障害を評価することが可能である（Finch, Saylor, Edward, 1985 など）など，最もよく研究されてきた（信頼性・妥当性のある）尺度の１つであるとされる（Kazdin, A. E. 1990）。

日本における CDI を用いた児童の抑うつ状態の研究については，堤ら（1988）が福岡大学病院精神科を1988年４月以降に受診した６歳から15歳の102人を対象として平均値17.2点を得ている。ICD-9による診断で抑うつ群とそれ以外とに分け，抑うつ群で18.8点，非抑うつ群13.0点と有意な差を認めた。村田ら（1989）が1988年４月から1989年１月までに，福岡大学精神科あるいは村田クリニックを受診した７歳から15歳までの140人と福岡市内の３つの小学校の２年生から６年生1041人を対象にして，臨床群の判別や発症率についての検討を行なっている。その結果，日本における Cutoff Score は22点がふさわしく，アメリカよりも得点が高いこと，また，Cutoff Score が22点以上の者が全児童の13.3％に及んだことを示している。同じく村田ら（1990）は中学生を対象として，1988年４月から1989年10月までに，福岡大学精神科あるいは村田クリニックを受診した12歳から15歳までの127人と福岡市内の２つの中学生543人を対象にして，臨床群の判別や発症率についての検討を行なっている。その結果，Cutoff Score が22点以上の者が全生徒の21.9％に及んだこと，抑うつ状態にある中学生の疫学的推定値が5.9％に及ぶことを示している。さらに臨床群と非臨床群の CDI 高得点者に因子分析を行なって，その結果，４因子を得ている。また，中庭ら（1989）では福岡市，北九州市，対馬厳原町の小学２年生～６年生までの1491人を対象にして地域差を検討し，福岡市内の小学生の CDI の平均が13.7～8点，北九州市が15.2点，対馬が15.3点であった。塩川ら(1989)では福島県の山間部２地区の小学４年生から中学３年生を対象にして CDI（児童）と行動異常調査票Ｂ式３（教師）を実施し，平均16.0点，CDI 高得点群に対人関係に関する問題行動が有意に高率で認められた。

我々（辻井，幸，本城）の研究（1990a,b）では名古屋大学教育学部心理教育相談室，同大学医学部精神科児童外来，さらに，愛知県内の２つの情緒障害児短期治療施設で治療的処遇を受けている７歳から18歳の138人を対象にして，CDI の因子分析を行なって３因子を得ており，年齢にともなう抑うつ状態の発達的変容過程を示した。さらに，幸・本城・辻井（1990）では愛知県内の２つの情緒障害児短期治療施設で治療的処遇を受けている児童・生徒を対象にして，CDI の得点と主訴や職員による行動評定との関連について検討して，小学生では行動が活発なほど抑うつ傾向が有意に高いのに対し，中学生では学業意欲の無さと抑うつ傾向が有意な関連をもつことが明らかにされた。

以上のような日本における CDI を用いた児童の抑うつ状態の研究はまだ始まったばかりであり，CDI 日本版に関しては信頼性，妥当性の検討がいまだ不十分であり，特に健常児童も含めた大規模なサンプルでの CDI の内的構造の検討や性差，年齢差についての検討をさらにすすめる必要がある。

Ⅱ．本研究の目的

本研究では小学生から高校生までの一般児童・生徒を対象に CDI を施行し，児童期の抑うつ状態についての検討を行ない，その実態を明らかにすることを目的としている。とりわけ，本研究においては，第１に CDI の内的構造を因子分析によって検討すること，第２に児童・生徒の抑うつ状態の性差，年齢差について検討を行うこと，第３に今までの諸研究の結果との比較を行なうこと，の３点の解明を試みる。

Ⅲ．方　　法

１）調査対象：愛知県内の小学生，中学生，高校生，551人（男子274人，女子277人）。小学生は渥美郡田原町立Ａ小学校２年生から６年生337人（男子163人，女子

表－２　調査対象の内訳

学　年	男子	女子	合計
２　年	35人	37人	72人
３　年	26人	40人	66人
４　年	39人	25人	64人
５　年	28人	37人	65人
６　年	35人	35人	70人
(小学生合計)	163人	174人	337人
７年（１年）	27人	37人	64人
８年（２年）	31人	30人	61人
(中学生合計)	58人	67人	125人
10年（１年）	53人	36人	89人
合　計	274人	277人	551人

174人)，中学生は名古屋市立B中学校1年生・2年生125人（男子58人，女子67人)，高校生は愛知県立C高等学校1年生89人（男子53人，女子36人)。調査対象の内訳は表－2の通り。

2）質問紙：Kovacs, M（1980／1981）が児童の抑うつ状態を評価するために作成したCDI（Children's Depression Inventory）の日本語版（村田ら，1989）を使用した。全部で27項目あり，最近2週間の心理状態（抑うつ傾向）を3段階で評定するようになっている。最も抑うつ傾向の低いものから，高いものへと順に0点，1点，2点を与えるようになっている。

3）調査の実施：小学校，中学校，高校ともに，授業時間内にクラス単位で集団実施を行なった。教示は担任（教科担任）に依頼した。実施時間は10～25分であった。

Ⅳ．結果と考察

1）　CDIの各項目の頻度分布と平均値：

CDIの全27項目について，頻度分布と平均値の検討を行なった。全項目の頻度分布に関しては，全27項目を評定できたのは551名であった。また，最も抑うつ傾向の低い選択肢に評定した児童が全調査対象の50%を越していた項目はC1，C5，C9，C10，C11，C16，C18，C19，C20，C27の10項目であった。次に，CDIの（逆転項目について得点を反転させた後の）各項目の男女別・群（学年）別の平均値を表－3に示す。辻井ら(1990)の群分けとほぼ同様になるように3群に分け，小学2年～5年生を学童群(N＝267)，小学6年～中学1年生を前

表－3　CDIの各項目の群別・男女別の平均値

項目	学童群		前思春期群		思春期群		全体		
	男子	女子	男子	女子	男子	女子	男子	女子	全体
C1. 悲しみ	0.21	0.11	0.10	0.08	0.29	0.37	0.21	0.16	0.19
C2. 悲観的考え	0.91	0.94	0.84	0.90	1.07	1.22	0.96	2.00	0.98
C3. 失敗しそう	0.65	0.59	0.65	0.64	0.84	0.90	0.71	0.68	0.69
C4. 楽しくない	0.67	0.59	0.77	0.74	0.99	0.91	0.79	0.71	0.75
C5. 悪い子だった	0.34	0.20	0.30	0.27	0.41	0.35	0.35	0.26	0.30
C6. 悪いことがおこりそう	0.81	0.78	0.64	0.64	0.64	0.75	0.72	0.74	0.72
C7. 自分が嫌だ	0.53	0.54	0.49	0.78	0.70	1.13	0.57	0.75	0.66
C8. 自責感	0.95	1.07	1.04	0.89	0.78	0.92	0.92	0.99	0.95
C9. 自殺念慮	0.35	0.44	0.51	0.64	0.49	0.72	0.43	0.56	0.50
C10. 泣きたい	0.15	0.24	0.10	0.24	0.15	0.32	0.14	0.26	0.20
C11. 苦しみ	0.36	0.21	0.40	0.54	0.66	0.63	0.46	0.40	0.43
C12. 引きこもり	0.18	0.17	0.19	0.12	0.21	0.19	0.19	0.16	0.18
C13. 決断困難	0.89	0.99	0.96	0.89	0.72	0.97	0.86	0.96	0.91
C14. 否定的イメージ	0.84	0.92	0.85	1.06	1.01	1.13	0.90	1.01	0.96
C15. 勉強のストレス	1.18	1.16	1.28	0.84	1.15	1.17	1.19	1.08	1.14
C16. 不眠	0.39	0.44	0.41	0.41	0.36	0.25	0.38	0.39	0.38
C17. 疲れやすさ	0.84	0.77	0.93	0.63	0.95	0.63	0.90	0.70	0.80
C18. 食欲不振	0.36	0.30	0.22	0.30	0.37	0.29	0.33	0.30	0.31
C19. 心気	0.70	0.73	0.52	0.71	0.59	0.52	0.62	0.68	0.65
C20. 淋しさ	0.29	0.21	0.19	0.25	0.26	0.40	0.26	0.27	0.26
C21. 学校が楽しくない	0.67	0.40	0.75	0.58	0.75	0.75	0.71	0.53	0.62
C22. 友人がいない	0.40	0.63	0.43	0.53	0.54	0.57	0.45	0.59	0.52
C23. 学業不振	0.85	0.73	0.75	0.74	1.16	1.14	0.92	0.83	0.88
C24. 低い自己評価	1.03	0.80	0.88	0.99	1.01	1.05	0.99	0.91	0.95
C25. 愛されてない感じ	0.84	0.75	0.78	0.78	0.94	0.97	0.86	0.81	0.83
C26. 従順になれない	0.66	0.40	0.63	0.67	0.62	0.50	0.64	0.50	0.57
C27. 他人とうまくやれない	0.41	0.30	0.24	0.27	0.10	0.19	0.28	0.27	0.27

思春期群(N＝134)，中学2年～高校1年生を思春期群(N＝150)とする。二要因分散分析の結果，11項目に性差が見られた。男子が女子よりも高い得点をあげたのは，C4「楽しくない」，C5「悪い子だった」，C17「疲れやすさ」，C21「学校が楽しくない」，C26「従順になれない」の5項目，また，女子が男子よりも高い得点だったのはC7「自分が嫌」，C9「自殺念慮」，C10「泣きたい」，C13「決断困難」，C14「否定的イメージ」，C22「友人がいない」の6項目であった。文化的な性役割期待の影響もあってか，悪い子，従順になれないなどの項目が男子に，泣きたい，決断困難などの項目が女子に見られた。しかし，一方，男子で楽しくなさが，女子で自己受容の出来なさといった特徴もあるようである。今回の結果は村田ら(1990a)の結果とほぼ一致している。

また，群差（学年差）が14項目に見られた。学年上昇にともなって得点の上昇が見られたのは，C1「悲しみ」，C2「悲観的考え」，C3「失敗しそう」，C4「楽しくない」，C7「自分が嫌」，C9「自殺念慮」，C11「苦しみ」，C14「否定的イメージ」，C21「学校が楽しくない」，C23「学業不振」，C25「愛されていない感じ」の11項目であった。逆に，学年上昇にともなって得点の減少が見られたのはC8「自責感」，C27「他人とうまくやれない」の2項目であった。また，C26「従順になれない」については，中間の前思春期群が最も高い得点を示した。C26については発達的に考えて，第2次反抗期の影響があると考えられる。さらに性別との交互作用がC7「自分が嫌」，C15「勉強のストレス」，C24「低い自己評価」，C26「従順になれない」の4項目に見られた。これらの交互作用は主として前思春期群における得点の増減の性差による。CDIの項目のなかで，学年による得点上昇を見せる項目群（悲しみ，苦しみ，自己嫌悪，楽しくなさ，学業不振など）と得点変化を見せない項目群（身体症状，罪悪感，対人場面での孤独感，寂しさなど），得点減少を見せる項目群（自責感，他人との関係の悪さ）の3群があることが明らかになった。学年が上がるにつれ，自己嫌悪やNegativeな体験などが増加し，他方，自罰的でなっており，また，我々の心理相談ケースを対象とした研究で抑うつ中核因子に含まれた項目（身体症状や罪責感など）の多くが得点上昇を示さなかった。以上のように，CDIの各項目で表される抑うつ状態は性差や年令差（発達的要因）によって影響を受けることが明らかになった。

2）　CDIの項目分析と因子分析：

CDIの各項目を合計して，CDIの合計得点を算出して，項目分析を実施した。CDIの合計得点と各項目との相関（Pearsonの積率相関係数）を検討したところ，全対象者については全27項目について有意な（0.1％水準）結果であった（表－4）。しかし，学童群・前思春期群・思春期群の3群を別々に検討した結果，学童群では全27項目が0.1％水準で有意であったのに，前思春期群ではほとんどの項目は学童群と同様の結果ながら，C13（5％水準），C15（1％水準）となった。そして，思春期群ではほとんどの項目が他の2群と同様の結果であるのに対して，C13だけが有意な結果とはならなかった。C13「物事を一人で決められる」ことは思春期以降は抑うつ状態とは関連しないことを示した。

さらに，CDIの全27項目について因子分析（主因子解・バリマックス法）を実施した。その結果，第1因子が全分散の75.2％を説明し，また固有値が1.0以上なのが第1因子のみであることから，CDIは1因子構造と考えるのが最も適切であると判断した。男女別での因子分析も全体と同様の方法で実施したが，ほとんど同じ結果であった。また，学年（群）別の因子分析を実施したが，第1因子が学童群で71.1％，前思春期群で66.4％，思春期群で68.7％の分散（全分散中）を説明しており，固有値の減少度を考慮に入れてもCDIを1因子構造と考えるべきであると判断した。

以上の結果より，C13に若干の問題は残るものの，CDIは十分な因子的妥当性（内的整合性）をもつことを示し，以降の分析は27項目全ての合計得点（以下，CDIとする）を用いる。

表－4　CDIの項目分析の結果（数字はPearsonの積率相関係数）

項　目	C 1	C 2	C 3	C 4	C 5	C 6	C 7	C 8	C 9	C10	C11	C12
相関係数	.48	.45	.52	.44	.49	.50	.51	.23	.45	.47	.53	.32
項　目	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	C21	C22	C23	C24
相関係数	.24	.42	.24	.33	.43	.29	.40	.49	.49	.31	.48	.52
項　目	C25	C26	C27									
相関係数	.49	.30	.42									

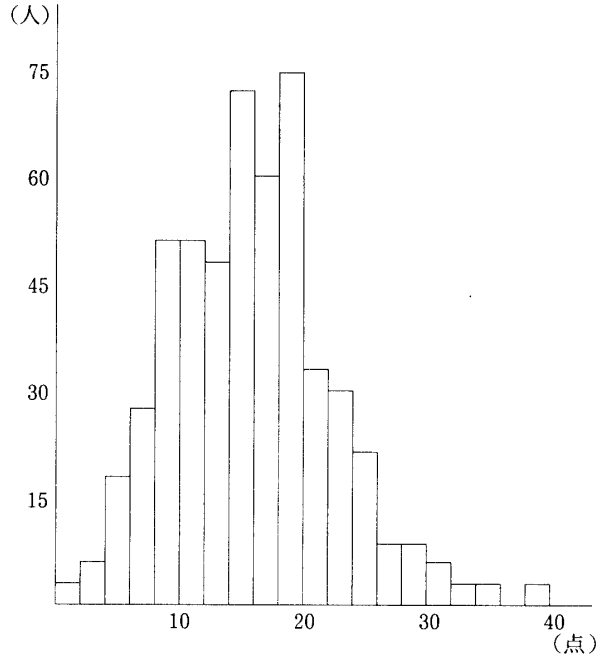
表－5　CDIの男女別・学年（群）別の平均値・標準偏差（SD）・信頼性係数

学年（群）	男子 平均値（SD）	女子 平均値（SD）	全体 平均値（SD）［α係数］
2年	14.9（5.42）	13.3（6.96）	14.1（6.26）
3年	17.9（6.43）	16.2（6.31）	16.9（6.36）
4年	17.5（6.38）	15.8（5.84）	16.8（6.19）
5年	15.6（6.57）	16.2（7.80）	15.9（7.25）
（学童群）	16.5（6.24）	15.4（6.87）	15.9（6.58）［.80］
6年	16.0（5.38）	16.5（7.25）	16.2（6.34）
7年	16.3（6.56）	15.9（5.96）	16.1（6.17）
（前思春期群）	16.1（5.87）	16.2（6.58）	16.1（6.24）［.80］
8年	16.2（6.86）	17.5（7.21）	16.9（6.97）
10年	18.6（6.18）	20.4（8.43）	19.3（7.19）
（思春期群）	17.7（6.51）	19.1（9.99）	18.32(7.18)［.84］
全体	16.8（6.25）	16.5（7.21）	16.6（6.74）［.81］

3）CDIの性差，学年差

CDIの男女別・学年別の平均値，標準偏差と信頼性係数（α係数）を表－5に示す。信頼性係数の結果から，CDIは十分な内的一貫性をもつことが示された。また，性差についてt－検定を実施したが有意差は見られなかった。次に，学年差について一要因分散分析を実施したところ有意差が見られた（$F_{(7,543)}=3.83$，1％水準）。群差についても同様の結果（$F_{(2,548)}=6.79$，1％水準）が見られた。Tukey法による下位検定の結果，高校1年と小学2年，5年との間に5％水準の有意差があった。表－5を見るかぎり，小学2年が明らかに低い値を示し，高校1年が明らかに高い値を示したほかは，ほぼ平均値に近い（フラットな）得点傾向ではあるものの，全体的には，学年があがるとともに得点が上昇する傾向を示したと述べてもよいであろう。こうした傾向は，Murataら（1990）の結果とも一致している。群間では，辻井ら（1990）と同じように，思春期群と他の2群の間に有意差が見られ，抑うつ状態が発達的に形成されてくることを支持するものであると言える。

さらに，CDIの得点分布を検討したところ，最大値45点，最小値1点，最頻値が19点であり，中央値が16点，平均値が16.6点（標準偏差6.74；N＝551）となった。調査対象全体の得点分布を図－1に示す。コルモゴロフ・スミルノフの検定による正規性の検定の結果，1％水準で有意であり，今回の結果は正規分布とみなせる。なお，村田ら（1989）のCutoff Scoreである22点以上を示した者は96人（17.4％）にも及んだ。



図－1　CDIの得点分布（調査対象全体）

4）今回のCDIの結果と従来の研究の結果との比較

従来のCDIによる児童期の抑うつ状態についての研究結果の一部を表－6に示す。一見してわかるように，今回の結果は，健常児童を対象としたデータ（Normal Data）としてはかなり高い値を示している。村田ら（1989，1990），Murataら（1990）の言うように日本の児童が諸外国に比べて高い得点を示すことを考慮に入れたとしても，今回の結果では平均値が他国でのCutoff

表－6　従来のCDIを用いた児童思春期の抑うつ状態研究の一部の平均値

研究者	調査対象	平均値（標準偏差）	Cutoff Score
Kovacs(1980／81)	小中生（8歳～13歳）	9.27(7.29)	19
Tesity,Lefkowitz (1980)	小学生（4年～5年）	9.87(6.5)	
Saylor, Finch, & Spirito (1984)	臨床群（7歳～15歳）	10.96	
	小中生（　〃　）	6.29	
Finch, Saylor, & Edward (1985)	小中生（2年～8年）	9.65(7.30)	
Kazdin,Moser, et al(1985)	臨床群（5歳～13歳）		
	虐待あり	16.8 (9.6)	
	虐待なし	11.2 (6.7)	
Carey, Faulstish, et al (1987)	臨床群・小中高生（9歳～17歳）	13.9 (2.2)	
村田ら(1989)	臨床群（7歳～15歳）		
	抑うつ群	26.4 (7.02)	22
	非抑うつ群	16.5 (7.97)	
	小学生（2年～6年）	14.2 (6.90)	
中庭ら (1989)	小学生（2年～6年）	13.7～15.3	
塩川ら (1989)	小中生（4年～9年）	16.0 (6.7)	
Larson, Raffaelli, et al (1990)	小中生（5年～8年）	9.46(6.81)	
Ollendick, & Yule (1990)	小学生（8歳～10歳）		
	アメリカ	9.23(7.21)	
	イギリス	9.91(7.40)	
辻井ら (1990)	臨床群（7歳～18歳）	19.9 (8.28)	
村田ら (1990)	臨床群（12歳～15歳）		
	抑うつ群	27.2 (7.90)	
	非抑うつ群	17.5 (6.63)	
	中学生（1年～3年）	16.5 (7.60)	
今回の結果	小中高生（2年～10年）	16.6 (6.74)	

Scoreに近い値を示しており，CDIで測られる抑うつ状態が外国での基準とかなり異なることを示した。

VI. 討　　論

1）　CDIの内的構造

CDIの項目分析，因子分析を行なった結果，CDIは十分な内的整合性（信頼性）をもつ1因子からなる尺度であることが明らかになった。心理相談ケースを対象とした辻井ら（1990）の結果では因子分析から3因子が抽出されている。今回の結果と比較検討した場合，心理相談ケースは健常児童・生徒に比べ有意に高い値を示しており，抑うつ状態に関しては偏りをもっていると考えられる（t検定での有意差，t=7.33，0.1%水準）。

CDIには性差が見られなかったものの，学年差がみられ，全体としては学年が上がるにつれて得点の上昇傾向が見られた。従来の研究では有意な性差（例えば，男子の方が女子よりも高い値を示す；Finchら，1985など）を示したものもあったが，今回の結果は小学1年生～高校1年生までのいずれの学年でも有意な差は見られなかった。学年による得点上昇は辻井ら（1990）の結果や村田ら（1989）と同じ傾向であり，日本の児童思春期の児童の特徴と考えられる。

今回の結果から，児童の抑うつ状態を測定するための尺度であるCDIが，十分なまとまりをもったものであることが明らかになった。しかしながら，思春期群ではC13（決定困難）について項目分析で有意でないなど，今後さらに，検討すべき課題も残っている。CDI日本版の妥当性の検討のためにも，今後，DSM-ⅢRなどで

の診断基準によって抑うつ状態と判断された児童とそうでない児童との比較による妥当性の検討をしていく必要があると考えている。

2）児童の抑うつ状態の発達的変容過程

我々は，辻井ら（1990）においてAriety ら（1978）の児童期および思春期の抑うつ状態についての発達的論考をもとにした，児童期から思春期へと至る抑うつ状態の変容（形成）過程を示した。本研究の結果を見る限り，CDI が年齢段階によらず，1因子構造であることが明らかになったため，児童の抑うつ状態の発達的変容について心理相談ケースを対象とした我々の研究と同じプロセスを想定することはできなかった。しかしながら，抑うつ状態の量的増大においては前思春期から思春期へと有意な変化が見出だされており，思春期（特に高校生）以降と前思春期とでは抑うつ状態において差異が認められた。また，CDI の各項目の得点の変容から，CDI の各項目が3群に分けられ，年齢による得点上昇を見せる項目群，得点変化のない項目群と得点減少を見せる項目群の3群があり，それらの項目内容を詳細に検討すると，学童群，前思春期群，思春期群の各群について抑うつ状態という視点から見た内的生活世界（あるいは精神的健康）が明らかになってくる。得点変化のない項目群が示すように学童期から思春期まで，抑うつ症状，なかでも身体症状，罪悪感や孤独感などはさほど量的な増加はなく，10歳以下の抑うつ状態にも思春期と共通の部分があることが明らかである。このことは CDI が年齢段階に関わらず，1因子構造を示したことからも言える。

今回の結果と心理相談ケースを対象とした我々の研究の結果から児童期の抑うつ状態の発達的変容を描いていくと，児童期（小学5年以下）の抑うつ状態は比較的，自責感が強く，他人との関係の悪さとの関連が際立っている。しかし，全体的には自己像と関連するような抑うつ状態は十分に形成されず，生活全般も楽しさに満ちたもので，持続的な悲しみはさほど大きなものとはなっていない。前思春期（小学6年，中学1年）では，第2次反抗期のもと，（特に女子で顕著だが）大人に言われるままの素直な（従順な）自分でなくなり，また，特徴的な性差が自己像にあらわれ，男子では自己評価が高くなるのに，女子では低くなる。一方，性役割期待もあってか，男子では勉強へのストレスが上がり，女子は下がる傾向が見られた。この時期に入って，自殺を考えたり，苦しさを感じたりすることも多くなってくる。こうした傾向は，1つには形式的操作に代表される，子ども自身の自己認知機能の発達と，もう1つは日本の教育状況で中学に入ると受験体制におかれ，高いストレス下におかれることと深く関連しているとも考えられる。思春期（中学2年，高校1年）になると，前思春期とは量的に異なる，おそらくは成人と同様の抑うつ状態が生じうるようだ。前思春期と比較して明らかに，悲しみの増大，あるいは楽しさが減少し，学業不振や失敗感などが感じられることが多くなる。これは1つには思春期特有の徐々に進む親からの心理的自立に伴う，物寂しさ（思春期ドルドラム；Winnicott, D. W., 1965）や自己への内省傾向と，もう1つには子どもたちが教育課程のなかで，自己の「客観的な」評価付けや受験を前提とした体制のなかに組み込まれていくことと深く関連していると考えられる。児童・思春期の抑うつ状態を検討していく場合には，村田ら（1990）も述べているように，日本の子どもたちの（教育状況もふくめた）おかれた立場を十分に考慮にいれていく必要があるだろう。発達的変容という観点からこれまで論じてきたが，現実の子どもたちの少なからぬ割合が抑うつ状態を感じていることを深刻に受けとめ，学校レベルでの精神的健康の増進がはかれるような専門家としての援助活動を我々臨床家としても考えていかなければならないとも思われる。

3）外国のデータとの比較から見た日本の児童の抑うつ状態

今回の調査結果は従来の研究，特に諸外国のデータと2つの点で異なっていた（表－6）。1つはCDI の得点が諸外国に比べてかなり高い点，もう1つは CDI 得点の学年（年齢）による上昇傾向である。第1の点については，村田ら（1989），Murata ら（1990）が2つの理由をあげて説明している。まず，日本の子どもたちは教育状況から様々なタイプのストレスを受けており，小学校段階から学業面での訓練が教育の主目的であり，また，家庭や社会の価値体系も学業によって影響を受ける傾向があり，そのために早くから緊張・不安・悲哀などの感情をもち始めているのではないかという点をあげている。次に，日本の子どもの認知機能の特性を考慮すると，（児童期の森田神経症の研究が明らかにしたように日本の子どもたちは自動的内省機能と自己不充足感を発達させ，）日本の子どもたちは児童期早期からある認知レベルの自己意識と自己軽視傾向を発達させており，そのため，社会的な認知面での問題の反映として高得点をあげるのではないかと述べている。確かに，村田らの指摘したような点は考えられるが，いまだ仮説の域にあり，そうした点について実証的な検討をすすめていくためには，例えば，CDI で測定される抑うつ状態について今まで実証的に検討されてきた諸関連概念（自己評価や不安など）との連関を構成概念妥当性の観点から明らかに

していく等のことが必要である。

次に，CDI得点の学年（年齢）による上昇傾向については，辻井ら（1990a），Murataら（1990）と同じ傾向であり，Finch, Saylor, & Edward（1985）の結果とは異なっている（表－5）。これらの結果から考えると，先に考察した抑うつ状態の発達的変容過程は必ずしも文化的な普遍性をもつものとは言えない可能性もある。いずれにしても児童思春期は成人期とは異なり，認知的感情的機能が徐々に発達的変容を繰り返していく時期には違いなく，その変容あるいは形成の在り方が文化によって異なる可能性を今回の結果は示唆するものと考えられる。

［付　記］

本研究をおこなう上で，多くの方にお世話になりました。特に，渥美郡神戸町立神戸小学校の鈴木健校長先生はじめ諸先生方，名古屋市立若葉中学校の出原行校長先生はじめ諸先生方，さらに，C高等学校のY先生には調査実施において大変お世話になりました。また，それらの学校の児童・生徒の皆さんには調査に協力していただきました。この場をかりて感謝の意を表します。

文　　献

Amrican Psychiatric Association（APA）（1980）. Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorders (3rd ed.) APA : Washington, D. C.

Amrican Psychiatric Association（APA）（1987）. Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorders －Rivised. (DSM-ⅢR) APA : Washington, D. C.

Ariety, S., & Bemporad, J.（1978）. Severe and Mild Depression : The psychoyhrapeutic approach. Basic Books. : New York.（水上忠臣，横山和子，平井富雄（訳）（1989）. うつ病の心理－精神療法的アプローチ. 誠信書房：東京.）

Birleson, P.（1981）. The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self rating scale : a research project. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 22, 73-88.

Brumback, R. A., & Weinberg, W. A. (1977) Childhood depression:an explanation of a behavior disorder of children. Perceptual and Mortor Skills, 44, 911-916.

Carey, M. P., Faustish, M. E., Gresham, F. M., et al (1987). Children's Depression Inventory : construct and discriminant validity across clinica and onreferred (control) populations. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 755-761.

Chambers, W. J., Puig-Antich, J., Hirsch, M., et al (1985). The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview : test-retest reliability. Archives of General Psychiatry, 43, 696-702.

Cytrin, L., & McKnew, D. H.（1972）. Proposed classification of childhood depression. American Journal of Psychiatry, 129, 145-155.

Dignan, N., & Gotlib, I. H. (1985). Developmental considerations in the study of childhood depression. Developmental Review, 5, 162-199.

Finch, A. J., Saylor, C. F., Edwards, G. L. (1985). Children's Depression Inventory : sex and grade norm for normal children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 29, 104-107.

Hodges, K. K., & Siegel, L. J.（1985）Depression in Children and Adolescents. In Beckham, E. E., & Leber, W. R.（Eds.）, Handbook of Depression-Treatment, Assessment. and Research.（Ch. 15., pp 517-555）. The Dorsey Press : Homewood.

石坂好樹，高木隆郎（1987）. 幼児の抑うつ状態 .臨床精神医学, 16, 701-708.

Kazdin, A. E.（1990）. Childhood Depression. Journal of Child Psycholgy and Psychiatry, 31, 121-160.

Kazdin, A. E., Moser, J., Colbus, D., et al (1985). Depressive symptoms among physically abused and psychiatrically disturbed children. Journal of Abnormal Psychology, 94, 298-307.

Kovacs, M. (1980／1981). Rating scales to assess depression in school aged children. Acta Paedopsychiatrica, 46, 305-315.

Larson, R. W., Raffaelli, M., Richards, M. H., et al（1990）. Ecology of Depression in Late Childhood and Early Adolescence : a profile of daily states and activities. Journal of Abnormal Psychology, 99, 92-102.

Lefkowitz, M. M., & Burton,, N. (1978) Childhood Depression : A critique of the concept. Psychological Bulletin, 85, 43-50.

Lipovsky, J. A., Finch, A. J., &Belter, R. W. (1989). Assessment of Depression in Adolescents : objective and Projective measures. Journal of Personality Assessment, 53, 449-458.

村田豊久，小林隆児(1988).児童・思春期の抑うつ状態に関する臨床的研究. 厚生省「精神・神経疾患研究委託費」62公－3児童・思春期精神障害の成因に関する研究. 昭和62年度研究報告書 69-81.

村田豊久，堤龍喜，皿田洋子，中庭洋一，小林隆児(1989). 児童・思春期の抑うつ状態に関する臨床的研究－Ⅱ. CDIを用いての 検討.厚生省「精神・神経疾患研究委託費」63公－3児童・思春 期精神障害の成因及び治療に関する研究.昭和63年度研究報告書 69-76.

村田豊久，皿田洋子，堤龍喜，新保友貴，中庭洋一，小林隆児 (1990). 児童・思春期の抑うつ状態に関する臨床的研究－Ⅲ. 中学生 における抑うつ傾向.厚生省「精神・神経疾患研究委託費」元公－3児童・思春期精神障害の成因及び治療に関する研究. 平成元 年度研究報告書57-66.

Murata, T., Sarada, Y., Tsutsumi, T., et al (1990). Childhood Depressive Condition in Japan. Manuscript presented at 12th meeting of IACAPAP in Kyoto.

中庭洋一，堤龍喜，皿田洋子，村田豊久(1989). CDI (Children's Depression Inventory) から見た子どもたちの特徴－地域差 からの考察－. 第30回児童青年精神医学会総会＜一般演題＞ ((1990). 児童青年精神医学とその近接領域, 31, 56-57.)

日本児童青年精神医学会第23回総会(1982). シンポジウム「児童期のうつ状態をめぐって」 ((1983). 児童精神医学とその近接領域, 24, 1－26.)

Ollendick, T. H., & Yule, W. (1990). Depression in British and American Children and Its Relation to Anxiety and Fear. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 126-129.

Poznanski, E. O., Cook, S. C., & Carrol, B. J. (1979). A depression rating scale for children. Pediatrics, 64, 442-450.

Rie, H. E. (1966). Depression in childhood : a survey of some pertinent contributions. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 5, 653-685.

Saylor, C. F., Finch, A. J., Spirito, A.,et al (1984). The Children's Depression Inventory : Asystematic evaluation of psychometric Properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 955-967.

Saylor, C. F., Finch, A. J., Baskin C. H., et al (1984). Construct Validity for Measures of Childhood Depression : Application of multitrait－multimethodology. Journal of Consuting and Clinical Psychology, 52, 977-985.

塩川宏郷，桃谷孝之，宮本信也 (1989). 山間部の子どもたちの抑うつ傾向と問題行動について.第30回児童青年精神医学会総会＜一般演題＞ ((1990). 児童青年精神医学とその近接領域, 31, 57.)

Spitzer, R. L., Edicott, W. M., & Robins, E. (1978) Research Diagnostic Criteria (RDC) : rationale and reliability. Archives of General Psychiatry, 35, 773-782.

高木隆郎 (1980). 児童期躁うつ病. 現代精神医学体系, 第17巻, B. 児童精神医学Ⅱ. (pp. 39-51). 中山書店：東京.

Tesiny, E. P., Leftkowitz M. M., & Gordon, N. H. (1980). Childhood depression, locus of control, and school achievement. Journal of Educational Psychology, 72, 506-510.

辻井正次，幸順子，本城秀次 (1990a). CDIによる児童期の抑うつ状態に関する研究－心理相談ケースを対象として－. 発達の心理学と医学, 1, 387-394.

辻井正次，幸順子，本城秀次 (1990b). CDIによる児童期の抑うつ状態の研究 (Ⅰ)－心理相談ケースの因子分析的研究－.第63回小児精神神経学研究会抄録, 14.

堤龍喜，皿田洋子，小林隆児，村田豊久 (1988). CDI (Children's Depression Inventory) からみた子どもたちの抑うつ傾向. 第29回児童青年精神医学会総会＜一般演題＞ ((1989). 児童青年精神医学とその近接領域, 30, 27.)

若林慎一郎，植木啓文 (1988).ライフサイクルにおけるうつ状態A. 児童. 現代精神医学体系, 年間版'88-B (pp. 3-18.). 中山書店：東京.

Weinberg, W. A., Rutman, J., Sullivan, L. et al (1973) Depression in Children referred to an educational diagnostic center. Journal of Pediatrica, 83, 1065-1072.

Winnicott, D. W. (1965) (牛島定信 (監訳), 1984)

「子どもと家庭－その発達と病理」.誠信書房：東京.
(The Family and Individual Development. Tavistock Publications Ltd. : London.)
幸順子・本城秀次・辻井正次（1990）. CDIによる児童期の抑うつ状態の研究（II）－情緒障害児短期治療施設入所児童の行動評定との関連について－.第63回小児精神神経学研究会抄録, 15.

(1990年8月31日　受稿)

ABSTRACT

A Study on Depression with Normal Population in Childhood and Adolescence

Masatsugu TSUJII, Junko YUKI, and Shuji HONJO

In recent years, it has been a current topic in chid clinical psychology and psychiatry whether depression in childhood (especially under 10 years) does exist or not. Since 1980s', researchers in Northern America has assessed depression in childhood with operational methodologies such as CDI (Children's Depression Inventory; Kovacs, M. (1980/1981)). But CDI has not been fully examined its validity in large samples in Japan.

In this study, we investigated depression in childhood and adolescence using CDI with normal population. Samples was 551(274 boys and 277 girls) children from 7 years of age (elementary school pupiles) to 17 years (high school students).

Results were as the following;

1) By conducting a factor analysis, only one factor emerged and it revealed that CDI has a high internal consistency.
2) Some scores of the CDI's items became higher with age, while others were not changed. It is suspected that depression in childhood and adolescence has different appearance according to each developmental stage.
3) CDI score tended to become higher in adolecence. And Japanese children and adolescents had higher CDI score compared with data of foreign countries.