

児童期後期における親子の抑うつに関連 —親の抑うつに対する子どもの認知に着目して—

佐藤 みのり*

Relationship among Parent-Child Depression in Preteen Children: Links with Children's Perceptions of Parental Depression

SATO Minori

Abstract

The purpose of the present study was to investigate the relationship among parental depression and depression in preteen children as mediated by children's perceptions of parental depression. Questionnaires were completed by the fathers, mothers, and children (6th grade at elementary school) of 143 families. Fathers and mothers completed self-report questionnaires regarding their depression. Children completed self-reported questionnaires regarding perceptions of maternal/paternal depression and their depression. Data were analyzed utilizing path analysis. The results indicated that paternal depression was mediated by the children's ineffectiveness in coping with their father's depression, leading to the child's depression. On the other hand, maternal depression was correlated with children's cognition regarding the severity and chronicity of their mother's depression, but it was not related to children's depression. It was shown that children's ineffectiveness in coping with their mother's depression, leading to the child's depression.

Keywords : depression, intergenerational transmission, children's perceptions, preteen children, mental health

問題と目的

うつ病は、抑うつ気分、興味または喜びの著しい減退、不眠または過眠、罪責感、自殺念慮などの症状に特徴づけられる精神疾患のひとつである。抑うつ気分は、ほとんど毎日、ほとんど一日中存在し、身体的及び認知的な変化も伴って、個人が機能するうえでの資質に重大な影響を及ぼす。DSM-5によれば、うつ病の12カ月有病率はおよそ7%であり、いかなる年齢段階においても発症するが、発症確率は思春期以降に大きく増加する(American Psychiatric Association, 2013)。本邦におけるうつ病の患者数は増加の一途を辿り、最新の報告によれば957,000人である(厚生労働省, 2017b)。ただし、臨床治療を必要とする範囲のうつ病症状を呈しているもの受診率はわずか10%程度であるとの指摘があり(藤原・北村, 1993)、これを考慮すれば実際の患者数は今ある数字よりもはるかに大きいことが推測できる。このように、一般人口においては、うつ病症状を呈しているものの受診には繋がっておらず診断を受けていない人々が多く存在することから、親の抑うつの子どもの発達への影響をテーマとする研究においても、臨床群のみならず一般サンプルをも対象とすることが極めて重要である(菅原, 1997)。

親のうつ病が、子どもの心理的機能および発達にさまざまなリスクを提供する可能性については、多くの先行

キーワード：抑うつ、世代間伝達、子どもの認知、児童期、精神的健康

*2015年度 人間発達科学専攻

研究が指摘するところである。まず、遺伝的要因をみると、うつ病の遺伝率は約40%であることが明らかにされている (APA, 2013)。次に、養育行動の要因をみると、抑うつ的な母親はその養育態度において子どもに対するあたたかさや敏感さ、応答性が低だけでなく、一貫性に欠け、回避的または敵対的であり (Carlson et al., 1989; Nolen-Hoeksema, Wolfson, Mumme, & Guskin, 1995; Seifer, Shiller, Sameroff, Resnick, & Riordan, 1996; Teti, Gelfand, Messinger, & Isabella, 1995)、このような母親のネガティブな養育行動は、子どもの愛着形成や社会情緒、行動、認知などにネガティブな影響を及ぼし、子どもの内在化型問題や外在化型問題、子どもの不安障害やうつ病、素行障害などの精神病理を予測することが示されている。(Cummings, Davies, & Campbell, 2000; Goodman et al., 2011; Sugawara, Kitamura, Toda, & Shima, 1999)。また、父親の抑うつは父親のネガティブな養育行動や父子間の触れ合いの低さと関連すること (Lee, Taylor, & Bellamy, 2012) や、父親の抑うつ傾向の高さは育児参加の低さと関連し、父子関係と夫婦関係の質の低さや母親の抑うつの高さを媒介して、子どもの社会情緒の問題傾向と関連すること (岐部, 2016) も明らかにされている。このように、抑うつの問題を抱える親を持つ子どもたちは、遺伝のおよび環境的なリスクに曝され、ひいてはネガティブなアウトカムに至ることもあるとの報告も多数なされている。例えば、うつ病の母親を持つ子どもはその発達を通してうつ病や不安障害といった内在化症状を経験するリスクが高いこと (Kouros & Garber, 2010; Mennen, Negriff, Schneiderman, & Trickett, 2018; Connell & Goodman, 2002)、また、うつ病の母親を持つ子どもは、抑うつ症状を経験する可能性がうつ病の母親を持たない子どもよりも4~6倍高く、再発性うつ病およびそれと関連する否定的な結果に関するリスクを成人期に至るまで継続して経験すること (Beardslee, Versage, & Gladstone, 1998; Weissman et al., 2016) が報告されている。

親から子へと抑うつが世代を超えて伝達してしまうことは、「抑うつ世代間伝達」の問題 (Cummings et al., 2000; Sugawara et al., 1999; Goodman & Garbe, 2017など) として指摘されており、研究が蓄積されてきた。その世代間伝達におけるメカニズムのひとつとして、親の抑うつに対する子どもの認知的評価が媒介要因となることに関して、近年いくつかの検討が行われている。Goodman, Tully, Connell, Hartman, & Huh (2011) は、母親の抑うつ症状に関する子どもの認知を直接評価するための尺度としてChildren's Perceptions of Other's Depression Scale-Mother Version (CPOD-MV) を開発し、母親の抑うつ症状をより重症であると認知し自責感を抱く子どもは、適応的でない対処方略をとることから精神病理の発現リスクを高めるとの概念モデルをまとめ、母親の抑うつと子どもの抑うつとの関連における子どもの認知的評価の役割を強調している。また、Kouros, Wee, Carson, & Ekas (2020) は、CPOD-MVを用いた調査の結果、母親の抑うつに対する自責感を高く評価する子どもは内在化症状が高いことを明らかにし、母親の抑うつに対する子どもの認知的評価を把握することによって治療の対象となる内在化型疾患を有する子どもを特定し、早期介入に繋げるべきであると指摘している。これらの海外での先行研究により、親の抑うつは、親の抑うつに対する子どもの認知を媒介して子どもの内在化型の精神病理の発現に影響を及ぼすことが示唆されてはいるものの、未だ本邦での検討は十分になされてきていないとは言い難い。

以上のことから、本研究では、Children's Perceptions of Other's Depression Scale-Mother Version (CPOD-MV) の日本語版 (母親版および父親版) (菅原, 2015) を使用し、児童期後期の子どもを持つ世帯を対象とした調査から、両親それぞれの抑うつ傾向と子どもの抑うつ傾向との関連を親の抑うつに対する子どもの認知が媒介するという仮説について、父親と母親、それぞれの抑うつに関するモデルについて検証することとした。

なお、本研究では、小学校高学年の子どもとその親についての検討を行うこととした。その理由は、第一に、うつ病の患者は男女ともに40歳代に多く (厚生労働省, 2017b)、人口動態統計による第一子出生時の親の年齢が、父親で平均32.7歳、母親で平均30.7歳 (厚生労働省, 2017a) であることから、小学校高学年の子どもの親に抑うつが認められる可能性が高いためである。また、小学校高学年は、論理的推論を行うことが可能となり (Piaget & Inhelder, 1966)、自分の視点と他者の視点とを統合できるようになることで、対人的相互交渉が可能となる (Selman, 1981; Selman & Shultz, 1990)。さらにこの時期、子どもは社会的比較が可能となり自己を客観的に捉えられるようになること (外山・桜井, 2000) で自己理解が変化し、自尊感情や自己肯定感を形成してゆくが、反面、劣等感を抱きやすい (無藤・子安, 2011)。なお、劣等感が抑うつを予測することは周知のとおりである (Sowislo & Orth, 2013など)。このように、小学校高学年は、状況を多角的に捉え他者の内面に思いを巡らせることが可

能である一方、後に内在化症状の発現へと繋がる可能性のある認知的評価の萌芽期であると考えられることが、第二の理由である。

方法

調査対象者と手続き

本研究で使用したデータは、継続して実施している長期縦断調査（菅原, 2012；松本, 2018；齊藤・松本・菅原, 2020）の第11回目および第12回目の調査により得られたデータの一部である。第11回目の調査（以下、Time 1）の実施から第12回目の調査（以下、Time 2）の実施までには、約10カ月の期間が空いた。Time 1の調査に応じたのは、父親218名、母親284名、子ども282名であり、Time 2の調査に応じたのは、父親203名、母親266名、子ども263名であった。このうち、本研究に使用した尺度についてTime 1からTime 2まで父親・母親・子ども三者の回答が揃った143世帯を分析の対象とした。父親の平均年齢は45.16歳（標準偏差5.66）、母親の平均年齢は43.04歳（標準偏差5.39）であった。子どもは全員がTime 1時点で小学校6年生であり、性別構成は男子63名、女子80名であった。Time 1質問紙は2015年2月、Time 2質問紙は2015年12月に、郵送により父親版、母親版、および子ども版を各家庭に配布し、郵送により回収を行った。また、調査の実施に際しては、所属大学に設置されている研究倫理審査委員会の審査を経て、承認を受けた。

測定尺度

父親／母親の抑うつ 父親ならびに母親の抑うつを測定するために、The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D: Radloff, 1977) の日本語版（島・鹿野・北村・浅井, 1985）20項目を使用した。過去1週間における抑うつ症状について、「5日以上（3点）」、「3～4日（2点）」、「1～2日（1点）」、「ない（0点）」の4件法で尋ね、父親／母親が回答した。本尺度は、得点が高いほど、回答者の抑うつの重症度が高いことを示す。回答結果をもとに主成分分析を行ったところ、すべての項目において第一主成分への負荷が.30以上の値を示したため、本研究では全20項目の合計得点を「父親／母親の抑うつ」の指標として算出した。クロンバックの α 係数は、父親版が.90、母親版が.88であった。

親の抑うつに対する子どもの認知 親の抑うつに対する子どもの認知的評価を測定するために、Children's Perceptions of Other's Depression Scale-Mother Version (CPOD-MV: Goodman et al., 2011) の日本語版ならびに父親版（菅原, 2015）を使用した。今回の分析にあたっては、Kourosら（2020）の先行研究に準拠し、原版の21項目のうちから14項目を使用し、3つの下位尺度である①父親／母親の抑うつに対する自責感、②父親／母親の抑うつの重症度と慢性性の認知、③父親／母親の抑うつへの対処効力感について「あてはまる（3点）」、「ややあてはまる（2点）」、「あまりあてはまらない（1点）」、「あてはまらない（0点）」の4件法で尋ね、子どもが回答した。具体的な項目は、①では「お父さん（お母さん）が悲しんだり落ち込んだりすると、それは私のせいだといつも思ってしまう。」②では「お父さん（お母さん）は、悲しんだり落ち込んだりすると、元気になるまでには時間がかかる。」③では「お父さん（お母さん）が悲しんだり落ち込んだりしているときに、たいいて私はお父さん（お母さん）を元気にすることができると思う。」などである。本尺度は、得点が高いほど、①では父親／母親の抑うつに対する自責感が強いことを、②では父親／母親の抑うつの症状がより重く、より慢性的であると認知していることを、③では父親／母親の抑うつへの対処効力感が高いことを示す。Kourosら（2020）では、CPOD-MVのクロンバックの α 係数は①は $\alpha = .71$ 、②は $\alpha = .66$ 、③は $\alpha = .72$ であった。本研究の回答結果をもとに各下位尺度の信頼性係数を確認したところ、クロンバックの α 係数は、①は父親版で.66、母親版で.68、②は父親版で.57、母親版で.60、③は父親版で.72、母親版で.75であった。Kourosら（2020）と比較して低めの値も観測されたが、概ねほぼ同等であったことから、各因子の構成項目の加算値を求め、解析に用いた。

子どもの抑うつ 子どもの抑うつを測定するために、Birlson Depression Self-Rating Scale for Children (DSRS-C: Birlson, 1981) の日本語版（村田・清水・森・大島, 1996）の18項目を使用した。過去1週間における抑うつ症状について、「いつもそうだ（2点）」、「ときどきそうだ（1点）」、「そんなことはない（0点）」の3件法で尋ね、子どもが回答した。本尺度は、得点が高いほど、その子どもの抑うつの重症度が高いことを示す。回答結果をもとに主成分分析を行ったところ、すべての項目において第一主成分への負荷が.30以上の値を示し

たため、本研究では全18項目の合計得点を「子どもの抑うつ」の指標として算出した。クロンバックの α 係数は.87であった。

結果

各変数の記述統計量

Table 1は、本研究で使用した各変数の平均値、標準偏差、子どもの性別による t 検定の結果ならびに最小値と最大値を示している。Time 1の母親の抑うつへの対処効力感についてのみ、男女間で得点に有意な差が見られ、女子の方が得点が高かった。その他の変数については、男女間で得点に有意な差は見られなかった。

Table 1 各変数の平均値、標準偏差、最小値、最大値 (N=143)

	平均値 (標準偏差)			t 値	最小値 - 最大値		
	全体	男子	女子		全体	男子	女子
Time 1 父親の抑うつ	13.52 (8.57)	13.89 (9.08)	13.24 (8.19)	0.45 <i>ns</i>	0-37	0-37	0-36
Time 1 父親の抑うつに対する自責感	5.48 (3.40)	5.75 (3.64)	5.28 (3.20)	0.82 <i>ns</i>	0-15	0-15	0-15
Time 1 父親の抑うつ重症度と慢性性の認知	3.65 (2.56)	3.84 (2.64)	3.50 (2.50)	0.79 <i>ns</i>	0-12	0-12	0-12
Time 1 父親の抑うつへの対処効力感	6.24 (2.92)	5.95 (3.28)	6.48 (2.61)	-1.06 <i>ns</i>	0-12	0-12	0-12
Time 1 母親の抑うつ	11.12 (7.69)	12.00 (8.29)	10.43 (7.16)	1.22 <i>ns</i>	1-36	1-36	1-36
Time 1 母親の抑うつに対する自責感	6.08 (3.60)	6.14 (3.77)	6.03 (3.48)	0.19 <i>ns</i>	0-16	0-16	0-15
Time 1 母親の抑うつ重症度と慢性性の認知	3.80 (2.66)	3.75 (2.54)	3.85 (2.77)	-0.23 <i>ns</i>	0-12	0-10	0-12
Time 1 母親の抑うつへの対処効力感	6.81 (2.90)	6.49 (3.26)	7.06 (2.58)	-1.17 *	0-12	0-12	0-12
Time 2 子どもの抑うつ	8.00 (5.90)	7.16 (3.27)	8.66 (6.21)	-1.52 <i>ns</i>	0-29	0-21	0-29

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

各変数間の相関分析

各変数間の関連を検討するために、相関分析を行った (Table 2)。Time 1の父親の抑うつは、Time 1の父親の抑うつへの対処効力感との間に有意な負の相関を示した。また、Time 1の母親の抑うつは、Time 1の母親の抑うつ重症度と慢性性の認知との間に有意な正の相関を示した。さらに、Time 1の父親の抑うつへの対処効力感、Time 1の母親の抑うつへの対処効力感は、それぞれTime 2の抑うつとの間に負の相関を示した。なお、Time 1の父親の抑うつとTime 1の母親の抑うつとの間に相関は示されなかった。

Table 2 各変数間の相関係数 (N=143)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Time 1 父親の抑うつ								
2 Time 1 父親の抑うつに対する自責感	-.06							
3 Time 1 父親の抑うつ重症度と慢性性の認知	.10	.25**						
4 Time 1 父親の抑うつへの対処効力感	-.17*	.03	-.33**					
5 Time 1 母親の抑うつ	.12	.06	.16	-.15				
6 Time 1 母親の抑うつに対する自責感	-.13	.84**	.21*	.04	.09			
7 Time 1 母親の抑うつ重症度と慢性性の認知	-.01	.23**	.54**	-.32**	.21*	.33**		
8 Time 1 母親の抑うつへの対処効力感	-.07	.01	-.13	.83**	-.04	.07	-.31**	
9 Time 2 子どもの抑うつ	.06	.09	.12	-.39**	-.05	.11	.15	-.30**

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

仮説モデルに対するパス解析

媒介プロセスの検討 父親/母親の抑うつが、父親/母親の抑うつに対する子どもの認知を媒介し、子どもの抑うつへと関連する仮説モデルを検討するため、パス解析を行った。父親の抑うつに関するモデルのパスと標準化

推定値をFigure 1、母親の抑うつに関するモデルのパスと標準化推定値をFigure 2に示す。なお、図中においては、Time 1をT1、Time 2をT2と略記した。

まず、Time 1の父親の抑うつからTime 1の父親の抑うつへの対処効力感へと有意な負のパスが認められ、ここからTime 2の子どもの抑うつへと有意な負のパスが認められた。なお、Time 1の父親の抑うつからTime 2の子どもの抑うつへの直接のパスは認められなかった。本モデルは、 $\chi^2(1) = .00, p = .97, NFI = 1.00, RFI = 1.00, IFI = 1.02, CFI = 1.00, RMSEA = .00$ であり、良好なモデル適合度が確認された。

次に、Time 1の母親の抑うつからTime 1の母親の抑うつへの重症度と慢性性の認知へと有意な正のパスが認められたが、ここからTime 2の子どもの抑うつへと至るパスは確認されなかった。Time 1の母親の抑うつへの対処効力感からは、Time 2の子どもの抑うつへと有意な負のパスが認められた。Time 1の母親の抑うつからTime 2の子どもの抑うつへの直接のパスは認められなかった。本モデルは、 $\chi^2(1) = .51, p = .48, NFI = .99, RFI = .89, IFI = 1.01, CFI = 1.00, RMSEA = .00$ であり、良好なモデル適合度が確認された。

以上から、父親の場合、父親の抑うつ傾向が高いほど、子どもは父親の抑うつへの対処効力感が低くなり、10カ月後に高い抑うつ得点を示すことが明らかとなった。母親の場合は、母親の抑うつ傾向が高いほど、子どもは母親の抑うつへの症状をより重く、より慢性的であると認知するが、それは10カ月後の子どもの抑うつとは関連せず、また、母親の抑うつとは関連しないが母親の抑うつへの低い対処効力感を認知する子どもは、10カ月後に高い抑うつ得点を示すことが明らかとなった。

子どもの性別の影響性の検討 続いて、子どもの性別の影響性を検討するために、男子と女子の2つの母集団を想定する多母集団同時分析を行った。分析は、等値制約を置かない「制約なしモデル」、等値制約を置く「制約ありモデル」を検討し、AICの値により適合度の比較を行った。父親の抑うつに関するモデルと母親の抑うつに関するモデルのパスと標準化推定値を、Figure 3およびFigure 4に示す。

まず、父親の抑うつに関するモデルについて、制約なしモデル (AIC = 80.552) と制約ありモデル (AIC = 68.033) を比較した結果、制約ありモデルを採用した。 $\chi^2(16) = 16.03, p = .45, GFI = .964, CFI = .999, RMSEA = .00$ であり、良好なモデル適合度が確認された。このため、父親の抑うつに関するモデルについては、子どもの性別による差はないことが示された。

次に、母親の抑うつに関するモデルについて、制約なしモデル (AIC = 80.950) と制約ありモデル (AIC = 72.493) を比較した結果、制約ありモデルを採用した。 $\chi^2(16) = 20.49, p = .20, GFI = .955, CFI = .912, RMSEA = .05$ であり、良好なモデル適合度が確認された。このため、母親の抑うつに関するモデルについても、子どもの性別による差がないことが確認された。

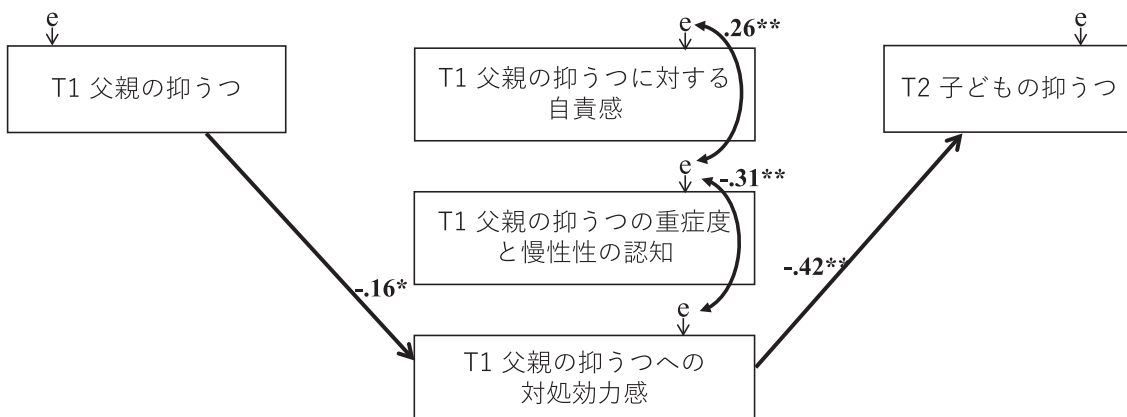


Figure 1 パス解析の結果・父親版

$\chi^2(1) = .002, p = .969, NFI = 1.000, RFI = 1.000, IFI = 1.016, CFI = 1.000, RMSEA = .000$

* $p < .05, **p < .01$ 子どもの性別を統制

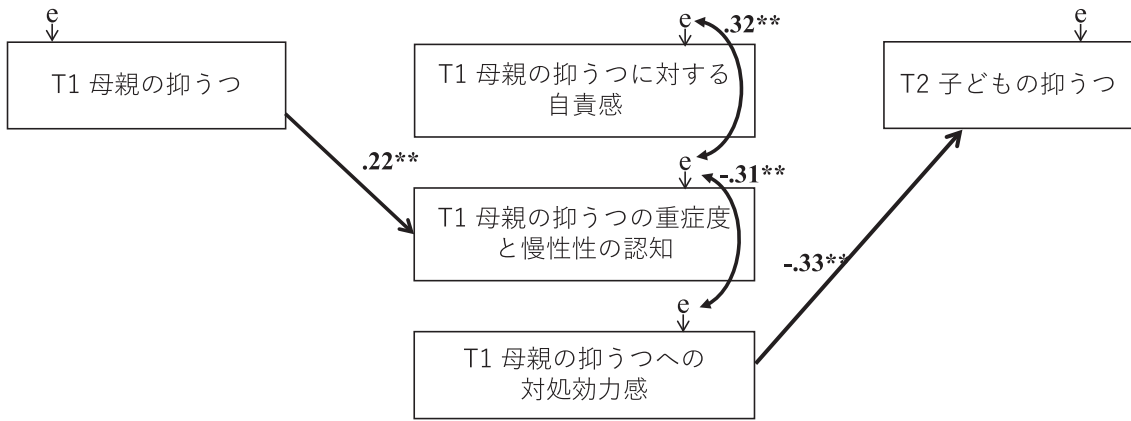


Figure 2 パス解析の結果・母親版

$\chi^2(1) = .509, p = .476, NFI = .992, RFI = .886, IFI = 1.007, CFI = 1.000, RMSEA = .000$

* $p < .05, **p < .01$ 子どもの性別を統制

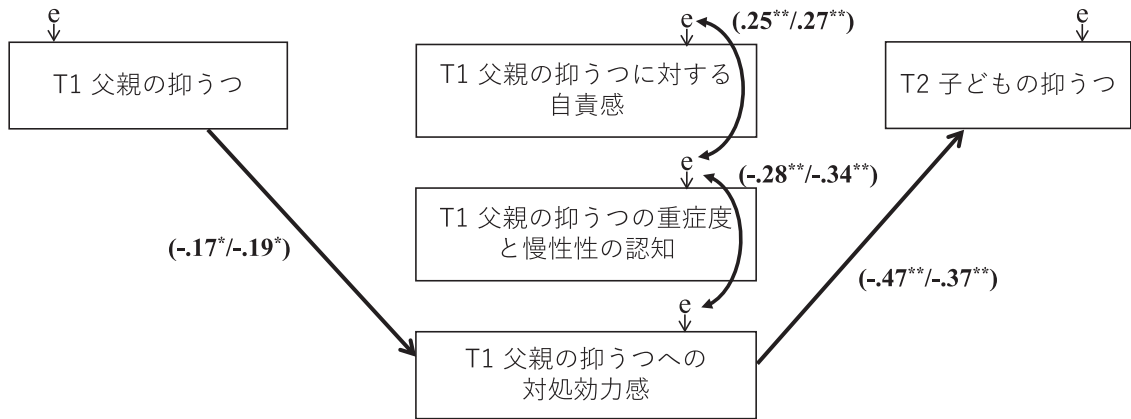


Figure 3 多母集団同時分析の結果・父親版

$\chi^2(16) = 16.033, p = .451, GFI = .964, CFI = .999, RMSEA = .000$

* $p < .05, **p < .01$ 有意なパスのみ表示。数値は左が男子、右が女子の値を示す。

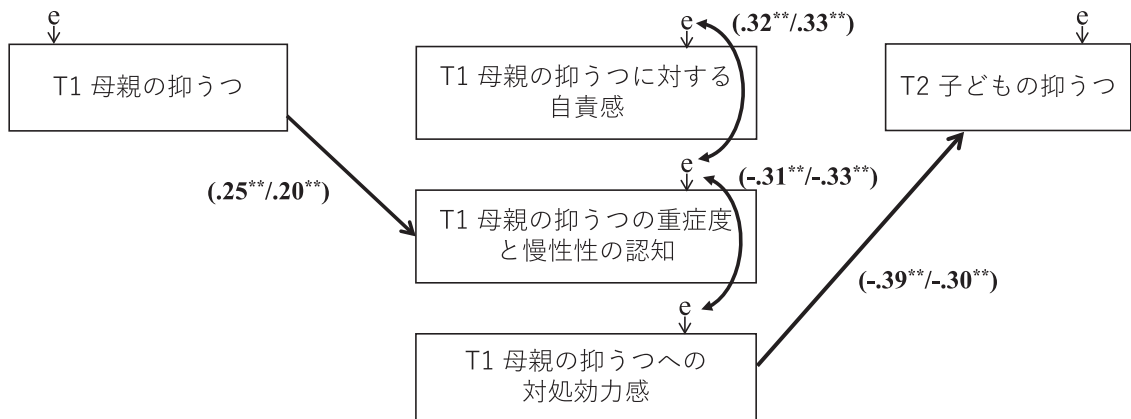


Figure 4 多母集団同時分析の結果・母親版

$\chi^2(16) = 20.492, p = .203, GFI = .955, CFI = .912, RMSEA = .051$

* $p < .05, **p < .01$ 有意なパスのみ表示。数値は左が男子、右が女子の値を示す。

考察

本研究は、児童期後期の子どもとその両親を対象とした質問紙による2時点の縦断調査から、抑うつ世代間伝達の発現の背景にある、親の抑うつと子どもの抑うつとの関連メカニズムについて、“親の抑うつが、親の抑うつに対する子どもの認知を媒介し、子どもの抑うつへと関連する”という仮説について検討することを目的として行われた。

はじめに、父親の抑うつと母親の抑うつに加え、親の抑うつに対する子どもの認知的評価としての父親/母親の抑うつに対する自責感、父親/母親の抑うつ重症度と慢性性の認知、父親/母親の抑うつへの対処効力感、さらに子どもの抑うつ各変数について相関分析を行ったところ、父親の抑うつと子どもの抑うつ、母親の抑うつと子どもの抑うつには相関が示されなかった。一方で、親の抑うつに対する子どもの認知的評価、すなわち父親/母親の抑うつに対する自責感、父親/母親の抑うつ重症度と慢性性の認知、父親/母親の抑うつへの対処効力感では、父親の抑うつへの対処効力感と子どもの抑うつ、母親の抑うつへの対処効力感と子どもの抑うつとに強い負の相関が示された。この結果は、Goodmanら(2011)が強調した、母親の抑うつと子どもの抑うつとの関連における子どもの認知的評価の役割を示唆するものであった。ただし、Kourosら(2020)による、母親の抑うつに対する自責感を高く評価する子どもは内在化症状が高いとの知見と一致する結果は、本研究では得られなかった。本研究では、父親および母親の抑うつに対し、それが自分のせいであると子どもが感じるといふより、むしろ、父親および母親の抑うつを和らげるために何とかしてあげたいのにどうにもうまく対処できていないと子どもが感じることが、子どもの抑うつと関連していた。この点に関しては、先行研究の対象者の年齢(平均13.63歳)が本研究の対象者の年齢よりも高かったことや、アメリカと日本における社会文化的差異が関与している可能性も含め、今後さらなる検討が必要である。

続いて、“親の抑うつが、親の抑うつに対する子どもの認知を媒介し、子どもの抑うつへと関連する”という仮説に関して、パス解析による媒介プロセスの検討を行った結果、父親の抑うつが、父親の抑うつへの対処効力感に関する子どもの認知的評価を媒介して、子どもの抑うつへと関連していた。父親においては、本研究の仮説が支持され、父親の抑うつ傾向が高い場合、子どもは父親の抑うつを和らげるために何とかしたいのに、うまく対処することができていないと自身について評価することで、抑うつを呈することが示された。母親においては、父親の場合と同様のパスは認められず、母親の抑うつ傾向が高いほど、子どもは母親の抑うつ症状をより重く、より慢性的であると認知するが、それは子どもの抑うつとは関連しなかった。また、母親の抑うつとは関連しないが母親の抑うつへの対処効力感を低く認知する子どもは、高い抑うつを示していた。

これについて、まず、子どもの抑うつと関連する、親の抑うつに対する子どもの認知的評価としての対処効力感に関して考察する。親の抑うつ傾向が高い場合、抑うつ症状による悲しみや落ち込みの感情の出現や増幅は、親本人が制御することすら極めて難しいことから、子どもがそれを何とかして和らげようと対処したとしても、実際それは奏功せぬ場合がほとんどであるだろう。そのため、抑うつ症状に関する啓発や心理教育を、子どもも含めた広く一般に向けて行うなかで、抑うつ症状そのものが、本人や家族が対処を試みその取り組みを重ねても、それにより必ずしも緩和されたり低減できたりするものではないことを説明し、家族が自身の限界を知り、医療機関におけるケアと支援を治療の主軸と捉え、専門家によるサポートを求めることを推奨すべきであると考えられる。なお、本研究では、父親の抑うつが子どもの対処効力感を媒介して子どもの抑うつへと至ることが示されたが、母親の場合は同様ではなかった。このことから、父親が抑うつ状態にあることは、母親がそのような状態であることよりも子どもにとっては心理的に負荷のかかる事態であり、子どもは父親の抑うつを和らげるために自身ができうる限りの対処方略行動をとる可能性が示唆された。そのため、父親が抑うつ状態にある場合には、より子どもに対する介入を徹底することが、後の子どもの抑うつ発現の予防の一助となると考える。以上のような介入によって、親の抑うつ傾向が、親の抑うつに対する子どもの認知的評価を媒介し、子どもの抑うつへと関連することを予防できるだろう。

次に、母親では、母親の抑うつと母親の抑うつ重症度と慢性性についての子どもの認知とが関連していたのに対し、父親では、父親の抑うつと父親の抑うつ重症度と慢性性についての子どもの認知とに関連が見られな

かったことに関して考察する。国立女性教育会館（2007）によれば、10～12歳の子どもが平日と一緒に過ごす時間は、父親が2.58時間であるのに対し母親は5.37時間であるという。日常生活場面における接触時間の長さによって、母親の抑うつは、母親の抑うつの重症度と慢性性についての子どもへの認知とに関連を示し、日常生活場面における接触時間の短さのために、父親の抑うつは、父親の抑うつの重症度と慢性性についての子どもへの認知とに関連を示さなかった可能性が考えられる。このため、この点に関して、今後さらなる検討が必要である。

なお、本研究ではサンプル数が十分でなく、父親および母親のうちから、抑うつ症状が臨床相当である者だけを抽出し同様のパス解析を行うことができなかった。今後、一般人口中における親の抑うつ症状が臨床相当である群を対象とした検討や、臨床群を対象とした検討についても、より詳細に行うべきであるだろう。また、本研究は短期縦断研究であり、パネル型の調査でもなかったことから、因果関係に関して明確な言及はできなかった。さらに、本研究で使用したCPOD尺度は、信頼性ならびに妥当性の検討が十分になされていないことから、これについても今後の検討が必要である。以上を踏まえ、CPOD尺度の精査のうえでパネル型の長期縦断研究を実施し、因果関係の特定を進めてゆくとともに、抑うつの世代間伝達における親の抑うつに対する子どもへの認知的評価の役割に関する知見を蓄積してゆくことが今後の課題である。

【引用文献】

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.): Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Beardslee, W. R., Versage, E.M., & Gladstone, T. R. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 1134-1141.
- 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.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, & Braunwald, K. (1989) Disorganized/ Disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.
- Connell, A.M. & Goodman, S.H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128, 746-773.
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). *Developmental Psychopathology and Family Process. Research, theory, and clinical implications*. New York: Guilford Press.
- 藤原 茂樹・北村 俊則 (1993). 甲府市の一地域における精神科疫学調査: JCM診断による軽度精神障害の頻度. *日本医事新報*, 3618, 47-50.
- Goodman S. H. & Garber J. (2017). Evidence - Based Interventions for Depressed Mothers and Their Young Children. *Child Development*, 88(2), 368-377.
- Goodman S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 1-27.
- Goodman, S. H., Tully, E., Connell, A. M., Hartman, C. L., & Huh, M. (2011). Measuring children's perception of their mother's depression: The Children's Perceptions of Other's Depression Scale —Mother Version. *Journal of Family Psychology*, 25, 163-173.
- Hanington, L., Heron, J., Stein, A., & Ramchandani, P. (2012). Parental Depression and Child Outcomes-Is Marital Conflict the Missing Link? *Child: Care, Health and Development*, 38, 520-529.
- 岐部 智恵子 (2016). 父親の抑うつ傾向と就学前の子どもの社会情緒的発達との関連. *小児保健研究*, 75(5), 579-585.
- 国立女性教育会館 (2007). 平成16年度・平成17年度家庭教育に関する国際比較調査報告書
- Kouros, C. D. & Garber, J. (2010). Dynamic associations between maternal depressive symptoms and adolescents' depressive and externalizing symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1069-1081.
- Kouros, C. E., Wee, S. E., Carson, C. N. & Ekas, N. V. (2020). Children's Self-Blame Appraisals About Their Mothers' Depressive Symptoms and Risk for Internalizing Symptoms. *Journal of Family Psychology*, 34(5), 534-543.
- 厚生労働省 (2017a). 平成29年人口動態統計 (確定数)
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei17/index>.
- 厚生労働省 (2017b). 平成29年患者調査 (傷病分類編)
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubu/>
- Lee, S. J., Taylor, C. A., Bellamy, J. L. (2012). Paternal depression and risk for child neglect in father-involved families of young children. *Child Abuse & Neglect*, 36, 461-469.

- 松本聡子 (2018). 児童・思春期のQOL: 縦断研究による検討. *Child science : 子ども学*, 16, 25-30.
- Mennen, F. E., Negriff, S., Schneiderman, J. U., & Trickett, P. K. (2018). Longitudinal associations of maternal depression and adolescents' depression and behaviors: Moderation by maltreatment and sex. *Journal of Family Psychology*, 32, 240-250.
- 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: Birleson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.
- 無藤 隆・子安 増生編 (2011). 発達心理学 I 東京大学出版会
- Nolen-Hoeksema, S., Wolfson, A., Mumme, D., & Guskin, K. (1995). Helplessness in children of depressed and nondepressed mothers. *Developmental Psychology*, 31, 377-387.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1966). *La psychologie de l'enfant*. Paris: Presses Universitaires de France. (波多野完治・須賀哲夫・周郷博 (訳) (1969) 新しい児童心理学, 白水社.)
- 齊藤彩・松本聡子・菅原ますみ (2020). 思春期の注意欠如・多動傾向と不安・抑うつとの縦断的関連 教育心理学研究, 68, 237-349.
- Seifer, R., Shiller, M., Sameroff, A. J., Resnick, S., & Riordan, K. (1996). Attachment, maternal sensitivity, and infant temperament during the first year of life. *Developmental Psychology*, 32, 12-25.
- Selman, R. L. (1981) The child as a friendship philosopher. In S. R. Asher & J. M. Gottman (Eds.), *The development of children's friendship* (pp. 242-272). New York: Cambridge University Press.
- Selman, R. L. & Shultz, L. H. (1990) *Making a friend in youth*. Chicago: The University of Chicago Press. (大西文行 (監訳) (1996) ベア・セラピィ: どうしたらよい友だち関係がつかれるか (I巻). 北大路書房.)
- 島 悟・鹿野 達男・北村 俊則・浅井 昌弘 (1985). 新しい抑うつ性自己評価尺度について 精神医学, 27, 717-723.
- Sowislo, J.F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139, 213-240.
- 菅原 ますみ (1997). 養育者の精神的健康と子どものパーソナリティの発達: 母親の抑うつに関して. 性格心理学研究, 5(1), 38-55.
- 菅原 ますみ (2012). 子ども期のQOLと貧困・格差問題に関する発達研究の動向 菅原ますみ (編著) お茶の水女子大学グローバルCOEプログラム格差センシティブな人間発達科学の創成1 子ども期の養育環境とQOL (pp. 1-23) 金子書房
- 菅原 ますみ (2015, March). 両親の抑うつと子どもの精神病理との関連. 岐部智恵子 (企画者), 両親の抑うつと子どもの発達. 一般社団法人日本発達心理学会第26回大会, 東京大学本郷キャンパス.
- Sugawara, M., Kitamura, T., Toda, M. A., & Shima, S. (1999). Longitudinal relationship between maternal depression and infant temperament in a Japanese population. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 869-880.
- Teti, D. M., Gelfand, D. M., Messinger, D. S., & Isabella, R. (1995). Mental depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364-376.
- 外山 美樹・桜井 茂男 (2000). 自己認知と精神的健康の関係 教育心理学研究, 48(4), 454-461.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Warner, V., Pilowsky, D., Kohad, R. G., Verdelli, H., Skipper, J., & Talati, A. (2016). Offspring of depressed parents: 30 years later. *The American Journal of Psychiatry*, 173, 1024-1032.

