

# 子どもの問題行動とうつの関連

— 支援技法に関する一考察 — <sup>1)</sup>

周防 美智子

## はじめに

平成21年度文部科学省における「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」(小中高等学校等が調査対象)において生徒間暴力、対教師暴力や器物破損などの暴力行為の発生件数は約61,000件と前年度より約1,000件増加した。小・中学校においては4年連続で増加し、小学校7,115件、中学校43,715件の過去最高の件数に上った。また、いじめの認知件数は小学校34,766件、中学校32,111件、不登校は小学校22,327件、中学校100,105件と減少を見せたが、著しい改善とはいえない。文部科学省が捉える問題行動<sup>2)</sup>は、学校や教員からすると問題とされる行動であるが、子ども側からすると、子ども自身のQOL (quality of life) の低下を招いている大きな要因である。子どもの問題行動における支援については、様々な分野から対策や支援が講じられてはいるものの、問題行動に改善が見られない現状があり、問題行動の支援における支援技法の構築が求められる。

近年、子どもたちの不登校、いじめ、無気力傾向、対人関係の問題や暴力行動などに関して子どもたちを抑うつ<sup>3)</sup>の視点から検討することが必要だとする指摘がある(村田, 1989・傳田, 2002)。確かに、学校保健委員会や教育委員会の心と体の健康調査結果によると、惨めさ、寂しさ、自信喪失、無気力感、楽しみの喪失、生きがいを見いだせないなどを訴える子どもたちが多く、調査結果から子どもの抑うつ状態も少なくないと思われるところがある。しかし、村田や傳田は、子どもの行動を抑うつ<sup>3)</sup>の視点から検討する必要性を指摘するものの、彼らの研究は子どもたちの実態把握であり、子どもの中にどの程度の割合で抑うつ症状が見られ、どのような状態なのかについての検討であり、行動と抑うつ<sup>3)</sup>の関連を明らかにした研究には至っていない。

過去において、うつ病は一般的には青年期以降に発症する青年期・成人期・老年期の精神障害であると認識されていた。そのため、子どもが抑うつ気分になっても、それは一時的な反応であり病的な状態ではないとされていた。しかし、DSM-III<sup>4)</sup> (American Psychiatric Association, 1980) の操作的診断基準が用いられるようになり、大人と同じ抑うつ症状をもつ子どもの存在として注目され、子どものうつ病が認識されるようになった(Harrington,

1994)。診断基準のDSM-IV<sup>5)</sup>では、うつ病の主症状として①抑うつ気分②興味・喜びの喪失、副症状として③食欲不振、体重減少④睡眠障害⑤焦燥感または行動抑制⑥易疲労感、気力減退⑦無価値観、罪責感⑧思考力・集中力の減退、決断困難⑨自殺念慮、自殺企図をあげている。これが小児や青年に適応される場合、主症状の抑うつ気分は、イライラした気分、副症状の体重減少においては、成長期に期待される体重増加が見られないことに置き換えてよいとされる。うつで受診する子どもの中に、学校に行けなくなる、イライラして当たり散らす、落ち着きがない、頭痛や腹痛などの身体状況、めそめそする、自責、後悔、悲観的な考え、学業低下や対人関係の障害を引き起こすことが報告されている(Hammen, C, 1990・村田, 1998・村田, 2007ほか)。この20年間以上、子どもの抑うつ症状、うつ病への関心が高まり、児童・思春期における抑うつの実証研究が行われている。

しかし、これまでの実証研究は実態把握が主流であり、子どもが表す様々な抑うつ症状や問題行動を抑うつという視点から検討することにおいて不十分で、支援の方向性が見られない。そこで、受診する子どもなど特定の子どもを対象とした研究ではなく、子どもの生活の場である学校現場などにおいて全員の子どもの対象とし、子どもの抑うつ状態と行動を検討し、子どものニーズにアプローチする必要がある。近年、学校現場において子どものQOLの低下要因となっている問題行動にアプローチすることは、今までいろいろな支援技法を構築し、問題解決を図ってきた社会福祉の課題であると考ええる。

また、わが国においては、小学生における抑うつについての研究がほとんど行われていない。さらに、子どもの抑うつに関する調査において、子ども自らが回答した調査は少なく、調査結果に周囲の大人のバイアスがかかっている可能性がある。筆者は、子ども自ら回答した抑うつ票を用いて、子どもの抑うつ状態の実態と子どもが見せる行動との関連を検討しなければ、効果的な支援技法は見いだせないと考える。

本研究の目的は、Birlesonの自己記入式抑うつ評価尺度(Birleson Depression Self-Rating Scale for Children:DSRS-C)(Birleson, 1981)と教師による行動評価票を用いて、小学生における抑うつ状態の実態と問題行動の関連を明らかにし、子どもの問題行動への支援技法として実践しようとする教師への心理教育の根拠を考察することである。

## 方 法

### 1. Birlesonの自己記入式抑うつ評価尺度(DSRS-C)

DSRS-Cは子どもの抑うつ症状に関して18項目からなり、子どもたちに最近1週間どんな気持だったかを質問するものである。子ども自身が質問票の各項目に3段階評価(2点・1点・0点)で回答を行う。フルスコア36点でカットオフスコア(抑うつ状態)は16点として、村田ら(1996)によって日本語版が作成され、信頼性と妥当性が確認されている。また、DSRS-C

の適用年齢は7～13歳とBirlleson（1981）が報告している。さらに、DSRS-Cの質問内容が小学校で用いられる「心と身体の健康調査票」（日本学校保健委員会2006）と近い質問内容であり、低学年の子どもたちも理解しやすいと思われたことから、本研究はDSRS-Cを用いた。

本研究では、教育現場での実施であることを配慮し、18項目のうちの『いじめ』『自殺』の2項目を省き調査を行った。DSRS-Cの16項目（表1）の3段階評価（2点・1点・0点）でフルスコア32点、カットオフスコア16点は、佐藤ら（2002）によって信頼性と妥当性が検討され確認されている。

## 2. 担任教師による行動評価

子どもは自らの問題行動によって、学校における生活のしづらさを抱え、そのことが子どものQOLの低下をもたらしている。そこで、問題行動を明確にするために、学校での最近の行動を担任教師によって評価してもらった。評価項目は教師らが子どもの観察から重要と考えた内容とし、各項目を3段階（2点・1点・0点）で評価した。

表1 Birllesonの自己記入式抑うつ評価尺度（DSRS-C）の16項目

私たちは、楽しい日ばかりではなく、ちょっとさみしい日も、楽しくない日もあります。みなさんが、この1週間、どんな気持ちだったか当てはまるものに○をつけてください。良い答え、悪い答えはありません。思ったとおりに答えてください。

	年 組			番 男・女
	いつもそうだ	ときどきそうだ	そんなことはない	
1. 楽しみにしていることがたくさんある。	( )	( )	( )	
2. とてもよく眠れる。	( )	( )	( )	
3. なきたいような気がする。	( )	( )	( )	
4. 遊びに出かけるのが好きだ。	( )	( )	( )	
5. 逃げだしたいような気がする。	( )	( )	( )	
6. おなかがいなくなるようなことがある。	( )	( )	( )	
7. 元気いっぱいだ。	( )	( )	( )	
8. 食事が楽しい。	( )	( )	( )	
9. やろうと思ったことがうまくできる。	( )	( )	( )	
10. いつものように何をしても楽しい。	( )	( )	( )	
11. かぞくと話すのが好きだ。	( )	( )	( )	
12. こわい夢を見る。	( )	( )	( )	
13. ひとりぼっちの気がする。	( )	( )	( )	
14. おちこんでいてもすぐに元気になる。	( )	( )	( )	
15. とてもかなしい気がする。	( )	( )	( )	
16. とてもたいくつな気がする。	( )	( )	( )	

（用紙の漢字にはすべてルビをうち配布）

行動評価の内容は、①行動が年齢より幼い、②座ってられない、落ち着きがない、③やってはいけないことをしても悪いと思わない、④暴言や暴力がある、⑤物を壊す、⑥学習意欲がある、⑦休み時間に友人交流がある、⑧学校生活全般に元気がある、の8項目とした。項目①～⑤については、『よくある・ときどき・ほとんどない』の3段階評価、⑥については『意欲的・普通・無気力』の3段階評価、⑦については『楽しそう・普通・孤立しがち』の3段階評価、⑧については『とても元気・だいたい元気・元気がない』の3段階評価とした。

### 3. 倫理的配慮

本研究の目的と方法、プライバシー保護などに関する説明を2小学校長および全教師に行い、調査の協力を依頼し書面にて同意を得た。教育委員会へは、各校長から研究協力を承諾する旨が報告され、教育委員会から個人が特定できないように配慮をするうえでの許可を得た。なお、本研究は大阪府立大学大学院人間社会学研究科研究倫理委員会の承認を得た。

### 4. 調査方法

調査実施前に、担任教師にDSRS-Cの調査手引を配布、説明し、それに基づき担任教師から子どもたちに調査の説明を行ってもらった。調査手引の内容は、①本研究は、子どもたちの普段の気持ちや考えについて尋ねていること、②よい答えや悪い回答はないこと、③回答は強制ではないこと、子どもが回答したくない場合は未記入でもよいこと、④回答の内容が家族や友達にもれることはないこと、⑤子どもが不明に思うことについて担任教師から説明を行う、などである。担任教師が子どもたちに研究説明を行い、同意した子どもたちを対象に調査を実施した。調査は2009年7月13日から15日の3日間で、各クラスで一斉に行った。

### 5. 研究対象

対象は、2小学校の2年生から6年生までの児童全員1,152人と担任教師35人とした。その結果、DSRS-Cの回答1,124人のうち有効回答1,117人(99.4%)を分析対象とした。

児童1,117人の内訳は、2年生は215人(19.3%)、3年生は229人(20.5%)、4年生202人(18.1%)、5年生273人(24.4%)、6年生198人(17.7%)であり、男子は568人(50.9%)、女子は549人(49.1%)であった。

### 6. 分析方法

統計分析はSPSS for Windows 15.0を用いて、DSRS-Cで得点がカットオフスコア16点以上の抑うつ状態と行動評価との関連を学年別・性別においてt検定、重回帰分析にて検討を行った。

抑うつ状態と問題行動を検討する際に、行動評価の質問項目①行動が年齢より幼い、②座ってられない、落ち着きがない、③やってはいけないことをしても悪いと思わない、④暴言や



暴力がある、⑤物を壊すについて「よくある」「ときどき」の割合で、⑥学習意欲がある、⑦休み時間に友人交流がある、⑧学校生活全般に元気があるについては「ない」の割合で検討を行った。

## 結 果

### 1. 抑うつ状態の子どもたち

DSRS-Cの平均得点および標準偏差は、 $9.38 \pm 4.75$ 点である。各学年、性別における平均得点は表2に示した。DSRS-Cの得点が16点以上の抑うつ状態の子どもは、全体の11.6%（130/1,117人）、男子12.5%（71/568人）、女子10.7%（59/549人）であった。学年別では、2年生13.0%（28/215人）、3年生12.2%（28/229人）、4年生11.9%（24/202人）、5年生12.8%（35/273人）、6年生7.6%（15/198人）であった（図1、図2）。DSRS-Cの平均得点、抑うつ状態において、2小学校の差はほとんど見られなかった。

### 2. 行動評価の得点

担任教師が子どもたちの授業中や休み時間、学校での様子などを行動評価票で評価した結果について図3に示した。行動評価のうち、『行動が年齢より幼い』『座ってられない、落ち着きがない』『やってはいけないことをしても悪いと思わない』『暴言や暴力がある』の項目につ

表2 DSRS-Cの平均得点

全体	$9.38 \pm 4.75$
2年生	$10.33 \pm 4.54$
3年生	$9.24 \pm 4.92$
4年生	$9.44 \pm 4.98$
5年生	$9.51 \pm 5.00$
6年生	$8.37 \pm 4.32$
男子	$9.70 \pm 4.78$
女子	$9.09 \pm 4.82$

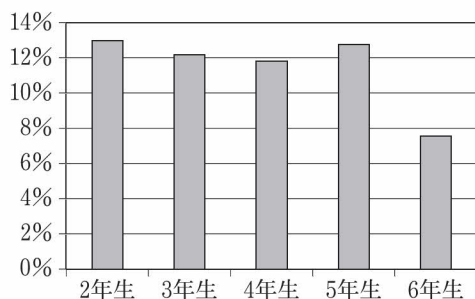


図1 DSRS-Cの得点が抑うつ状態の子ども (%)

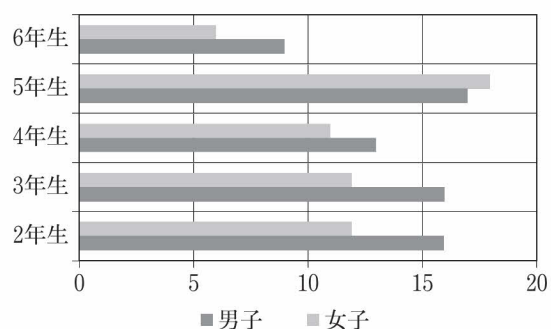


図2 DSRS-Cの抑うつ状態の子ども (人)

## 子どもの問題行動とうつの関連

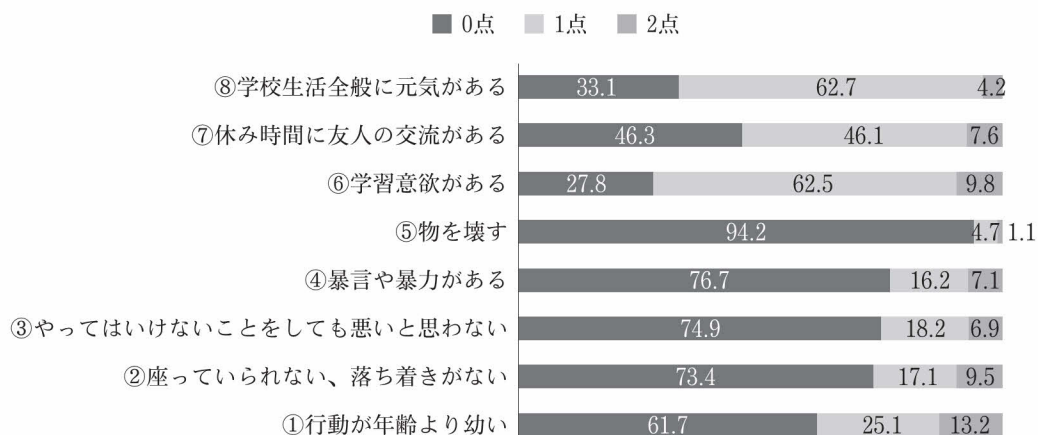


図3 行動評価の分布 (%)

表3 抑うつ状態と問題行動の関連

	DSRS-C16点以上 (%)	2 × 2 表 有意確率
①行動が年齢より幼い	43.4	NS
②座ってられない、落ち着きがない	24.8	NS
③やってはいけないことをしても悪いと思わない	34.1	0.009
④暴言や暴力がある	29.5	0.049
⑤物を壊す	7.8	NS
⑥学習意欲がある (ない)	22.5	0.00
⑦休み時間の友人交流がある (ない)	16.3	0.00
⑧学校生活全般に元気がある (ない)	16.3	0.00

P<0.05

いて「ときどき・よくある」の評価の子どもは全体の約25%以上であった。『行動が年齢より幼い』と思われる子どもについては全体の40%以上に近い数値であった。『学習意欲がある』において「ない」は全体の9.8%、『休み時間に友人交流がある』において「ない」は全体の7.6%、『学校生活全般に元気がある』において「ない」は4.2%であった。

### 3. 子どもの問題行動と抑うつ状態の関連

DSRS-Cで得点16点以上(抑うつ状態の子ども)と行動評価の得点に関して2×2表において両者の関連を検討した(表3)。抑うつ状態と行動評価との関連を学年別・性別においてt検定、重回帰分析にて検討を行った結果、『やってはいけないことをしても悪いと思わない』『暴言や暴力がある』『学習意欲がある』『休み時間の友人交流がある』『学校生活全般に元気がある』の項目で抑うつとの関連が見られた。

## 考 察

### 本研究の意義

わが国でも、これまでに本研究で用いたDSRS-Cの質問票によって、児童・青年期の抑うつ状態を客観的に評価する研究が行われてきた（傳田，2002・村田，2004ほか）。しかし、以前はうつ症状が思春期以降に表れやすいとされたこともあり、小学生を対象としたうつ研究はほとんどない。また、子どもの抑うつ状態とその症状を、子どもの表す行動との関連から研究したものはない。さらに、本研究は教育現場で子ども自らが調査票に回答していることから、大人（親）のバイアスがかからず、子どもの気持ちを尊重したデータが回収できたことに意義があると思われる。

### DSRS-Cの得点および抑うつ状態

本研究のDSRS-Cの全体の平均得点および標準偏差は $9.39 \pm 4.75$ であった。DSRS-Cの作成者であるBirleson（1981）の研究報告において、11～12歳（ $n = 19$ ）のDSRS-Cの平均得点および標準偏差は $4.32 \pm 3.32$ であったのに対し、本研究の11～12歳（5・6年生）の平均得点および標準偏差は $8.94 \pm 4.66$ 点と高い値であった。わが国の研究報告では、村田ら（1996）が小学校2～6年生395人（男子197人、女子198人）に行った調査において平均得点および標準偏差は $9.08 \pm 4.87$ 点、男子 $8.75 \pm 4.64$ 点、女子 $9.40 \pm 5.07$ 点と報告している。また、傳田ら（2004）小学校2～6年生1852人の平均得点および標準偏差は $7.98 \pm 5.03$ 点と報告している。本調査方法と、先行研究の調査法は異なる点（自宅での調査票回答など）はあるものの、得点比較において、ほぼ同じかもしくは少し高い値であった。

しかし、先行研究では学年が低いほどDSRS-Cの平均点数が低く、学年が上がるほど平均得点は有意に上昇していると報告しているが、本研究において、6年生の平均得点が他学年の平均得点より低く、2～5年生において平均得点に学年差はほとんど見られなかった。さらに、先行研究は、女子の平均得点が男子の平均得点より高く報告されているが、本調査においては、5年生を除いて男子の平均得点が女子の平均得点を上回っていた。

その結果、本調査の抑うつ状態の子どもが11.6%に対し、村田らは9.6%、傳田は8.4%の報告があり、抑うつ状態の子どもの割合は先行研究よりも高い割合を示した。

子どもたちに学校現場において、自己記入の質問票回答を得た本調査と、他の方法で質問票回答を得た先行研究の調査では、子どもの回答に少なからず影響があることが予測される。しかし、先行研究や本調査から、わが国の小学生の中に抑うつ状態の子どもの存在が考えられることは事実である。そして、新しい研究報告ほど、子どものうつ状態が高く、小学生において抑うつ状態が多くなっている現状が考えられる。

### 抑うつ状態の子どもの行動評価

抑うつ状態が見られる子どもは、抑うつ状態が見られない子どもと比較すると行動評価の『行動が年齢より幼い』『やってはいけないことをしても悪いと思わない』『暴言や暴力がある』において、出現の割合が高く見られた。反対に『学習意欲がある』『休み時間の友人交流がある』『学校生活全般に元気がある』の項目で、抑うつ状態の子どもは「無気力」「孤立しがち」「元気がない」の割合が、抑うつ状態が見られない子どもよりはるかに高かった。このことから、重回帰分析による抑うつ状態の関連だけでなく、行動評価の得点分布において、抑うつ状態の子どもの行動状況が著明となった。

本研究において、村田や傳田が指摘するように、子どもたちの不登校、いじめ、無気力傾向や、対人関係の問題、暴力行為（本研究で定義する問題行動）に関して、子どもたちを抑うつ視点から検討する必要性が明らかになった。

### 子どもの問題行動への支援技法の考察

子どもの問題行動と抑うつとの関連が明らかになったことから、うつへの支援に効果があるとされる心理教育を支援技法として教師に実践する根拠を得ることができた。

心理教育は「正しい知識や情報を心理面への十分な配慮をしながら伝え、諸問題、諸困難に対する対処方法を習得してもらうこと、さらにエンパワメント視点（自らの力に気づき、主体的に行動できる）であること」が特徴としてあげられる。うつや統合失調症などの精神障害などの支援に用いられる技法である。心理教育の対象者は、本人でも、家族、家族以外の関係者でも、受容しにくい問題を持つ人であればその対象として考えられる。わが国では、これまで三野（2001ほか）や下寺（2006）らが、うつや統合失調症において心理教育の効果を報告している。

そこで、子どもの問題行動への支援技法として、教師を対象に心理教育を実践することによって、教師に子どもの現状や問題行動に対する知識や情報の提供を行い、対処方法を習得してもらい、教師をエンパワメントする。その結果、教師の子ども理解や対応スキルが向上し、子どもの問題行動の改善につながる効果的な支援技法となる可能性が期待される。

### 今後の課題と研究の限界

今回の研究報告は、子どもの問題行動への支援技法を根拠づける実証研究（第1段階）であり、この研究結果を発展させて、子ども支援技法の効果の検証（第2段階）を行う目的から、DSRS-Cの質問票を無記名としなかった。そのことが、高学年において社会的回答になっている可能性もある。

また、教師の行動評価において、各教師間の評価基準に大きな差はなかったが、今後、評価間の信頼性を検討する必要がある。



本研究の最終目的は、本調査結果を子ども支援に活かすことであり、問題行動の改善、QOLの向上が研究結果となる。

## おわりに

本研究では、これまでの先行研究で報告されていた子どものうつの存在と、学校現場の問題行動の現状を踏まえ、子どもの問題行動とうつとの関連を検証した。

DSRS-Cで抑うつ状態の子どもは全体の11.6%と、これまでの報告より高い値となった。また、低学年においても抑うつ状態が存在し、抑うつ状態を示す割合は、男子の方が女子よりも多い結果となった。この結果は現状の子どもたちの問題行動の傾向と重なるところがある。

また、抑うつ状態の子どもと行動評価による分析から『やってはいけないことをしても悪いと思わない』『暴言や暴力がある』『学習意欲がある（ない）』『休み時間に友人交流がある（ない）』『学校生活全般に元気がある（ない）』の項目に関連していた。以上の結果から、小学生に抑うつ状態を示す子どもたちが少なからず存在し、子どもたちは抑うつ状態によって、問題行動を起こしている可能性が示唆された。

本研究の結果から、次の研究段階において、うつの支援に効果がある心理教育を、子どもの支援者である教師に実践、子どもの問題行動への影響を考察し、教師心理教育の効果を検証する。現在、本研究の対象教師に心理教育を行い、子どもの問題行動の改善、抑うつ状態の減少結果を得ている。【日本社会福祉学会第58回秋季大会：平成22年10月10日 於：日本福祉大学にて研究報告】今後も、対象児童・教師の拡大にて研究を継続し、evidenceを積み重ね、子どもの支援技法となる教師心理教育の構築を行いたいと考えている。

## 注)

- 1) 本研究の一部は、日本社会福祉学会第58回秋季大会（平成22年10月10日 於：日本福祉大学）において研究報告を行った。
- 2) 本研究における問題行動の定義は、学校における教師の立場から問題行動として理解したもの、文部科学省の問題行動とする暴力行為やいじめ、不登校など生徒指導上の諸問題を意味する。行動が問題であるとされる基準には、①行動の頻度②行動の強さ③示される行動が、不適切な場面で表出④発達的に見て適切でない行動⑤社会規範から見た行動がある。
- 3) 「うつ」は日常用語であり、「(抑)うつ状態」は精神科疾患、身体疾患、ストレスへの反応など一つの症状である。
- 4) DSMは米国精神医学会の『精神障害の診断と手引』として承認されたもので、DSM-Iが1952年に刊行され、アドルフ・マイヤーが主張した「精神障害は心理的・社会的・生物学的要因に対する全人格の反応である。』精神生物学的な見解を含んでいた。その後、DSM-II、1979年のDSM-IIIの承認によって、精神力動的な動向の変革が始まった。
- 5) 1994年に米国精神医学会で承認された。DSM-IIIの基本概念を踏襲しつつ、国際分類（ICD-10）との整合性確保を図るなどした改訂版。精神疾患を16群に大別した

## 参考文献

- Tomoda A.,Mori K.,Kimura M., et al, (2000) : One-year prevalence and incidence of depression among first-year university students in Japan:A preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54, 583-588.
- 新井邦二郎 (2006) : 一般児童における抑うつ症状の実態調査. 児童青年精神医学とその近接領域, 47, 57-68.
- Birleson,p (1981) : The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale. *J.Child Psychiatry*, 22, 47-53.
- Birleson.P,Hudson,I,Buchanan,D.G. et al. (1987) : clinical evaluation of a self-rating scale for depressive disorder in childhood (Depression self-rating scale). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 43-60.
- Charman,T.&Pervova,I. (1996) : Self-reported depressed mood in Russian and UK school-children. A research note.*Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 879-883.
- 傳田健三 (2002) : 子どものうつ病—見逃されてきた重大な疾患—. 金剛出版.
- 傳田健三・賀古勇輝・佐々木幸哉ら (2004) : 小・中学生の抑うつ状態に関する調査—Birleson自己記入式抑うつ評価尺度 (DSRS-C) を用いて—. 児童青年精神医学とその近接領域, 45, 423-436.
- 傳田健三 (2006) : 子どものうつ病、見逃されてきた重大な疾患. 金剛出版,
- 傳田健三 (2007) : 子どものうつ病. 母子保健情報, 55, 69-72.
- 傳田健三 (2008) : 児童・青年期の気分障害の診断学—MINI-KIDを用いた疫学調査から. 児童青年精神医学とその近接領域, 49, 60-66.
- 傳田健三 (2009) : 子どもの双極性障害をめぐる最近の動向. 児童青年精神医学とその近接領域, 50, 2-8.
- 傳田健三 (2009) : うつ病・躁うつ病. 児童青年精神医学とその近接領域, 50周年記念特集号, 209-216.
- Harrington,R. (1994) : Affective disorders. In: Rutter,M.,Taylor,E.&Hersov,L.(eds) : Child and adolescent psychiatry Modern approaches 3rd ed. Oxford, Blackwell Science, 330-350.
- 周防美智子・三野善央 (2010) : 子どものうつへの教師心理教育—小学生抑うつ調査後の介入—, 心理教育・家族教室ネットワーク第13回抄録集, 47.
- 下寺信次 (2006) : うつ病の心理教育—精神科病棟や外来での実践—, 最新精神医学, 541-545.
- Satake H.,Yoshida K.,Yamashita H., et al, (2003) : Agreement Between Parents and Teachers on Behavioral/Emotional Problems in Japanese School Children Using the Child Behavior Checklist. *Child Psychiatry and Human Development*, 134, 111-115.
- Ivarsson,T,Lidberg,A & Gillberg,C (1994) : TheBirlson Depression Self-Rating Scale (DSRS). Clinical evaluation in an adolescent inpatient population. *Journal of Affective Disorders*, 32, 115-125.
- Ivarsson,T & Gillberg,C. (1997) : Depressive symptoms in Swedish adolescents : Normative data using the Birleson Depression Self-Rating Scale (DSRS). *Journal of Affective Disorders*, 42, 59-68.
- Kovacs,M (1981) : Rating scale to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiat*, 46, 305-315.
- 清田晃生 (2008) : 不登校とうつ. 精神治療学, 23, 847-854.
- 黒田祐二・桜井茂男 (2002) : 子どもの抑うつ研究の概観. 筑波大学心理学研究, 23, 129-138.
- 三野善央 (2001) : 分裂病と心理教育, 臨床精神医学30, 459-465.
- 三野善央 (2003) : 家族心理教育の現状と課題, 精神障害とリハビリテーション7 (2), 118-123.
- 三野善央 (2007) : 精神保健福祉サービスにおける根拠に基づく実践 (evidence-based Practice) と疫学方法論, 精神神経誌109, 10, 981-987.
- 村田豊久・堤龍喜・皿田洋子ら (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・神経研究委託費』63公—3 児童・思春期精神障害の要因および治療に関する研究, 昭和63年度報告, 69-76.
- 村田豊久・堤龍喜・皿田洋子ら (1992): 日本版CDIの妥当性と信頼性について. 九州神経精神医学, 38, 42-47.
- 村田豊久・堤龍喜・皿田洋子ら (1992): 児童思春期における自己認識の発達と抑うつ傾向の関連について. 厚生省児童・思春期精神障害の成因と病態に関する研究平成3年度報告, 7-12.
- 村田豊久・皿田洋子・堤龍喜ら (1993): 児童・思春期の自己認識の発達と抑うつ傾向との関連について そのⅡ. 経年的視点からの検討. 厚生省児童思春期精神障害の成因と病態に関する研究平成4年度報告, 23-30.
- 村田豊久・清水亜紀・森陽次郎ら (1996): 学校における子どものうつ—Birlesonの小児期うつ病スケールからの検討一. 最新精神医学, 1, 131-138.
- 村田豊久 (1998): 小児・思春期のうつ. 臨床精神医学講座, 4, 503-515.
- 松本真理子編集 (2005): うつの時代と子どもたち. 現代のエスプリ別冊,
- 文部科学省 (2010): 平成21年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」,
- 日本学校保健委員会 (2006): 児童生徒の健康状態サーベランス事業報告書,
- 日本子ども家庭総合研究所 (2009): 日本子ども資料年鑑, 142.
- 奥山真紀子・氏家武・原田謙ら (2007): こどものうつハンドブック、適切に見立て、援助していくために. 診断と治療社,
- 佐藤寛, 新井邦二郎 (2002): 子ども用抑うつ自己評価尺度 (DSRS) の因子構造の検討と標準データの構築. 筑波大学発達臨床心理学研究, 14, 85-91.
- 佐藤寛, 永作稔, 上村佳代ら (2006): 一般児童における抑うつ症状の実態調査. 児童青年精神医学とその近隣領域, 47, 57-68.
- 斎藤万比古編集 (2009): 子どもの精神病的障害. 中山書店,

## **The relationship between problem behavior and depression of the child** : One consideration about the support technique

Michiko Suwo

### Abstract

This study clarified the association between dejection and problem behavior that was thereby caused of the elementary school child. Birleson Depression Self-Rating Scale for Children (DSRS-C) and the behavior evaluation of the child by the teacher were used for an investigation. In two elementary schools, 1,152 people and 35 class teachers of the sixth grader were investigated by a second grader. DSRS-C used 16 items that omitted "bullying" and "suicide" and considered that it was the investigation in the educational front. I observed the behavior of children during class in break time and evaluated it. The scoring average of DSRS-C of children was  $9.38 \pm 4.75$ . A boy was higher than a girl, and both showed a high score in the lower grades from the upper grades. The child of the dejection state that cut score of DSRS-C got 16 points or more from showed 11.6%. The ratio of child who showed a dejection state became the price that was higher than other memoirs. The difference with 2 elementary schools was not recognized. A multiple regression analysis did the contents that with children who showed 16 points of scores or more of DSRS-C and a teacher in charge evaluated their behavior. The teacher in charge often evaluates children of such the dejection state as follows, and "not to think that is bad even if do that must not do it" ; "violent language and the violence" ; "learning will is low" ; "do not interchange with friends in break time" ; "are not spirit in the school life whole". This study proved elementary school children of a high ratio with a depressive symptom, and the depressive symptom affected the behavior of children. And this result derived that I practiced psychoeducation to a teacher as support technique.

Keywords : depression in childhood, problem behavior, psychoeducation