

《原著》

入院うつ病患者を対象とした短期集団認知行動療法（I）：
対人スキルの改善と適切な自己表現の獲得を狙ったプログラムの効果

坂野雄二¹⁾²⁾ 中村 亨²⁾ 岡島 義³⁾
山内 剛⁴⁾ 高垣耕企⁵⁾ 西郷達雄⁵⁾ 中島公博²⁾

Brief Cognitive Behavioral Group Therapy for inpatients with depression (I) :
Effectiveness of the treatment program for improving adequate expression of patients' emotion and
interpersonal skills, inhibition of aggression, and preventing depressive mood.

Yuji SAKANO, Ph.D.¹⁾²⁾ Touru NAKAMURA, M. A.²⁾, Isa OKAJIMA, Ph. D.³⁾
Gou YAMAUCHI, Ph. D.⁴⁾ Koki TAKAGAKI, M.A.⁵⁾, Tatsuo SAIGO, M.A.⁵⁾
Kimihiro NAKAJIMA, M.D.²⁾

【要 約】抑うつ症状を呈する54名（男性21名，女性33名）の入院患者を対象に，感情や気分の適切な自己表現を促し，攻撃性を抑制し，適切な対人スキルを獲得するとともに，対人葛藤を緩和し，2次的障害としての抑うつ気分の増悪予防をはかることを目的とした短期CBGTプログラムを作成し，その効果を検討した．プログラムは，オリエンテーション（1セッション），教育セッション（1セッション），実践セッション（3セッション）の合計5セッション，および，退院3ヶ月後のフォローアップからなり，実践セッションでは，リラクゼーションの導入と練習，SST，認知的再体制化法，およびエクスポージャーが実施された．その結果，短期的には，抑うつ症状の軽減と社会的スキルの増加傾向を認めることができた．また，対人交流不安と対人交流場面における効力感，他者評価不安にも改善が見られ，他者からの否定的評価に対する恐れも改善され，対人的文脈で生じるさまざまな不安の改善に有効であった．一方，社会的スキルと抑うつ症状改善の長期的維持効果は，今回は認められなかった．短期CBGTの効果とその臨床的意義が議論された．

キーワード：うつ病，短期集団認知行動療法，SST，認知の修正

Abstract : The purpose of this study was to investigate the effectiveness of the short term cognitive behavioral group therapy program, whose aims were to accelerate adequate expression of patients' emotion, to inhibit aggression, to acquire interpersonal skills, and to prevent depressive mood. Participants were 54 inpatients with major depressive disorder and related depressive symptoms diagnosed based on the ICD-10. The clinical interventions consisted of five sessions, which included orientation session, psycho-education, relaxation training, social skills training, cognitive restructuring, exposure, and a follow-up session three months after the clinical intervention. As a result, significant decrease of depressive mood and significant increase of social skills were obtained after the treatment. Anxiety for interpersonal exchange and fear of negative evaluation also decreased significantly after the treatment, and self-efficacy for interpersonal exchange increased significantly as well. However, the long term effectiveness was not significant as for the improvement of social skills and depressive mood. The clinical implications of the short term cognitive behavioral group therapy and possibilities of the further improvement and development of the program were discussed.

Key Words : Depression, Short Term Cognitive Behavioral Group Therapy, Social Skills Training, Cognitive Restructuring

本研究は平成19～21年度文部科学省科学研究費補助金基盤研究（B）19330155，および平成19～21年度文部科学省科学研究費補助金萌芽研究19653078を受けて実施された研究の一部をまとめたものである。

【問 題】

厚生労働省患者調査によると、気分障害による入院患者数と外来患者数は増加の一途をたどり、1996年には約40万人であったものが2008年には100万人を超えるに至っている（厚生労働省，2009）。また、うつ病などのいわゆる「心の問題」による不調を訴える者も増加傾向にある（夏目，2009）。さらに、わが国の自殺者数は1998年に3万人を超えて以来、現在に至るまで増え続けている。自殺者既遂者の約半数が健康問題を抱え、その約40%はうつ病などの精神疾患を罹患していた者がいた（警察庁生活安全局地域課，2009）ということを見ると、抑うつやうつ病の問題解決は喫緊の社会的課題となっている。疾患単位としての大うつ病性障害が精神疾患の中でも生涯有病率の高さや社会機能に与える影響が大きい（Furukawa et al., 2001）ことを考慮すると、うつ病を対象とした臨床的介入は非常に重要である。

アメリカ精神医学会が発行するうつ病の治療ガイドラインによれば、抗うつ薬と精神療法の併用療法が大部分の患者にとって望ましいとされている（American Psychiatric Association, 1993）。また、うつ病に対する精神療法については、軽症から中等症の患者に対して認知行動療法（Cognitive Behavior Therapy：CBT）が推奨されており（American Psychiatric Association, 1993）、重症の場合にはCBTと薬物療法との併用が望ましいとされている。急性期のうつ病治療には、CBT

と薬物療法の効果には有意な差はないという報告がなされ（Jarret *et al.*, 1999；Keller *et al.*, 2000）、成人のうつ病では、薬物療法よりもCBTが優れていると報告されている（Butler *et al.*, 2006）。さらに、維持期と再発予防に関する知見を見ると、CBTは薬物療法よりも効果が維持されやすく、CBTは薬物療法よりも再発率が低いと多くの研究が報告している（Blackburn, & Moore, 1997；Fava *et al.*, 1998；Gloaguen *et al.*, 1998；Jarrett *et al.*, 2001；Paykel *et al.*, 1999, 境他, 2004）。わが国においてもうつ病に対するCBTの有効性は示されており（大野, 2007）、2010年にはCBTがうつ病の治療法として保険適用を受けるようになった。

一方、うつ病に対するCBTの有効性は十分に示されてきているものの、CBTは、必要な時間を確保することの難しさや実践できる治療者が不足しているということから、個人療法としての実施には限界があると言われてきた。また、CBTに限らず、個人精神療法が十分に供給されていないとの指摘もある（藤澤, 2007）。こうした問題を解決するために海外では集団療法という実施形態を用いてCBTが行われている。Rose（1998）によるアメリカ中規模都市で行われたメンタルヘルスに関する調査によると、72%の治療は集団という形で提供されているという。実際、集団認知行動療法（Cognitive Behavioral Group Therapy：CBGT）の効果を展望した研究では、CBGTには個人を対象としたCBTと同等かそれ以上の効果のあることが確認されている（松永他, 2007）。

ただ、CBGTと薬物療法の併用療法は、それぞれを単独で用いた場合に比べて効果が大きいということは十分に確認されておらず、今後の検討が必要であるとの指摘も行われている（松永他, 2007）。また、気分障害患者の入院日数は2008年では平均して109日（15.6週間）であったこと（厚生労働省, 2009）を考慮すると、週に1回の実施で合計15～18回程度の介入が必要とされているCBGTを適用することは、現実的には困難を

-
- 1) 北海道医療大学心理科学部
 - 2) 医療法人社団五稜会病院
 - 3) 財団法人神経研究所附属睡眠学センター
 - 4) 千歳科学技術大学学生支援センター
 - 5) 北海道医療大学大学院心理科学研究科

- 1) School of Psychological Science, Health Sciences University of Hokkaido
- 2) Goryokai Medical Corporation
- 3) Japan Somnology Center Neuropsychiatric Research Institute
- 4) Chitose Institute of Science and Technology, Counseling Center
- 5) Graduate School of Psychological Science, Health Sciences University of Hokkaido

伴う。また、上に述べたように、CBTを実施することのできる治療者の不足故に患者に十分に提供されていないことを考えると、短期間で実施できるCBGTを開発し、その効果を検証していく必要があると思われる。

ところで、Lewinsohn (1975a, 1975b) の抑うつ行動理論によると、うつ病患者には社会的スキルの欠如が見られ、それが抑うつ症状を増悪させる要因となっていると考えられている。また、この他にも、対人ストレスと社会的スキルの欠如が抑うつ症状をもたらすとする研究は少なくない (Segrin, 1999; Segrin *et al.*, 2007; Herzberg *et al.*, 1998他)。また、うつ病の再発率は、退院後の患者に対する家族の批判的な感情表出 (Expressed Emotion: EE) によって高まることが報告されている (Hooley *et al.*, 1986; Okasha *et al.*, 1994)。家族との対応に上手に対処することのできるスキルを学ぶことは再発予防には重要な課題であると言える。さらに、入院中に医療スタッフと良好なコミュニケーションを取ることのできる患者は予後が良いと報告され (Brown *et al.*, 1999; Maukash *et al.*, 2008)、退職後の職場復帰の問題に着目しても、対人関係をはじめとする職場ストレスの要員が再発に関連していると指摘されている (柏木, 2006)。

こうした点を考えると、人と関わるのが苦手だと感じている、あるいは対人スキルに問題を持つうつ病患者の再発予防とストレスに対するセルフコントロールを考えるとときには、対人関係に関するスキルの改善や育成が大切なポイントとなるとともに (Segrin, 2000)、退院後の生活への再適応と再発予防を狙うならば、人間関係におけるストレスに対処する技能を獲得することは治療上大きな意義を持つと考えられる。

そこで本研究では、抑うつ症状を呈する入院患者を対象に短期的なCBGTを実施し、その短期的効果と長期的効果を検討することを目的とする。特に、本報告では、感情や気分の適切な自己表現を促すとともに、攻撃性を抑制し、適切な対人スキルを獲得することをねらいとし、病棟内のみな

らず、退院後の家族や友人との対人葛藤を緩和し、2次的障害としての抑うつ気分の増悪予防をはかることを目的とした短期CBGTプログラムを作成し、その効果を検討する。

【方 法】

1. 研究協力者

地方大都市部に位置する精神神経科病院に入院中の患者で、ICD-10の診断基準を満たすうつ病性障害、または、抑うつ気分を主症状とする者106名 (男性40名, 女性66名)。除外基準として、統合失調症および摂食障害の併存、および躁病性障害、双極性障害の抑うつ状態は除外した。なお、適合・除外基準は主治医によって判断された。また、治療プログラム開始前と期間中に退院となった場合には外来から継続して参加を認めた。本論文では、全5回の治療セッションすべてが終了した54名 (男性21名, 女性33名, 平均年齢34.67歳 \pm 9.56歳) とプログラム終了3ヶ月後のフォローアップで回答があった16名 (男性7名, 女性9名, 平均年齢33.38 \pm 9.29歳) を解析対象とした。

解析の対象となった参加者の診断名を示したものが Table 1 (全5セッション参加者)、Table 2 (フォローアップ対象者) である。

2. 手続き

(1) プログラム開始前の手続き

プログラムを開始するにあたって、以下のような事前手続きが取られた。

- ①プログラムのパンフレットを作成し、プログラムの主旨と実施方法、および、具体的な日程について明示した。
- ②参加者のモチベーションを高め、ドロップアウトを防止するために、実施前に主治医からプログラム内容の説明を行い、そのねらいについて理解を求めた。
- ③セミナーの目的と内容、セミナー中に実施するアセスメント、および日程などを記載した「セミナーに参加する方へ」と題するパンフレットを事前に手渡し、熟読を促した。

Table 1 研究協力者の診断の内訳

		Man(N=20)	Female(N=42)	Total(N=62)
		N	N	N(%)
ICD-10	F3	14	22	36 (58.1%)
	F32	4	6	10 (16.1%)
	F33	1	2	3 (4.8%)
	F34	0	2	2 (3.2%)
	F4	1	5	6 (9.7%)
	F41.2	0	3	3 (4.8%)
	F6	0	2	2 (3.2%)

Note. F 3: 気分障害.

F32: 軽症うつ病エピソード.

F33: 反復性うつ病性障害.

F34: 持続性気分(感情)障害.

F 4: 神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害.

F41.2: 混合性不安抑うつ障害.

F 6: 成人のパーソナリティおよび行動の障害.

Table 2 フォローアップ回答があった研究協力者の診断の内訳

		Man(N=5)	Female(N=16)	Total(N=21)
		N	N	N(%)
ICD-10	F3	3	8	11 (52.4%)
	F32	1	1	2 (9.5%)
	F33	1	1	2 (9.5%)
	F34	0	2	2 (9.5%)
	F4	0	2	2 (9.5%)
	F6	0	2	2 (9.5%)

Note. F 3: 気分障害.

F32: 軽症うつ病エピソード.

F33: 反復性うつ病性障害.

F34: 持続性気分(感情)障害.

F 4: 神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害.

F 6: 成人のパーソナリティおよび行動の障害.

(2) セッション内容

プログラムは、オリエンテーション(1セッション)、教育セッション(1セッション)、実践セッション(3セッション)の合計5セッション(週1回, 約1時間)、および、退院3ヶ月後のフォローアップからなっている。各セッションの実施時間は約50分間であり、定員を6名とした。なお、プログラムへの参加は必ずオリエンテーションか

らスタートし、中途での参加は認められなかった。スタッフはトレーナー1名(心理士)、サブトレーナー1~2名(心理士, および看護師)で構成した。

①オリエンテーション

オリエンテーションは、本プログラムの目的を理解し、参加者を動機づけ、個人個人の目標を意識してもらうセッションである。オリエンテーショ

ンセッションは、次のような手続きで行われた。

はじめに、参加を希望した段階で配布されたアセスメントパックを回収し、記入漏れの確認が行われた。スタッフの自己紹介に引き続いて、セッションの目的、構成、実施法、期待される効果、グループルールについて説明が行われた。

セッションの目的としては、「治療の一環として、社会的、対人的スキルの問題点を自分自身でチェックし、もし問題があるとすればそれをどのように変えていくことができるかを学ぶ」ことが一連のセッションの目的であり、参加者自身が主役であり、自分自身が治療者であるという意識を持つことと強調した。次いで、期待される効果として、「症状を完全に治すことを求めるのではなく、症状を改善するきっかけを作って、症状を自分自身でコントロールできるスキル（方法）を身につけることが目的であり、そうしたスキルを獲得することによって、将来問題を感じたときに自分自身でどのように解決していくかがわかるようになる」ことを強調した。さらに、第2回目以降のセッションの構成と具体的な進め方、ビデオ撮影、グループで実施する時のルールの各点についてのインフォームドコンセントを行った。

最後に3分間自己紹介を行い、参加者間の相互理解を図った。なお、以上の手続きを進めるにあたり、ハンドアウトを作成し理解の促進を図った。

②教育セッション

教育セッションでは、社会的スキル、社会的・対人的場面で生じる不安や緊張の変化、およびその改善方法に関する心理教育が行われた。具体的内容としては、社会的スキルとは何か、アサーティブネスとは何か、対人緊張を感じたときの諸症状、社交不安障害の諸症状、不安を感じたときの3つの変化（身体的、主観的、生理的）、不安の条件づけモデルと認知モデルの理解、改善方法（リラクゼーション、認知の修正、エクスポージャー、社会的スキル訓練：SST）の概要と特徴というテーマが含まれている。

いずれのテーマに関してもそれぞれハンドアウトが作成・配布され、理解の促進を図った。また、

実践セッションで用いる不安階層表を作成するため対人場面で緊張や不安を感じる場面のリストアップをホームワークとした。

③実践セッション

実践セッションは、本プログラムの目的である感情や気分の適切な自己表現の形成と適切な対人スキルの獲得を狙った治療要素から成り立っている。

第1回目の実践セッションでは、リラクゼーションの導入と練習、およびSSTが実施された。SSTでは、課題の設定、相手役の選択、ロールプレイ、ポジティブフィードバック、改善点の指摘、モデリング、参加者のロールプレイが行われた。また、ホームワークとしてリラクゼーションの練習、および病棟内でのSST練習を課し、病棟内でのSSTについては、病棟看護師に確認をするよう依頼した。

第2回目の実践セッションでは、リラクゼーション、SSTに加え、認知の修正として認知的再体制化法を導入した。認知的再体制化法では、考え方が気分や行動に影響していることに気づくこと、自分の中に考え方のクセがあることについて話し合う、考え方のクセと気分や行動が関係していることに気づく（記録用紙使用）という3つの要素が組み入れられた。またホームワークとしてリラクゼーション、SST、および考え方リストの記入が行われた。

さらに、第3回目の実践セッションでは、第4回目までのセッション内容に加え、エクスポージャーの原理と実施の仕方に関する説明が行われ、日常生活の中で回避行動を取ることをしないようにするにはどのようにすると良いかの理解を図った。また、本セッション終了時にアセスメントを行った。

なお、いずれのセッションにおいても、治療要素毎にハンドアウトを準備し、理解の促進が図られた。

また、具体的なマニュアルと教材は坂野（2010）にまとめられている。

④フォローアップ

プログラム終了の3ヶ月後、郵送法によりアセスメントを行った。

3. 測定指標

以下の測定指標を用いて効果判定を行った。

① Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)

対人交流場面での不安を測定する尺度として Social Interaction Anxiety Scale (SIAS, 金井他, 2004) を用いた。SIAS は、「対人交流に対する不安」と「対人交流場面における効力感の低さ」の2因子20項目から構成されている。回答方法は、0:「全くあてはまらない」から4:「非常にあてはまる」の5件法で回答を求めた。なお、信頼性と妥当性は金井他(2004)によって確認されている。

② Short Fear of Negative Evaluation Scale (SFNE)

他者から受ける否定的な評価に対する恐れを測定する尺度として Short Fear of Negative Evaluation Scale (SFNE, 笹川他, 2005) を用いた。SFNE は1因子12項目で構成されている。回答方法は、1:「全くあてはまらない」から5:「非常にあてはまる」の5件法で回答を求めた。なお、SFNE の信頼性は笹川他(2005)によって確認されている。

③ Social Skills Scale (SSS)

社会的スキルを測定するために小山他(2003)によって作成された Social Skills Scale (SSS) が用いられた。SSS は1因子46項目から構成されている。回答方法は、1:「全くあてはまらない」から6:「いつもあてはまる」の6件法で回答を求めた。信頼性と妥当性は小山他(2003)によって確認されている。

⑤ Beck Depression Inventory (BDI)

抑うつ度の測定に Beck et al.(1961)によって作成された Beck Depression Inventory (BDI) を用いた。BDI は、悲哀感や絶望感、罪悪感などの否定的な認知・思考を測定する14項目と、疲労感や睡眠障害、食欲不振などの身体的症状を測定する7項目、合計21項目から構成されている。回答方法は4段階評定で回答を求める形式となっ

ている。

⑥ WHO-QOL 短縮版 (QOL-26)

全般的な QOL を測定するために World Health Organization (WHO) によって作成された WHO-QOL26を用いた(田崎・中根, 2007)。WHO-QOL 26は、身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境領域の4領域24項目と全体傾向を問う2項目を加えた合計26項目から構成されている。回答方法は5段階評定で回答を求める形式となっている。

4. 倫理的配慮

本研究を実施するにあたって、研究実施および患者へのインフォームドコンセントにつき当該医療機関倫理委員会における倫理審査を受け承認を得た。

5. 解析

解析には SPSS11.5J が用いられた。CBGT の短期的効果を測定するために、プログラム前後に対応して回答が得られた SIAS, SFNE, SSS, BDI, および WHOQOL の合計点と各下位尺度に対して、対応のある t 検定を行った。また、プログラムの効果を検討するために、Cohen (1992) による効果量 (r) を算出した。効果量 (r) には大きな効果量、中程度の効果量、小さな効果量があり、その基準はそれぞれ $r > .50$, $r = .30 \sim .50$, $r < .10$ とされている(Cohen, 1992)。

また、CBGT の長期的効果を測定するために、プログラム前後、およびフォローアップで回答が得られた各変数に対しては、プログラム前後、およびフォローアップの時期を要因とする多変量分散分析を行った。なお、多変量分散分析で主効果が認められた変数に対しては、Bonferroni 法による多重比較を行った。また、プログラムの長期的効果を検討するために、プログラム前後、およびプログラム前とフォローアップのそれぞれの効果量 (r) を算出した。

【結果】

プログラム前後における各測定指標の得点、および解析結果を示したものが Table 3 である。ま

た、フォローアップ時の評価が行われた参加者を対象とした解析の結果を示したものが Table 4 である。

BDI 得点について、対応のある t 検定を行った。その結果、プログラム前に比べプログラム後の BDI 得点は有意に低下していた ($t=4.20, p<.01$)。このことは、プログラム後に抑うつ傾向が軽減していることを示している。一方、フォローアップ時のデータ分析では、プログラムの介入時期を要因とする多変量分散分析を行った結果、プログラム前に比べての減少は維持されていたが、その減少はプログラム前に比べると有意ではなかった ($F[2, 48]=0.46, n.s.$)。

対人交流場面での不安について、SIAS の得点をプログラム前後で比較するために、対応のある t 検定をおこなった。その結果、「対人交流不安に対する不安」得点と SIAS 合計得点は有意に低下していた (対人交流不安得点: $t=3.95, p<.01$; SIAS 合計得点: $t=3.94, p<.01$)。また、「対人交流場面における効力感の低さ」得点については、有意な変化は認められなかった ($t=1.82, p<.10$)。これらの結果は、本プログラム終了後、対人交流場面に対する不安が減少していることを示している。一方、フォローアップでは、多変量分散分析を行ったところ、プログラムの介入時期による有意な変化は認められなかった (対人交流不安得点: $F[2, 48]=1.49, n.s.$; 対人交流場面における効力感の低さ得点: $F[2, 48]=0.25, n.s.$; SIAS 合計得点: $F[2, 48]=1.27, n.s.$)。この結果は、対人交流場面における不安が低いものの、プログラム前に比べて有意な減少が維持されているわけではないということを示している。

社会的スキルに関して、SSS 得点について対応のある t 検定を行った。その結果、プログラム前に比べてプログラム後の SSS 得点は有意に増加を示した ($t=3.50, p<.01$)。一方、フォローアップ時では、プログラムの介入時期を要因とする多変量分散分析を行った結果、有意な主効果は認められなかった ($F[2, 48]=0.64, n.s.$)。こ

れらの結果は、今回のプログラムによって適切な社会的スキルが短期的に増加するが、プログラム修了時に増加した得点の維持は認められなかったことを示している。

他者からの否定的な評価に対する恐れについては、以下のような結果が得られた。SFNE の得点について対応のある t 検定を行ったところ、プログラム前と比べてプログラム後の SFNE 得点は有意に低い値を示していた ($t=3.50, p<.01$)。また、フォローアップ時では、SFNE 得点の変化についてプログラムの介入の時期を要因とする多変量分散分析を行ったところ、有意な主効果が認められた ($F[2, 48]=3.59, p<.05$)。多重比較を行ったところ、プログラム後に比べフォローアップの SFNE 得点は有意に低い値を示した ($p<.05$)。これらの結果は、プログラム後に他者からの否定的な評価に対する怖れが減少していることを示しており、プログラム後に減少した他者からの否定的な評価に対する恐れは、フォローアップ後でもプログラム前に比べて有意に低い値で維持されていることを示している。

QOL の変化ではすべての変数と全項目平均得点について対応のある t 検定を行った。その結果、プログラム前と比べてプログラム後のすべての変数と全項目平均得点は、有意な増加を示した (一般的な生活の質得点: $t=3.48, p<.01$; 身体的状態得点: $t=3.48, p<.01$; 心理的状态得点: $t=4.75, p<.01$; 人間関係得点: $t=3.59, p<.01$; 生活環境得点: $t=2.42, p<.05$; 全項目平均得点: $t=4.17, p<.01$)。一方、フォローアップ時では、すべての変数および全項目平均得点について、プログラムの介入時期を要因とする多変量分散分析を行った。その結果、有意な主効果は認められなかった ((一般的な生活の質得点: $F[2, 48]=0.55, n.s.$; 身体的状態得点: $F[2, 48]=0.07, n.s.$; 心理的状态得点: $t=F[2, 48]=0.64, n.s.$; 人間関係得点: $F[2, 48]=0.36, n.s.$; 生活環境得点: $F[2, 48]=0.59, n.s.$; 全項目平均得点: $F[2, 48]=0.17, n.s.$)。これらの結果は、プログラムによって患者の QOL に

改善が見られるが、それは短期的な改善効果であったことを示している。長期的な効果については、今後対象者数を増加させて検討することが必要である。

Table 3 プログラム前後の得点の変化 (n=54)

Subscale	Mean(SD)		t value	r	結果
	Pre-Test	Post-Test			
BDI	23.92 (11.10)	17.46 (11.00)	4.20**	0.50	Pre > Post
SIAS 対人交流不安 対人交流場面における 効力感の低さ 合計	38.48 (12.58)	31.33 (11.90)	3.95**	0.48	Pre > Post
	8.14 (2.59)	7.55 (2.25)	1.82†	0.24	Pre > Post
	46.62 (14.17)	38.94 (13.08)	3.94**	0.48	Pre > Post
SSS	205.96 (21.52)	213.11 (22.87)	3.83**	0.47	Post > Pre
SFNE	46.64 (10.06)	42.77 (10.12)	3.50**	0.43	Pre > Post
QOL-26 全般的な生活の質 身体的状態 心理的状态 人間関係 生活環境 全項目平均	2.20 (0.78)	2.65 (0.89)	3.48**	0.43	Post > Pre
	2.33 (0.63)	2.69 (0.80)	3.48**	0.43	Post > Pre
	2.28 (0.64)	2.80 (0.83)	4.75**	0.55	Post > Pre
	2.03 (0.54)	2.32 (0.53)	3.59**	0.44	Post > Pre
	3.04 (0.50)	3.25 (0.62)	2.42*	0.32	Post > Pre
	2.57 (0.45)	2.93 (0.64)	4.17**	0.50	Post > Pre

Note. SD: standard deviations. BDI: Beck Depression Inventory. SIAS: Social Interaction Anxiety Scale. SSS: Social Skills Scale. SFNE: Short Fear of Negative Evaluation Scale. QOL-26: Quality of Life 26. **p<.01. *p<.05. †p<.10., dfはいずれも53

Table 4 プログラムの長期的効果 (n=16)

Subscale	Mean(SD)			F value	r		結果
	Pre-Test	Post-Test	Follow-Up		Pre-Post	Pre-Follow	
BDI	24.37 (10.73)	20.75 (9.79)	22.81 (10.82)	0.46	0.31	0.09	n. s.
SIAS 対人交流不安 対人交流場面における 効力感の低さ 合計	41.12 (11.31)	35.93 (9.82)	33.43 (16.38)	1.49	0.45	0.49	n. s.
	8.18 (2.73)	7.68 (2.57)	8.25 (1.94)	0.25	0.25	0.04	n. s.
	49.31 (12.70)	43.62 (11.80)	41.68 (16.98)	1.27	0.45	0.48	n. s.
SSS	200.43 (19.56)	209.12 (24.61)	200.5 (29.29)	0.64	0.45	0.00	n. s.
SFNE	51.75 (7.69)	45.56 (10.67)	42.31 (11.55)	3.59*	0.59	0.62	Pre > Follow*
QOL-26 全般的な生活の質 身体的状態 心理的状态 人間関係 生活環境 全項目平均	2.21 (0.91)	2.40 (1.12)	2.59 (0.95)	0.55	0.19	0.29	n. s.
	2.57 (0.50)	2.61 (0.84)	2.67 (0.74)	0.07	0.06	0.14	n. s.
	2.33 (0.60)	2.65 (0.94)	2.52 (0.84)	0.64	0.46	0.24	n. s.
	2.14 (0.59)	2.29 (0.61)	2.14 (0.59)	0.36	0.29	0.00	n. s.
	3.19 (0.42)	3.00 (0.54)	3.11 (0.51)	0.59	0.08	0.33	n. s.
	2.71 (0.31)	2.82 (0.70)	2.76 (0.53)	0.17	0.22	0.07	n. s.

Note. SD: standard deviations. BDI: Beck Depression Inventory. SIAS: Social Interaction Anxiety Scale. SSS: Social Skills Scale. SFNE: Short Fear of Negative Evaluation Scale. QOL-26: Quality of Life 26. *p<.05., dfはいずれも2, 45

【考 察】

今回、抑うつ症状を呈する入院患者を対象として、感情や気分の適切な自己表現を促すとともに、攻撃性を抑制し、適切な対人スキルを獲得することをねらいとして短期的なCBGTを実施し、その短期的効果と長期的効果を検討した。

その結果、短期的には、抑うつ症状の軽減と社会的スキルの増加を認めることができた。また、対人交流場面における他者からの否定的な評価への恐れにも改善が見られ、対人交流場面における不安も改善されていた。これらのことは、本研究で行われた介入が対人的文脈で生じるさまざまな不安の改善に有効であったことを示している。Lewinsohn (1975a, 1975b) によると、社会的スキルの欠如と抑うつ症状の間には密接な関係があると指摘されている。本プログラムの中に社会的スキルの向上を目指す治療コンポーネントを導入したことによって社会的スキルの改善が見られ、同時に抑うつ症状が低減したと考えられる。また、今回の結果は、社会的スキルの向上をCBTのパッケージの中に組みこむことによって有意に抑うつ症状が軽減するという報告 (Herbert *et al.*, 2005) とも一致した結果である。また、認知的再体制化とエクスポージャーの組み合わせは社交不安症状の改善に有効であると指摘されている (Fedoroff & Taylor, 2001) ことを考えると、本プログラムにおいても、社会的スキルの改善と認知の修正を行ったことが対人交流場面における問題改善に効果的であったと考えられる。

一方、社会的スキルと抑うつ症状改善の長期的維持効果は、今回は認められなかった。この点は、介入によって獲得された社会的スキルが退院後の社会場面で般化されなかったことを示唆している。退院後の社会生活の中で必要とされる社会的スキルの獲得をねらった介入を導入したり、ブースターセッションを設けて社会的スキルを発揮する場所を提供するなど、SSTによる社会的スキルの効果を維持するための対応が必要であると考えられ

る。また、フォローアップに至るまでの生活内容をどのように把握し、評価するかという問題も残されている。今回は、フォローアップ時の資料収集は外来を受診したときに収集されたが、そのとき治療を継続しているのか、再発によって外来を受診したかという点は区別されていない。今後、長期にわたって参加者の生活状態の把握が必要である。

なお、今回は参加者の薬物療法の統制と入院中に受けている本プログラム以外の治療内容の統制は行われなかった。しかしながら、各患者でプログラムを行っている間、薬物療法は同一薬種、同一投与量であったことを考えると、個々の患者で薬物種と量の違いはあるものの、プログラム実行前後の効果のデータに変化を与えている可能性は低いと考えられる。今後、プログラムの効果をより精密に検出するためには、臨床現場において実施には困難を伴うものの、参加者の重症度、および薬物療法の内容、その他の受療内容を十分に統制すること必要性がある。また、エクスポージャーセッションを最終回に設定するのではなく、エクスポージャーの進行状況に対して治療者あるいは医療スタッフからのフィードバックを受けるように工夫すること、エクスポージャーセッション時にエクスポージャーの効果発現を妨害する可能性のある安全確保行動についての説明を加えること等の改善が必要であると考えられる。

今後、長期的に改善状態を維持し、より大きな効果を期待するためのプログラムの改善点としては、以下のようなことを指摘することができる。

- ①一般的に自動思考と抑うつスキーマの変容は再発予防に効果的であると言われているが、介入によって抑うつスキーマや自動思考に変化が認められたかどうかを判定するための方策をプログラムの中にどのように導入するか、そしてその効果をどのように検出するかを考慮する必要がある。
- ②今回のプログラムが短期で実施されるということを考え、効果の持続性をいかに保証するかという点を考えると、最終セッション終了後にブースターセッションを設定する、あるいは、何らかの

方策によって般化を促進させるためのプログラムの準備が必要であると思われる。

③問題解決療法の中では問題の公式化の段階が重要であると言われているが、そうしたコンポーネントを教育セッションの中に積極的に取り入れていくことも必要である。

④集団で行われることを考慮すると、集団の特性をより活かし、集団の他のメンバーからのサポートを活用できるようにすることも必要である。

⑤エクスポージャーの効果をさらに高めるための工夫を行う必要がある。

今後ともより効果的なプログラムを構成し、短期で行うことのできるプログラムを精緻化することによってより良質のプログラムを提供していきたい。

【文 献】

- American Psychiatric Association 1993 *American psychiatric association practice guidelines: Practice guideline for major depressive disorder in adults*. Washington, D. C. : American Psychiatric Association. (日本精神神経学会監訳 2000 米国精神医学会治療ガイドライン: 大うつ病性障害. 医学書院).
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. 1961 An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, **4**, 561-571.
- Blackburn, I. M., & Moore, R. G. 1997 Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in outpatients with recurrent depression. *The British Journal of Psychiatry*, **171**, 328-334.
- Brown, J. B., Boles, M., Mullooly, J. P., & Levinson, W. 1999 Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. *Annals of Internal Medicine*, **131**, 822-829.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman & Beck, A.T. 2006 The empirical status of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychological Review*, **26**, 17-31.
- Cohen, J.(1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, **112**, 155-159.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., & Belluardo, P. 1998 Preventing of recurrent with cognitive behavioral therapy. *Archives of General Psychiatry*, **55**, 816-820.
- Fedoroff, I. C., & Taylor, S. 2001 Psychological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, **21**, 311-324.
- 藤澤大介 2007 精神療法の実施方法と有効性に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業平成16~18年度総合研究報告書, 23-30.
- Furukawa, T. A., Takeuchi, H., Hiroe, T., Kamei, K., Kitamura, T., & Takahashi, K. 2001 Symptomatic recovery and social functioning in major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **103**, 257-261.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. M. 1998 A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, **49**, 59-72.
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Myers, V. H., Dalrymple, K., & Nolan, E. M. 2005 Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for Social Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, **36**, 125-138.
- Herzberg, D. S., Hammen, C., Burge, D., Daley, S. E., Davila, J., & Lindberg, N. 1998 Social competence as a predictor of chronic interpersonal stress. *Personal Relationships*, **5**, 207-218.
- Hooley, J. M., Orley, J., & Teasdale, T. D. 1986 Levels of expressed emotion and relapse

- in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, **148**, 642-647.
- Jarrett, R. B., Kraft, D., Doyle, J., Foster, B. M., Eaves, G. G., & Silver, P. C. 2001 Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase. *Archives of General Psychiatry*, **58**, 381-388.
- Jarrett, R. B., Schaffer, M., McIntire, D., Witt-Browder, A., Kraft, D., & Risser, R. C. 1999 Treatment of atypical depression with cognitive therapy or phenelzine: A double-blind, placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, **56**, 431-437.
- 金井嘉宏・笹川智子・陳 峻文・鈴木伸一・嶋田洋徳・坂野雄二 2004 Social Phobia Scale と Social Interaction Anxiety Scale 日本語版の開発. *心身医学*, **44**, 841-850.
- 柏木雄次郎 2006 「メンタルヘルス不全者の職場復帰」が抱える諸問題. *日本職業・災害医学学会会誌*, **54**, 49-53.
- 警察庁生活安全局地域課 2009 平成21年中における自殺者数について. http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/81/210514_H20_jisat-sunogaiyou.pdf (2009/12/30).
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., Markowitz, J. C., Nemeroff, C. B., Russell, J. M., Thase, M. E., Trivedi, M. H., & Zajecka, J. A. 2000 Comparison of nefazodone, the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, **342**, 1462-1470.
- 厚生労働省 2009 平成20年度患者調査の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/08/index.html> (2009/11/20).
- 小山徹平・石田有希・佐藤さやか・野村 忍・坂野雄二 2002 Social Skills Scale (SSS) 作成の試み. 第7回日本SST普及協会学術集会抄録集, 31.
- Lewinsohn, P. M. 1975 a Engagement in pleasant activities and depression level. *Journal of Abnormal Psychology*, **84**, 729-731.
- Lewinsohn, P. M. 1975 b The behavioral study and treatment of depression. In M. Hersen, R. M. Eisler, P. M. Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification: Vol. 1*. New York: Academic Press, 19-64.
- 松永美希・鈴木伸一・岡本泰昌・木下亜紀子・吉村晋平・山脇成人 2007 うつ病に対する集団認知行動療法の展望. *精神科治療学*, **22**, 1081-1091.
- Maukash, L. B., Dugdale, D. C., Dodson, S., & Epstein, R. 2008 Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter. *Archives of Internal Medicine*, **168**, 1387-1395.
- 夏目 誠 2009 メンタルヘルス不調者が増加しているかどうか. *心身医学*, **49**, 101-108.
- Okasha, A., Akabawi, A. S. E., Snyder, K. S., Wilson, A. K., Youssef, I., & Dawla, A. S. E. 1994 Expressed emotion perceived criticism, and relapse in depression: A replication in an Egyptian community. *American Journal of Psychiatry*, **151**, 1001-1005.
- 大野 裕 2007 精神療法の実施方法と有効性に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業平成16~18年度総合研究報告書, 62-74.
- Paykel, E. S., Scott, J., Teasdale, J. D., Johnson, A. L., Garland, A., Moore, R., Jenaway, A., Cornwall, P. L., Hayhurst, H., Abbott, R., & Pope, M. 1999 Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: A controlled trial. *Archives of general psychiatry*, **56**, 829-35.
- Rose, S. D. 1998 Group therapy: A cognitive behavioral interactive approach. In P. M. Salkovskis (Ed.) *Comprehensive Clinical Psy-*

- chology*. Oxford: Pergamon, 319-337.
- 境 泉洋・佐藤 寛・松尾 雅・滝沢瑞枝・富川源太・坂野雄二 2004 軽度うつ症状に対する問題解決療法：メタ分析による検討. *行動療法研究*, **30**, 43-53.
- 坂野雄二 2010 うつ病に対する心理療法プログラムの開発とその効果の実証的検討. 文部科学省科学研究費補助金（基盤研究B19330155）成果報告書.
- 笹川智子・金井嘉宏・中村泰子・鈴木伸一・嶋田洋徳・坂野雄二 2004 他者からの否定的評価に対する社会的不安測定尺度（FNE）短縮版作成の試み：項目反応理論による検討. *行動療法研究*, **30**, 87-98.
- Segrin, C. 1999 Social skills, stressful life events, and the development of psychosocial problems. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **18**, 14-34.
- Segrin, C. 2000 Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychological Review*, **20**, 379-403.
- Segrin, C., Hanzel, A., Donnerstein, C., Taylor, M., & Domschke, T. J. 2007 Social skills, psychological well-being, and the mediating role of perceived stress. *Anxiety, Stress, & Coping*, **20**, 321-329.
- 田崎美弥子・中根允文 2007 WHOQOL26手引き改訂版. 金子書房.