

---

 <<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（Ⅱ）： ストレス対処と気分の改善を狙ったプログラムの効果

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

### Brief Cognitive Behavioral Group Therapy for inpatients with depression (Ⅱ) : Effectiveness of treatment program for improving stress coping and depressive mood

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

【要 約】抑うつ症状を呈する62名（男性20名，女性42名）の入院患者を対象に，ストレス対処と気分のコントロールをねらいとした短期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，抑うつ気分とストレス，および考え方の修正に関する心理教育，リラクゼーションの導入と練習，認知的再体制化法，問題解決療法，自己教示法が実施された．その結果，短期的には，不安・抑うつ，無気力といったストレス反応の減少，ストレスへのコントロール可能性の増大，ストレス対処方略の多様化，およびQOLの改善が認められた．しかし，長期的な効果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，ストレス対処，気分改善

**Abstract** : The purpose of this study was to investigate the effectiveness of the short term cognitive behavioral group therapy program in order to attain self-control of depressive mood and stress. Participants were 62 inpatients with major depressive disorder and the related depressive symptoms diagnosed based on the ICD-10. The clinical interventions consisted of five sessions, which included orientation session, psycho-education on depressive mood and stress, relaxation training, cognitive restructuring, problem-solving, self-instruction, and a follow-up session three months after the clinical intervention. As a result, significant decrease of anxiety/depression and helplessness, and significant increase of controllability of stress, coping behaviors such as problem solving and support seeking were obtained after the treatment. Significant improvement of QOL was also obtained. However, the long term effectiveness was not significant. The clinical implications of the short term cognitive behavioral group therapy and the possibility of the further improvement and development of the program were discussed.

**Key Words** : Depression, Short Term Cognitive Behavioral Group Therapy, Stress Coping, Modification of Mood

## 【問 題】

うつ病に対する非薬物療法としての認知行動療法 (Cognitive Behavior Therapy: CBT) の有効性が示されてきている。しかし、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、CBTには、個人療法としての実施には限界があると言われてきた (藤澤, 2007)。こうした問題を解決するために集団療法という実施形態を用いてCBTを行う集団認知行動療法 (Cognitive Behavioral Group Therapy: CBGT) が導入されるようになった。

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)。しかしながら、気分障害患者の入院日数が平均して109日 (15.6週間) であること (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。

そこで坂野他 (2011) は、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、および、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。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、対人交流不安と対人交流場面における効力感、他者評価不安が改善されるという結果を示している。

一方、うつ病は再発率の高い疾患であり、単一のうつ病エピソードを経験した者の50%以上、2回経験した者の70%、3回経験した者の90%近くが再発するとの指摘もあり (Santor, *et al.*, 1995), 再発予防はうつ病治療の大きな目標ともなっている (Klinkman, *et al.*, 1997)。再発のきっかけに目を向けたとき、治療終了後の生活におけるストレス管理は重要である。Kendler 他 (2000) は、うつ病エピソードの反復が認められるとき、初期のうつ病エピソード再発のきっかけには生活ストレスが関連していることを指摘している。実際、入院治療が一旦終了した後の生活では、入院時の生活に比べストレスを感じる事が多く、入院前の生活パターンに戻ることもそのものが抑うつ症状の再発のきっかけとなるストレスにつながりやすいとも考えられる。さらに、うつ病を理由として病休や長期休職していた患者は、職場では職場関係者と、家では家族との対人関係でストレスを抱えてしまうことも少なくない (富永・秋山, 2006)。職場での急激な負荷の増加、職場復帰にあたっての焦りや不安といった多くの要因が再発に関連していると指摘されている (柏木, 2006)。

このように、再発率が高く、そのきっかけとしてストレスが関連していることを考えると、治療後の生活の中で再発のきっかけとなるストレスに適切に対応することのできるスキルを治療期間中に学習しておくことは生活への再適応と再発予防を考えるうえで重要である。

そこで本研究では、抑うつ症状を呈する入院患者に対してストレス対処と気分のコントロールをねらいとした短期的な集団認知行動療法を行ない、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。

- 
- 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

## 【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104名（男性32名、女性72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62名（男性20名、女性42名、平均年齢34.52歳±11.57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21名（男性5名、女性16名、平均年齢30.38±7.74歳）を解析対象とした。

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.

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。

### (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、抑うつ気分をコントロールし、適切にストレスを自己コントロールできるかを学ぶ」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、抑うつ気分とストレス、および考え方の修正に関する心理教育が行われた。具体的内容としては、うつ病の諸症状、特に抑うつ気分についての概説、抑うつ気分の改善方法についての概説、心理学的ストレスモデルとストレスの改善方法についての概説というテーマが含まれている。また、実践セッション以降はホームワークが課されることを確認した。

#### 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抑うつ気分の修正とストレスマネジメント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が行われ、認知の修正として認知的再体制化法が導入された。ハンドアウトを用いてリラクゼーションの意義を概説した後、肩、首、腕、背筋、および顔面のリラクゼーションの練習が行われた。また、認知的再体制化法として、ハンドアウトを用いて、(1) 考え方が気分や行動に影響していることに気づく、(2) 自分の中に考え

方のクセがあることに気づく、(3) 考え方のクセと気分・行動が関係していることに気づくという操作が行われ、次いで、多様な考え方の生成とコアビリーフのチェックをいずれも練習用紙を用いて行った。さらに、考え方と気分のチェック表、およびコアビリーフチェック表の記入をホームワークとした。

第2回目の実践セッションでは、リラクゼーションの練習を行った後、認知的再体制化法を行った。認知的再体制化法では、気分と考え方のチェック、別の考え方の発見、コアビリーフへの反論の仕方の練習が行われた。また、ストレスへの多様な対処方法を考え出す練習（問題解決療法の多様な問題解決方法の生成と実行のステップ）をストレスマネジメント法として導入するとともに、自己教示法の練習を行った。コアビリーフへの反論を探すこと、対処方法を探し出すことをねらいとしたホームワークが課された。

さらに、第3回目の実践セッションでは、それまでセッション内容に加え、認知の修正とストレス対処がより自発的に行われることを狙って、セルフエフィカシー向上操作が行われた。セルフエフィカシーとは何かという概説が行われた後、セルフエフィカシーの向上に役立つ目標設定の仕方、およびセルフエフィカシーの自己評価の方法に関する学習が行われ、対処可能性を持つことの大切さを学ぶ機会が準備された。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 Cognitive Appraisal Rating Scale (CARS)

ストレスに対する認知的評価を測定するために、

鈴木・坂野（1998）によって作成された Cognitive Appraisal Rating Scale (CARS) を用いた。CARSは、コミットメント、影響性の評価、脅威性の評価、コントロール可能性の4下位尺度、合計8項目で構成され、0：「まったくちがう」から3：「その通りだ」の4件法で評定が求められた。信頼性と妥当性は鈴木・坂野（1998）によって確認されている。

#### ② Tri-Axial Coping Scale-24 (TAC-24)

ストレスへの対処方略を測定するために神村他（1995）によって作成された Tri-Axial Coping Scale-24 (TAC-24) を用いた。TAC-24は「情報収集」、「放棄・諦め」、「肯定的解釈」、「計画立案」、「回避的思考」、「気晴らし」、「カタルシス」、「責任転嫁」の8因子で構成されており、2次因子として「問題解決・サポート希求」、「問題回避」、「肯定的解釈と気ぞらし」の3因子が設定され、合計24項目で構成されている。回答方法は、1：「そのようにしたこと（考えたこと）はこれまでにない。今後もし決してないだろう」から、5：「いつもそうしてきた（考えてきた）。今後も常にそうするだろう」の5件法で評定を求める。なお、信頼性と妥当性は神村他（1995）によって確認されている。

#### ③ Stress Response Scale-18 (SRS-18)

ストレス反応を測定するために鈴木他（1997）によって作成された Stress Response Scale-18 (SRS-18) を用いた。SRS-18は「不安・抑うつ」、「不機嫌・怒り」、「無気力」の3因子18項目で構成されている。回答方法は、0：「全くちがう」から3：「その通りだ」の4件法で評定が求められる形式を取っている。信頼性と妥当性は鈴木他（1997）によって確認されている。

#### ④ 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。

#### ⑤ 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 CARS, TAC-24, SRS-18, 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 Table3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  $t$  検定を行ったところ, 有意に BDI 得点が低下していた ( $t = 2.63$ ,  $p < .05$ )。また, 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ところ, 有意な変化は認められなかった ( $F[2, 62] = 0.63$ ,  $n.s.$ )。これらの結果は, 認知の修正が合計4回というプログラムは, 短期的な改善効果は認められるが, 長期的には不十分であったことを示している。

ストレス反応について, SRS-18得点のプログラム前後の変化をみると, プログラム前に比べプログラム後の無気力得点が有意に低下していた ( $t = 2.44$ ,  $p < .05$ )。なお, 不安・抑うつ得点 ( $t = 1.83$ ,  $p < .10$ ), および不機嫌・怒り得点 ( $t = 1.43$ ,  $n.s.$ ) には有意な変化は認められなかった。しかしながら, SRS-18合計得点は有意に低下している ( $t = 2.16$ ,  $p < .05$ ) ことから, 本プログラムが短期的にストレス反応の緩和に有効であったことを示している。一方, フォローアップ時では, 各得点はプログラム前に比べて低得点であったものの, 有意な変化は認められなかった (不安・抑うつ得点:  $F[2, 62] = 1.07$ ,  $n.s.$ ; 不機嫌・怒り得点:  $F[2, 62] = 0.07$ ,  $n.s.$ ; 無気力得点:  $F[2, 62] = 1.24$ ,  $n.s.$ )。これらの結果は, 対象者が全て退院しており, 恐らくは退院後の日常生活でのストレスの影響を受けて得点の上昇が認められたものと考えられる。

ストレスに対する認知的評価について, CARS の得点変化を見ると, コントロール可能性得点はプログラム前に比べプログラム後で有意に高い値を示していた ( $t = 2.35$ ,  $p < .05$ )。その他のストレスに対する認知的評価の変数については, 有

Table 3 プログラム前後の得点の変化 (n=62)

Subscale	Mean(SD)		t value	r	結果	
	Pre-Test	Post-Test				
BDI	21.67 (10.98)	18.24 (12.58)	2.63*	0.32	Pre > Post	
SRS-18	不安・抑うつ	8.40 ( 5.17)	7.22 ( 5.28)	1.83†	0.23	Pre > Post
	不機嫌・怒り	5.82 ( 4.81)	4.82 ( 5.09)	1.43	0.18	n. s.
	無気力	8.95 ( 4.30)	7.54 ( 4.97)	2.44*	0.30	Pre > Post
	合計	23.17 (12.71)	19.59 (14.09)	2.16*	0.27	Pre > Post
CARS	コミットメント	3.79 ( 1.61)	3.53 ( 1.59)	1.09	0.14	n. s.
	影響性の評価	3.27 ( 1.30)	3.53 ( 1.30)	1.34	0.17	n. s.
	脅威性の評価	3.64 ( 1.60)	3.40 ( 1.76)	1.11	0.14	n. s.
	コントロール可能性	2.46 ( 1.32)	2.93 ( 1.43)	2.35*	0.29	Post < Pre
TAC-24	問題解決・サポート希求	28.88 ( 7.19)	30.30 ( 7.21)	1.81†	0.23	Post < Pre
	問題回避	12.38 ( 4.52)	12.98 ( 4.43)	0.82	0.11	n. s.
	肯定的解釈・気ざらし	23.90 ( 6.82)	26.46 ( 6.67)	3.24**	0.38	Post < Pre
QOL-26	全般的な生活の質	2.36 ( 0.88)	2.76 ( 0.92)	3.39**	0.39	Post < Pre
	身体的状態	2.70 ( 0.67)	2.89 ( 0.79)	1.94†	0.24	Post < Pre
	心理的状态	2.68 ( 0.75)	2.88 ( 0.89)	2.36*	0.29	Post < Pre
	人間関係	2.23 ( 0.54)	2.28 ( 0.57)	0.70	0.09	n. s.
	生活環境	3.16 ( 0.56)	3.31 ( 0.70)	1.57	0.20	n. s.
	全項目平均	2.84 ( 0.55)	3.02 ( 0.68)	2.39*	0.29	Post < Pre

Note. SD: standard deviations. BDI: Beck Depression Inventory.  
 SRS-18: Stress Response Scale 18. CARS: Cognitive Appraisal Rating Scale.  
 Tac-24: Tri-Axial Coping Scale 24. QOL-26: Quality of Life 26.  
 \*\*p <.01. \*p <.05. †p <.10., dfはいずれも61

Table 4 プログラムの長期的効果 (n=21)

Subscale	Mean(SD)			F value	r		結果	
	Pre-Test	Post-Test	Follow-Up		Pre-Post	Pre-Follow		
BDI	22.76 (13.35)	18.33 (13.45)	21.66 (13.06)	0.63	0.36	0.10	n. s.	
SRS-18	不安・抑うつ	10.23 ( 5.57)	8.00 ( 5.72)	8.23 ( 4.96)	1.07	0.47	0.41	n. s.
	不機嫌・怒り	6.19 ( 4.85)	5.61 ( 5.66)	5.71 ( 4.82)	0.07	0.10	0.09	n. s.
	無気力	9.47 ( 4.71)	7.09 ( 5.37)	8.85 ( 5.09)	1.24	0.49	0.14	n. s.
	合計	25.90 (13.91)	20.71 (15.35)	21.80 (13.64)	0.69	0.44	0.28	n. s.
CARS	コミットメント	3.95 ( 1.59)	3.57 ( 1.50)	3.47 ( 1.96)	0.46	0.21	0.24	n. s.
	影響性の評価	3.04 ( 1.43)	3.66 ( 1.05)	3.38 ( 1.11)	1.36	0.37	0.21	n. s.
	脅威性の評価	3.85 ( 1.52)	3.23 ( 1.89)	3.42 ( 1.69)	0.72	0.33	0.22	n. s.
	コントロール可能性	2.80 ( 1.28)	3.09 ( 1.60)	2.71 ( 1.34)	0.40	0.16	0.08	n. s.
TAC-24	問題解決・サポート希求	30.19 ( 7.56)	31.76 ( 7.58)	28.85 ( 8.01)	0.73	0.26	0.18	n. s.
	問題回避	12.90 ( 5.01)	12.19 ( 4.02)	11.80 ( 3.40)	0.36	0.13	0.20	n. s.
	肯定的解釈・気ざらし	26.00 ( 6.64)	28.00 ( 6.71)	25.90 ( 7.66)	0.59	0.36	0.02	n. s.
QOL-26	全般的な生活の質	2.40 ( 0.87)	2.92 ( 0.87)	2.30 ( 0.95)	2.87†	0.48	0.11	Post>Follow-up†
	身体的状態	2.78 ( 0.70)	3.02 ( 0.83)	2.61 ( 0.83)	1.27	0.29	0.19	n. s.
	心理的状态	2.65 ( 0.81)	2.94 ( 0.90)	2.53 ( 1.02)	1.39	0.45	0.22	n. s.
	人間関係	2.32 ( 0.53)	2.28 ( 0.65)	2.10 ( 0.64)	0.61	0.07	0.33	n. s.
	生活環境	3.18 ( 0.56)	3.35 ( 0.71)	3.30 ( 0.70)	0.56	0.20	0.17	n. s.
	全項目平均	2.88 ( 0.55)	3.10 ( 0.69)	2.80 ( 0.73)	1.36	0.26	0.14	n. s.

Note. SD: standard deviations. BDI: Beck Depression Inventory.  
 SRS-18: Stress Response Scale 18. CARS: Cognitive Appraisal Rating Scale.  
 Tac-24: Tri-Axial Coping Scale 24. QOL-26: Quality of Life 26.  
 †p <.10., dfはいずれも2,60

意な変化は認められなかった（コミットメント得点： $t=1.09$ , *n.s.*；影響性の評価得点： $t=1.34$ , *n.s.*；脅威性の評価得点： $t=1.11$ , *n.s.*）。フォローアップデータでは、コミットメント得点（ $F[2,62]=0.46$ , *n.s.*），影響性の評価得点（ $F[2,62]=1.36$ , *n.s.*），脅威性の評価得点（ $F[2,62]=0.72$ , *n.s.*），コントロール可能性得点（ $F[2,62]=0.40$ , *n.s.*）のいずれについてもプログラムの介入時期による有意な主効果は認められず、プログラム後に見られた変化は持続していなかった。

ストレスへの対処についてみると、TAC-24の下位得点のうち、肯定的解釈・気そらし得点はプログラム前に比べてプログラム後に有意に高い値を示した（ $t=3.24$ ,  $p<.05$ ）。また、問題解決・サポート希求得点（ $t=1.81$ ,  $p<.10$ ），および問題回避得点（ $t=0.82$ , *n.s.*）には有意な変化は認められなかった。一方、フォローアップデータでは、問題解決・サポート希求得点（ $F[2,62]=0.73$ , *n.s.*），問題回避得点（ $F[2,62]=0.36$ , *n.s.*），肯定的解釈・気そらし得点（ $F[2,62]=1.59$ , *n.s.*）にプログラムの介入時期による有意な主効果は認められなかった。これらの結果は、今回のプログラムでは短期的な改善効果が認められるものの、長期的な効果は認められなかったことを示している。

QOLの変化では、QOL-26得点のうち全般的な生活の質得点と心理的状態得点、全項目平均得点はプログラム前に比べてプログラム後に有意に高い値を示した（全般的な生活の質得点： $t=3.24$ ,  $p<.05$ ；心理的状態得点： $t=2.36$ ,  $p<.05$ ；全項目平均得点： $t=2.39$ ,  $p<.05$ ）。なお、身体的状態得点（ $t=1.94$ ,  $p<.10$ ）と人間関係得点（ $t=0.70$ , *n.s.*），生活環境得点（ $t=1.57$ , *n.s.*）には有意な変化は認められなかった。一方、フォローアップ時では、いずれの得点にも有意な主効果は認められなかった（全般的な生活の質得点： $F[2,62]=2.87$ ,  $p<.10$ ；身体的状態得点： $F[2,62]=1.27$ , *n.s.*；心理的状態得点： $F[2,62]=1.39$ , *n.s.*；人間関係得点： $F[2,62]=0.61$ , *n.s.*；生活環境得点： $F[2,62]=0.56$ , *n.s.*；全

項目平均得点： $F[2,62]=0.40$ , *n.s.*）。

## 【考 察】

今回、抑うつ症状を呈する入院患者を対象として、抑うつ気分の改善とストレスマネジメントを目的として、認知の修正とストレスマネジメント法を中心とした短期的な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、抑うつ傾向については、短期的な変化は認められたが、長期的な変化は認められなかった。個人を対象とした認知療法では、抑うつ症状の改善には10～16セッション程度のセッションを費やすことが一般的であり、標準的な集団認知療法でも12セッション程度が標準的であると指摘されている（Beck *et al.*, 1979）。今回の認知の修正が合計4回という短いプログラムであっても抑うつ症状に短期的な改善効果は認められるものの、長期的な改善効果をもたらすには不十分であり、十分なセッションの数の確保を行う、短期的なプログラムの中でどのように効率よく認知の修正その他を行うかが今後の検討課題となった。

ストレス反応について見ると、ストレス反応のうち、無気力得点とSRS-18合計得点が有意な低下を示し、本プログラムは短期的にストレス反応の緩和に有効であった。同様に、ストレスに対する認知的評価のうち、コントロール可能性得点が上昇し、ストレス対処のうち肯定的解釈・気そらし得点は有意に上昇していた。これらの結果は、本プログラムで行われたストレス対処方法の学習が、短期的にストレスに対するコントロール可能性を上昇させ、対処方法の多様化を導いたことを示している。今回のプログラムでは、ストレス対処に対する介入として、ストレスに対する認知の修正、リラクゼーション、他者からのサポート等に関する心理教育が行われ、ストレス対処方略を生み出す介入として問題解決療法における問題解決のための解決案の生成のステップを利用して行った。これらの方法は一般的にストレス反応の緩和と対処能力の向上に有効であると言われており



(Nezu *et al.*, 1989), リラクゼーションと認知的再体制化法による介入はストレス反応の低減に効果があることが示されている (Klink *et al.*, 2001). 本プログラムでも先行研究と同様の結果が得られている. また, 心理的ストレス反応としての怒り・不機嫌の症状は短期的・長期的にも改善が認められなかった. 本プログラムでは不機嫌・怒りに対する影響は認められず, 怒りのコントロールを狙った介入を別途準備する必要があると考えられる.

一方, プログラム後に見られた得点の変化と同様の傾向がフォローアップ時にも認められたが, その変化は有意ではなかった. ブースターセッションを活用する, 退院後の日常生活におけるストレスマネジメントの実践など, 短期的に得られた効果を持続させるための方策を準備する必要があると思われる.

QOL の変化では, 生活の質得点, 心理的状態得点, および全項目平均得点がプログラム前に比べてプログラム後に有意に上昇していた. 短期的に対象者の QOL の向上に本プログラムが有効であったことが示唆される. しかし, それらの変化は長期的には持続していなかった. うつ病患者の QOL について Furukawa *et al.* (2001) は抑うつ症状の寛解後に社会機能の改善が期待されると報告しているが, 今回の対象者が, 本プログラム後の BDI 得点で18点台であり, フォローアップ時の BDI 得点が17点台と依然として中程度の抑うつ症状を呈していたことを考えると, より長期的にフォローアップを行い, 抑うつ症状の軽減に伴って QOL がどのように変化するかを確認する必要があるだろう.

また, 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には, プログラムの改善点としては, ①プログラムの効果をより精密に検出するために, 今回は薬物療法その他の併用療法に関する統制は十分でなかったことを考えると, 臨床現場において実施には困難を伴うものの, 研究協力者の重症度や薬物療法, その他の個人療法との併用を十分に統制する必要性がある. ②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するかという問題も残されている. 特に, 日常生活でのストレスマネジメントという点を考えると, 長期にわたって参加者の生活状態の把握が必要である. ③一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.

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】

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. 1979 Cognitive therapy of depression. Guilford (坂野雄二監訳 1992 うつ病の認知療法. 岩崎学術出版社).
- 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.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, **112**, 155-159.
- 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.
- 神村栄一・海老原由香・戸ヶ崎泰子・坂野雄二 1995 対処方略三次元モデルの検討と新しい尺度 (TAC-24) の作成 筑波大学教育相談

- 研究. **33**, 41-47.
- 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・災害医学協会誌, **54**, 49-53.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Gardner, C. O. 2000 Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: An evaluation of the "kindling" hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, **157**, 1243-1251.
- Klink, J. J., Blonk, R. W., Schene, A. H., & van Dijk, F. J. 2001 The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, **91**, 270-276.
- Klinkman, M. S., Schwenk, T. L., & Coyne, J. C. 1997 Depression in primary care - More like asthma than appendicitis: The Michigan Depression Project. *Canadian Journal of Psychiatry*, **42**, 966-973.
- 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).
- 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.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. 1989 *Problem-solving therapy for depression*. New York: John Wiley & Sons. (高山 巖監訳)
- 1993 うつ病の問題解決療法. 岩崎学術出版社).
- 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.
- 坂野雄二・中村 亨・岡島 義・山内 剛・高垣耕企・西郷達雄・中嶋公博 2011 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. 北海道医療大学心理科学部紀要, **6**, 11-22.
- Santor, D. A., Zuroff, D. C., Ramsay, P. C., & Palacios, J. 1995 Examining scale discriminability in the BDI and the CES-D as a function of depressive severity. *Psychological Assessment*, **7**, 131-139.
- 鈴木伸一・坂野雄二 1998 認知的評価測定尺度(CARS) 作成の試み. ヒューマンサイエンスリサーチ, **7**, 113-124.
- 鈴木伸一・嶋田洋徳・三浦正江・片柳弘司・右馬埜力・坂野雄二 1997 新しい心理的ストレス反応尺度(SRS-18)の開発と信頼性・妥当性の検討. 行動医学研究, **4**, 22-29.
- 田崎美弥子・中根允文 2007 WHOQOL26手引き改訂版. 金子書房.
- 富永真己・秋山 剛 2006 病休・休職中の生活の送り方と職場関係者の接し方. 臨床精神医学, **35**, 1101-1108.