

原 著

在職うつ病男性を対象とした 集団認知行動療法の効果とその要因

えとうメンタルクリニック目黒

衛藤 暁美*

昭和大学医学部精神医学教室

長井 友子 吉澤 徹 岩波 明

抄録：近年うつ病による休職者、離職者の増加が問題になっており、さまざまな取り組みが行われるようになった。その中のひとつに復職支援としての集団認知行動療法がある。効果の検討は行われているが、その効果の要因の検討を行ったものは少ない。本研究では抑うつ症状、社会機能、非機能的認知、復職状況の改善における要因を検討した。30歳から55歳の大うつ病性障害、気分変調症、双極Ⅱ型感情障害（現在、抑うつ状態）の診断基準を満たす男性患者で、休職中もしくは復職1か月以内で、退職する見込みがない者を対象とした。4～6名の集団で1クール計10回（1セッション週1回、80分/回）実施した。先行研究ではスキーマや非機能的態度を表すDASは改善しなかったが、本研究では改善を示した。その改善要因として、集団精神療法治癒因子の「相手にどのような印象を与えるか学べたこと」、「情報取得」が抽出され、非機能的認知に基づく態度の修正に、個人精神療法にはない、集団認知行動療法独特の治癒因子が作用した可能性が示唆された。

キーワード：うつ病、集団認知行動療法、復職支援、治癒因子

緒 言

近年、医療機関を受診する精神疾患患者の数は増加しており、その中でも気分障害は30%と最も多く、1996年に43.3万人であったが、2011年には95.8万人と他の疾患に比べて明らかな増加を認めている¹⁾。経済損失も問題となっており、2010年度では26.2%の企業が精神疾患による休職や退職者がいると回答している²⁾。特に、気分障害では大うつ病性障害（以下、うつ病と記す）の診断を受けて病状から休職を要した職業人が、症状が改善して復職した後に再発し休職を何度も繰り返すことが社会問題になっている¹⁾。

再発し休職を繰り返す理由としては、(1) 復職時期が不適切である（抑うつ状態が十分に改善していない、患者の要望を重視しすぎる、職場の繁忙期に復職させるなど）；(2) 復職にむけての段取りやりハビリテーションが不十分である；(3) 職場環境の調整に不備がある；(4) 復職後の業務上の配慮が不

十分である、などの複合的な要因が関与している可能性がある。翻って、精神医学的な観点から再発要因を見直すと、(1) 疾病に対する知識が不十分であるためのアドヒアランス不良や早すぎる断薬、不適切な生活習慣；(2) うつ病に特徴的な認知のゆがみに基づく過活動や対人関係上の困難などを発端とする疲弊などが考えられる。たとえば、うつ病患者では復職後に「完璧に仕事をやりたい」（白黒思考）と考えて復職後の目標を高く掲げすぎたり、「相談しても、きっと相手にされない」（根拠のない決めつけ）と考えて周囲に適切に頼れず、一人で仕事を抱え込んだりすることによって、疲弊し、再発することが少なくない³⁾。

そのため、うつ病に特徴的な非機能的な認知を修正し、自己・状況・将来に対する新たなとらえ方や考え方（認知）を獲得することによって適応的な問題解決方法を選択でき、適切な自己主張を行えるような良好な対人関係を築くスキルを身につけることを治療目標とした認知行動療法が着目された。これ

*責任著者

は米国の精神科医 Beck A⁴⁾ が開発した治療技法で、米国精神医学会によるうつ病治療のガイドラインでも認知行動療法は対人関係療法とならんで推奨されているものである⁵⁾。認知行動療法は個人療法だけでなく、集団療法での効果も報告されており⁶⁻⁹⁾、個人療法に比べて費用対効果が高いという評価があり、また、欧米では薬物療法よりも費用対効果が高いとの報告もある¹⁰⁾。本邦でも集団認知行動療法がうつ病患者の復職支援として実施されることが少なくないが、その有効性は実証されているとは言い難く¹¹⁾、また、治療因子に関する論考も少ない。

私たちが行った予備的研究¹²⁾で集団認知行動療法の終了例と脱落例を比較したところ、脱落例では開始時時点の抑うつの程度と非機能的認知（将来に対する否定的評価、自己に対する非難）が有意に高かったという結果を得た。この結果を踏まえて、今回、あらたに在職うつ病患者を対象とした集団認知行動療法による抑うつ症状や認知・社会機能などの改善にどのような要因が影響を及ぼしたのかを明らかにし、考察を加えたい。

研究方法

1. 対象

1) 対象者の抽出

対象者は2010年5月から2011年12月の期間、昭和大学附属東病院、昭和大学附属烏山病院、および近隣の精神科クリニックに通院治療中で、30～55歳の休職中の男性患者で、精神疾患簡易構造化面接(M.I.N.I)^{13,14)}の大うつ病性障害、気分変調症、双極Ⅱ型感情障害（現在、抑うつ状態）の診断基準を満たす者で、研究開始時に休職中もしくは復職1か月以内で、研究期間中に退職する見込みがない者とした。M.I.N.Iは精神障害の診断と統計マニュアル第4版・改訂版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision DSM-IV-TR)および国際疾病分類第10版(International Classification of Diseases, ICD-10)にある精神疾患を診断するために作成された質問票であり、一般病院での精神障害の転帰調査の第一歩として利用されることを考慮し、約15分で施行可能なように作成されたものである。なお、M.I.N.Iにより物質関連障害、双極Ⅰ型感情障害、統合失調症、妄想性障害、他の精神病性障害、反社会性・境界性パー

ソナリティ障害の診断基準を満たす者、または自殺念慮が強く、M.I.N.Iの「自殺の危険」項目が6点以上の者、明らかな脳基質疾患や身体疾患を有する者、過去に個人あるいは集団認知行動療法を受けたことがある者は除外した。

2) 倫理的配慮

上記の基準を満たした者について、評価者（治療リーダーとは別）が個別面接を実施して対象者としての適格性を確認した上で、研究の趣旨を説明し、文章にて同意を得た者に対して、（アナログ文書としてデジタル化しない）個人名とID番号の照合表に記入して、本研究独自のID番号を取得することで登録完了とした。

本研究における集団認知行動療法は通常の治療行為であるが、時に治療中に認知の歪みに着目することによって一過性に病状の増悪が惹起される可能性がある。そのような事態に備えて、毎回の治療前にBDI-II（後述）を実施して、自殺の危険などの病状増悪について確認し、必要があれば主治医に速やかに報告して対応を協議することとした。なお、本研究の実施にあたって、昭和大学医学部「人を対象とする研究等に関する倫理委員会」の承認を得た（承認番号889）。

2. 評価項目

抑うつ症状の程度については、自記式尺度のベック抑うつ尺度(Beck Depression Inventory-II: BDI-II)¹⁵⁾を用いた。社会的機能については、面接による社会的職業的機能評定尺度(Social and Occupational Functioning Assessment Scale: SOFAS)¹⁶⁾を用いた。SOFASは個人の精神症状の全体的重症度に直接影響されずに、社会的職業的機能水準のみ焦点を合わせた尺度である。

うつ病患者にみられる非機能的認知については、自記式尺度の非機能的認知の評価尺度(Automatic Thought Questionnaire: ATQ)¹⁷⁾、非機能的態度尺度24項目版(Dysfunctional Attitude Scale: DAS)¹⁸⁾を用いて評価した。ATQはKendellら(1989)によって開発された尺度の日本語版で、下位尺度が因子1: 将来に対する否定的評価、因子2: 自己に対する非難、因子3: 肯定的認知に分けられる。DASはPowerら(1994)によって開発された尺度の日本語版で、達成動機、セルフコントロール、他者依存性の3因子から成る。得点が高いほど非機能的認

Table 1 集団精神療法の自覚的な治療因子に関する調査項目

●うつ病について情報を得たこと
●自分の問題が他のメンバーにも共通してみられると知ったこと（普遍性）
●治療について希望がもてたこと（希望をもたらすこと）
●今まで気づかなかった自分の認知や情緒に気づけたこと
●自分の感情や考えていることを口に出して言えたこと
●自分の感情や考えていることを他のメンバーが受け入れてくれたこと（受け入れられたこと）
●自分の感情や考えていることをどう表現すればいいか学べたこと（表現の学び）
●他のメンバーが自分についてどう思うか正直に言ってくれたこと
●自分が他人に対してどういう印象を与えるかを気づけたこと
●他のメンバーに支えられていると感じられたこと
●他のメンバーと連帯感を持てたこと
●他のメンバーを信頼できたこと
●他のメンバーを助ける体験ができたこと（愛他性）
●他のメンバーの考えや行動が参考になったこと

知であることを示している。

自己効力感については、セルフエフィカシー尺度 (The General Self-Efficacy Scale : GSES)¹⁹⁾ を用いて評価した。また、患者が自覚した集団療法治療因子について、Yalom²⁰⁾ が提唱した14項目を参考にして独自の評価表を作成して調査した (Table 1)。

評価は、集団認知行動療法実施前、終了直後、終了6か月後、12か月後に実施した。

3. 解析方法

得られた統計データはSPSSver.17を用いて、Wilcoxon検定、単回帰分析、重回帰分析により検討し、有意水準は両側5パーセントとした。

4. 治療プログラムの概要

1) 治療グループの設定

集団認知行動療法開始前に1回45分、計2回の個別面接（プレ面接）を実施した。これは各クルールのリーダー以外の者が担当した。これは現在の状況や精神状態の評価と集団認知行動療法に対する準備を目的としたものである。すなわち、生活歴、現病歴、既往歴、家族歴などの聴取を行い、気分障害の程度や生活リズムなどを把握した。また、集団認知行動療法の準備として、認知行動療法に対する期待とイメージを聴き、これまでの集団体験一たとえば、学生時代の同級生やクラブ活動一でどのように振る舞うことが多かったか、集団の中でどのような不安を抱くことが多いかなどを聴き取り、参加メンバーと共にメンバーの認知の成り立ちに対し分析、

評価をする概念化を行った。

集団認知行動療法は、昭和大学付属烏山病院デイケアセンターの治療室にて1クール計10回（1セッション週1回、80分/回）実施した。

参加メンバーは4～6名とし、途中参加を認めないクローズド・グループとした。スタッフは医師3名（女性2名、男性1名）、心理スタッフ1名（女性）でリーダー、コリーダーはクール毎に医師が持ち回りで担当し、他の者はオブザーバーとして参加した。

2) 治療プログラムの構成と内容

(1) 各回の構成

各回は、まず、グループのルールを治療者とメンバーが一つずつ読み上げた後、各自が1週間の近況報告とホームワークの振り返りを行った。次いで、リーダー（治療スタッフ）が小講義（心理教育）を行った後、メンバーは各々アジェンダ（テーマ）に基づいたワークに取り組み、その結果を何人かが発表し、ディスカッションを行った。最後に、ホームワークを設定し、各メンバーによるセッションのフィードバックを行って、終了とした。

(2) 1クール（計10回）の構成と内容

Table 2に示すように、1クールはテーマごとに3期に大別できる。

初期は第1回から第4回までで、主に認知面に働きかけた。すなわち、うつ病に関する心理教育を行い、思考、行動、感情のつながりを理解し、自動思考を捕まえられるように反復トレーニングを行っ

Table 2 各々のセッションのテーマ

第 1 回	うつ病について理解しよう	
第 2 回	目標を立てよう	主に思考面に働きかける
第 3 回	状況と気分をつかまえよう	
第 4 回	自動思考をつかまえよう	
第 5 回	活動記録表を分析してみよう	
第 6 回	問題解決能力を高めよう	主に行動面に働きかける
第 7 回	行動目標を立てて実行してみよう	
第 8 回	アサーション 1	
第 9 回	アサーション 2	主に対人面に働きかける
第 10 回	今後に向けて	

た。うつ病者が陥りやすい認知のパターンを紹介し、治療が終わった時に達成したい大目標 1 つと小目標 9 つを設定するワークと、気分が動揺した時の思考記録表を作成するワークを行った。思考記録表は作成例を示し、反証は「目の前に〇〇という理由で落ち込んでいる友人がいたらどう声をかけるか」などの問いかけについて各々発表するなど、メンバーが理解しやすいように工夫した。

中期は第 5 回から第 7 回までで、主に行動面に働きかけた。生活記録表を付け、現在の自分の状況を客観的に見つめられるように援助した。また、思考記録表と行動をつなげられるように働きかけ、気分が動揺した時、自分が苦手な場面、または生活記録を変えるためにはどのように行動すればよいかを、アクションプランを作成して実際に行動に起こすように促した。

後期は第 8 回から第 10 回までで、対人面に働きかけ、集団認知行動療法終了（自立）の準備をした。アサーション・トレーニングでは、攻撃的・非主張的・アサーティブの 3 種類の自己表現のパターンを紹介し実際にロールプレイをした。さらに、その際の認知と感情も言語化し、各々発表した。最終回では、集団認知行動療法終了（自立）の準備として、当初の目標を振り返り、治療を通しての感想を述べた。

5. 治療プログラム運営の工夫

1) プレ面接の実施

プレ面接は、これから始まる集団認知行動療法が安心してうつに向かい合い語ることができる場であることを参加メンバーが理解し、治療に対する動機付けを強化することを意図したものである。その

際、「初期では参加者は緊張し、他の参加者が信頼できるかどうか警戒して自由に喋りづらいのが普通である」などの初期に起こりやすい集団力動に関する心理教育を行い、守秘義務を説明し、自己開示を強要されないことを保証し、それによって、グループの凝集性が高まる前の脱落を予防する目的もあった²⁰⁾。

2) グループのルールの設定

退行的な行動を事前に防ぎ、参加者がグループの中で安心できる構造を構築する目的で、Table 3 のようなグループのルールを配布し、参加メンバーと共有した。たとえば、グループのオリエンテーションを明確化し、参加者に短くまとめて話すことを促すルールの提示は、参加者のフリートークをコントロールし、治療目標に焦点づけやすくするばかりでなく、退行抑制的に作用すると考えられた。また、「批判的な意見は控えましょう」というルールは、他者のさまざまな意見を尊重することの意義を唱えたものであるが、同時に、参加者が安心して発言できる場を提供するという目的もあった。すなわち、このルールは、参加者が孕む攻撃性によって容易に破壊されない安全なグループを提供したと考えられる²⁰⁾。

3) スタッフミーティングとスーパービジョン

プレ面接の情報をスタッフの中で共有する目的で、集団認知行動療法を開始する前に、スタッフが集まり打ち合わせを行った。特に、参加メンバーと共有した「概念化」についてディスカッションをし、彼らの認知に基づいて集団の中でどのように振る舞うか、あるいは、集団の中でどのような体験をでき

Table 3 グループのルール

- このグループは、認知行動療法に基づいたグループです。
- うつ病や認知療法の技法を学び、ワークを通して、あなたの実際の生活に活用していただけるようになることを目指します。グループの中だけですべての課題をこなすことはできませんので、ホームワークでも課題に取り組むことが重要です。
- 話し合いでは批判的な意見は控えましょう。
- さまざまな考え方や行動をする人々を理解し、サポートすることができれば、あなたにとっても有用です。
- みんなが話せるように、短くまとめて話しましょう。
- ここで話したプライベートな話題は、家族の人も含めて、口外しないようにしましょう。
- なるべく欠席しないようにしましょう。
- セッション中の飲食は控えましょう。
- セッション中は携帯電話の電源は切るかマナーモードにしましょう。
- グループ認知療法の期間中は、グループ外でメンバーの人たちと出かけたり、会食したりするのは避けましょう。

たならば、彼らの認知の改善に有効であるかなどをディスカッションし、集団認知行動療法の経過で起こる可能性のあることをある程度予想してから集団認知行動療法に臨むようにした²¹⁾。

また、毎回セッション後にグループスーパービジョンを実施し、反省点や次回への取り組み方などをリーダー、コリーダー、オブザーバー、スーパーバイザーそれぞれの視点を通して話し合った。これによって、治療者自身の目の届かない各々のメンバーの様子や治療構造の不備に気づいて、限定された回数の中で扱うことができる治療目標を明確にすることで治療終了後の病状増悪を予防することを目論んだ²²⁾。

結 果

1. 対象者の背景

集団認知行動療法の参加メンバーは26例で、脱落者はいなかった。そのうち有効なデータ24例を対象者として解析を実施した。参加者の背景をTable 4に示す。対象者の平均年齢は41.20±6.64歳、平均初発年齢は36.72±7.43歳、開始までの平均うつ病月数は9.76±10.78か月、平均うつ病相数は1.88±0.88回、平均休職回数は1.64±1.22回、平均総休職期間は7.87±5.80か月、今回の休職期間は4.92±3.77か月、平均入院回数は0.72±2.25回だった(Table 4)。最終学歴は大学卒18名、高校卒2名、大学院卒1名、大学院中退1名、専門学校卒1名、不明1名だった。身体既往歴を持つ者は7名で糖尿病3名、高血圧2名、痛風、自己免疫性肝炎、肺癌、睡眠時無呼吸症候群、腎結石がそれぞれ1名、2つ

Table 4 対象者の背景1

	平均値±標準偏差
年齢	41.20 ± 6.64 歳
初発年齢	36.72 ± 7.43 歳
開始までのうつ病月数	9.76 ± 10.78 か月
うつ病相数	1.88 ± 0.88 回
休職回数	1.64 ± 1.22 回
総休職期間	7.87 ± 5.80 か月
今回の休職期間	4.92 ± 3.77 か月
入院回数	0.72 ± 2.25 回

以上の身体既往歴を持つ者が3名だった。併存障害は強迫性障害2名、パニック障害1名、社交不安障害1名だった。主診断はうつ病20名、双極Ⅱ型障害4名だった。

2. 抑うつ症状の改善とその要因

Table 5に示すように、抑うつ症状を評価するBDI-IIの平均得点は、治療開始時で21.75±9.46、終了時で12.1±10.81、終了後6か月で12.39±10.57、終了後12か月で9.00±9.48だった。Wilcoxon検定によってBDI-IIの得点を比較すると、治療開始時に比して終了時で有意に改善していた(p<0.01)。

単回帰分析で絞り込んだ要因について、BDI-II得点を従属変数として重回帰分析を実施した結果、終了時に比して終了後6か月のBDI-II得点の比較において、身体既往歴の有無(p<0.05)と集団精神療法の治癒因子である「希望をもたらすこと」(p<0.01)が有意に関連していた(Table 6)。

Table 5 評価項目得点の変化

評価項目	開始時平均±SD	終了時平均±SD	終了後6か月平均±SD	終了後12か月平均±SD
BDI-II	21.75 ± 9.46	12.10 ± 10.81**	12.39 ± 10.57	9.00 ± 9.48
SOFAS	47.24 ± 9.96	58.84 ± 9.33**	69.00 ± 16.98*	79.67 ± 19.86*
GSES	34.04 ± 9.26	36.10 ± 11.25	40.65 ± 8.98**	41.85 ± 12.14
ATQ 因子1	24.30 ± 17.00	16.60 ± 13.40**	14.43 ± 13.47	12.15 ± 12.03
ATQ 因子2	22.50 ± 13.00	19.00 ± 11.36**	15.14 ± 10.82	12.05 ± 9.47
ATQ 因子3	6.30 ± 5.80	10.21 ± 7.23**	11.71 ± 8.47	12.65 ± 9.77
DAS 総得点	73.30 ± 18.56	68.00 ± 20.07	61.57 ± 20.33	60.86 ± 21.68
DAS 達成動機	28.33 ± 9.91	26.10 ± 12.03	23.13 ± 11.69	23.24 ± 13.35
DAS セルフコントロール	18.87 ± 5.13	15.64 ± 6.29**	14.74 ± 6.37	14.52 ± 6.56
DAS 他者依存	18.54 ± 8.45	13.32 ± 4.59**	15.74 ± 5.26	14.67 ± 5.00

Wilcoxon の符号付き順位検定 *p<0.05 **p<0.01

Table 6 抑うつ症状の改善に影響を与えた要因

		標準偏回帰 係数 (β)	有意確率 (p)	VIF (Variance Inflation Factor)
終了時～終了後6か月	希望をもたらすこと	-0.475	0.007**	1.035
	身体既往歴	2.542	0.021*	1.090
重決定係数(R ²)=0.607, 調整済み R ² =0.515 *p<0.05 **p<0.01				

Table 7 一般的な社会機能の向上に影響を与えた要因

		標準偏回帰 係数 (β)	有意確率 (p)	VIF (Variance Inflation Factor)
①開始時～終了後6か月	希望をもたらすこと	-4.780	0.013*	1.393
②終了時～終了後6か月	最終学歴	-7.270	0.000*	1.237
①重決定係数(R ²)=0.715, 調整済み R ² =0.633 *p<0.05				
②重決定係数(R ²)=0.860, 調整済み R ² =0.817 *p<0.01				

3. 一般的な社会機能の向上とその要因

Table 5 に示すように、一般的な社会機能を評価する SOFAS の平均得点は治療開始時で 47.24 ± 9.96、終了時で 58.84 ± 9.33、終了後 6 か月で 69.00 ± 16.98、終了後 12 か月で 79.67 ± 19.86 だった。Wilcoxon 検定により SOFAS の得点を比較すると、治療終了時に比して終了後 6 か月の SOFAS の点数と終了後 6 か月に比して終了後 12 か月の SOFAS の点数 (p<0.05) は有意に向上しており、また、開始時に比して終了時の SOFAS 点数 (p<0.01) も有意に改善していた。

単回帰分析で絞り込んだ要因について、SOFAS 得点を従属変数として重回帰分析を実施した結果、

治療開始時に比して終了後 6 か月で一般的な社会機能が向上していた要因として、集団精神療法治療因子である「希望をもたらすこと」(p<0.05) が、終了時に比して終了後 6 か月で一般的な社会機能が向上していた要因には最終学歴 (p<0.01) が有意に関連していた (Table 7)。

4. 自己効力感の向上とその要因

Table 5 に示すように、自己効力感を評価する GSES の平均得点は、治療開始時で 34.04 ± 9.26、終了時で 36.10 ± 11.25、終了後 6 か月で 40.65 ± 8.98、終了後 12 か月で 41.85 ± 12.14 だった。Wilcoxon 検定により GSES 得点を比較すると、終了時に比して

Table 8 自己効力感 (Self-efficacy) の向上に影響を与えた要因

		標準偏回帰 係数 (β)	有意確率 (p)	VIF (Variance Inflation Factor)
①開始時～終了後6か月	信頼感	0.481	0.023*	1.113
	併存障害	0.431	0.031*	1.009
②終了時～終了後12か月	受け入れられたこと	0.471	0.012*	1.173
	表現の学び	-0.508	0.005**	1.026
		①重決定係数(R^2)=0.434, 調整済み R^2 =0.34		* $p<0.05$
		②重決定係数(R^2)=0.623, 調整済み R^2 =0.553		* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Table 9 非機能的認知 (ATQ) の改善に影響を与えた要因

		標準偏回帰 係数 (β)	有意確率 (p)	VIF (Variance Inflation Factor)
①因子1 開始時～終了時	表現の学び	0.437	0.019*	1.077
②因子1 開始時～終了後6か月	うつ病相数	-0.452	0.040*	1.216
	他者を参考にできたこと	0.486	0.026*	1.175
		①重決定係数(R^2)=0.517, 調整済み R^2 =0.410		* $p<0.05$
		②重決定係数(R^2)=0.424, 調整済み R^2 =0.288		* $p<0.05$

終了後6か月の GSES の点数は有意に向上していた ($p<0.01$).

単回帰分析で絞り込んだ要因について, GSES 得点を従属変数として重回帰分析を実施した結果, 治療開始時に比して終了後6か月では集団精神療法治癒因子の「信頼感」と併存障害 ($p<0.05$) が, 終了時に比して終了後12か月で自己効力感が向上した要因として, 集団精神療法治癒因子の「受け入れられたこと」 ($p<0.05$) と「表現の学び」 ($p<0.01$) が有意に関連していた (Table 8).

5. 非機能的認知の改善とその要因

Table 5 に示すように, ATQ (因子1: 将来に対する否定的評価) の平均得点は治療開始時で 24.30 ± 17.00 , 終了時で 16.60 ± 13.40 , 終了後6か月で 14.43 ± 13.47 , 終了後12か月で 12.15 ± 12.03 だった. ATQ (因子2: 自己に対する非難) の平均得点は, 治療開始時で 22.50 ± 13.00 , 終了時で 19.00 ± 11.36 , 終了後6か月で 15.14 ± 10.82 , 終了後12か月で 12.05 ± 9.47 だった. ATQ (因子3: 肯定的認知) の平均得点は, 治療開始時で 6.30 ± 5.80 , 終了時で 10.21 ± 7.23 , 終了後6か月で 11.71 ± 8.47 , 終了後12か月で

12.65 ± 9.77 だった.

DAS (総得点) の平均得点は, 治療開始時で 73.30 ± 18.56 , 終了時で 68.00 ± 20.07 , 終了後6か月で 61.57 ± 20.33 , 終了後12か月で 60.86 ± 21.68 だった. DAS (達成動機) の平均得点は, 治療開始時で 28.33 ± 9.91 , 終了時で 26.10 ± 12.03 , 終了後6か月で 23.13 ± 11.69 , 終了後12か月で 23.24 ± 13.35 だった. DAS (セルフコントロール) の平均得点は, 治療開始時で 18.87 ± 5.13 , 終了時で 15.64 ± 6.29 , 終了後6か月で 14.74 ± 6.37 , 終了後12か月で 14.52 ± 6.56 だった. DAS (他者依存) の平均得点は, 治療開始時で 18.54 ± 8.45 , 終了時で 13.32 ± 4.59 , 終了後6か月で 15.74 ± 5.26 , 終了後12か月で 14.67 ± 5.00 だった. Wilcoxon 検定により, 開始時と終了時のそれぞれの得点を比較すると, ATQ (因子1, 2, 3) と DAS (セルフコントロール, 他者依存) は有意に改善していた ($p<0.01$).

単回帰分析で絞り込んだ要因について, ATQ それぞれの因子を従属変数として重回帰分析を実施した結果, ATQ ((因子1: 将来に対する否定的評価) が治療開始時に比して終了時に改善した要因として集

Table 10 非機能的態度 (DAS) の改善に影響を与えた要因

		標準偏回帰 係数 (β)	有意確率 (p)	VIF (Variance Inflation Factor)
①総得点 開始時～終了後 12 か月	どういう印象を 与えるか学べたこと	0.749	0.001*	1.179
②セルフコントロール 開始時～終了後 6 か月	情報取得	-0.503	0.016*	1.043
③他者依存 開始時～終了後 6 か月	主診断 最終学歴	0.621 -0.385	0.013* 0.034*	2.156 1.205

①重決定係数 (R^2) = 0.592, 調整済み R^2 = 0.477 * p < 0.01
 ②重決定係数 (R^2) = 0.446, 調整済み R^2 = 0.342 * p < 0.05
 ③重決定係数 (R^2) = 0.605, 調整済み R^2 = 0.512 * p < 0.05

Table 11 復職状況に影響を与えた要因

		標準偏回帰 係数 (β)	有意確率 (p)	VIF (Variance Inflation Factor)
①終了後 6 か月	愛他性	-4.880	0.005*	1.253
	ATQ 因子 1 開始時～終了時	-4.710	0.006*	1.197
②終了後 12 か月	ATQ 因子 3 終了時～終了後 6 か月	-0.530	0.003**	1.027
	BDI 終了後 6 か月～終了後 12 か月	1.016	0.013*	5.927

①重決定係数 (R^2) = 0.732, 調整済み R^2 = 0.643 * p < 0.01
 ②重決定係数 (R^2) = 0.672, 調整済み R^2 = 0.584 * p < 0.05 ** p < 0.01

団精神療法治癒因子の「表現の学び」 ($p < 0.05$) が、開始時に比して終了後 6 か月に改善した要因にうつ病相数と集団精神療法治癒因子の「他者を参考にできたこと」 ($p < 0.05$) が有意に関連していた (Table 9). 同様に DAS (総得点) が治療開始時に比して終了後 12 か月に改善した要因として集団精神療法治癒因子の「どういう印象を与えるか学べたこと」 ($p < 0.01$) が、DAS (セルフコントロール) が治療開始時に比して終了後 6 か月で改善した理由に集団精神療法治癒因子の「情報取得」 ($p < 0.05$) が、また、DAS (他者依存) が治療開始時に比して終了後 6 か月で改善した要因に主診断 (双極 II 型のほうがうつ病に比べ改善率が良い) と最終学歴 ($p < 0.05$) が有意に関連していた (Table 10).

6. 復職率と勤務状況の改善とその要因

集団認知行動療法の終了時に 25% だった復職率は、6 か月後には 54.2%, 12 か月後には 62.5% と上昇していた。

終了後 6 か月の復職状況は集団精神療法治癒因子の「愛他性」, ATQ (因子 1: 将来に対する否定的認知) が開始時に比して終了時に有意に改善していること ($p < 0.01$) が関連 ($p < 0.05$) し、終了後 12 か月の復職状況には「終了時に比して 6 か月後に ATQ (因子 3: 肯定的認知) が有意に改善していること」 ($p < 0.01$) と、「終了後 6 か月に比して終了後 12 か月に BDI が有意に改善していること」 ($p < 0.05$) が関連していた (Table 11).

終了時の勤務状況には、集団精神療法治癒因子の「希望をもたらすこと」, 「終了時に比して 6 か月後

Table 12 勤務状況の改善に影響を与えた要因

		標準偏回帰 係数 (β)	有意確率 (p)	VIF (Variance Inflation Factor)
①終了時	a. 希望をもたらすこと	0.384	0.033*	1.400
	b. ATQ 因子 3 終了時～終了後 6 か月	-0.707	0.013*	2.586
	b. DAS 達成動機 開始時～治療終了	-0.708	0.029*	3.726
②終了後 6 か月	BDI 終了時～終了後 6 か月	0.390	0.041*	1.510
	BDI 終了後 6 か月～終了後 12 か月	0.558	0.039*	3.007
③終了後 12 か月	BDI 終了後 6 か月～終了後 12 か月	0.930	0.006**	3.402

① -a 重決定係数 (R^2) = 0.621, 調整済み R^2 = 0.541 * p < 0.05

① -b 重決定係数 (R^2) = 0.759, 調整済み R^2 = 0.561 * p < 0.05

②重決定係数 (R^2) = 0.721, 調整済み R^2 = 0.602 * p < 0.05

③重決定係数 (R^2) = 0.661, 調整済み R^2 = 0.540 * p < 0.01

に ATQ (因子 3: 肯定的認知) が有意に改善していること, 「開始時に比して終了時に DAS (達成動機) が有意に改善していること」 ($p < 0.05$) が関連し, 6 か月後の勤務状況には, 「終了時に比して 6 か月後に BDI が有意に改善していること」と「6 か月後に比して 12 か月後に BDI が有意に改善していること」 ($p < 0.05$) が関連していた. 12 か月後の勤務状況には「終了後 6 か月に比して 12 か月後の BDI が有意に改善していること」 ($p < 0.01$) が関連していた (Table 12).

考 察

1. 治療プログラムの効果とその要因

集団認知行動療法の終了時には, 抑うつ症状, 非機能的な認知, 全般的な社会機能が, 治療終了後 6 か月で自己効力感が改善し, その効果は終了後 12 か月続き, 特に全般的な社会機能は終了時から終了後 6 か月と終了後 6 か月に比して終了後 12 か月後も有意に改善し, 治療後もその効果が続き, 再発を予防していた可能性が示唆された. それに伴うように, 復職率も終了後 12 か月の時点で 62.5% に上昇していた.

非機能的な認知の改善について, 開始時に比して終了時の DAS (セルフコントロール) と, 開始時

に比して終了時の DAS (他者依存) が有意に改善していた点は特筆に値する. なぜなら, 先行研究²³⁾では非機能的認知を表す ATQ は改善したが, スキーマや非機能的態度を表す DAS は改善せず, 総じて DAS は ATQ に比して改善しにくい傾向があるとみなされているからである. 本研究において DAS (総得点) が開始時に比して終了後 12 か月の時点で有意に改善した要因の一つに集団精神療法治癒因子の「相手にどのような印象を与えるか学べたこと」と DAS (セルフコントロール) が開始時に比して終了後 6 か月の時点で有意に改善したことの要因に集団精神療法治癒因子の「情報取得」が抽出されたことは, 非機能的認知に基づく態度の修正に, 個人精神療法にはない, 集団認知行動療法独特の治癒因子が作用した可能性を示唆するものである. そして, 復職率が集団認知行動療法の終了時に 25%, 6 か月後に 54.2%, 12 か月後 62.5% と上昇し続けたことは, 不安を乗り越え認知行動療法をやり終えたことが復職の予備練習になり, 追跡調査を行うことを各参加メンバーが承知したことによって, 治療終了後も実際の生活の中で繰り返し行動実験を続けていた結果, 認知が改善し続けたと推察された. また, 終了時の勤務状況の改善要因には集団精神療法治癒因子の「希望をもたらすこと」が, 終了後 6 か

月の復職状況の改善要因には集団精神療法治癒因子の「愛他性」が、抽出されていた。復職直前は不安が一番高まる時期である。その時期にうつ病者の不安をなるべく軽減し、復職してからの「希望」が持てるようにするためには、うつに陥った状況、自身の思考過程、行動過程を分析する「振り返り」を行い、今後困難な状況に直面した時に、病前とは違う対応が出来るように準備する事が重要であり、その際に認知行動療法の技法が有用である。また、職場と十分に時間をかけて話し合い、環境調整をすることも必要である。復職してからは継続して勤務でき、仕事をし職場の一員として機能しているとの自信を徐々に付けていくことができるようになると、当初は自分自身のことで精一杯だったうつ病者も周囲に配慮ができる余裕を、すなわち愛他性を持つことができると考えられる。そのためには「復職直後から病前と同様に仕事をできることは普通はなく、徐々に仕事の負荷を上げていくものである」、などの心理教育をし、できたことをフィードバックするなどしてうつ病者の自信を高める、復職後もフォローアップの面談、声かけなど周囲とのコミュニケーションを取りやすくして同僚との関係性を築くことが、復職の成功につながるのではないかと考えられる。

2. 治療からの脱落

集団精神療法は「自分はだめだ」と自信を喪失しているうつ病者に対して安心してうつに向き合い語ることができる場を提供することに意味がある²⁴⁾。その反面、見ず知らずの他人が集う集団精神療法では、個々人の安全性を脅かされると体験することも知られている。それ故か、脱落率の高さを報告する研究は少なくない²⁵⁾。したがって、認知行動療法を集団で行う際には、集団に対する参加者の不安を軽減し、モチベーションを高める工夫（構造化）が必要である。たとえば、集団の均質化やプレ面接、スタッフ間の各症例の概念化の共有、スーパービジョンなどのきめ細やかな対応が脱落率の低さに関係していると考えられた²⁶⁾。

私達を実施した予備的研究¹²⁾では計2クルールの集団認知行動療法に参加したメンバーが9名中4名が途中脱落する結果となった。脱落者は終了時まで参加を継続できたメンバーに比して、BDIが有意に高く、ATQにおける「因子1：将来に対する否

定的評価」と「因子2：自己に対する非難」の得点有意に高かった。これらの結果から、脱落者はうつ病の回復がまだ十分ではなく、認知の歪みを抱えたままとなっていたために集団認知行動療法の場が発病時の職場体験の再現となるような心理的負荷をあたえてしまったために脱落につながった可能性が考えられた。また、抑うつ症状としての対人不安や元々のパーソナリティ傾向のために、集団精神療法に特有の初期不安に耐えられなかった可能性も否定できなかった。

そこで、本研究ではこのような脱落を防ぐために、前述のプレ面接を実施して集団認知行動療法に関する十分な心理教育を行い、治療の動機づけを高める工夫をした。また、スタッフミーティングやスーパービジョンによって、スタッフが個々の参加メンバーの概念化を共有し、集団力動を理解することによって、参加メンバーの不安が高まり過ぎないように配慮したことが脱落者ゼロの結果をもたらしたと考えられた。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究における集団認知行動療法は通常の治療としてなされたため、全例で薬物療法が実施されていたが、本プログラム経過中に大幅な薬物調整はされなかった。今後は一般外来診療で薬物療法のみで治療された群や他の心理社会的治療がなされた群などとの比較検討が必要である。

一般的に集団認知行動療法は個人認知行動療法に比して、心理教育に重点がおかれる印象があるが、本研究結果により、集団精神療法の治癒因子の作用は見過ごせない要素であることが明らかになった。しかし、集団力動も考慮したマニュアル化は困難な作業であり、今後、症例研究を積み重ねていくことが求められる。

利益相反

本研究に関し開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 厚生労働省. みんなのメンタルヘルス総合サイト. 2010年9月. (2018年1月アクセス) <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/specialty/data.html>
- 2) 土井智史. 職場におけるメンタルヘルス対策について. 日本生産性本部メンタルヘルス研究所編. 産業人メンタルヘルス白書 2011年版. 東京: 日本生産性本部; 2011. p65.

- 3) 田島美幸, 秋山 剛. 在職うつ病患者の職場復帰への支援. 坂本真土, 丹野義彦, 大野 裕編. 抑うつの臨床心理学. 初版. 東京: 東京大学出版会; 2005. pp255-273.
- 4) Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40-years retrospective. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:953-959.
- 5) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2010.
- 6) 木下亜紀子, 鈴木伸一, 松永美希, ほか. うつ病を対象とした集団認知行動療法プログラムの有用性. *精神誌*. 2006;108:166-171.
- 7) 松永美希, 鈴木伸一, 岡本泰昌, ほか. うつ病に対する集団認知行動療法の展望. *精神科治療*. 2007;22:1081-1091.
- 8) 中島美鈴, 稗田道成, 島田俊夫, ほか. 集団認知行動療法の比較対照試験による効果検討 (1). *精神科治療学*. 2009;24:851-858.
- 9) 北川信樹, 賀古勇輝, 渡邊紀子, ほか. うつ病患者の復職支援の取り組みとその有効性. *身心医*. 2009;49:123-131.
- 10) Stangier U, Hilling C, Heidenreich T, *et al*. Maintenance cognitive-behavioral therapy and manualized psychoeducation in the treatment of recurrent depression: a multicenter prospective randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2013;170:624-632.
- 11) Okamura Y, Ichikawa K. Efficacy and acceptability of group cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2014;164:155-164.
- 12) 衛藤理砂, 平島奈津子, 長井友子, ほか. うつ病の復職支援のための集団認知療法における治療因子の健康/職場の疑似体験を通じた非機能的認知の改善. 日本集団精神療法学会第26回大会. 2009.
- 13) Sheehan DV, Lecrubier Y. M.I.N.I. 精神疾患簡易構造化面接法. 東京: 星和書店; 2000.
- 14) Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, *et al*. The mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59:22-33.
- 15) Kojima M, Furukawa TA, Takahasi H, *et al*. Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry Res*. 2002;110:291-299.
- 16) American Psychiatric Association. DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院; 2002.
- 17) 児玉昌久, 片柳弘司, 嶋田洋徳, ほか. 大学生におけるストレスコーピングと自動思考, 状態不安, および抑うつ症状との関連. *ヒューマンサイエンス*. 1994;7:14-26.
- 18) Tajima M, Akiyama T, Numa H, *et al*. Reliability and validity of the Japanese version of the 24-items dysfunctional attitude scale. *Acta Neuropsychiatrica*. 2007;19:362-367.
- 19) 坂野雄二, 東條光彦. 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み. *行動療法研究*. 1986;12:73-82.
- 20) Yalom ID, Vinogradov S. グループサイコセラピー: ヤーロムの集団精神療法の手引き. 東京: 金剛出版; 1991.
- 21) 衛藤暁美, 平島奈津子, 黒沢顕三, ほか. 在職うつ病男性を対象とした集団認知行動療法の効果とその要因. *認知療法研究*. 2013;6:157-158.
- 22) 平島奈津子, 衛藤暁美, 長井友子. 集団認知行動療法に対する力動的な理解の効用グループ・スーパービジョンを通して. *集団精療*. 2013;29:176-182.
- 23) Oei TP, Bullbeck K, Campbell JM. Cognitive change process during group cognitive behaviour therapy for depression. *J Affect Disord*. 2006;92:2231-2241.
- 24) 菊池義人. グループで“うつ”を語ることの意味. *集団精療*. 2001;16:142-146.
- 25) Oei TP, Dingle G. The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *J Affect Disord*. 2008;107:5-21.
- 26) 中島美鈴, 稗田道成, 島田俊夫, ほか. 集団認知行動療法の比較対照試験による効果検討 (1). *精神科治療学*. 2009;24:851-858.

THE EFFECT OF GROUP COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR
MALE EMPLOYEES WITH DEPRESSION WHO TAKE SICK LEAVE
AND OTHER COMPLICATING FACTORS

Akemi ETO

Etoh Mental Clinic Meguro

Tomoko NAGAI, Toru YOSIZAWA and Akira IWANAMI

Department of Psychiatry, Showa University School of Medicine

Abstract — In recent years the increasing number of workers with depression and workers on leave due to depression has become a problem. Various efforts have been made to address this problem. One such effort is group cognitive therapy serving as reinstatement support. Although an assessment of effects has been undertaken, few studies have examined the factors related to the effect. In this study, factors related to depression symptoms, such as social function, nonfunctional cognition, and improvement of returning to the work situation were examined. In this study, male patients who satisfy the diagnostic criteria of major depressive disorder, dysthymia, bipolar II disorder (presently depressed state), between the ages of 30 and 55 years old, who was unlikely to retire or who is on leave within 1 month of reinstatement, were targeted. In the previous study, DAS representing schema and nonfunctional attitude did not improve, but this study showed improvement. The following improvement factors were extracted: the “what you learned what impression is given to the other people”, “satisfaction level”, “to obtain information” of the collective psychotherapeutic healing factor. Individual spirit was used to correct the attitude. This suggests the possibility that a unique healing factor was important in group cognitive behavioral therapy which is not in therapy.

Key words: depression, cognitive behavior group therapy, support of reinstatement, therapeutic factor

〔受付：12月6日，受理：12月18日，2018〕