

認知行動療法を用いたうつ病の再発予防に関する研究

東京慈恵会医科大学精神医学講座（指導：牛島定信教授）

高 梨 葉 子

（受付 平成 14 年 8 月 12 日）

A STUDY OF THE PREVENTION FOR PERIODIC DEPRESSION WITH COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY

Yoko TAKANASHI

Department of Psychiatry, The Jikei University School of Medicine

Objective: A new education program with cognitive behavior therapy aimed at preventing recurrences of depression has been recently introduced in Japan for the first time. This paper describes the program and assesses both the results of its introduction and its effectiveness.

Design: The status of depression was evaluated prospectively before and after the intervention and 1 year after the intervention with such measures as the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for Depression.

Subjects: The subjects were 31 patients. Depressive episodes and recurrent depressive disorders were diagnosed according to the International Classification of Diseases, 10th version, issued by the World Health Organization.

Intervention: The program consisted of eight weekly classes and used a preexisting video and text. The instructor was a psychiatrist, and psychoeducation was conducted in groups of four or five patients.

Main Results: The scores on all measures tended to decrease after the program. Furthermore, the higher the scores were before intervention, the greater the extent of the reductions in score was after intervention, i.e., they tended to improve. However, scores 1 year after intervention were slightly but not significantly lower than those before intervention. The degree of improvement decreased with the duration of illness and suggests that early intervention with a psychoeducation course has a strong educational effect. However, the clinical course and survival curves suggest that intervention also has a therapeutic effect.

Conclusion: Modifications to the program and experience in its use should increase effectiveness and broaden the possibility of expansion.

(Tokyo Jikeikai Medical Journal 2002; 117: 40517)

Key words: depression, prevention, relapse, cognitive behavioral therapy, psychoeducation

I. 緒 言

近年、強まる社会的・経済的不安やストレスの増加から精神保健への関心が高まっている。その役割の一つに精神疾患の再発予防があり、従来の機能性精神病だけではなく、神経症水準、あるいは老年期の病態等が取りくみの対象となってい

る。これらは発症原因が明確でなく、治癒しにくい点から二次および三次予防に重点が置かれている。

その中でもうつ病は、変動激しい現代社会においては大きな問題である。生物学的基盤のみならず環境的要因も絡んだ病態として、その治療方法のみならず、予防方法が考えられなければならない

くなっている。例えば、疫学的観点からみたときうつ病の有病率の高さは群を抜いている。Fujiwara ら¹⁾によると時点有病率 1.0% で、生涯有病率(生下時から調査時まで) 14.9% となっており、Faravelli ら²⁾によると時点有病率 2.8% で、12ヵ月期間有病率(12ヵ月前から調査時まで) 6.2% であり、Blazer ら³⁾によると時点有病率 4.9%、Kessler⁴⁾らによると生涯有病率 17.1% と報告されている。

第二に、うつ病は再発を繰り返しやすい、病相を繰り返すたびに慢性化し、社会的能力がいよいよ低下していくことが挙げられる。また、ラピッドサイクラーは三環系抗うつ薬により惹起されていると言われていたが、こうした医原性の影響による慢性例も少なくない。さらに老年期うつ病は慢性例の比率が高く、その結果、痴呆に移行したり死に至る例が少なくないことも指摘されている。このことから、うつ病は早期発見、早期治療のみならず、回復後の社会適応まで視野に入れた三次予防が重要となっている。

第三に増加する自殺者の背景に、うつ病が存在することが挙げられる。1998 年は中高年男性の自殺者数が 3 万人を越し、うつ病による社会的損失が危惧されるだけにその意義はますます高まっていると言わねばならない。

以上の点から、東京慈恵会医科大学附属柏病院精神神経科はうつ病の再発予防に着目した新しい教育プログラムを導入したが、著者もその一員と

して参画してきた⁵⁾⁻⁷⁾。このプログラムは、認知行動療法的接近を基盤とし、より構造化、簡便化した形式となっていて比較的使用しやすい治療的接近である。わが国では、うつ病の(再発)予防を目的にした治療的接近そのものがないだけに、このプログラムに関する報告はうつ病予防を目的にした最初の研究になるのではないかと考える。

II. 対象と方法

1. 対象

対象となったのは、東京慈恵会医科大学附属柏病院精神神経科外来において維持療法中にあるうつ病患者の中で、外来主治医によって研究の主旨を説明した後、参加の意を表明した者とした。研究の理解をした上で協力の同意が得られた者に対してスクリーニングを行った。診断は、WHO の国際疾病分類第 10 改定版(以下 ICD10)に基づき、うつ病エピソード(F32)、反復性うつ病性障害(F33)に該当するものである。治療導入前に対象者の精神症状の評価を行い、精神病像を呈する気分障害や希死念慮のあるものは除外した。また、合併症として薬物やアルコール依存症、痴呆、脳器質性障害を有するものも除外した。一方コントロール群として、寛解期にある外来うつ病患者を選び、比較検討の対象にした。

対象は Table 1 に示すように 31 例であり、男性 9 例、女性 22 例で、対象群の平均年齢は、48.7 ± 11.2 歳であった。コントロール群は 22 例であり、

Table 1. Demographic characteristics of the depressed patients

		Participants	Controls
age (year)	(mean ± SD)	48.7 ± 11.2	47.3 ± 11.4
sex (%)	male	9 (29.0)	8 (36.4)
	female	22 (71.0)	14 (63.6)
duration of illness (mo)	(mean ± SD)	55.0 ± 79.6	38.9 ± 58.5
ICD-10 (%)	depressive episode	15 (48.4)	16 (72.7)
	recurrent depressive disorder	16 (51.6)	6 (27.30)
employed (%)		16 (51.6)	13 (59.1)
marital status (%)	never married	1 (3.2)	0 (0)
	currently married	29 (93.6)	19 (86.4)
	formerly married	1 (3.2)	3 (13.6)
physical comorbidity (%)		12 (38.7)	9 (40.9)

男性 8 例, 女性 14 例であった。コントロール群の平均年齢は, 47.3 ± 11.4 歳であった。

2. 方法

このプログラムは, Munoz, R. の The prevention of depression⁸⁾ を日本人向けに翻訳, 改良したもので, 著者を含めた精神科医がインストラクターとして行う一種の心理教育的接近である。具体的な内容は以下のごとくである。

1) プログラムの特徴

このプログラムの第一の特徴は, これが社会学習理論に基づき, 認知行動療法的技法を取り入れたものだという点である。宿題(ホームワーク)を通して患者との共同作業により, 治療を進めていくことを基本とする。社会学習理論は, 人間の行動, 思考さらに感情は学習されたものであり, かつこの三者が密接に関与しあっているという視点をもっている。ここでは自分がこれまで“学習してきた”わるい思考や行動のパターンを理解し, それを変化させていくことで, 間接的に気分をコントロールしていくことが狙いとなっている。治療者は患者に指示的, 教育的に対応するが, 同時にホームワークを使用することによって, 患者の自主的な取り組みを促し, 自らの行動の理解を深め, 共同作業を進めやすいように配慮されている。その結果, 患者は自己治癒的取り組みや自己洞察が促され, プログラム終了後でもこの間に習得した技法を引き続き応用することが可能となり, 寛解状態を維持することが期待される。

第二は, より構造化, 均一化されたプログラムを再現するために, プログラム内容を説明したビデオや, それに沿って作成されたテキストを使用することである。このビデオとテキストは, 日本人向けに改良されたもので, 各回のテーマごとにまとめられている。

第三は, プログラムの対象者を約 4~5 人のグループで行うことで, 低下した社会技能の回復, うつ病の受容, うつ病者特有のうつの自閉の打破, 共感・安堵感の獲得といった集団精神療法的治療効果を目指していることである。

2) プログラムの進行方法

このプログラムは週 1 回, 全 8 回の講習, つまり 2 ヶ月にわたって施行される。1 回約 60 分から 90 分で, 既に作成したビデオを中心に実施する。

このビデオは患者が理解しやすいように, 講習内容を説明したもので, 専門的用語は極力避け, 最終学歴が中学校卒業程度のレベルでも理解できるように作成されている。

講習の進め方は, はじめに, 前回の講習の復習と, 患者が実行してきた“宿題”についての確認を 30 分間行う。宿題とは, 患者が講習期間中に自宅で行ってくるもので, この宿題を通して, 患者は講習に主体的に取り組んでいくことが求められている。

次に各回のテーマに沿ったビデオを, 約 30 分間患者に提示する。このとき, インストラクターである精神科医が, ビデオを数回止めながら, その都度補足説明を加えたり, 患者からの質問に対して解説を行ったりする。その後, グループで毎回のテーマについてディスカッションを重ね, 最後にその回の宿題の説明をし, 各回の講習が終了となる。講習欠席者に対しては, 次回資料を配布し, 補足説明を行った。なおこの間薬物療法は継続した。

3) 講習の内容

各回の講習の内容については, Table 2 に示した通りである。

講習 1 では, この講習の基本的理念や目的, うつ病についての一般的知識の説明が行われ, 「うつ」の受容を促すことを目的とする。ここでは, 患者自身は自分自身の気分をモニタリングする課題が出される。患者は, 自分の感情の動きを毎日 10 段階(悪い: 0 点⇔良い: 9 点)で評価し, 各々の気分の変化に注目するようになる。

講習 2 では, 講習 1 を通して着目した気分の変化と, 思考の関連性について考える。気分と思考

Table 2. Topics of classes

class	Topic
1	Introduction
2	How do thoughts influence emotions?
3	Learn how to change thoughts.
4	Effect of behavior on feelings.
5	Increase enjoyable activities.
6	Effect of interpersonal interactions on feelings.
7	Increase interpersonal activities.
8	Future plan: How to prevent depression.

は密接に関連しており、気分に影響を与えるうつ病患者特有の思考パターン、認知の歪みについて学ぶ。認知行動療法では、自動思考の記録のために思考記録用紙を使用するが、ここではそれを簡便化した「思考カード」(Fig. 1)を用いる。これに気分(抑うつ気分、不安感、焦燥感といった不快な感情、あるいは安心感、満足感、喜びといった快適な感情)と、それに先行して生じた思考(マイナス思考・悲観的な思考、あるいはプラス思考・前向きな思考)を記録する。これにより抑うつ気分を引き起こすマイナス思考を捉えることを可能にする。

講習3では、その偏った思考パターンの修正方法を学ぶ。またここでは、論理情動療法に用いられている「ABCD理論」が説明され、建設的な問題対処方法を学習する。そのためには、さらに否定的思考に替わる新たな考え方(合理的反応)について検討する。また、グループでのディスカッションを通して、相互の検証を行い、うつの認知的修正を行う。

講習4では、行動と気分の関連性に注目する。ここではLewinson P.の活動リスト⁹⁾を参考にして、患者自身独自の活動リストを作成する。個々の患者にとって楽しいと感じられる、気分の良い影響を与えると思われる活動のリストを作成する。

講習5では、この楽しい活動を増やすために計画を立てることの利点や必要性について学び、実際に1週間の活動計画を立てる。このことにより、

背後にある高い自己要求水準を修正し、自分の行動の優先順位を決定し、バランスよく実行に移すことが可能となる。そしてさらに行動遂行の際に生じる問題に対しての対処方法もみずから考え、計画を守るために進めていくうえで障害となる「億劫な」気分をコントロールするように変化していく。この行動計画の遂行、成功の増大に伴う達成感、満足感を高めることで、うつ病患者は喪失した自己評価が回復する。

講習6では、対人関係と気分の関連性について考える。ここでは社会的な支持を強化するために、対人関係の改善方法や、低下したsocial skillの修復のために、講習の中でロールプレイングや自己主張訓練を学ぶ。宿題では自己主張チェックリストを利用して、対人関係の改善を計る。

講習7では、うつの自閉の打破に向けて、対人交流を増やす方法を説明し、具体的に人との関わりを持つための場所を設定する。

最後に講習8では、全体のまとめを行い、各自の価値観をもとに自分の理想像を描いてもらい、それに向かうための今後の生活あるいは人生の目標を、短期的および長期的に具体的に設定する。

4) 評価方法

対象群とコントロール群を、講習介入時の背景因子—年齢、性別、罹病期間(発病から講習介入までの期間)、ICD10、就労状況、婚姻状況、身体合併症—について比較した。

対象群については、講習前後および1年後に、1. Beck Depression Inventory (BDI) 2.

date	mood	situation	thought	alternative way of thinking
X/ Y	Anxiety, depression	I couldn't do all of the work	I definitely can't do any more, and I'm sure I held everybody back.	There must have been work that I could do, and whenever I can't, I'll get everybody else to help me.
X/ Z	Happiness, peace of mind	I went shopping with a friend.	It was useful even to hear my friend's troubles.	
.
.
.
.

Fig. 1. Thought card

Hamilton Rating Scale of Depression (HRSD) 3. Center for Epidemiological Studies Depression Scales (CESD) 4. Symptoms Check List (SCL) 以上の4つの評価尺度を用いて評価を行った。また、評価点数の変化と各上記背景因子について因果関係の有無を検証した。

さらに対象群とコントロール群を、講習前と1年後において、上記4尺度 (BDI, HRSD, CESD, SCL) について比較した。

解析方法は対象群とコントロール群の比較はt検定を、対象群の背景因子と評価結果の関連性については分散分析による検定を行った。

III. 結 果

1. 対象の特性

対象 (Class 群) とコントロール群の特性を Table 1 に示した。対象は男性 9 例、女性 22 例の計 31 例、男性対女性は 1:2.4 であった。

年齢は、29 歳から 69 歳まで分布し、40 歳代が最も多く、31 例中 12 例 (38.7%)、平均年齢は、48.7 歳 ± 11.2 歳 (男性 45.6 歳、女性 50.0 歳) であった。

罹病期間は 3 ヶ月間から最長 20 年間まで分布しており、平均罹病期間は、55.5 ヶ月であった。ICD10 での診断基準で分類すると、うつ病エピソード 15 例 (男性 6 例、女性 9 例)、反復性うつ病性障害 16 例 (男性 3 例、女性 13 例) であり、ほぼ同数であった。

就労状況は、就業者 16 例 (51.6%)、無職 (主婦業を含む) 15 例 (48.4%) であった。ただし男性の就業者の中でも休職者が半数以上を占めていた。

婚姻状況は、既婚者 29 例、死別例 1 例、未婚者 1 例 (女性) であった。

合併症を有するものは 12 例 (38.7%) で、男女比は 5:7 であった。主だった病名では、高血圧症 3 名、慢性胃炎 2 名、アルコール性肝炎 2 名だった。

一方、コントロール群と比較すると、コントロール群は男性 8 例、女性 14 例の計 22 例であり、女性は男性の約 2 倍であった。これは対象群と同じ傾向であった。

年齢は、19 歳から 69 歳まで分布し、50 歳代が最も多く (7 例 (男性 4 例、女性 3 例)、平均年齢

は、47.3 ± 11.4 歳であり、対象群と有意差はなかった。

罹病期間は 7 ヶ月間から 23 年間に分布し、平均罹病期間は、38.9 ヶ月であった。対象群と有意差はなかった。ただし、コントロールとして、その時点で通院中の寛解期のうつ病患者とし、さらに追跡調査を施行し得た患者群だったため、より中断例の少ない症例に絞られた印象は免れない。

ICD10 で分類すると、うつ病エピソード 16 例 (男性 11 例、女性 5 例)、反復性うつ病性障害 6 例 (男性 3 例、女性 3 例) であり、うつ病エピソードが 72.7% を占め、対象群の方が、反復性うつ病性障害が多い傾向であった。

職業は就業者 13 名 (59.1%)、無職 (主婦業を含む) 9 名 (40.9%) であった。通院中の寛解期ということで、対象者と比較して就労中の者が多かったが、有意差は認められなかった。

婚姻状況は、既婚者 19 名、未婚者 3 名 (男性) で、対象群と比較して有意差はなかった。

合併症を有するものは 9 例 (40.9%) であり、男女比は 2:1 であり、対象群と比較して男性に合併症が多い傾向にあった。主だった病名では、高血圧症 2 例、慢性胃炎 1 例、糖尿病 1 例で、対象群と比較して合併症病名は同等のものが多かった。

2. 対象群の講習直後の結果

対象群の講習前後の結果を Table 3, Fig. 2 に示した。各項目とも得点の減少傾向を示したが、統計学的有意差は認めなかった。4 項目とも得点数が増加、つまり悪化したものは 2 例あり、かつその点数が BDI, HRSD とともに 15 点以上になったものは 1 例のみであった。逆に 4 項目とも減少、つまり改善傾向を示したものは 4 例あり、BDI の最大減少幅は 27 点であった。

各評価項目と、講習前後の得点差に着目した場合 (Table 4)、最も点数の減少幅が大きかった HRSD をはじめ、BDI, CESD は、講習前の点数が高かったものほど講習直後の点数減少幅が大きいため、つまり改善傾向を示し、統計学的有意差を認めた (BDI: $p < 0.001$, HRSD: $p < 0.0001$, CESD: $p < 0.01$)。

3. 対象群の講習 1 年後の結果

対象群とコントロール群の講習前と 1 年後の各評価項目の結果を Table 3, Fig. 2, 3 に示した。各

Table 3. Scores by condition and assessment period

	Class			Control	
	Preinterventions	Postintervention	One-year follow up	Preintervention	One-year follow up
BDI	9.4±7.1	8.1±6.9	7.9± 7.3	10.7±6.2	10.6±8.1
HRSD	9.3±6.5	6.7±4.8	6.1± 5.6	6.1±4.9	7.0±6.4
CES-D	14.9±9.2	13.1±8.9	12.1±11.3	13.3±8.1	8.7±8.7
SCL	5.8±4.2	5.9±5.5	4.6± 4.3	6.8±7.4	13.3±7.9

(Mean±SD)

BDI, Beck Depression Inventory; HRSD, Hamilton Rating Scale for Depression; CES-D, Center for Epidemiological Studies-Depression Scales; SCL, Symptoms Check List.

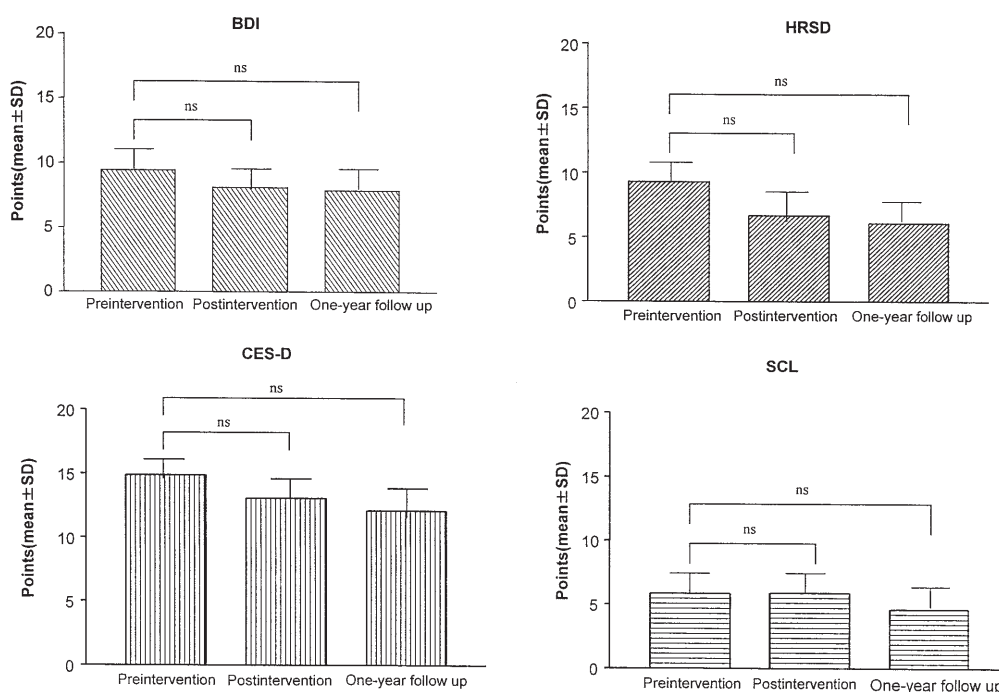


Fig. 2. Scores on the BDI, HRSD, CESD, SCL before and after intervention and one year after intervention in the group that took the classes.

BDI, Beck Depression Inventory; HRSD, Hamilton Rating Scale for Depression; CESD, Center for Epidemiological Studies Depression Scales; SCL, Symptoms Check List

項目とも得点の減少傾向を示したが、統計学的有意差は認めなかった。4項目とも得点数が増加、つまり悪化したものは1例あり、かつその点数はBDI, HRSDともに15点を超過していた。この症例は、講習直後のBDI, SCLが軽度悪化しており、1年後にうつ病相を再発していた。逆に4項目とも減少、つまり改善傾向を示したものは9例あり、BDIの最大減少幅は25点であった。これは講習

直後のBDI点数が最も改善した症例に該当し、講習直後の軽快状態が維持されていた。全体的にみても、講習直後に講習の教育効果が考えられた症例群、つまり得点数の減少群は、1年後も講習前と比較して軽快状態を維持しており、反対に講習直後の教育効果が乏しかった症例群、つまり得点数の増加群は、1年後も症状の改善が見られない印象にあった。

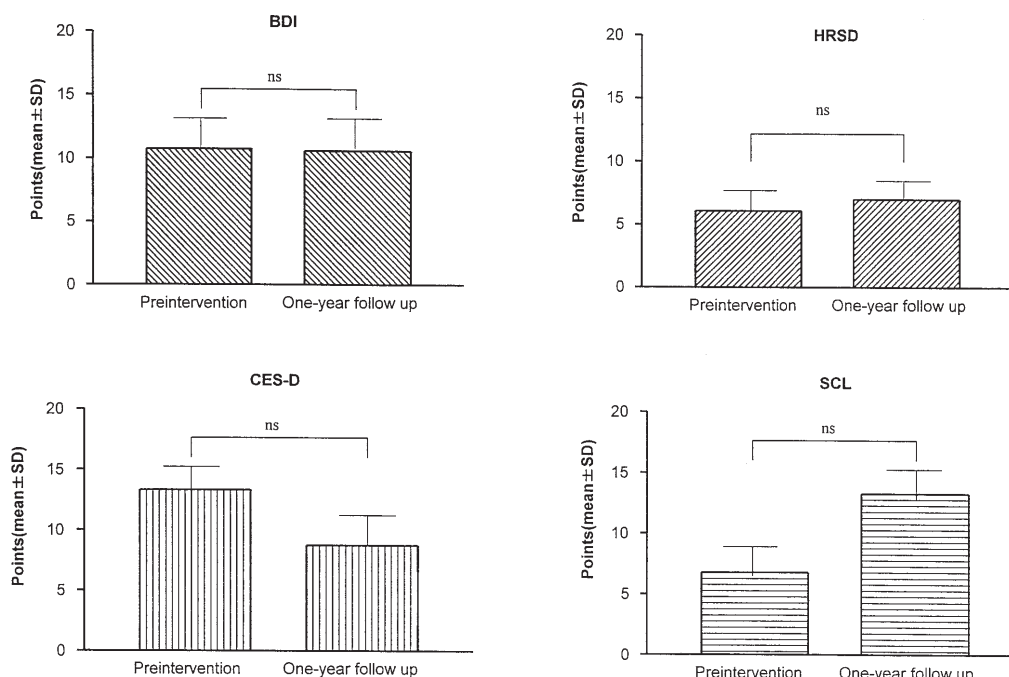


Fig. 3. Scores on the BDI, HRSD, CESD, SCL before intervention and one year after intervention in the control group.

BDI, Beck Depression Inventory; HRSD, Hamilton Rating Scale for Depression; CESD, Center for Epidemiological Studies Depression Scales; SCL, Symptoms Check List

4. 講習1年後の対象群とコントロール群との比較

対象群とコントロール群の、講習前と1年後の各項目の点数を表に示した。両群において得点数の変化に有意差はなかった。また、初めの評価時から再発がいつ認められたかを追跡し、Kaplan-Meierの累積再発率曲線をFig. 4に示した。ここでいう再発とは臨床経過から判断したもので、①投薬量が増えたとき、②社会適応が悪化した場合、③仕事や家事能力が低下した場合とした。それによると、12ヵ月から24ヵ月の間でやや対象群の方が低い再発率の傾向にあり、この講習の再発予防効果がうかがえた。

5. 講習の効果が認められた対象の特性

次に各評価項目の講習前と、直後および1年後の減少度と、対象の背景因子（性別、年齢、罹病期間、ICD10、就労状況、婚姻状況、合併症の有無）の因果関係についてTable 4に示した。

職業を有するものの方がSCLの講習直後の減少度が大きい傾向があり、1年後の減少度では有意差を認めた ($p < 0.05$)。

罹病期間は、講習直後では有意差は無かったが、

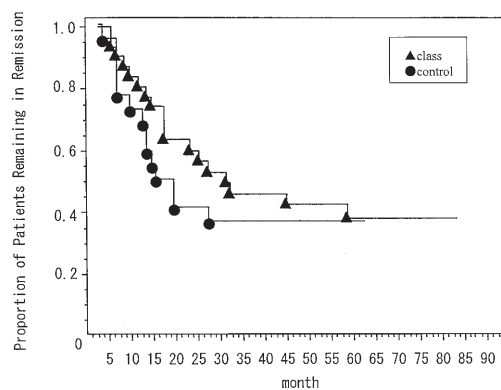


Fig. 4. Proportions of depressed patients remaining in remission 5 years after the classes or control

1年後ではBDI, CESDにおいて長期間の罹患ほど減少度が低い、つまり改善度が低かった (BDI: $p < 0.05$, CESD: $p < 0.05$)。

6. 症例提示

1) 効果のあった例

症例は、42歳の女性で、疲れやすいという訴えで受診した。

Table 4. Predictor variables for the effect of program

Variable	BDI		HRSD		CES-D		SCL	
	pre-score minus post-score	pre-score minus one-year follow up score	pre-score minus post-score	pre-score minus one-year follow up score	pre-score minus post-score	pre-score minus one-year follow up score	pre-score minus post-score	pre-score minus one-year follow up score
age	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
sex	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
duration of illness	ns	$p < 0.05$	ns	ns	ns	$p < 0.05$	ns	ns
ICD-10	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
employed	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	$p < 0.05$
marital status	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
physical comorbidity	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
BDI pre-score	$p < 0.001$	$p < 0.001$						
HRSD pre-score			$p < 0.001$	$p < 0.001$				
CES-D pre-score					$p < 0.01$	$p < 0.05$		
SCL pre-score							ns	$p < 0.01$

BDI, Beck Depression Inventory ; HRSD, Hamilton Rating Scale for Depression ; CES-D, Center for Epidemiological Studies-Depression Scales ; SCL, Symptoms Check List.

The change in depression level calculated as pre-score minus post-score, and pre-score minus one-year follow up score. Positive change scores reflected decline in depressive level, and were indicative of improvement in mood. ns ; not significant.

既往歴に、39歳の時の突発性難聴がある。家族歴は、同胞5人中第一子で、現在は夫と子供2人と同居中である。遺伝負因はない。性格は、真面目で責任感が強く、几帳面である。

生活歴：A県にて出生。高校卒業後保健婦学校進学。卒業後は保健婦として従事し、数回の転勤を経て現在B市の保健婦として勤務している。23歳時、結婚を機に現住所C県に居住。

起始および経過：19X年7月、改築のため転居したときを契機に、全身倦怠感、疲れやすさが出現するようになった。同年12月に新居が完成し、再度転居し、来客がしばらく多く続いた。翌19X+1年4月頃から全身倦怠感が増悪するようになり、6月頃より不眠、意欲低下、思考力低下、不安感が出現するようになったため、同年7月当科受診となった。

講習前までの経過：初診時、表情に乏しく、口調にやや活気を欠くが、抑うつ症状はあまり顕著ではない。疲れやすさ、億劫感、不安感を訴え、若干の思考制止がみられた。仕事の能率の低下、興味の喪失、意欲低下、不眠もあった。うつ病と診断し、支持的精神療法の基で、抗うつ薬を中心と

した薬物療法（maprotiline 30 mg/day, mianserin 30 mg/day）を投与した。

1ヵ月後には症状の軽快を認めたが、症状が改善すると仕事量を増やす傾向があるため再燃するというのを繰り返して、2年ほどが経過していた。この時点で、うつ病の再発予防プログラムを提案し、同意を得た上で導入した。なお、薬物療法は継続した。

講習後の経過：講習では全8回に出席し、宿題も几帳面にこなした。患者にとって一番効果的と思われたのは、思考パターンの検証と自己主張訓練であった。職場でオーバーワークになり、仕事が多くなると、「自分はこんな仕事もこなせないのか、情けない」、「自分が早く終わらせないから、同僚も迷惑しているに違いない」と自己卑下した否定的な考えに囚われ、抑うつ気分が増悪していた。思考パターンを検証する中で、高い自己要求水準と悲観的思考が明らかになり、それに替わる思考（「今はこれだけしかこなせないが、これまで頑張られてこられたし、今もそれなりに頑張っている。」）や、建設的な思考（「同僚がどう思っているか、根拠なく判断してないか。一度訊ねてみよう。」）を

生み出す練習が可能となった。また、仕事を頼まれたときや家人に頼まれごとをしたとき、はっきりと自己主張(「ここまではできるが、それ以上は今日中には無理です」, 「疲れているからそれではできない」)することが少しずつ可能となった。思考パターンの検証, 自己主張訓練によって抑うつ症状の再燃を予防できるようになり, 症状は軽快したままの状態が続いている。使用薬剤は, maprotiline 10 mg/day, mianserin 10 mg/day である。

その間, 本人の転勤, 長男の登校拒否などが問題となったが, 再発することもなく過ごすことができている。現在, 講習介入から6年の経過であるが, 講習で得たストレス対処方法を実践しながら, 再発することがなく今日に至っている。

2) 効果が不十分であった症例

症例は, 63歳の女性である。抑うつ気分を主訴に受診した。既往歴には特記すべきものはない。家族歴は, 同胞4人中第一子で, 現在は夫と子供2人と同居中で, 遺債負因はない。性格は, 頑固で神経質だという。

生活歴: 高校卒業後, 事務員として従事し, 22歳時の結婚後は専業主婦として過ごす。

起始および経過: 19X年(53歳時), 特に誘因なく抑うつ気分, 意欲低下が出現し, うつ病の診断のもと他院にて治療が開始され, 症状は改善し, 一旦治療は終結されていた。その4年後(57歳), 自宅の新築を契機に抑うつ気分, 不眠, 食欲低下, 悲哀感が出現した。再び同院にてうつ病の治療が開始され, 症状は一旦軽快し, 外来治療を継続していたが, 主治医の退職を機に, 患者63歳時に, 当院への紹介受診となった。

講習前までの経過: 初診時表情, 口調はやや活気を欠き, 不安感, 抑うつ気分と, 発汗, 下肢の倦怠感, 痺れといった身体的不定愁訴を訴える。家事能力の低下, 意欲低下を軽度認めた。以上の症状, 経過より, うつ病と診断し, 支持的精神療法とともに, 抗うつ薬を中心とした薬物療法(dosulepin 50 mg/day, maprotiline 25 mg/day)を開始したところ, 2ヵ月後には多少の身体的不定愁訴はあるものの, 軽快状態となった時点で本人の同意を得た上で, 再発予防プログラムに導入した。

講習後の経過: 講習は全8回中6回出席した。薬物療法は継続していたが, 自己判断にて内服量を増減することがあった。思考カードは身体についての不安が多く, 代替思考パターンや思考内容の検証に結びつきにくかった。活動リストでは「身体がつらくて何もできない」, 「友人もいないし, どうやって友人を作ればいいかわからない」と述べ, 自己主張訓練では「そうは言っても主張できない」と, いずれも否定的思考にとらわれ, そこから抜け出すことが難しかった。宿題を通して, あまり講習の効果が認められなかった。ただ, 抑うつ症状が増悪することはなかった。講習終了後も, 症状が改善傾向に向かうと自己判断にて薬物内服量を減量してしまうため, 抑うつ症状が再燃しやすかった。またその後, 身体的不定愁訴は増悪し, 不安, 焦燥感が出現することもあった。薬物のコンプライアンスも悪く, 現在なお身体症状, 抑うつを訴え続けている。

治療成功例と比べて, 講習までの罹病期間が長く多少とも慢性化していたこと, 病前性格に神経症傾向を認めることがある。最近では, 定型的な病前性格(執着気質, メランコリー好発型など)ではない神経症的傾向を基盤にした発病例が報告されている¹⁰⁾¹¹⁾。性格傾向とうつ病発症, 転帰, 再発との間には密接な関係があり, 神経症傾向であることが再発につながるとする報告もある¹²⁾。不成功例は, 身体症状にとらわれて否定的思考パターンの検証ができないままに講習が終わり, 十分な教育効果を得られていないといわねばならない。このような症例には, もっと時間をかけるとか, 補足説明を丹念にするとか, 否定的思考の検証にもっと別の工夫をするなどの働きかけの必要性を痛感させる。

IV. 考 察

1. 対象の特性をめぐって

本研究における対象の選択が無作為抽出法をとっておらず, 対象者に多少の偏りが生じた可能性は否定できない。そこで疫学的報告で述べられているうつ病の特性と比較する必要があるだろう。

対象の性差(男性対女性)は, 1:2.4であり, これまでの疫学的報告と変わりはない²⁾⁴⁾¹³⁾。また,

年齢と時点有病率については³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾、15～24歳の若年層が最も有病率が高いとするもの、加齢に伴い有病率が高くなるとするものと、統一した見解は得られていない。今回の対象群の平均年齢は48.7歳で、中高年を対象とした研究といえるだろう。

次に予防プログラムの効果を判定するために、対象群とコントロール群を比較した。対象群の罹病期間が55.0ヵ月とやや長く、またICD10分類で再発群が51.6%と半数以上を占めており、コントロール群と比較して、遷延し再発を繰り返した症例が多い傾向にあった。しかし、年齢、性差、罹病期間、ICD10診断、就労状況、婚姻状況、身体合併症の有無以上の背景因子について、両群に有意差はなかった。

以上を小括すると、対象となった患者は、40代から60代にかけて、多少とも長期化傾向を示すものということができる。コントロール群も年齢その他を合わせてあるだけに、同じ背景を持った症例が選択されたといえる。ただ、対象群とコントロール群の間には、講習の開講時間が平日の午前中だったこともあり、女性や休職中の男性が多くなった可能性はあるであろう。しかしながら、これらも本プログラムの有効性を論じるのに支障を来す要因とはいえない。

2. 予防プログラムの効果をめぐって

1) 評価結果について

対象群の講習前後の各評価項目は、平均値の減少、つまり改善傾向を示したが、有意差はなかった。対象の講習前の平均点は、BDI 9.4点、HRSD 9.3点と寛解傾向にあり、このため評価尺度の点数変化だけでは、講習の効果を評価することが難しかった可能性はある。

次に講習前と1年後の各評価項目については、同じく平均値の減少傾向つまり改善傾向を示したが、有意差はなかった。この理由に関しても講習前後の結果と同様のことが考えられる。さらに、1年後という一断面のみの横断的な評価のため、1年の間にあった状態に影響を及ぼす可能性の高い体験をも考慮に入れなければならず、本プログラムだけの有効性を論じることの難しさがある。

以上を踏まえて、研究結果を検討すると、講習介入と背景因子の関連性が、SCLと就労状況、

BDI、CESDと罹病期間の間でみられた。罹病期間が長いほど改善度は低かったことから、本プログラムもまたできるだけ早期の介入の必要性が挙げられる。

対象群とコントロール群の、講習前と1年後の各評価項目点数の変化に有意差はなかった。しかし、KaplanMeierの累積再発曲線からみると、12ヵ月から24ヵ月の間でやや対象群における再発率が低い傾向にあり、この講習の再発予防効果はある程度はうかがうことができるように感じられた。

以上の点を総合すると、評価をBDI、HRSD、CESD、SCL4評価尺度で、評価時期を講習前後、1年後の3時点だけを評価する方法では、認知の変化を検証し、再発予防効果を立証するには限界があると言わざるを得ない。しかしその一方では、各症例の臨床経過から認知の変化、症状変化は確かに認められていることも忘れてはならない。それは先にあげた症例であきらかである。

2) プログラムの実際効果について

そもそもこのプログラムは、認知行動療法の治療理論を取り入れて、再発予防を目的に作成されたものである。まず、うつ病患者のもつ認知の歪みに焦点を当てさせ、その背後にある思考や行動パターンを検証させることによってうつ病者特有のスキーマ、患者の信念を見つめ直させる操作がある。その認知をもとにそのスキーマを日常的な訓練を通じて変化させ、結果的に思考や行動パターンを変え、気分の安定をはかり、再発を防ごうとするものである。

認知行動療法のうつ病への治療効果、再発予防効果は諸外国で多くの報告^{16)~22)}がなされているが、ほとんどはうつ病の急性期の“治療”における認知行動療法の有用性についてである。いわば、急性期における認知行動療法の後にBDI、HRSDの変化や、その後の追跡調査において状態を評価して再発率を検討するものである。その中で留意すべきは、Jarrett²³⁾らの研究であろう。彼らは、急性期に認知療法を行った結果、寛解期に至った症例群に対して、引き続き認知療法を行うことが、8ヵ月後の再燃率を減少させると報告しており、寛解期における認知療法の意義を論じているのは注目に値する。

一方わが国では、うつ病の急性期の個人精神療法は既に確立した感もあるが、寛解期における精神療法を再発予防の観点から論じたものは数少ない。その中で、矢崎²⁴⁾が報告した中間期の精神療法は注目を惹く。これによると、うつ病の中間期の精神療法の最大の目的は再発予防にあり、そのためには発病状況の分析が重要であるとしている。そして、発病状況に深く関与する病前性格を取り上げ、うつ病患者の持つ「価値構造」に着目した。これによると、人の価値構造は2つの側面を持ち、欲求に結びついた価値意識、つまり「～がしたい」というものと、「規範」に結びついた価値意識、つまり「～しなければならない」というものがある。この2つの価値意識はときに対立し、うつ病患者では、後者の「規範意識」が肥大しているために価値意識のバランスが崩れる。その結果社会復帰や対人関係において、偏って限られた価値構造の世界の中から抜け出せずにいることが多い。中間期の精神療法を行う上で、この点に留意する重要性を提唱している。奇しくもここでいう「規範意識」は、このプログラムにおける思考つまり認知の歪みとその背景に潜むスキーマと共通するものといってよく、うつ病患者特有の思考パターンを具体的に検証していくことが肥大化した規範意識を修正することにつながると思われる。さらに、楽しい活動リストを作成し、計画を立てることは縮小した欲求に関する価値意識を取り戻すことを可能にしている。また、自己主張訓練を含めた対人関係への接近は、幼少期に形成された人間関係における葛藤をめぐることになり、うつ病を引き起こすスキーマを取り扱うことになる。以上のように、このプログラムは、実は患者の性格、生き方そのものにメスを入れようとするものであるといえる。

ただここで留意すべきは、認知療法にしろ矢崎の個人精神療法にしろ、患者個人を対象にした専門性の高い治療的接近であるということである。その点、本プログラムは認知行動療法を基盤にしているとはいえ、簡便化しシステムタイズして、それほど専門性を求めないところに特徴がある。それだけに一般外来で比較的容易に使用できることは一つの大きな特徴といえる。しかしながら、今回の研究は、本邦に初めて導入しようとする試み

であるだけに試行錯誤的な側面のあったことは否めず、本プログラムの真の効用を發揮させていない可能性は残っている。いわば使用に当たっては、種々の創意工夫をする余地は残っているのである。しかし、実際にプログラムを実行した結果、それこそ統計学的な結果、つまり講習前後や1年後の変化は明らかでなかったが、それぞれの症例を検討してみると「価値意識」の変化は確かに起こっているのである。繰り返されていた仕事面や対人面での「認知」パターンの変化は、実は患者の生き方そのものが変化していることに他ならず、この変化に大きな意義があると考えられる。さらに、毎回講習の時間に、患者と1週間ごとの「思考」や「行動」の変化を吟味していたことは、認知療法的にはスキーマを取り扱うことでもあるが、さらに深く性格そのものに踏み込んだ結果、変化し得た部分も見出される。提示した症例以外にもそのことが認められ、身体症状にとらわれていたが新しく趣味を持ち始めた患者や、不安をアルコールで紛らわすことをやめた患者と、そのライフスタイルが変化しているのである。

ただ一方では、プログラムを進める上で工夫する余地が残っていることも確かである。対人関係にしろ、社会適応にしろ、患者が示す思考や行動パターンを検証するとき、常に根底にある価値規範、それを生み出す性格特性に注目できる目を養っておく必要がある。たとえば症例2において観察されたように、講習終了直後に患者各自のペースに合わせて講習内容を復習し、患者に教育の補強を行うこともその一つであろう。さらには、思考パターンの検証や宿題の扱い方にしても、心理教育的接近や社会技能訓練にならって治療者から患者への教示というスタイルから患者ないしは家族同士で問題を検討するスタイルに変えていくといったことも重要かも知れない。

今後、以上のような点を踏まえて講習を行っていくと、プログラムの可能性はもっと広がるものになるであろう。そうすることで、症例だけではなしに、評価尺度による統計学的にも有意差を得ることが可能になるであろうと思われる。

V. 結 語

1. Munoz, R. によって開発された「うつ病予

防プログラム]を実施に供し、その結果を報告し、若干の考察を行った。

2. 対象となった患者は、40代から60代前半の、うつ病の再発を繰り返す、2年から5年の経過を有するものがほとんどであった。

3. プログラムの治療効果、再発予防効果について統計学的に有意差を得ることはできなかったが、臨床経過、再発率曲線からはある程度治療効果をうかがうことはできた。

4. 今後は、プログラムの運用で創意工夫を余りあること、経験を積み重ねることで効果を上げることが可能であるとの認識を示し、本プログラムの今後の発展可能性を指摘した。

稿を終えるにあたり、直接ご指導を賜りました精神医学講座 主任教授 牛島定信先生に深甚なる謝意を表します。本研究実施にあたりご支援いただきました笠原洋勇教授、忽滑谷和孝講師に深謝いたします。さらに、総合病院精神医学研究班をはじめ講座の皆様方から終始御指導および御助言をいただきましたことに感謝いたします。

尚、本研究の一部は平成8年度文部省科学研究費補助金(課題番号08770797)および平成12年度、13年度文部省科学研究費補助金(課題番号12770549)の助成を得た。

また、本論文の内容の一部は、第13回成医会柏支部例会、第16回日本社会精神医学会、第92回日本精神神経学会総会、第95回日本精神神経学会総会、第20回成医会柏支部例会において発表した。

文 献

- 藤原茂樹, 北村俊則. 甲府市の一地区における精神科疫学調査: 軽度精神障害の頻度及び発症要因に関する研究. 厚生省精神・神経疾患委託研究精神・神経・筋疾患の頻度, 発症要因及び予防に関する研究. 平成4年度研究報告書1992; 504.
- Faravelli C, Gueerrini Degl'Innocenti B, Aiazzi L, Incerpi G, Pallanti S. Epidemiology of mood disorders: a community survey in Florence. *J Affect Disord* 1990; 20: 13541.
- Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a natural community sample: The National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 97986.
- Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993; 29: 8596.
- 忽滑谷和孝. うつ病の再燃・再発予防: 心理教育を通して. *精神科治療学* 2000; 15(2): 13743.
- 高梨葉子, 忽滑谷和孝, 西村 浩, 笠原洋勇, 牛島定信, Yamamoto Joe. 難治性うつ病へのサイコエデュケーションの適応: UCLA との共同研究から. *臨床精神医学* 1997; 26: 152935.
- 高梨葉子, 忽滑谷和孝, 西村 浩, 笠原洋勇, 牛島定信, Yamamoto Joe. うつ病の再発予防: UCLA との共同研究から. *社会精神医学研究紀要* 1997; 26: 1320.
- Munoz RF, Yung YW. *The Prevention of Depression*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press; 1993.
- Lewinson PM, Youyner MA., Zeiss AM. *Control your depression (rev.ed.)*. New York: Prentice Hall; 1986.
- Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. A longitudinal twin study of personality and major depression in women. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 85362.
- Roberts SB, Kendler K. Neuroticism and self-esteem as indices of the vulnerability to major depression in women. *Psychol Med* 1999; 27: 51132.
- Berlanga C, Heinze G, Torres M, Apoquian R, Caballero A. Personality and clinical predictors of recurrence of depression. *Psychiatric Services* 1998; 50: 37680.
- Carta MG, Carpiniello B, Kovess V, Porcedda R, Zedda A, Rudas N. Lifetime prevalence of major depression and dysthymia: results of a community survey in Sardinia. *Eur Neuropsychopharmacol* 1995; Suppl: 1037.
- Kovess V, Murphy HBM, Tousignant M. Urbanrural comparison of depressive disorders in French Canada. *J Nerv Ment Dis* 1987; 175: 45765.
- Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M. et al. Onemonth prevalence of mental disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 97786.
- Blackburn IM, Euson K., Bishop S. A 2year naturalistic followup of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *J Affect Disord* 1986; 10: 6775.

- 17) Evans MD, Hollon SD. Differential relapse following therapy and pharmacotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 8028.
- 18) Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 81620.
- 19) Leichsenning F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitivebehavioral therapy in depression: a meta analytic approach. *Clin Psychol Rev* 2001; 21: 40119.
- 20) Miller RC, Berman JS. The efficacy of cognitive behavioral therapies: a quantitative review of research evidence. *Psycho Bull* 1983; 94: 3953.
- 21) Scott J. Cognitive therapy for depression. *Br Med Bull* 2001; 57: 10113.
- 22) Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM. A metanalysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Dis* 1998; 49: 5972.
- 23) Jarrett RB, Kraft D, Doyle J, Doyle J, Foster BM, Eaves GG, Silver PC. Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 3818.
- 24) 矢崎妙子. 躁うつ病の精神療法. 笠原嘉 編 躁うつ病の精神病理1 東京: 弘文堂; 1976. 22139.