

## うつ病再発予防講習会(Depression prevention program:DPP)の 臨床有用性

眞 鍋 貴 子 古 川 はるこ 忽滑谷 和 孝 中 山 和 彦

東京慈恵会医科大学精神医学講座

(受付 平成 28 年 4 月 15 日)

### CLINICAL EFFECTIVENESS OF THE DEPRESSION PREVENTION PROGRAM

Takako MANABE, Haruko FURUKAWA, Kazutaka NUKARIYA, and Kazuhiko NAKAYAMA

*Department of Psychiatry, The Jikei University School of Medicine*

**Purpose/Methods:** Since 1994 The Jikei University Hospital and The Jikei University Kashiwa Hospital have conducted a depression prevention program based on cognitive behavioral therapy. Our previous analysis has shown that the program is effective for preventing depression from relapsing. Because more patients have participated in the program, we have re-examined its effectiveness and reviewed the demographic characteristics of patients who were able to continue attending the program.

**Results:** Compared with before the program was conducted, improvements were observed in the 24-item version of the Hamilton Rating Depression Scale, the Profile of Mood States, and the Automatic Thoughts Questionnaire-Revised shortly after and 1 year after the start of the program. The relapse rate in the 2 years after the program was started was 19.0%, which was lower than that observed in our previous study and, therefore, confirms the long-term effectiveness of the program in preventing depression from relapsing. In addition, the demographic characteristics showed that patients who attended at least 7 of the 8 classes tended to have high levels of the “Harm Avoidance” trait in the Temperament and Character Inventory and had significantly high levels of this trait’s subscales of “Fear of uncertainty” and “Anticipatory worry.”

**Conclusion:** The findings of the present study reconfirm that the depression prevention program is effective for preventing depression from relapsing. Patients who continue the program tend to have high levels of the “Harm Avoidance” trait.

(Tokyo Jikeikai Medical Journal 2016;131:111-9)

Key words: depression, prevention of relapse, cognitive behavioral therapy, personality

#### I. 緒 言

うつ病は“こころの風邪”といわれ、進行性に悪化することなく、寛解にいたる病とされていた。しかし、薬物療法を継続していても再発を繰り返し退職や退職を余儀なくされ、社会生活に支障が生じることも多い。罹患した患者の50～85%は、いずれまた再発する。また、20～30%の症例に

おいては完全寛解せず、部分寛解にとどまる。部分寛解は、早期の再発の強い予測因子であるため、残遺症状が消失するまでは、治療を続けることが推奨される。うつ病の残遺症状が薬物療法によって改善されない場合には、精神療法を併用しても良いとされている<sup>1)</sup>。さらに、認知行動療法はうつ病の再発予防に効果あり<sup>2) 3)</sup>、集団でも実施されている<sup>4)</sup>。

我々は、1994年からうつ病再発予防講習会 (Depression prevention program; 以下DPPと示す) を行ってきた。2002年の先行研究にて、うつ病の再発抑制効果が明らか<sup>5)</sup>となり、その後10年を超えて、年に3~4回を継続して行っている。

DPPは、行動療法から発展してきた認知行動療法であり、集団で行うことで、同じ症状を経験した他者が、どのようにして偏りのある思考を把握し、違う視点の思考を持つにいたるかを学びあうことができる。我々の最終目標は、うつ病に苦しむ患者が回復することであるが、さらに、再発に脅かされず、社会参加し、その人らしい生き方や人生を得られることである。寛解期を有意義に過ごすことがつぎの再発予防につながる。

10年を超えるDPPの実践を通して、蓄積された結果を整理することで、改めて、DPPの抑うつ症状の改善、ならびにうつ病再発予防効果について再検討し、最近の文献を加えて考察した。そして、今回は、講習を途中で脱落してしまった患者の特徴についても調査し、適応の問題を考察した。

## II. 対象と方法

### 1. 対象

対象は、2004年8月~2013年10月の期間に東京慈恵会医科大学 (本学) 附属病院と本学附属柏病院精神神経科外来通院患者もしくは、入院患者のうち研究の主旨を口頭および書面で説明し、書面での同意を得た238名である。その中で、DSM-IV-TR<sup>6)</sup>の診断基準で、反復性うつ病、単一エピソード、気分変調症に該当し、急性期治療を終えた患者のうち、つぎの条件を満たしていることを主治医が確認した192名を対象者とした。

1) Hamilton-Rating depression scale (24) (以下HDRS (24)と示す) が15点未満であり、希死念慮を有さない。2) 年齢は20歳以上であること。3) 薬物およびアルコール依存症、認知症、器質性疾患を有さない。4) 8回の講習の受講が可能な身体機能であること。また、受講に支障がある程の聴力障害、視力障害がないこと。

募集方法としては、外来や病棟にDPPの案内を掲示し、参加を呼びかけた。

### 2. 方法

#### 1) DPPの具体的方法

DPPは、Munoz. R. のThe prevention of depression<sup>7)</sup>の日本語版であり、米国在住の日本人二世に対して実施し、その後、高梨によってうつ病再発予防に効果があることが報告された<sup>5)</sup>。認知行動療法の技法を取り入れた集団療法であり、社会学習理論に基づいている。その理論は、人間の行動、思考、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から成り立っている。一度うつ病を経験することで、その三者が固定され、その後に軽いうつ状態になった時に、それらが悪循環をもたらし、再発を引き起こす可能性が高くなる。そのため、行動、思考、感情を客観的にモニターすることで再発予防を図るというものである。

介入方法は、1回90分、週1回、計8回行われるため、全過程で2ヵ月間を要する。講習は、スライドとテキストを用いて解説をする講義と集団討論から構成されている。3~8名の集団で行うことで、討論しやすく、自助効果も期待できる。課題を通してより実践的にうつ病再発予防の技法を習得することを目指している。講習の内容の概略については、Table 1に示したが、詳細に関しては、高梨の論文<sup>5)</sup>を参照されたい。

#### 2) 調査項目

本研究は、次の3つの調査から構成されている。はじめに、評価尺度による症状レベルの効果を確認し、つぎに再発予防の長期効果を調査し、最後に講習を途中で脱落した患者の特徴について検討した。

##### (1) 評価尺度による症状レベルの効果

うつ症状の評価としてHDRS (24)、気分の評価

Table 1. 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.

としてProfile of Mood States<sup>8)</sup> (以下POMS), 認知の評価としてAutomatic Thoughts Questionnaire Revised<sup>9)</sup> (以下ATQ-R) を, 講習前後, 1年後に実施した。3回のすべて実施できた70名を解析対象とした。

#### 【POMSについて】

POMSは, 気分を評価するためにMcNairら<sup>8) 10)</sup>によって開発された, 65項目からなる質問紙法である。被験者がおかれた環境によって変わる一時的な気分や感情の状態を測定できることが特徴である。横山ら<sup>11)</sup>によって作成された日本語版は, 信頼性と妥当性が証明されており<sup>12) 13)</sup> 抑うつ患者の臨床状態の変化も良く反映することが示された<sup>14) 15)</sup>。被験者は, 項目ごとに, 過去1週間「全くなかった」(0点) から「非常に多くあった」(4点) までの5段階(0~4点) のいずれか一つを選択する。これら65項目中58項目は, ①緊張—不安 (Tension-Anxiety; T-A), ②抑うつ—落ち込み (Depression-Dejection; D), ③怒り—敵意 (Anger-Hostility ; A-H), ④活気 (Vigor ; V), ⑤疲労 (Fatigue ; F), ⑥混乱 (Confusion; C) の6つの尺度に分類され, 尺度ごとに合計得点を算出する (ただし, 残りの7項目はこれら6つの尺度に属さないダミーであるので, 計算に用いられない)。

#### 【ATQ-Rについて】

Hollon et al. (1980)<sup>16)</sup> によって, 自動思考を測定する尺度としてAutomatic Thoughts Questionnaire (ATQ) が作成されたが, その後, Kendall et al. (1989)<sup>17)</sup> が, 肯定的な自動思考と否定的な自動思考に着目し, 改訂版であるATQ-Rを作成した。自動思考には, 肯定的な自動思考と否定的な自動思考があり, 両者は負の相関があることが示されており<sup>18)</sup>, ATQ-Rは, それらを捉える尺度である。わが国では, 児玉ら (1994) によって作成されたATQ-R邦訳版<sup>19)</sup> が使用可能であり, 坂本らによって, 信頼性と妥当性が立証されている<sup>20)</sup>。将来に対する否定的評価 (Negative Future Expectation ; NF), 自己に対する非難 (Negative Self Evaluation ; NS), 肯定的思考 (Positive Self Evaluation ; PS) の3因子38項目から構成される自記式の評価尺度である。被験者は項目ごとに, 「全く用いない」(0点) から「良く用いる」(3点) までの4段階のいずれかを一つ選択する。

#### (2) 再発予防効果

うつ病の再発に対する評価は, 臨床的全般印象重症度 (Clinical Global Impressions-Severity : CGI-S) を用いて行った。CGIは, 1976年にGuyらによって開発された評価尺度で, ①正常, ②境界, ③軽症, ④中等症, ⑤やや重症, ⑥重症, ⑦最も重症の7段階で評価する (ただし, 評価できない場合は0)。CGI-Sは, 精神疾患の重症度を包括的かつ簡便に評価できることで良く用いられている<sup>21)</sup>。CGI-Sが2ポイント上昇した場合をうつ病の再発と定義とした。CGI-Sは症状悪化時に随時行った。

192名中, 講習終了後に転院, 自己都合中断などCGI-Sの評価ができなかった53名を除いた139名を解析対象とした。

#### (3) 継続群の特徴

8回の講習を途中で自己中断した9名を脱落群, 残り99名を継続群とした。パーソナリティを含めた両群の患者背景を調査した。パーソナリティの評価は, Temperament and Character Inventory (以下TCIと示す) を用い, 講習前にTCIを実施できた108名を解析の対象とした。

#### 【TCIについて】

TCIは, Cloningerによって開発された, 次元論的研究に基づく人格検査である<sup>22)</sup>。TCIは, パーソナリティを先天的に遺伝によって既定される特性と, 環境や発達段階, 文化的な影響によって後天的に形成される特性に分け, 「はい」「いいえ」の2件法で回答する自記式の検査である。TCIには, 先天的に既定されるパーソナリティの因子として, 新奇性追求, 損害回避, 報酬依存, 固執の4因子と, 後天的に形成される特性の因子として, 自己志向, 協調性, 自己超越性の3因子がある。また各々の下位尺度があり, 以下に示す。

新奇性追求: ①探求心 (対・厳格) ②衝動性 (対・熟考) ③浪費 (対・儉約) ④無秩序 (対・組織化)  
 損害回避: ①予期懸念 (対・無欲性の楽観) ②不確実性に対する恐れ (対・自信を持つ) ③人見知り (対・社交性) ④易疲労性, 無力性 (対・力)  
 報酬依存: ①感傷癖 (対・鈍感) ②愛着 (対・分離) ③依存 (対・独立)  
 固執性: 下位分類なし

自己志向: ①自己責任 (対・他人非難) ②目的指向性 (対・目的指向性の欠如) ③臨機応変 (対・無

関心) ④自己受容(対・自己努力) ⑤自己啓発  
 協調性: ①社会受容(対・社会的寛容) ②共感性(対・社会的無関心) ③協力性(対・非協力) ④同情心(対・復讐心) ⑤純粋な良心(対・利己主義)  
 自己超越: ①自己忘却(対・自己意識経験) ②超個人的同一化(対・自己弁別) ③霊的現象の受容(対・合理的物質主義)

木島らは、TCIの日本語版を作製し、高い内的整合性および構成概念妥当性を確認した<sup>23)</sup>。今回は、125項目からなる日本語版を用いた。

### 3) 統計学的解析方法

患者背景である年齢や薬物投与量などの量的変数については、Mann-WhitneyのU検定を、学歴や同居者の有無など質的変数に関しては、Fisherの正確確率検定を用いた。(1)の研究である評価尺度による症状レベルの効果については、Friedman検定を行い、その後、Wilcoxonの符号付き順位検定で多重比較を行った。(2)の再発予防効果は、再発率をカプランマイヤー法にて算出した。(3)の継続群と脱落群との比較は、Fisherの直接法とMann-Whitney検定で行った。いずれの分析でも両側検定で有意水準5%未満とした。統計ソフトは、SPSS ver.16.0 for Windowsを用いた。

## III. 結 果

対象者の患者背景をTable 2に示した。

平均年齢は、44.9 ± 12.9歳(以下、値は平均 ± 標準偏差で表記する)、男性と女性は同数であった。診断内訳は、30.9%が大うつ病単一エピソード、46.0%が大うつ病性障害反復エピソード、23.0%が気分変調症であった。罹患期間(発病から講習導入までの期間)は、56.0 ± 61.2ヵ月であった。導入時のHDRS(24)では15点以下で寛解に近い状態と判断できる。平均教育年数は15.0 ± 1.8年、就労状況としては、46.8%が就労中、40.3%が休職中であった。過去のうつ病エピソードの回数は、1.6 ± 1.0回と少ない。DPPの出席回数は、8回中平均7.6 ± 0.8回と参加状況は良好であった。

### 1) 評価尺度による症状レベルの効果

HDRS(24)の総点は、講習前には平均6.8 ± 4.7であったが、講習直後、1年後はそれぞれ、4.0 ± 3.6、4.3 ± 5.2となり、講習前と比べて有意に減少していた(p < 0.001)。

POMSでは、T-A(緊張-不安)、D(抑うつ-落ち込み)、F(疲労)、C(混乱)の4領域で、DPP開始前と比較して、直後、1年後で有意差をもって

Table 2. Demographic and clinical characteristics. (n = 139)

		(n = 139)
age (mean ± SD)		44.9 ± 12.9 years old
Sex (Male%)		50%
Diagnosis (DSM-IV-TR)	Depression episode	43 (30.9%)
	Recurrent Depressive disorder	64 (46.0%)
	Dysthymia	32 (23.0%)
Duration of illness (mean ± SD)		56.0 ± 61.2 months
Number of episodes (mean ± SD)		1.6 ± 1.0 times
Hospitalization		28 (20.1%)
Years of education (mean ± SD)		15.0 ± 1.8 years
The presence of housemate		79 (56.8%)
Employed (%)	Unemployed	18 (12.9%)
	Leave of absence	56 (40.3%)
	Employment	65 (46.8%)
Physical comorbidity		12 (8.6%)
HDRS at the time of baseline (mean ± SD)		7.2 ± 5.2
Paroxetine equivalent conversion (mean ± SD)		29.7 ± 25.8 mg
Chlorpromazine equivalent conversion (mean ± SD)		12.8 ± 48.9 mg
Diazepam equivalent conversion (mean ± SD)		9.3 ± 10.5 mg
Attendance number of times (total 8times) (mean ± SD)		7.6 ± 0.8 times

HDRS (24) ; Hamilton Rating Scale for Depression

改善した(T-A;p<0.05, D;p<0.001, F;p<0.001, C;p<0.001). V(活気)では、直後のみで有意に改善した(p<0.001). A-H(怒り-敵意)では直後、1年後の両時点で有意な差を認めなかった。

ATQ-Rについても、将来に対する否定的評価と自己に対する非難は講習直後に有意に減少し、1年後まで低く推移していた(p<0.001). 一方、肯定的思考は、講習直後に有意に増加し、1年後まで高く維持していた(p<0.001)(Table 3).

## 2) 再発予防効果

再発率では、講習終了1年後では10.2%, 2年後には19.0%, 3年後26.7%, 4年月後31.7%, 5年後38.1%であった。2002年の高梨のコントロール群と対象群の結果<sup>5)</sup>も合わせて示した(Fig. 1).

## 3) 継続群の特徴

脱落群は9名、継続群は99名であり、年齢、性別、診断、罹病期間(初発から受講までの期間)、再発回数、入院の有無、教育年数、同居人の有無、就労状況、身体合併症、導入時HDRS、薬物換算値<sup>24)</sup>(パロキセチン、ジアゼパム、クロルプロマジン換算)において、2群間で有意差が認められなかった。しかし、罹病期間では脱落群が158.7カ

月±170.0であるのに対して継続群では、59.0カ月±65.2と罹病期間が短い傾向があった(p<0.1). また、診断に関して、気分変調症の占める割合が、脱落群で66.7%であるのに対して、継続群では27.3%と少ない傾向であった(p<0.1)(Table 4).

パーソナリティ尺度であるTCIの結果をみる

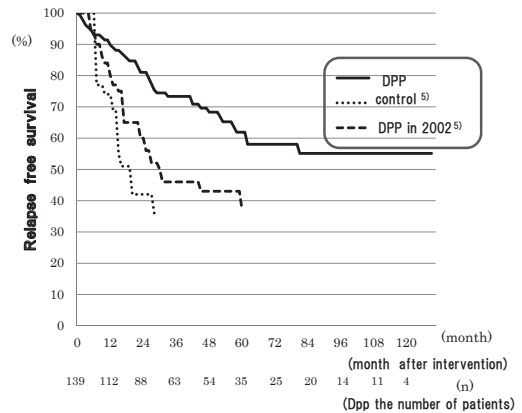


Fig. 1. Proportions of depressed patients remaining in remission 10 years after the DPP

Recurrence rate is in our study and in Takanashi's study on 2002. DPP; Depression prevention program Statistics Kaplan Meier method

Table 3. Treatment effect(1-year follow up) of the DPP (n=70)

	T0	T1	T2	p-Value	Bonferroni post hoc	
	(M ± SD)	(M ± SD)	(M ± SD)		T0<T1	T0<T2
HDRS(24)	6.8 ± 4.7	4.0 ± 3.6	4.3 ± 5.2	0.000	**	**
POMS						
T-A	54.0 ± 10.8	51.0 ± 9.4	50.6 ± 10.9	0.005	*	*
D	58.0 ± 12.8	53.4 ± 11.6	53.6 ± 12.2	0.000	**	**
A-H	49.2 ± 8.8	47.7 ± 7.8	47.4 ± 8.8	0.129	N.S.	N.S.
V	39.7 ± 9.7	44.0 ± 10.2	43.3 ± 10.8	0.023	**	†
F	54.8 ± 10.4	50.3 ± 9.5	51.8 ± 11.1	0.003	**	N.S.
C	56.7 ± 12.4	51.6 ± 10.7	51.3 ± 12.8	0.000	**	**
ATQ-R						
NF	22.9 ± 10.2	17.4 ± 10.6	16.7 ± 11.7	0.000	**	**
NS	23.4 ± 7.1	19.6 ± 8.0	18.9 ± 9.4	0.000	**	**
PS	12.9 ± 4.9	15.1 ± 4.6	15.2 ± 5.5	0.000	**	**

† P < 0.1, \* P < 0.05, \*\* P < 0.01

HDRS(24); Hamilton Rating Scale for Depression

T0; Pre-treatment, T1; Post-treatment, T2; 1 year after treatment

POMS; Profile of Mood States (T-A; tension-Anxiety, D; Depression-Dejection,

A-H; Anger-Hostility, V; Vigor, F; Fatigue, C; Confusion)

ATQ-R; Automatic Thoughts questionnaire-Revised

(NF; Negative future expectation, NS; Negative self evaluation, PS; Positive self evaluation)

the signed rank test of Wilcoxon.

Statistical: Do the friedman test, then, it was subjected to multiple comparison in

N.S: no significance



Table 4. Descriptive statistics and demographics of drop out and Continuation group. (n=108)

	Drop out group	Continuation group	p-value
Number of participant	9	99	
age (mean $\pm$ SD year)	47.2 $\pm$ 13.0	44.0 $\pm$ 12.3	0.53
Sex (Male%)	66.70%	53.50%	0.346
Diagnosis (DSM- IV TR)			0.059 †
Depression episode	1 (11.1%)	29 (29.2%)	
Recurrent Depressive disorder	2 (22.2%)	43 (43.4%)	
Dysthymia	6 (66.7%)	27 (27.3%)	
Duration of illness (mean $\pm$ SD mo)	117.2 $\pm$ 139.9	70.7 $\pm$ 91.7	0.053 †
Recurrence number of times (mean $\pm$ SD)	1.7 $\pm$ 1.3	1.6 $\pm$ 0.9	0.846
Hospitalization	1 (11.1%)	20 (20.2%)	0.445
Years of education (mean $\pm$ SD)	15.3 $\pm$ 2.5	15.1 $\pm$ 1.9	0.401
The presence of housemate	7 (77.8%)	57 (57.6%)	0.217
Employed (%)			
Unemployed	1 (11.1%)	12 (12.1%)	
Leave of absence	3 (33.3%)	41 (41.4%)	0.888
Employment	5 (55.6%)	46 (46.5%)	
Physical comorbidity	1 (11.1%)	10 (10.1%)	0.634
HDRS at the time of introduction (mean $\pm$ SD)	9.4 $\pm$ 6.7	7.3 $\pm$ 5.0	0.394
Paxil equivalent conversion (mean $\pm$ SD mg)	49.3 $\pm$ 51.1	29.8 $\pm$ 26.3	0.348
Chlorpromazine equivalent conversion (mean $\pm$ SD mg)	0.03 $\pm$ 0.1	12.6 $\pm$ 48.6	0.465
Diazepam equivalent conversion (mean $\pm$ SD mg)	9.0 $\pm$ 7.3	9.6 $\pm$ 11.2	0.552
Attendance number of times (total 8times)	2.8 $\pm$ 1.3	7.7 $\pm$ 0.7	0.000**

† P &lt; 0.1, \*\* P&lt;0.01

HDRS (24) ; Hamilton Rating Scale for Depression

Table 5. Comparison of the TCI of dropout group and continuation group. (n=108)

Temperament and Character Scale		Drop out	Continuation group	p-value
		Mean $\pm$ SDD	Mean $\pm$ SD	
Novelty Seeking (NS)		21.4 $\pm$ 6.2	19.3 $\pm$ 5	0.367
Lower classification	Exploratory excitability vs rigidity	5.8 $\pm$ 2.8	5.2 $\pm$ 2.3	0.505
	Impulsiveness vs reflection	5.4 $\pm$ 2.6	4.5 $\pm$ 2.1	0.242
	Extravagance vs reserve	5.8 $\pm$ 1.2	5.9 $\pm$ 1.5	0.662
	Disorderliness vs regimentation	4.4 $\pm$ 1.7	3.8 $\pm$ 1.8	0.294
Harm Avoidance (HA)		22.1 $\pm$ 5.1	25.6 $\pm$ 5	0.058 †
Lower classification	Anticipatory worry vs optimism	5.8 $\pm$ 2.4	7.5 $\pm$ 2.1	0.004 *
	Fear of uncertainty vs confidence	5.0 $\pm$ 1.2	6.1 $\pm$ 1.3	0.009 **
	Shyness vs gregariousness	5.2 $\pm$ 1.8	5.2 $\pm$ 1.9	0.955
	Fatigability and asthenia vs vigor	6.1 $\pm$ 2.3	6.9 $\pm$ 1.9	0.317
Reward Dependence (RD)		13.7 $\pm$ 3.4	15.0 $\pm$ 3	0.278
Lower classification	Sentimentality vs insensitivity	5.4 $\pm$ 1.4	6.1 $\pm$ 2.1	0.296
	Attachment vs detachment	4.2 $\pm$ 2.8	4.5 $\pm$ 2.0	0.888
	Dependence vs independence	4.0 $\pm$ 2.0	4.4 $\pm$ 1.3	0.719
Persistence (P)		5.1 $\pm$ 1.5	4.9 $\pm$ 1.9	0.87
Self-Directedness (SD)		21.1 $\pm$ 6.1	22.8 $\pm$ 8	0.483
Lower classification	Responsibility vs blaming	5.4 $\pm$ 2.6	5.4 $\pm$ 2.3	0.839
	Purposeful vs goal-undirected	3.2 $\pm$ 1.4	3.7 $\pm$ 1.8	0.583
	Resourcefulness vs apathy	2.3 $\pm$ 1.0	2.4 $\pm$ 1.5	0.919
	Self-acceptance vs Self-striving	5.3 $\pm$ 2.6	5.9 $\pm$ 2.9	0.576
	Congruent second nature	4.8 $\pm$ 2.6	5.4 $\pm$ 2.8	0.43
Cooperativeness (C)		27.2 $\pm$ 5.3	27.4 $\pm$ 4	0.996
Lower classification	Social acceptance vs	5.7 $\pm$ 1.8	5.8 $\pm$ 1.6	0.932
	Empathy vs social disinterest	3.2 $\pm$ 0.8	3.2 $\pm$ 1.4	0.842
	Helpfulness vs unhelpfulness	5.3 $\pm$ 1.8	6.0 $\pm$ 1.5	0.365
	Compassion vs revengefulness	7.1 $\pm$ 1.5	6.7 $\pm$ 1.9	0.596
	Pure-hearted vs self-serving	5.9 $\pm$ 1.5	5.9 $\pm$ 1.4	0.9
Self-Transcendence (ST)		11.4 $\pm$ 5.8	9.8 $\pm$ 5.4	0.385
Lower classification	Self-forgetful vs self-c	5.0 $\pm$ 3.0	4.6 $\pm$ 2.9	0.171
	Transpersonal identification	4.7 $\pm$ 2.6	3.3 $\pm$ 2.3	0.469
	Spiritual acceptance vs	1.8 $\pm$ 2.2	1.9 $\pm$ 1.6	0.699

† P &lt; 0.1, \* P&lt;0.05, \*\* P&lt;0.01

TCI;Temperament and Character Inventory7

と、7因子すべての領域において2群間で有意差は認められなかった。しかし、損害回避は、脱落群が $22.1 \pm 5.1$ に対して継続群 $25.6 \pm 5.3$ と高い傾向であった ( $p < 0.1$ )。そして、損害回避の下位尺度である不確実性に対する恐れは、脱落群 $5.0 \pm 1.2$ 、継続群 $6.1 \pm 1.3$ 、予期懸念は、脱落群 $5.8 \pm 2.4$ 、継続群 $7.5 \pm 2.1$ であり、どちらも継続群のほうが有意に高かった ( $p < 0.01$ ) (Table 5)。

#### IV. 考 察

本学附属柏病院精神神経科では、1994年よりDPPを実施し、その効果を2002年に報告した<sup>5)</sup>。その後10数年以上経過し、症例数を増やし、改めてDPPの症状レベルの効果を検証するとともにうつ病再発予防効果についても調査した。また、DPPの全8回の講習の途中で脱落する率を調査することで、この導入の適応についても検討した。

今回の対象者の特徴として、平均年齢は $44.9$ 歳 $\pm 12.9$ と中年期~初老期を中心とし、反復性のうつ病が $46.0\%$ は占めるものの過去の平均エピソード回数が $1.6 \pm 1.0$ 回と少なく、うつ病でも慢性化していないケースが多いことであった。平均教育年数は $15.0 \pm 1.8$ 年と高く、DPPの内容を十分理解できていたと思われる。DPPを受講することで、うつ症状の客観的尺度であるHDRS (24) と、主観的尺度であるPOMSの両者とも講習前後で有意な改善を認め、その効果は両者とも1年後まで持続していた。ただ、POMSの下位項目であるA-H (怒り-敵意) に関しては、受講による変化はみられなかった。これは、効果がみられた下位項目である不安、D (抑うつ-落ち込み)、V (活気)、F (疲労)、C (混乱) は、うつ症状に直接かかわる領域であるのに対して、A-H (怒り-敵意) はうつ病の中核となる症状ではなく、患者のパーソナリティによって影響を受ける可能性がある。このため、A-H (怒り-敵意) の項目は、必ずしもうつ症状の改善を反映しないことから、DPPによって改善をしなかったと推測される。

今回実施したDPPは、認知行動療法的技法を用い、歪んだ思考を修正することをおして、気分の改善、回復、維持を図ることを目的としている。そのため、ATQ-Rを用いて思考面の変化を

調査した結果、講習前と比較して、講習後に否定的思考であるNF (将来に対する否定的評価) とNS (自己に対する非難) は有意に減少し、PS (肯定的思考) が有意に増加していた。そしてこの効果は、1年後まで持続していた。これらの結果は、DPPが認知面に働きかけていたことを裏付けている。認知行動療法の理論によると、気分と思考や行動は、相互に影響を及ぼしており、否定的な思考は、抑うつ気分を引き起こし、長引かせる。DPPで技法を体得した患者は、再度気分の低下を経験しても否定的思考を減らし、肯定的思考を増やすことができる。その結果、抑うつ気分を最小限にとどめることが可能になり、再発予防に有用である<sup>25) 26)</sup>。

DPPの受講者の再発率をFig. 1で示したが、1年後に $10.2\%$ 、2年後には $19.0\%$ 、3年後 $26.7\%$ 、4年後 $31.7\%$ 、5年後 $38.1\%$ の症例が再発していた。同じDPPの効果を検討した高梨の報告では2年後の再発率 $40.0\%$ となっている。他の先行研究では、再発率は、1年後 $51.0\%$ <sup>27)</sup>であったが、3回以上の再発を経験した者を対象としていた。今回の結果との直接比較することはできないが、DPPにはうつ病の再発効果があることが示唆された。

最後に、継続群の特徴に関する検討であるが、脱落群に比べ罹病期間が短く、気分変調症の占める割合が少ない傾向があるという結果であった。Schindlerら<sup>28)</sup>は認知行動療法を脱落する危険因子として、人格障害の存在、講習への期待の薄さや治療初期の改善の手ごたえのなさなどが挙げられている。また、鈴木らは<sup>29)</sup>、認知行動療法の適応を阻害する要因として、パーソナリティの問題 (治療者と信頼関係を結べない)、治療意欲の問題 (内容を習得できない)、認知機能の問題 (自分の気分や思考、行動などをモニターして課題を理解し、遂行することができない) の3つをあげている。気分変調症は大うつ病性障害とは異なり、長期的経過、動揺性、軽度の抑うつという特徴を持つ<sup>30)</sup>。これらのことをふまえると、今回の研究においては、長期に罹患している者や気分変調症の患者は、今までに治療が効果的に働いた経験が少ないことから、DPPに対して期待を持たず、そのために脱落しやすかったと思われる。

つぎにTCIによるパーソナリティの観点からみ

ると、継続群は脱落群に対して、損害回避の値が高い傾向があった。また、損害回避の下位項目である、不確実性に対する恐れと予期懸念が有意に高かった。損害回避の高さは、心配性、悲観的、疲れやすさを示し、一方損害回避の低さは、楽天的、外交的、危険を好むことを示している<sup>31)</sup>。継続群は、DPPを確実に終えることができない事で生じる損害、たとえば再発や悪化という出来事を恐れるために、課題に真摯に取り組み、講習を最後まで完遂できたのではないかと考えられる。実際、DPPで効果が得られた患者の臨床的印象も、再発への不安が高く、自主的に課題をこなそうという意欲を強く感じられた。このような患者は、「うつ病の再発予防」という習得する目的がしっかりとあり、不安があるからこそその忍耐力と持続力で最後まで乗り切ったのではないと思われる。本来は、否定的と捉えられやすい損害回避の傾向が、治療を継続するためには肯定的に働くともいえる。他に、人格の評価尺度としてThe Revised NEO Personality Inventoryの短縮版であるFive Factor Inventory (NEO-FFI) を使った研究があるが、それによると、介入前の神経症傾向(Neuroticism)と抑うつの改善に相関がみられ、神経症傾向の患者ほど改善したという結果が示されている<sup>32)</sup>。以上のように、人格と精神療法との関係についての研究は少なく、我々の知る限りにおいては、治療継続群の特徴を調査したものはない。

今回の得られた結果が、そのままDPPの適応であると断言することはできないが、今後の一つの指針となると思われる。

最後に、本研究の限界および問題点をあげる。

本研究は、ランダム化比較試験ではなく、対照群を設けていない。また、自ら、もしくは主治医の勧めで研究に参加しているため、受講意欲に関して対象者に偏りがある。また、継続群の特徴の調査では、脱落群の対象者が9人と少なく、信頼性と妥当性が十分でない可能性が考えられる。

以上を踏まえ、今後、調査対象者の数を増やすことにより、DPPの効果と適応について様々な要因を明らかにしていきたい。

## V. 結 語

東京慈恵会医科大学附属病院および附属柏病院の精神神経科において、1994年から行ってきたうつ病再発予防クラス (Depression prevention program; DPP) の効果を検討した。HDRS (24)、POMS、ATQ-Rともに、講習の前後で有意な改善を認め、その後1年にわたって、効果が維持された。再発率では、1年後10.2%、2年後19.0%、3年後26.7%と先行研究と比較して低く、再発予防効果が示唆された。また、8回の講習を脱落せず継続できた患者の特徴として、TCIでの損害回避の値が高い傾向であり、下位項目である不確実性に対する恐れと予期懸念の得点が有意に高いことが認められた。

当研究は、Depression prevention program (うつ病再発予防のためのグループ治療プログラムの有効性検討のための調査研究として慈恵医大の倫理委員会で認可されている。(倫理委員会受付番号 16-005(4235))

最後に、この研究にあたりご指導いただきました牛島定信教授、笠原洋勇教授、高梨葉子先生に御礼申し上げます。また、本研究実施は、長期間にわたっており、講習の継続と心理検査の集計など、多くの方々のご協力があって実現いたしました。小曽根基裕准教授、森田満子心理士、津村麻紀心理士、下條千恵心理士をはじめ看護師の方々のご尽力、ご協力がなければ研究を続けていくことは困難でした。心から感謝申し上げます。

**著者の利益相反 (conflict of interest : COI) 開示 :**  
本論文の研究内容に関連して特に申告なし

## 文 献

- 1) Bauer M, Pfennig A, Severus E, Whybrow PC, Angst J, Möller. 山田和夫訳. 生物学的精神医学会世界連合版単極性うつ病性障害の生物学的治療ガイドライン第1部. 大うつ病性障害の急性期と継続期の治療. 2013年改訂版. 東京: 星和書店; 2014. p.4-17, 61-3.
- 2) Vittengl J, Clark L, Dunn T, Jarrett R. Reducing relapse



- and recurrence in unipolar depression , a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol*. 2007; 75: 475-88.
- 3) Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder, a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011; 31: 1032-40.
  - 4) 岡田佳詠, 田島美幸, 中村聡美. さあ！はじめよう うつ病の集団認知行動療法. 東京: 医学映像教育センター; 2005.
  - 5) 高梨葉子. 認知行動療法を用いたうつ病の再発予防に関する研究. *慈恵医大誌*. 2002; 117: 405-17.
  - 6) American Psychiatric Association 編. 高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸 訳. DSM-IV-TR精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院; 2002. p. 335-411.
  - 7) Munoz. RF, Yung YW. The prevention of depression: research and practice. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1993.
  - 8) McNair D, Heuchert JWP, Droppleman LF, Lorr J. Profile of mood states: POMS. North Tonawanda: Multi-Health Systems Inc; 2003.
  - 9) Kendall P, Howard B, Hays R. Self-referent speech and psychopathology: the balance of positive negative thinking. *Cognit Ther Res*. 1989; 13: 583-98.
  - 10) McNair D, Lorr M, Droppleman L. Edits manual for the profile of mood states. San Diego: Educational and Industrial Testing Service; 1992.
  - 11) 横山和仁, 荒記俊一. 日本版POMS手引き. 東京: 金子書房; 1994.
  - 12) 横山和仁, 荒記俊一, 川上憲人, 竹下達也. POMS(感情プロフィール検査)日本語版の作成と信頼性および妥当性の検討. *日心衛誌*. 1990; 37: 913-8.
  - 13) Carmines EG, Zeller RA . Reliability and Validity Assessment. Beverly Hills. Sage Publications; 1979.
  - 14) 赤林朗, 横山和仁, 荒記俊一, 島田恭子. POMS(感情プロフィール検査)日本語版の臨床応用の検討. *心身医*. 1991; 31: 577-82.
  - 15) 横山和仁, 荒記俊一, 赤林朗, 島田恭子. POMS(感情プロフィール検査)日本語版による抑うつ患者の評価(抄). *日心衛誌*. 1992; 39: 900.
  - 16) Hollon S, Kendall P. Cognitive self-statements in depression. Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognit Ther Res*. 1980; 4: 384-95.
  - 17) Kendall PC, Ingram RE. Cognitive-behavioral perspectives: Theory and research on depression and anxiety. In: Kendall PC, Watson D, editors. Anxiety and depression: distinctive and overlapping features. New York: Academic Press; 1989. p.27-53.
  - 18) Ingram RE, Kendall PC, Siegle G, Guarino J, McLaughlin SC. Psychometric properties of the Positive Automatic Thoughts Questionnaire. *Psychol Asses*. 1995; 7: 495-507.
  - 19) 児玉昌久, 片柳弘司, 嶋田洋徳, 坂野雄二. 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(1): 14-26.
  - 20) 坂本真土, 田中江里子, 丹野義彦, 大野裕. Beckの抑うつモデルの検討: DASとATQを用いて. *日本大学心理学研究*. 2004; 25: 14-23.
  - 21) Busner J, Targum SD. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*. 2007; 4(7): 28-37.
  - 22) Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993; 50: 975-90.
  - 23) 木島伸彦, 斎藤令衣, 竹内美香, 吉野相英, 大野裕, 加藤元一郎 ほか. Cloningerの気質と性格の7次元モデルおよび日本語版Temperament and Character Inventory(TCI). *精神科診断*. 1996; 7: 379-99.
  - 24) 稲垣中, 稲田俊也. 等価換算表を利用する際の留意点. *精神神経病用薬一覽*. 2014年版. 東京: 星和書店; 2014. p.172-83.
  - 25) Beck AT. Thinking and depression I : Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry*. 1963; 9: 324-33.
  - 26) Beck AT. Thinking and Depression II : Theory and therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1964; 10: 561-71.
  - 27) Stangier U, Hilling C, Heidenreich T, Risch AK, Barocka A, Schlösser R, 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: 624-32.
  - 28) Schindler A, Hiller W, Withhöft M. What predicts outcome, response, and drop-out in CBT of depressive adults? A naturalistic study. *Behav Cogn Psychother*. 2013; 41: 365-70.
  - 29) 鈴木伸一. 「うつ」で休職中の患者への認知行動療法: 適応と限界. *精神科治療*. 2011; 26: 181-7.
  - 30) 寺尾岳. 気分変調性障害. 上島国利, 樋口輝彦, 野村総一郎, 大野裕, 神庭重信, 尾崎紀夫 編. 気分障害. 東京: 医学書院; 2008. p.402-12.
  - 31) 木島伸彦. Cloningerのパーソナリティ理論の基礎. *精神科診断*. 2001; 11: 387-96.
  - 32) 白石智子, 松下健, 田中乙菜, 島津直美, 近藤育代, 越川房子 ほか. 大学生を対象とした集団認知行動療法による抑うつ対処・予防プログラム—効果につながる要因の予備的検討—. *宇都宮大学教育学部紀要*. 2013; 63: 13-9.