

総合精神保健福祉センターにおける集団認知行動療法の取り組み

広島県立総合精神保健福祉センター

○岸本沙織 松本直也 坪井陽子 上野直美 大西久美子
横川洋子 松村裕江 宮本豊壽 下恵子 佐伯真由美

I はじめに

総合精神保健福祉センター（以下、「当センター」という。）では、うつ病デイケアの通所者を対象に、集団認知行動療法（Cognitive Behavioral Group Therapy 以下、「CBGT」という。）を実施している。認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy 以下「CBT」という。）はうつ病や強迫性障害などに効果が認められた治療法であり、平成 22 年からは、日本において、うつ病治療に対する健康保険の適用が認められた。当センターでは、広島大学病院で行われていた CBGT のパッケージを、承諾を得た上でデイケアのプログラムとして実施している。この取り組みは、平成 19 年度に試行し、平成 20 年度から正式に実施した。さらに平成 27 年度からは、より客観的かつ詳細に対象者のうつ状態を把握した上でプログラムを実施するために心理検査による評価について修正を加えた。CBGT は、個別で行われる CBT と比べ、参加者が他の参加者の意見を参考にすることができるというメリットや、少人数のスタッフで多人数の治療に臨めるというメリットがある。しかしながら、広島県内ではうつ病に特化した CBGT を 10 年という長期にわたり実施している機関はなく、全国でも CBGT そのものの報告も少ない。よってデイケアにおける CBGT の効果並びに実態を明らかにし、今後他機関で CBGT を実施する際の留意点を提示したい。

II 研究 1

1. 目的

研究 1-1 では、デイケア内で行う CBGT の効果を検討する。研究 1-2 では、デイケアで実施するメリット、参加者の特徴、中断の状況を明らかにし、CBGT を実施する際の留意点を明確にする。

2. 方法

表 1 CBGT プログラム

	テーマ	時間
#1	グループセミナーの説明	13:30~ 15:00
#2	さあ、はじめよう!	"
#3	生活の変化に目を向けよう	"
#4	考え方のくせを見つけよう	"
#5	考え方を再検討しよう	"
#6	気持ちが楽になるような考え方を みつけよう	"
#7	成功と失敗を分析してみよう	"
#8	苦手な場面について練習してみよう	"
#9	今後を予想して 1 週間の計画を立て てみよう	"
#10	再発予防に向けて	"
#11	全体のまとめ	"

(1) 対象

対象者は、次の項目に全て該当する。①うつ病（ICD-10 の F32, 33 の範囲内でパーソナリティ障害の合併例を除く）の診断済みの人、②精神科通院治療を受けている人、③概ね 25 歳から 55 歳、④当センターのうつ病デイケア利用者（平成 20 年 4 月から平成 26 年 10 月末までに登録した者 96 名）。

(2) 治療プログラムの概要

プログラムは表 1 のとおり。スタッフはリーダー 1 名、サブリーダー 2 名で実施し、記録係として 1~2 名聴講した。参加人数は 3~5 名。当センターの運営上の特徴として、①欠席者に対しては補講を行っていること、②デイケアでの担当者がフォローのための面接を行っていることなどがあげられる。

(3) 調査内容

ア CBGT の評価（研究 1-1）

平成 20 年 4 月から平成 23 年 5 月の参加者（40 名）のうつの状態について、心理検査による評価を行った。評価で用いた尺度は、ハミルトンうつ病評価尺度（Hamilton Depression Rating Scale 以下「HAM-D」という。）、うつ性自己評価尺度（Self-rating Depression Scale 以下「SDS」という。）、Beck Depression Inventory（以下、「BDI」という。）を用いた。参加前後の値に対して Wilcoxon の符号順位検定を行った ($p < 0.01$)。

イ 中断率や対象者の属性の検討（研究1-2）

平成20年4月から平成26年10月末のデイケア登録者（96名）のCBGTへの参加状況、参加者（83名）の属性・発達障害の傾向の有無・双極性エピソードの有無・デイケア登録時の抑うつ程度を調査した。抑うつ程度は、BDIを用いて調査した。さらに、性別、発達障害の傾向の有無などでグループを分け、グループごとに中断率を算出した。なお本研究における発達障害の傾向とは、診断は受けていないものの生育歴や発症の経緯、デイケア内の行動特性などから発達障害者と同等の特性を有する者を当センター医師が判断したものである。

3 結果

(1) 研究1-1

平成20年4月から平成23年5月の参加者（40名）における心理検査の結果は以下のとおり。

- ア HAM-D の参加前の平均値は 11.3 ± 5.2 であり、参加後の平均値は 6.4 ± 4.2 であり、有意な差が認められた ($p < 0.01$)。
- イ SDS の参加前の平均値は 47.6 ± 8.4 であり、参加後の平均値は 40.4 ± 9.3 であり、有意な差が認められた ($p < 0.01$)。
- ウ BDI 参加前の平均値は 18.6 ± 8.4 であり、参加後の平均値は 10.9 ± 8.0 であり、有意な差が認められた ($p < 0.01$)。

(2) 研究1-2

ア CBGT への参加状況

デイケア登録者96名中、参加者は83名（86.5%）。参加しなかった者は13名（13.5%）。参加しない理由は、①デイケア出席率が低下しCBGT導入前に中断（4名）、②デイケア登録後病状悪化し入院（3名）、③CBGT導入前に復職（3名）、④当センター以外でCBGTを受けたことがある（2名）、⑤本人拒否（1名）であった。

イ CBGT 参加者の属性

参加者（83名）の属性は以下のとおり。

- (ア) 男性61名（73.5%）、女性22名（26.5%）
- (イ) 発達障害傾向のある者は29名（34.9%）
- (ウ) 双極性エピソードのある者は4名（4.8%）

ウ CBGT 参加者の抑うつ程度の検討

参加者（83名）の参加前のBDIの平均値は 17.13 ± 8.4 であった。その内訳は表2のとおり。参加者のうち①正常範囲内、②軽いうつ状態に関しては非臨床圏の数値であり、その割合は合わせて42名（50.6%）であった。

表2 参加者の参加前のBDI（83名）

	BDI	人数
非臨床圏	正常範囲内（0~10）	15名（18.1%）
	軽いうつ状態（11~16）	27名（32.5%）
臨床圏	軽度うつ（17~20）	14名（16.9%）
	中等度うつ（21~30）	21名（25.3%）
	重度うつ（31~40）	5名（6.0%）
	極度うつ（40以上）	1名（1.2%）

エ 中断者の分析

- (ア) 一度でも中断した者は9名（10.8%）。その内3名が中断後再度登録し、卒業した。
- (イ) 中断理由は、①病状悪化（3名）、②体調不良（1名）、③CBGTが合わない（1名）、④ホームワークで提出するような出来事がない（1名）、⑤家族の介護（1名）、⑥不明（2名）。
- (ウ) 中断時期は、#5回終了後が3名（33.3%）で最も多く、次いで、#3回終了後が2名（22.2%）。
- (エ) 中断者の参加前のBDIの平均値は 21.3 ± 7.5 、一度も中断していない74名の参加前の平均は 16.6 ± 8.4 。

オ 中断率の高い属性の検討

- (ア) CBGTに参加した女性22名中、中断者は4名（中断率18.2%）。これに対して男性61名中、中断者は5名（中断率8.2%）。
- (イ) 発達障害の特性をもたない者54名中、中断者4名（中断率7.4%）。これに対して発達障害の特性をもつ者29名中、中断者は5名（中断率17.2%）。

カ 終了後の進路

CBGTを終了した者は、参加者83名中、77名（92.8%）。終了者77名のデイケア卒業後の進路は、復職33名（42.9%）、

転職 6 名 (7.8%), 就職 3 名 (3.9%), 復職準備 1 名 (1.3%), 他機関利用 17 名 (23.1%), 求職活動 2 名 (2.6%), 家庭内適応 7 名 (9.1%), デイケア中断 8 名 (10.4%) であった。

4 考察

(1) デイケア内で行う CBGT の効果とメリット

ア デイケア内で行う CBGT の効果

研究 1-1 の結果より、3 つの尺度すべてにおいて参加者の抑うつ¹⁾の低減が推測できる。これにより、デイケアのプログラムとしての CBGT の有効性が示唆された。

イ デイケア内で行うメリット

デイケア内でうつ病に対する CBGT を行うメリットは、①当センターのデイケアと並行して実施しているため、補講やホームワークの確認などスタッフによる介入が行いやすい、②参加者が理解できない点や不満などをスタッフに伝えやすい、③普段から一緒に活動しているメンバーなので仲間意識が育まれやすく、参加者同士で参加の動機づけが行われやすい、④参加者同士がデイケア内で同じ体験を経験しているためホームワークの内容がイメージしやすいといった点である。

(2) 当センターにおける参加者の特徴

ア 結果 (2) のイより、当センターで行っている CBGT では、うつ病に限定した CBGT であるにもかかわらず、発達障害の特性をもつ者が 3 割を超える。この割合は CBGT を行う際に、そのつど発達障害の特性をもつ者が 1~2 名程度存在する程度である。近年、発達障害者の二次障害としての抑うつやうつ病の併存が問題視されており、他機関で CBGT を実施する際においても発達障害の特性をもつ者が対象となる可能性は高く、視覚化や構造化などその特性にあわせた配慮を行う必要があると推測される。

イ 結果 (2) のウより、当センターで行っている CBGT の参加者は主病名がうつ病ではあるものの、過半数の参加者の BDI の数値は非臨床圏内である。BDI が低い者に関しては、①抑うつ以外の問題が存在する、②回復した状態でデイケアに繋がった、③環境要因により抑うつが変動するといった可能性が考えられる。これは、CBGT のグループ内に抑うつ状態にある者とそうでない者が混在しているといった状態である。

(3) 中断の状況

ア 中断率

結果 (2) のエより、当センターの中断率は 10.8% であり、デイケアで行われた CBGT に関する先行研究¹⁾の 20.9% と比べると低い。デイケア内で行う CBGT は、CBGT を単独で希望している対象を扱った CBGT よりも参加に対する動機づけが低いことが推測される。しかしながら、当センターにおける CBGT は後述する工夫が CBGT を継続させている要因の一つであると考えられる。

イ 中断率の高い対象者

結果 (2) のオより、特に中断率の高い者の属性として①女性であること、②発達障害の特性を有していることが推測された。女性に関しては、仕事のほかに介護や育児など家庭での役割を担う傾向があり、参加継続の難しさが推測される。発達障害の特性を有している者に関しては、①他者の体験を想像する (目に見えないものを想像することへの困難性)、②適度な時間で語ることに困難性、③自分自身の気分への気付き難さ、④共感能力の低さといった発達障害の特性が参加継続の困難性であると推測する。

ウ 中断した者の抑うつの状態

結果 (2) のエ (エ) より、一度も中断していない者よりも中断した者は参加前の抑うつの程度が重いことが推測される。これにより、参加開始時の抑うつの程度が CBGT の継続に影響を与えている可能性が存在する。

(4) CBGT を実施する際の留意点

ア 女性の対象者について

①女性スタッフを配置する、②例を出す場合には性別関係なく考えることができる例を出す、③参加することそのものへの肯定的な評価を積極的に行うなど女性の参加者が継続して参加したいと思える工夫が必要である。

イ 発達障害の特性の強い対象者について

当センターにおいては、以下の配慮を行っている。①気分表などを用いた具体的な提示、②担当スタッフのフォロー、③ホワイトボードを利用するなどの視覚化、④一人の発表時間について事前に明示し構造化することなどである。今後も一定程度発達障害の特性を有した対象者が参加することは予想され、その特性に応じたパッケージの改良や特性に合わせた個別支援が必要である。たとえば、上記の工夫に加え、①気分表の積極的な活用、②一人あたりの発表時間の明確化などである。

ウ 参加時の BDI について

うつ病の重い対象者に関しては、数値の低減が認められた後に CBGT へ導入することや、心理検査などの客観的な数値を用いて対象者の状態を把握した上で適宜フォローを行うことなどが望ましい。

III 研究 2

1 目的

当センターの CBGT は主病名をうつ病に限定した CBGT である。しかし、社交不安障害や発達障害など、うつ病以外の主病名をもつ者にもうつの CBGT で扱う認知のくせが散見され、抑うつもしばしば合併する。このため CBGT のプログラムが有効である可能性があり、平成 27 年度からは、CBGT の対象者の枠を広げ、主病名がうつ病以外の通所者への導入を試みた。この変更により、集団内の凝集性の低下やうつ病の対象者への CBGT の治療効果の減少といった可能性も懸念されたことから、詳細な状態把握を行った上で CBGT を行う必要性が生じ、各セッション前に心理検査の導入を行った。研究 2 では、この新たな試みである心理検査導入について整理した上で、心理検査の結果をもとに、主病名がうつ病以外の対象へ拡大実施することに関して検討する。

2 方法

平成 27 年度の参加者に各セッション前に BDI-II を実施し、その場で回収した。

(1) 対象

参加者（4 名）の属性は次のとおり。

ア 性別：男性 3 名、女性 1 名

イ 年代：20 歳代 2 名、40 歳代 1 名、50 歳代 1 名、

ウ 主病名：A～C うつ病もしくは抑うつ状態、D うつ病以外

(2) スタッフ リーダー 1 名、サブリーダー 2 名と記録係 2 名で実施した。

(3) 調査内容

ア 心理検査実施に関する評価

心理検査導入後、スタッフ間でメリット・デメリットを検討し、整理した。

イ 主病名がうつ病以外の通所者への導入に関する評価

①主病名がうつ病以外の対象者が集団に入っても、うつ病の対象者の治療効果が認められるか、②主病名がうつ病以外の対象者への効果について、セッションごとの BDI-II の変化を検討した。さらに全てのプログラム終了後一週間以内に BDI-II についての評価を行った。

ウ フォローアップ面接を行った回を抽出し、面接理由と参加者が語った内容を整理した。

3 結果

(1) 心理検査導入のメリット

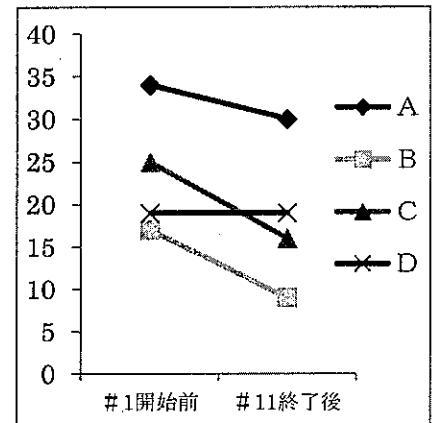


図 1 BDI-II の変化

心理検査の導入に関して、ミーティングでは以下の意見が得られた。メリットは①客観的な指標で検討できること、②希死念慮など扱いにくい問題も検討することができること、③病状が悪化した時にフォローのための面接を設定しやすいことなどがあげられた。

(2) 参加者の BDI-II の変化は図 1 のとおり。主病名がうつ病もしくは抑うつ者 (3 名) については数値の減少が認められた。主病名がうつ病以外の者 (1 名) については数値の減少が認められなかった。

(3) フォローアップ面接について

A に関して、一時的に 40 を超えるセッション (#2 回) も認められたため、#2 回後、A に対してフォローアップ面接を行ったところ、集団場面に対するストレスの問題が語られた。

4 考察

結果より、以下の 2 点について推測された。

(1) 心理検査の導入について

心理検査の実施により、参加者をより客観的かつ詳細に把握できることから今後行うことが望ましい。また抑うつ状態の把握をすることで、うつが悪化した参加者に対して迅速に対応できることから、セッション前に毎回実施した今回の方法は適切であったと考えられる。

(2) 主病名がうつ病以外の者へ拡大実施することに関して

ア 主病名がうつ病もしくは抑うつの対象者への影響

全ての対象者が参加後に BDI-II の数値が減少したことから、主病名がうつ病以外の者が集団に入った CBGT においても、うつ病の対象者への治療効果は認められる可能性が示唆された。

イ 主病名がうつ病以外の者への適応について

主病名がうつ病ではない者は BDI-II の数値の減少は認められなかった。一方、スタッフに対する相談の頻度の増加や活動中の発言の増加などは存在し、他の問題については変化があった可能性がある。今後同様の者が参加する場合には、不安や対人緊張の程度など包括的に測定できる尺度や行動上の変化を測定できる尺度を導入するなどし、再度検討を行う必要がある。また参加にあたっては、抑うつの低減が認められない可能性も説明した上で、参加の同意を得る必要がある。

IV おわりに

本研究において、デイケア内で実施する CBGT のうつ病に対する有効性が示唆された。デイケア登録者という CBGT に対する動機づけの低い集団に実施したにもかかわらず、①中断率が低いこと、②効果が認められたことに関しては特筆すべき点である。一方で、当センターの CBGT には発達障害の特性が一定程度みられた。他機関において CBGT を実施する際にうつ病に限定をして受け入れを行っていても、他の疾患の重複が認められる可能性は存在する。このような場合には、既存のパッケージとしてそのまま利用するのではなく、本研究で述べた工夫などを取り入れることが望ましい。また、今回、主病名をうつ病に限定しない集団で CBGT を実施したが、主病名がうつ病以外の者については、抑うつの低減は認められなかった。単一の大うつ病性障害だけに限定した場合、参加者が少なく集団を維持することは難しい現状もあることから、主病名がうつ病以外の者に対してうつ病の CBGT がどのような影響をもたらすのか、症例数を増やし今後も検討を行う必要がある。今後は、従来のパッケージに準じたグループを継続する一方、うつ病に併存して発達障害の特性を有する者や主病名をうつ病に限定しない集団への適応などを行えるよう、さらなる知見の蓄積を目指していきたい。

[引用文献]

1) 仲本晴男 集団認知行動療法を中心としたうつ病デイケアの構築—多機能性を生かし構造化したプログラムの活用— デイケア実践研究 14 (1) :27-35, 2010