

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—

白 石 智 子
松 下 健
田 中 乙 菜
島 津 直 実
近 藤 育 代
越 川 房 子
石 井 康 智

Depression Coping and Prevention Program for
Undergraduates: A Preliminary Study from the
Perspective of Cognitive Behavioral Group Therapy

SHIRAIISHI Satoko, MATSUSHITA Takeshi, TANAKA Otona,
SHIMAZU Naomi, KONDO Ikuyo,
KOSHIKAWA Fusako, & ISHII Yasutomo

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—

Depression Coping and Prevention Program for Undergraduates: A Preliminary
Study from the Perspective of Cognitive Behavioral Group Therapy

白石 智子¹, 松下 健², 田中 乙菜³, 島津 直実⁴,
近藤 育代⁴, 越川 房子³, 石井 康智³

SHIRAISHI Satoko, MATSUSHITA Takeshi, TANAKA Otona, SHIMAZU Naomi,
KONDO Ikuyo, KOSHIKAWA Fusako, & ISHII Yasutomo

1. はじめに

抑うつとは、抑うつ気分をはじめとする感情の落ち込みや悲観的思考、動機づけの低下、活動量の低下、生物学的障害などを包括的に表す概念である。抑うつ状態が症状の中心になっている場合に診断されるうつ病の生涯有病率は世界各国で10%前後と高く、その疾病負担は、2020年には虚血性心疾患に次ぐ第2位になるということが世界保健機関により推定されている (Murray & Lopez, 1996)。さらに、その再発率は、初発の場合で50%以上、2回以上繰り返すと70～80%に上ることが知られており (Judd, 1997)、医療分野においては症状の軽減後も一定期間服薬や心理療法を継続する維持療法が行われてきた。特に、認知行動療法 (Cognitive Behavior Therapy) による再発予防効果は薬物療法のそれと同等以上であることが示されており、近年では、医学的治療の対象から外れる軽度の抑うつ状態・傾向を示すハイリスク群をはじめ、一般対象へもその適用範囲を拡大しつつある。この傾向は、日常的な抑うつと病的な抑うつは連続的に変化することを統計的に示した報告 (例えば、坂本・奥村・大野, 1995) などにより、今後ますます広がりを見ることが予想される。

抑うつに対し、従来の薬物療法を中心とした急性期の治療及び維持療法のみではなく、予防的介入の重要性が指摘されるようになった現在、大学生の抑うつの高さに着目し、広く一般学生を対象とした、認知行動療法による対処的・予防的取り組みについての報告がみられるようになってきた (例えば、及川・坂本, 2008; 白石, 2005)。認知行動療法とは、“認知の変容を介入ターゲットとし、認知的技法と行動的技法を併用する様々な心理療法の総称” であるといえ、不快な感情や不適応的な行動に結びつく考え方やそのプロセスを同定・修正し、機能的なものに調整・変容することによって心理的苦痛の軽減を図ろうとするものである。抑うつに関連した認知をより適応的な認知へと変容することは、現在の抑うつの程度を緩和するだけでなく、抑うつに至る可能性を減少するという意味で、予防的に

¹ 宇都宮大学教育学部

² 早稲田大学大学院文学研究科

³ 早稲田大学文学学術院

⁴ 早稲田大学教育・総合科学学術院

健康維持プログラム(認知行動療法グループ)

第1回目 ワークシート

まずは自分の気分に気づくことから始めましょう

★実施方法★

① 気分に変化が起きた状況を書きましょう。
 ② そのときにどのような気分だったかをはっきりさせてください。
 「気分の例」を参考にしてください。
 ③ その気分の強さを0(まったくない)から100(最も大きい)で評定してみましょう。
 ■ 毎日1つ以上記入しましょう。気づいたことなどがあれば、「感想」欄にお書きください。

＜記入例＞

状況	気分(強さの評定)
通学路が工事中で、道回ししなければならず、授業に遅れた。	1. 怒り (60) 2. 焦り (50) 3. 不安 (50) 4. 落ち込み (40)

気分の例

あうつ	不安	怒り	罪悪感	恥	悲しい	困惑	興奮
おびえ	いらだち	心配	誇り	無気味	パニック	不満	
神経質	うんざり	悔しい	快い	失望	感激	怖い	
嬉しい	愛情	侮辱された	腹が立つ	羨ましい	恥ずかしい		

■ 誕生日四桁と学籍番号下二桁の数字：()
 ※例えば、誕生日が1月2日、学籍番号が10123456-7の場合、「1010287」とご記入ください。

1日目 月 日 ()	気分(強さの評定)	6日目 月 日 ()	気分(強さの評定)
状況		状況	
2日目 月 日 ()	気分(強さの評定)	4日目 月 日 ()	気分(強さの評定)
状況		状況	
3日目 月 日 ()	気分(強さの評定)	7日目 月 日 ()	気分(強さの評定)
状況		状況	
4日目 月 日 ()	気分(強さの評定)		
状況			

感想

Figure 2. セッション1のワークシート

b) 参加者について

プログラム参加者募集は、首都圏の4年制大学にて「健康維持のための実践プログラム」募集用紙を配布することによって行い、それへの応募者に対し、インフォームドコンセントを得た上でプログラムを実施した⁵。

c) 介入者について

プログラムの進行は、臨床現場での実務経験を有する、大学教員および博士後期課程学生の3名が担当した。1グループにつき1名の介入者が割り当てられた。各セッションは、時間配分や確認のポイント、留意点などが記述された介入者用の実施マニュアルに沿って行われ、担当者間でセッション内容に大きな違いが出ないようにした。

(2) プログラム内容

本プログラム各セッションで実施された内容は、Table 1のとおりである。本プログラムでは、認知行動療法の概要説明からはじまり、非機能的思考記録、自己教示法、メリット・デメリットの検討、活動記録、よかった出来事リスト、行動計画、などの技法を取り上げ、最終回に全体の振り返りの時間を取った。プログラム開始時および終了時には、効果検証のための各種査定が実施された。

3. 参加者によるセッション終了時のプログラム評価

8週間のプログラム終了時に、プログラムを完了した参加学生16名(男性5名、女性11名、平均年齢20.44歳、SD=2.37)へアンケートを実施した。プログラムに参加して「よかった点」と「悪かった点」について問う項目において、以下のような記述が複数みられた。

⁵ 本研究で報告するプログラムは、3つの異なるプログラム(技法)が実施される「健康維持のための実践プログラム」の中の認知行動療法に関するものである。参加者は、3プログラムのうちいずれかに無作為に割り当てられたが、その点については募集段階で告知されている。

Table 1. プログラム概要

テーマ	概要	ホームワーク
1 考え方と気分の関係を探ろう	認知行動療法の概要説明、非機能的思考記録の導入	気分に変化が起きた状況、そのときの気分、気分の強さ評定をワークシートに記入
2 自動思考をつかまえてみよう	自動思考についての説明と同定のためのエクササイズ	セッション 1 のホームワークに加え、自動思考をワークシートに記入
3 自己教示訓練にチャレンジしよう	機能的思考の例示と自己教示法の実践	参加者自身が選んだ機能的思考を毎日 1 セット (5 回) 自己教示
4 思考記録表を完成させよう	証拠探しによる自動思考の検証と代替思考を見つけ出すエクササイズ	「状況」「気分(強さの評定)」「自動思考」「根拠」「反証」「機能的思考」「結果(気分とその強さの再評定)」からなる思考記録表の完成
5 メリットとデメリットについて検証してみよう	メリット・デメリットの検証	行動をなかなか決められない状況での選択肢を明確にし、それぞれのメリット・デメリットについて検討
6 よかったことへの意識を高めよう	活動記録とよかった出来事リストの作成	毎日の活動記録とよかった出来事を 3 つ記入
7 実際に行動してみよう	行動計画の作成・実行・検討	セッションにて立てた行動計画を実行し、その結果について検討
8 これからに向けて	プログラム全体の振り返り、認知行動療法の実践・勉強に役立つ図書を紹介	—

(1) 肯定的評価

a) 効果の実感

「落ち着いていられた」、 「ストレスがかかるような状況でもすぐに切り替えて行動できた」、 「余裕ができた」、 など。

b) 知的興味の充足

「授業で学んだ認知行動療法を実践できた」、 「認知行動療法に対する理解が深まった」、 など。

c) グループセッションの効果

「出会いがあった」、 「メンバーが良く、楽しめた」、 など。

(2) 否定的評価

a) 時間的負担

「ワークシートをやる時間がないときは大変だった」、 など。

b) 精神的負担

「ワークシートが面倒だった」、 「ネガティブな出来事を扱うときは、それがストレスになることがあった」、 など。

c) 必要性の低さ

「今の自分には必要ないと思った」、 「現時点ではそれほど効果を感じなかった」、 など。

(3) 参加者によるプログラム評価からの示唆

現時点で日常に支障をきたすような問題を呈していない人々を対象とした予防的取り組みには、参加を促す動機づけとその維持が大きな課題となる (白石・越川, 2010)。もちろん、動機づけは、あらゆる対象にとって重要な要素であるが、一般対象については、現在あるいは過去にうつ病等の問題を体験した治療・再発予防対象者とは異なるアプローチを必要とするだろう。

参加者による否定的プログラム評価において「必要性の低さ」が報告されていることからわかるように、一般対象者については、現在大きく困っていない人々であり、技法の効果を実感する場面も少なく、また実感できる程度も相対的に低い、という点を常に意識しなければならないといえる。その意味で、一般の学生にとって身近なテーマを取り上げることはもちろん、少なくとも初期の段階ではある程度即効性のある技法を扱うことがよいだろう。

加えて、参加者からは「時間的負担」や「精神的負担」が報告された。これは、3週間の認知療法による対処・予防的プログラムを個別に実施した白石(2005)の報告と同様であった。白石・越川(2010)は、この点について、ホームワークの継続実施をはじめ新たな習慣を取り入れることは、多少なりとも参加者に何らかの負担を強いると思われることから、負担をなくすということを目指すのではなくいかにその負担を軽減できるかに主眼を置くべきであると指摘している。本研究では、1日あたりのホームワークの分量を減らし、また記入のしやすさにも留意してワークシートを作成した。例えば、白石(2005)では、1回に複数技法を扱い、それぞれワークシートを記入させるなどしているが、本研究では1回に扱う技法を絞り、ワークシートも可能な限りシンプルにまとめた。このような工夫の積み重ねが、初期の段階での「負担感」を理由とした離脱を防ぐことに繋がるだろう。なお、今回報告したプログラムについて、途中離脱した者は1名であった。

他方、参加者によって肯定的に評価された点、すなわち「効果の実感」、「知的興味の充足」、「グループセッションの効果」といったことは、セッションへの参加・ホームワークの適切な継続実施を促す要因として捉えることができるだろう。「効果の実感」と「知的興味の充足」については、白石(2005)の報告にもみられるものであった。「グループセッションの効果」については、新たな出会い、交流の場としてセッション参加を楽しみに捉えるという点で、一般対象のニーズにもあうものと考えられる。先述したように、現在それほど困っていない対象にとっては、技法の効果を実感する場面も少なく、実感できる程度も相対的に低いことを考えれば、技法を体験するセッションの場を対象者にとって魅力的なものにする、ということも動機づけの点において重要と思われる。

なお、当然のことであるが、この種のプログラムの評価は、セッションの終了時点のもののみで判断できるものではない。予防的取り組みという点からは、今後のフォローアップによる継続的な評価が必須である。先述したように、著者らは、8週間のプログラムの後も定期的なフォローアップを実施しており、各参加者におけるプログラム評価が時間経過の中でどのように変化するか(あるいはしないか)については、また改めて報告するものとする。

4. プログラム効果につながる個人差要因についての予備的検討

本プログラムの効果につながる個人差要因について、代表的パーソナリティ特性である Big five を取り上げ、抑うつ対処・予防効果との関連を予備的に検討した。

(1) 方法

a) 参加者

認知行動療法による抑うつ対処・予防プログラムを完了した16名(男性5名、女性11名、平均年齢20.44歳、SD=2.37)⁶、プログラム終了1ヶ月後に実施されたブースターセッション(BS)へも参加したのは15名(女性1名がドロップアウト)であった。

⁶ 前節にてプログラム評価を行った参加者と同一である。

b) 査定尺度

抑うつ査定のため、抑うつ状態自己評価尺度日本語版 (CES-D; 島・鹿野・北村・浅井, 1985) における全20項目の合計得点を使用した。

また、抑うつ関連認知の査定のため、改訂版自動思考質問紙 (ATQ-R; 児玉・片柳・嶋田・坂野, 1994) の下位尺度より、否定的自動思考尺度 (ATQ-RN, 全28項目) と肯定的自動思考尺度 (ATQ-RP, 全10項目) の得点を使用した。

パーソナリティ特性の査定には、日本版NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; 下仲・中里・権藤・高山, 1999) の下位尺度より、神経症傾向 (N), 外向性 (E), 開放性 (O), 調和性 (A), 誠実性 (C) の各尺度得点 (各12項目) を使用した。

(2) 結果と考察

抑うつ対処効果に関連する個人差要因について検討するため、pre-testからpost-testにかけてのCES-D, ATQ-RN, ATQ-RPの変化量 (post-test得点からpre-test得点を引いたもの) と、pre-test時点のNEO-FFIの5下位尺度の各得点との相関を求めた。また、抑うつ予防効果に関しては、pre-testからBSにかけてのCES-D, ATQ-RN, ATQ-RPの変化量とpre-test時点のNEO-FFIの5下位尺度との相関を求めた。

分析の結果、抑うつ対処効果に関しても (Table 2), 抑うつ予防効果に関しても (Table 3), CES-Dの変化量とpre-test時点のNEO-FFI-Nとの間に中程度の負の相関が認められた。従って、介入前の神経症傾向が高いほど、介入による減少方向への抑うつ変化が大きいことが示唆された。抑うつ関連認知である、否定的自動思考および肯定的自動思考の各変化量について、有意な相関を示すNEO-FFIの下位尺度はなかった。

本結果について、神経症傾向がある方が、日常生活において困難を感じやすく、その改善への動機づけが比較的高いと予想され、結果として抑うつ得点の減少へつながるのではないかとも思われる。しかしながら、本知見は予備的検討によるものであり、一般化するにはサンプル数の少なさや、変化量の小ささといった問題がある。今後は、プログラムの中で参加者が取り組んだホームワークの記述内容などを質的に分析し、本研究結果と同様の傾向が見出されるかどうかなど、多面的な検討が必要とされよう。

Table 2. preからpostにかけての抑うつ関連得点の変化量とNEO-FFI下位尺度との相関係数 (N=16)

	平均値 (SD)	相関係数				
		N	E	O	A	C
CES-D 変化量	-1.56 (6.61)	-.58*	.44+	-.20	.08	.23
ATQ-RN 変化量	-3.75 (11.02)	-.44+	-.07	-.31	-.16	-.14
ATQ-RP 変化量	3.00 (5.62)	.09	.03	.25	-.04	.12

* $p < .05$, + $p < .10$

Table 3. preからBSにかけての抑うつ関連得点の変化量とNEO-FFI下位尺度との相関係数 (N=15)

	平均値 (SD)	相関係数				
		N	E	O	A	C
CES-D 変化量	0.07 (8.81)	-.52*	.32	-.18	.07	.07
ATQ-RN 変化量	-3.80 (13.08)	-.48+	.41	-.12	.31	.14
ATQ-RP 変化量	1.13 (5.40)	.03	.04	.39	-.01	.32

* $p < .05$, + $p < .10$

5. まとめ

本稿では、著者らが実施している、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・予防プログラムについて、そのセッションの概要と予備的評価について示した。予備的評価からは、セッションへの継続参加を促す動機づけの重要性が改めて示唆された。この種のプログラムの実践にあ

たっては、効果的な技法を組み込むことはもちろん重要であるが、それらをどのような順序で導入するか、どのような形式で運用するか、どのような人により効果が高いか、など、対象者にとって参加しやすいものになるよう、十分に考慮する必要があるだろう。

付記

本研究は、科学研究費補助金（基盤研究（C）課題番号：21530744，研究代表者：石井康智）の助成を得た。なお、本研究の一部は、日本教育心理学会第5回総会および日本感情心理学会第19回・日本パーソナリティ心理学会第20回合同大会にて発表された。

引用文献

- Judd, L. L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54, 989-991.
- 児玉昌久・片柳弘司・嶋田洋徳・坂野雄二（1994）. 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, 7, 14-26.
- Murray, C. L., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard University Press.
- 及川恵・坂本真士（2008）. 大学生の精神的不適応に対する予防的アプローチ—授業の場を活用した抑うつの一次予防プログラムの改訂と効果の検討— 京都大学高等教育研究, 14, 145-156.
- 大野 裕（2003）. ところが晴れるノート—うつと不安の認知療法自習帳— 創元社
- 坂本真士・奥村泰之・大野裕（2005）. うつの自己記入式尺度を用いた連続性に関する統計的検討— taxometric analysisを用いて— 日本うつ病学会第2回総会プログラム抄録集, 56.
- 島 悟・鹿野達男・北村俊則・浅井昌弘（1985）. 新しい抑うつ性自己評価尺度について 精神医学, 27, 717-723.
- 下仲順子・中里克治・権藤恭之・高山 緑（1999）. NEO-PI-R, NEO-FFI 共通マニュアル 東京心理
- 白石智子（2005）. 大学生の抑うつ傾向に対する心理的介入の実践研究—認知療法による抑うつ感軽減・予防プログラムの効果に関する一考察— 教育心理学研究, 53, 252-262.
- 白石智子・越川房子（2010）. 教育研究活動を通じた大学生のメンタルヘルス対策の効果と課題—参加学生によるプログラム評価から見えるもの— 宇都宮大学教育学部教育実践総合センター紀要, 33, 153-160.

