

高リスク大学生に対するうつ病予防を目的とした集団認知行

動療法の実践

—質的分析を通じたプログラムの有効性の検討—

小川さやか（長崎大学保健・医療推進センター・長崎大学大学院医歯薬学総合研究科）

西郷達雄（長崎大学保健・医療推進センター・長崎大学大学院医歯薬学総合研究科）

武岡敦之（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科）

林田雅希（長崎大学保健・医療推進センター・長崎大学大学院医歯薬学総合研究科）

調 漸（長崎大学保健・医療推進センター）

田山淳（長崎大学大学院教育学研究科）

問題と目的

大学生のメンタルヘルス不良は、修学状況に関係し、大学生の休学・退学のリスクの一つである。そのため、高等教育機関において大学生のメンタルヘルス不良は、重要な問題であると考えられている。休学・退学理由における精神障害とその疑いで、最も多い診断はうつ状態を含む気分障害である¹⁾。

本学では、平成15年度より新入生に対し、気質性格検査 TCI (Temperament and Character Inventory: TCI) を導入している。TCIの一次元である損害回避 (Harm Avoidance: HA) は、物事に用心深く、慎重で堅実だが、緊張しやすく先のことを思いわずらう傾向であり、将来のうつ病発症のリスクファクターであることがわかっている²⁾。HAが高い者は、特に大学入学直後には、新たな環境での適応が課題となり、うつ病発症のリスクが高まると考えられる。うつ病に対する予防的活動が重視される時期として、大学生を中心とする青年期が挙げられている³⁾。日本うつ病学会は、軽症から中等症のうつ病患者に対しては、認知行動療法 (Cognitive Behavior Therapy: CBT) を推奨している⁴⁾。海外の学生相談機関において、Seligman et, al (2007) は、発病までは至らないが抑うつ症状のある大学生に対し、CBTを実施しており、CBTがうつ病予防になることを示している⁴⁾。日本においても大学生を対象としてうつ病予防のCBTが実施されており、CBTがうつ病予防に効果があることがわかっている⁶⁾。

平成24年度以降、毎年本学では新入生の中でHAが高い者を対象として、うつ病予防のための集団認知行動療法 (Group Cognitive Behavior Therapy: GCBT) を

実施している。GCBTとは、認知行動療法の理論とモデルに基づき実施される集団精神療法である⁷⁾。なお、本学ではGCBTを心の健康向上プロジェクトという名称で実施している。GCBTの介入効果について、我々は量的データを用いて効果検証を行っており、介入開始時に比べて6ヶ月後は、ポジティブな自己認知が有意に上昇し、ネガティブな自己認知が有意に低下することを明らかにしている⁸⁾⁹⁾。また、介入開始時に比べて6ヶ月後は、抑うつ症状を示すBDI-II (Beck Depression Inventory-II)、不安症状を示すMAS (Manifest Anxiety Scale)において有意な低下がみられた⁸⁾⁹⁾。しかしながら、我々はこれまで本プログラムの効果について、質的な分析を行っていない。

そこで本研究では、本学で実施しているGCBTのプログラム内容を再考し、本プログラムが参加者の考えや抑うつ症状の変容につながったのか、参加者の感想について質的分析を行い、プログラムの効果を検証することを目的とする。

方法

・対象者

平成24年度から平成27年度の新入生で、TCI-R (短縮版)のHAが高得点の学生のうち、インフォームド・コンセントが得られ、精神疾患簡易構造化面接(M.I.N.I. 5.0.0)にて気分障害を認めなかった133名を対象に、無作為に介入群(G-CBT群:70名)と非介入群(対照群:63名)に割り振った。平成27年度にグループに参加した27名のうち、16名に対し、GCBTに参加した感想を求めた。

・倫理的配慮

書面と口頭による研究説明及びインフォームド・コンセントを実施した。本研究に関して得たデータは、個人が特定されないように全て機械的・統計学的に処理して統計解析を行なった。厚生労働省の倫理指針・倫理綱領に従って、人権の保護および法令等の遵守を行なった。なお、本研究は長崎大学大学院医歯薬学総合研究科の倫理委員会において、審査を受け、承認された(承認番号10033193)。

・グループ人数とスタッフ

グループ人数は、1グループ5名から8名の人数で構成した。スタッフは臨床心理士の2名から3名、精神科医1名で行った。

・GCBTのプログラムの構成要素

週1回、60分から90分のセッションを全6回実施した。表1に本プログラムの構成要素と具体的な内容を示す。本プログラムでは、マイナス思考の修正のため、認知行動療法の目的および考え方の癖の把握、認知再体制化、原因帰属、社会的スキルトレーニングとしてアサーショントレーニングを組み合わせ、オリジナルのプログラムを作成した。

表 1：心の健康向上プロジェクトのプログラム構成要素と具体的な内容

セッション	構成要素	具体的な内容
1 (90 分)	認知行動療法について（含： リラクセーション） 気分と状況・思考との関係性	<ul style="list-style-type: none"> ・認知行動療法の目的 ・リラクセーションの概要と効果 身体のリラックス状態を体感（氷とお湯を使用して手を温める方法を実施） <ul style="list-style-type: none"> ・落ち込む考え方の 10 パターンのワークシートにて、自分の考え方のクセの把握
2 (60 分)	私の自動思考記録 1	<ul style="list-style-type: none"> ・第 1 回目の認知再体制化。ワークシート(コラム法)1 シート記入。スタッフよりコラム法の書き方を説明。
3 (60 分)	私の自動思考記録 2	<ul style="list-style-type: none"> ・第 2 回目の認知再体制化。ワークシート(コラム法)1 シート記入。グループメンバーでシェアリングし、他のメンバーにも反証を出してもらおう。スタッフより反証、適応的思考の出し方のポイントを説明。
4 (60 分)	私の自動思考記録 3	<ul style="list-style-type: none"> ・第 3 回目の認知再体制化。ワークシート(コラム法)2 シート実施。グループでシェアリング。
5 (60 分)	原因の選び方（レーダーチャート分析）	<ul style="list-style-type: none"> ・原因帰属 ワークシート使用（レーダーチャート分析）。良かった出来事、悪かった出来事を挙げてもらい、その理由を「運、時期、他人、体調、努力、能力」の 6 つごとにどれくらい強くそう思うか（確信度：100%中何%か）を尋ねた。
6 (90 分)	アサーショントレーニング まとめ	<ul style="list-style-type: none"> ・自己表現の 3 パターンについて DVD を用いて学習。 ・要求と拒否についてロールプレイ

・質問項目および分析方法

GCBT の介入効果について検討するため、平成 27 年度 GCBT の参加者の 27 名の内 16 名を対象として、下記の質問に対し、回答を求めた。

(1) 心の健康向上プロジェクト (GCBT) を受講して気分・考えが「改善した」、「改善しなかった」、「わからない」の 3 つの回答から 1 つ選択してもらった。

(2) 「心の健康向上プロジェクト (GCBT) を受講して、学んだこと、勉強になったことは何ですか」という問いをセッションの最終回で尋ねた。臨床心理士 2 名で KJ 法を用いて分析を行った。なお、回答は複数回答である。

(3) 詳しく感想を述べた 3 名について、参加前の状況および参加後の変化についてまとめた。

結果

図 1 は、心の健康向上プロジェクト (GCBT) 受講後の気分・考えの改善について尋ねた結果を示した。心の健康向上プロジェクト (GCBT) を受講して気分・考えが「改善した」と答えた者は 15 名 (94%)、「改善しなかった」と答えた者は 0 名 (0%)、「わからない」と答えた者は 1 名 (4%) だった。

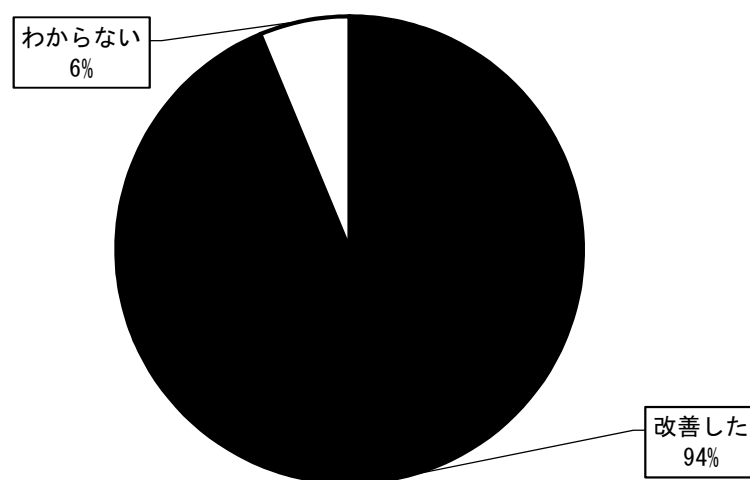


図 1：心の健康向上プロジェクト (GCBT) 受講後の気分・考えの改善について

表 2 に KJ 法的分析を用いた心の健康向上プロジェクト (GCBT) 受講後の感想を示した。「心の健康向上プロジェクト (GCBT) を受講して、学んだこと、勉強になったことは何ですか」という問いをセッションの最終回で尋ね、KJ 法を用いた分析を行ったところ、「認知への気づき (落ち込みの分析)」カテゴリーが最も多く (10/25 件)、次いで「認知への修正 (落ち込みからの回復) (6/25 件)」、「認知の修正 (原因帰属の変化) (3/25 件)」、「他者へのモニタリング」(3/25 件) の順で多かった。プログラムへの感想を述べた者もいた。

表 2: 心の健康向上プロジェクト（GCBT）受講後の感想の KJ 法的分析

カテゴリー	件数	自由記述回答例
認知への気づき(落ち込みの分析)	10/25 件	<ul style="list-style-type: none"> ・落ち込む時、以前は漠然と落ち込んでいたが、自分がなぜ落ち込んでいるのかわかるようになった。 ・なぜ自分が落ち込んでいるのか、客観的に分析できるようになった。
認知の修正(落ち込みからの回復)	6/25 件	<ul style="list-style-type: none"> ・どういう対策をとれば、落ち込みから回復できるか学ぶことができた。 ・落ち込んだ時、動揺することしかできなかったが、ワークシートでやっていたことを思い出して、気持ちを切り替えることができるようになった。実生活でも活用したい。
認知の修正(原因帰属の変化)	3/25 件	<ul style="list-style-type: none"> ・自分のせいにしすぎなくなった。 ・今まで自分のせいにしがちだったが、自分の考えについて分析してみると、そんなに自分を責めることはないかなと思えるようになった。
他者のモデリング	3/25 件	<ul style="list-style-type: none"> ・他の人の考え方を聞くことで、落ち込みから立ち直る方法が学べてよかった。 ・これまで悪いことがあったら、自分だけに悪いことが起こっているような気がしていた。他の人も色々なことで落ち込んでいることがわかった。他の人の考え方を聞くことで、落ち込みから立ち直る方法が学べてよかった。
プログラムへの感想	2/25 件	<ul style="list-style-type: none"> ・知らなかった学問的な部分が面白かった。 ・楽しかった。
その他	1/25 件	<ul style="list-style-type: none"> ・特にない。

表 3 に心の健康向上プロジェクト（GCBT）の感想を詳しく語った 3 名の参加前の状況と参加後の感想について示した。A さんは参加後の感想で、自分の考え方のクセを把握できたことで落ち込み過ぎを防止できるようになったと答えていた。また、リラクゼーションで学んだ深呼吸を実践することで、以前よりも不安が低下した状態で、物事に取り組むことができるようになったと話していた。B 君は、自動思考の記録において、反証を複数個書くことが難しかったが、他のメンバーにも自分の落ち込んだ出来事について反証を出してもらうことで、考えの幅が広がったと感じると答えていた。また、原因の選び方（レーダーチャート分析）において、ある結果に対して、原因を分散させて考えることの大切さを学ん

だと感想を述べていた。Cさんは、アサーショントレーニングのロールプレイをした時に、自分も相手も大切にしたコミュニケーションについて考えることができたと答えていた。

表 3: 参加前の状況と参加後の感想

	年齢・性別	参加前の状況	参加後の感想
Aさん	19歳 女性	幼い頃から落ち込みやすかった。新しい場面への適応が苦手で、不安になりやすかった。これまでは友達関係で嫌なことがあると、落ち込むだけで自分の気持ちにどう対処していけばいいのかわからなかった。	GCBTの初回は、知らない人の中で自分の考えを話すことに緊張した。徐々にグループの中で、自分の考えを話すことに抵抗がなくなった。1回目のセッションで、落ち込む考え方の10パターンを学んだことが最も印象的だった。特に自分の考え方の特徴として、「結論の飛躍—心の読みすぎ」「マイナス化思考」が出てきやすいくことがわかった。落ち込んだ時に落ち込む考え方の10パターンを思い出すことで、落ち込み過ぎを防止できるようになったと思う。自分の考え方の癖を知ることができてよかった。また、GCBTを受けて、不安を感じた時にはリラクゼーションの初回で学んだ深呼吸を実施することで、以前よりも不安が低下した状態で、物事に取り組むことができるようになったと感じる。
B君	18歳 男性	幼い頃から些細なことで落ち込みやすかった。落ち込むことがあると、自分のせいにしていて。落ち込みやすさを改善したいと思い、心の健康向上プロジェクトに参加した。	2から4セッションで実施した自動思考の記録では、最初はどんなことを書けばいいのかわからなかったが、どのようにシートを書いていけばよいか、一人ずつ検討する機会があり、自動思考の記録の仕方をじっくり学ぶことができた。反証を複数個書くことが難しかったが、他のメンバーにも自分の落ち込んだ出来事について反証を出してもらうことで、考えの幅が広がったと感じる。客観的に自分の状況を振り返ることにつながり、次同じような場面で落ち込んだ時に、どのように考えれば落ち込みが長期化せずに済むか、以前よりもわかるようになった。また、5回目のセッション原因の選び方(レーダーチャート分析)では、ある結果に対して、原因を分散させて考えることの大切さを学んだ。これまでの自分には全くない観点だった。よく考えると、自分のせいにしすぎなくてもいいのではないかと気づくことができた。今後はバランスよく考えていきたい。

C さん	19 歳 女性	人から頼まれたら、断れない。ストレスをため込みやすく、我慢の限界が来た時に爆発してしまう。高校生の頃より、気分の浮き沈みも激しい。	6 回目のアサーショントレーニングでは、DVD をみて、自分が非主張的なコミュニケーションをしていることに気づいた。ロールプレイでは、自分も相手も大切にしたいコミュニケーションについて考えることができた。テストの前に友人からノートを貸してと言われた時に断るロールプレイは、他のメンバーが言っていた言葉が参考になった。同じような場面になった時に試してみたい。
---------	------------	---	--

考察

心の健康向上プロジェクト（GCBT）の参加者 16 名に対し、プログラムの効果を検討した。気分・考え方が「改善した」と答えた者が 94% であり、プログラムをポジティブに評価している者がほとんどだった。本プログラムを通して、学んだことおよび勉強になったことについて、KJ 法を用いて分析した結果、「認知への気づき（落ち込みの分析）」カテゴリーが最も多く、次いで「認知への修正（落ち込みからの回復）」という回答が多かった。これらの結果から、参加者には GCBT を受講し、認知や行動の変化があったと考えられる。また、詳しく感想を述べた 3 名について、A さんは、「考え方のクセの把握」「リラクゼーション」、B 君は「自動思考の記録」「原因の選び方」、C さんは「アサーショントレーニング」の効果を書いており、これらのことから、各プログラム内容の有効性が示唆される。

本研究で用いたプログラムは、認知再体制化、リラクゼーション、アサーション、原因分析（原因帰属）等、認知療法と行動療法を組み合わせたプログラムである。参加者は、最終セッション後の感想において、「認知への気づき（落ち込みの分析）」、「認知への修正（落ち込みからの回復）」、「認知の修正（原因帰属の変化）」を挙げていた。認知再体制化は参加者に対して内省を深め、洞察を得るための機能がある⁷⁾。認知再体制化を複数回行ったことが認知への気づきや修正につながったのではないかと考えられる。初回の自動思考の記録（認知再体制化）では、参加者全員がワークシートの記入に時間がかかっている様子がみられた。特に初回時は、反証の項目を記入するときに、なかなか記入できない者、1 つのみ反証を出している者が多くみられた。しかしながら、認知再体制化 2 回目、3 回目では、1 回目に比べて、参加者がスムーズにワークシートへの記入を進めている姿が見られた。1 回目の記入の時には 15 分程度かかっていた記入が、2 回目、3 回目では 10 分程度に時間短縮することができ、各メンバーの落ち込んだエピソードの検討に時間を割くことができた。認知再体制化を 3 セッション行ったことで、落ち込んだ時に自分を客観的に見つめ直す方法を習得できたと考えられる。回数を重ねるごとに、参加者が反証を出す個数が増えていたことから、3 回セッションを行うことが効果的であることが示唆された。

本研究では、自動思考の記録において、日常生活で落ち込んだことを題材にするよう指示をした。各自ワークシートに記入してもらった後、グループメンバーと共にさらに反証を出し合い、適応的思考を完成させる形をとった。参加者からは、グループメンバーの自分とは異なる反証を聞き、参考になっている様子が窺えた。原因の選び方（レーダーチャート分析）やアサーショントレーニングにおいても、日常で起こりやすい題材を取り扱い、他の参加者の考え方や行動を参考にしてもらった。集団認知行動療法の利点として、参加者同士の相互作用がある^{7,10)}。Tucker and Oei (2007) は、患者同士のモデリングやフィードバックなどの患者間での助け合いを促す機会を与えられるといったこともあり、個人療法では得られない効果が期待できると述べている¹¹⁾。本プログラムでも参加者同士の相互作用が生じており、他者へのモデリングにより、落ち込みへの対処法を学ぶことができたと考えられる。

本研究は、参加者の感想という主観的な項目からプログラムの有効性を検討したため、結果の解釈には注意が必要である。また、本プログラムの参加者は、元々本プログラムに興味を持っており、モチベーションが高い者が多かったことから、プログラムに対しポジティブな感想を持ちやすいと考えられる。この結果がGCBT参加者の感想を反映しているわけではないため、結果の解釈には注意が必要である。

今後は量的データと合わせて、本プログラムの効果を検証する必要がある。また、本プログラムが、長期的な効果があるかどうかを検証する必要があると考えられる。今後、大学生を対象とした、より効果的な抑うつ予防のプログラムの検討が必要である。

引用文献

- 1) 内田千代子. 大学における休・退学. 留年学生に関する調査 第 31 報. 第 32 回全国大学メンタルヘルス研究会報告書. 2011 ; 32 : 80-94.
- 2) Kampman, O. & Poutanen, O. Can onset and recovery in depression be predicted by temperament? A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2011; 135: 20-27.
- 3) 坂本真士, 西河正行. 大学生における抑うつ気分のコントロールに関する予防的取り組み—大妻女子大学人間関係学研究紀要人間関係学研究. 2002; 3: 227-241.
- 4) 日本うつ病学会 2013 年日本うつ病学会治療ガイドラインII. 2013 ; 1 : 22-27.
- 5) Seligman, ME., Schulman, P., Tryon, AM. Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behaviour research and therapy*. 2007; 45: 1111-1126.
- 6) 及川恵, 坂本真士. 女子大学生を対象とした抑うつ予防のための心理教育プログラムの検討—抑うつ対処の自己効力感の変容を目指した認知行動的介入—. *教育心理学研究*. 2007;55 : 106-119.

- 7) 浅野憲一，清水栄司． 集団認知行動療法の特徴と新しい展開． 臨床精神医学． 2015 ; 44 : 1067-1073.
- 8) 西郷達雄，田山淳，小川さやか，福原視美，林田雅希，調 漸． 大学新入生のうつ予防を目的とした集団認知行動療法の効果． 全国大学メンタルヘルス研究会報告書． 2012 ; 34 : 63-68.
- 9) 小川さやか，西郷達雄，福原視美，Peter Bernick，田山淳，林田雅希，調 漸． 新入生を対象としたうつ予防のための集団認知行動療法． Campus Health. 2015; 52: 300-302.
- 10) Tucker, M. & Oei, T.P.S. Is group more cost effective than individual cognitive behavior thrapy? The evidence is not solid yet. Behavioral and Cognitive Psychotherapy. 2007; 35. 77-91.
- 11) Whitfield, G. Group cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression. Advances in Psychiatric Treatment. 2010; 16: 219-227.