

## うつ病の心理社会的特徴と社会復帰に向けたリハビリテーション

鈴木 伸一

(広島大学大学院教育学研究科附属心理臨床教育研究センター)

近年、うつ病の医学的治療は大きく進歩し、うつ症状は治療によりかなり改善されるようになった。しかし一方で、社会(職場)復帰が困難なケースや再発を繰り返すケースなども多く報告されている。うつ病の治療を経過によっていくつかの段階に分けると、①十分な休養と医学的治療に重点をおく急性期、②医学的治療に加え、生活リズムの建て直しと症状管理に重点をおく回復期(持続期)、③社会復帰のための準備と再発予防に重点を多く復帰期(維持期)から理解することができる。このうち、回復期から復帰期においては、うつ症状の管理に加えて、心理社会的リハビリテーションが必要とされ、このリハビリテーションがスムーズな社会(職場)復帰や再発予防に効果的であることが報告されている。しかしながら、わが国の医療機関および精神保健関連の諸施設においては、このような心理社会的リハビリテーションをねらいとしたプログラムは十分に広まっていないのが現状である。

そこで、本報告では、うつ病患者が抱える心理社会的問題の特徴を明らかにするとともに、社会復帰をねらいとした心理社会的リハビリテーションプログラムの概要とその成果について報告する。

### 1. うつ病患者が抱える心理社会的問題の特徴

うつ病患者が抱える心理社会的問題を心理学の観点から概念化すると次のような特徴がある。第1は、生活場面における、何らかの喪失体験、あるいは失敗経験の存在である。これは、親族や親しい友人との死別・別離といった大きなライフイベントの経験という場合もあるが、本人にとって喪失感や失敗感を強く引き起こすものであれば、仕事の不調や人間関係のトラブルといった一見些細な出来事のように思えるものであってもうつ病の誘因となりうる。第2は、生活場面における達成感の欠如である。抑うつ感の増大に伴う活動性の低下は、日常的な達成感を奪い、さらなる2次的な抑うつ感を形成するのである。第3は、否定的思考による自罰的悪循環の形成である。上記のような抑うつ感と活動性低下の悪循環は、自己評価を低下させ、うつ病特有のネガティブな思考様式を形成させてしまう。最後は、自尊心の低下である。自罰的思考様式が習慣化されると、自己の価値や存在意義などを否定し、自尊心を低下させてしまう。

このような心理社会的特徴は、抑うつ気分と否定的思考、および後ろ向きな生活態度の悪循環を構成し、うつ症状の維持・増悪に作用すると考えられている(図1, 2)。したがって、うつ病の心理

社会的リハビリテーションを行う上では、①生活リズムを立て直すとともにそれに伴う自分の状態変化を観察すること、②具体的な生活目標を立てること、③小さな達成感を積み重ねること、④否定的な思考を再検討することなどが、目標となる。

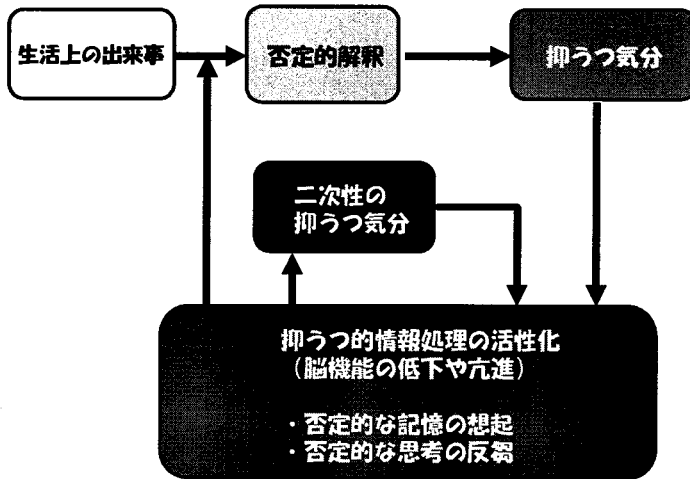


図1 抑うつ気分の悪循環モデル

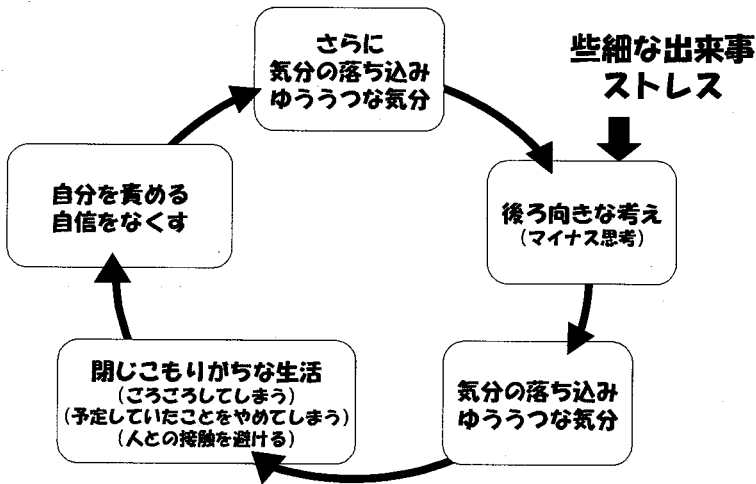


図2 うつ病患者によく見られる生活の悪循環

しかし、このような心理社会的リハビリテーションを行おうとする場合、「患者の動機付けが高まらない」、「日々の取り組みを肯定的に評価することが出来ない」、「ちょっとした失敗でも大きく動揺してしまう」などの困難さに遭遇することが少なくない。このような困難さは、うつ病患者に共通して見られる表1のような思考パターンよるところが大きい。

**表 1 うつ病患者に見られる思考パターン**

---

**破局的推論 (catastrophizing):**

現実的な可能性を検討せずに、否定的な予測をエスカレートさせること

**読心術推論 (mind reading):**

他者が考えていることを確認もせずに、自分はわかっていると思い込むこと

**個人化の推論 (personalization):**

出来事の成りゆきや結果を自分のせいだと思い込むこと

**選択的抽出推論 (selective abstraction):**

ある特定の事実だけを取り上げて、それがすべての証拠であるように考えること

**トンネル視 (tunnel vision):**

出来事の否定的な側面のみを見ること

**レッテル張り (labeling):**

自分や他者に固定的なラベリング (たいてい否定的な) をすること

**全か無か推論 (all-or-nothing reasoning):**

少しの失敗や例外を認めることなく、二分法的に結論付けをすること

**自己と他者のダブルスタンダード (double standard between self and others):**

自己にだけ他者と異なる厳しい評価基準を持つこと

**「すべし」評価 (should / must statements):**

自己や他者に対して、常に高い水準の成果を要求すること

---

このような思考パターンを改善していくためには、自分の思考パターンと気分の変動との関係に気づくとともに、思考の柔軟性と多様性を回復していくための治療的介入が必要となる。そのような介入に効果をあげているのが認知行動療法である。認知行動療法に基づくうつ病の心理社会的リハビリテーションプログラムは、図3に示す要素によって構成され、自己の思考、行動、感情の悪循環の理解を深め、生活ストレスへの具体的な対処法を身に付けるとともに、新しいものの見方、考え方を探索することで、柔軟性と多様性に富む思考・行動パターン獲得できるようにプログラムされている。

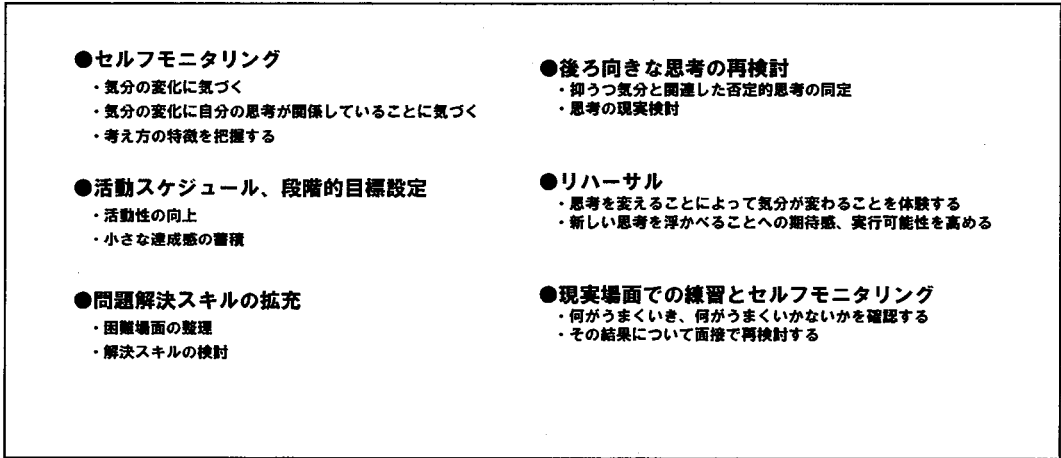


図3 うつ病の認知行動療法

## 2. うつ病患者の社会復帰をねらいとした認知行動療法プログラム

うつ病患者に対する認知行動療法は、うつ病エピソードへの治療的介入と再発予防に有効であることが明らかにされている。また、うつ病への各種治療法の有効性を比較検討したレビュー<sup>1)2)</sup>では、認知行動療法と薬物療法の併用が最も効果が高いという報告がある。

わが国でも近年、うつ病の治療や復職支援において、認知行動療法への患者の期待は高まっているが、認知行動療法を提供できる施設や治療者が不足しており、患者のニーズに十分応えられていない現状がある。このような現状を解決する方策の1つとして、集団療法として認知行動療法を導入する方法が考えられる。うつ病の集団認知行動療法は、個人療法と同様に抑うつ症状の改善に有効であることが報告されているが<sup>3)~6)</sup>、わが国においてはうつ病患者を対象とした集団認知行動療法の効果に関する実証的研究は行われていない。

以上のような問題点を踏まえ、広島大学病院の精神神経科においては、うつ病患者の社会（職場）復帰支援のための認知行動療法プログラムを集団療法として展開し、効果をあげている。

### 1) プログラム概要

グループ構成: 1グループを患者5~6名、メントレーナー1名、サブトレーナー2名で構成した。プログラムは、図4に示すように心理教育セッション2回と、治療セッション10回の計12回から構成されている。プログラム内容は Beck, et al.(1979)<sup>8)</sup>に基づいて作成した。図5は、プログラムで用いるワークシートの一部を示したものである。

## CBGTのスケジュール

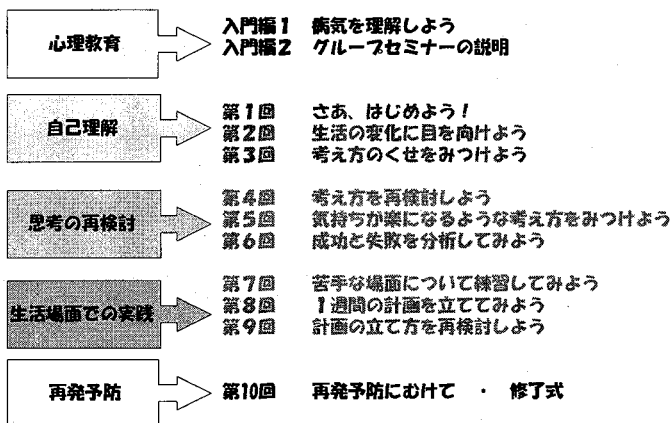


図4 集団認知行動療法の内容

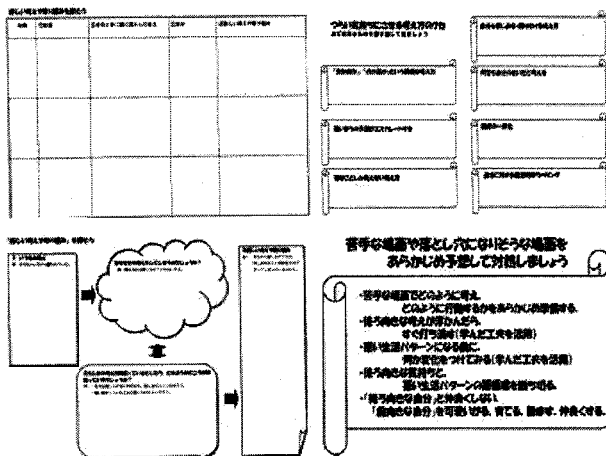


図5 集団認知行動療法のワークシート

対象の適応基準は DSM-IV で気分障害（大うつ病性障害）の診断を満たすもので、対象年齢は 18 歳～60 歳とした。除外基準は希死念慮の強い場合、器質因や認知機能障害を認める場合、グループ活動に不向きな人格障害の合併がある場合、重度の身体合併症があり継続しての参加が困難な場合であった。

効果評価は、①抑うつ症状の評価尺度として Beck Depression Inventory (BDI) とハミルトンうつ病評価尺度 (HAMD)、②心理・社会的機能の評価尺度として 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)、③非機能的認知の評価尺度として Automatic Thought Questionnaire (ATQ-R)、Dysfunctional Attitude Scale (DAS)、および反応スタイル尺度 (RSQ)、④機能の全体的評価尺度として Global Assessment of Functioning (GAF) を用いた<sup>7-9)</sup>。

### 3) 結果の概要

プログラムを終了した患者のうつ症状、心理・社会的機能、非機能的認知について、時期を要因とした多変量分散分析を行った。その結果、すべての指標についてプログラムの効果が有意であった。各指標ごとに主効果の検討を行ったところ、HAM-D、GAF、SF-36 (社会的機能-身体、全体的健康感、活力、こころの健康)、ATQ-R の変化が有意であった。

### 3. まとめ

本論ではうつ病患者の心理社会的リハビリテーションについて述べてきたが、うつ病患者の社会復帰や再発予防を考えていく際には、うつ症状のコントロールに加えて、ネガティブな思考の再検討や、ストレス対処能力の拡充を行うことが重要である。また、職場復帰に際しては、産業医や職場上司等と十分な相談を行い、段階的な目標設定や仕事量の調整を行うことも重要である。今後、医学的治療、心理社会的リハビリテーション、および職場復帰支援が連続的に提供できるようなシステム作りが課題となるであろう。

### 参考文献

- 1) Robinson LA, Berman JS et al : Psychotherapy for the treatment of depression : A comprehensive review of controlled outcome research. Psychological Bulletin 108 : 30-49, 1990
- 2) Gloaguen V, Cottraux J et al : A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. Journal of Affective Disorders 49 : 59-72, 1998
- 3) Rush AJ, Watkins JT : Group versus Individual cognitive therapy: A Pilot Study. Cognitive Therapy and Research 5 : 95-103, 1981

- 4) Comas-Diaz L : Effects of cognitive and behavioral group treatment on the depressive symptomatology of Puerto Rican Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 49 : 627-632, 1981
- 5) Kavanagh DJ, Wilson PH : Prediction of outcome with group cognitive therapy for depression. *Behav. Res. Ther.* 27:333-343,1989
- 6) Seok-Man K, Tian PS : Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 34 : 73-85, 2003
- 7) Keller KE : Dysfunctional attitudes and the cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research* 7 :437-444, 1983
- 8) Beck AT, Rush AJ et al : *Cognitive Therapy of Depression*.1979
- 9) Tian PS, Sullivan LM : Cognitive changes following recovery from depression in a group cognitive-behaviour therapy program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 33: 407-415, 1999