

であったりする場合が多い。

さらに本研究では、精神科医はもちろんのこと、その指導のもとに医療心理技術者および精神保健福祉士による精神療法を念頭におき、コメディカルスタッフによる精神療法とチーム医療の可能性にも援用できるよう配慮した。

うつ病性障害の患者で、本研究に同意を得たものを対象に、昨年作成したうつ病の認知行動療法の治療者マニュアルと患者用心理教育資料を用いて、認知行動療法を施行した。標準化された評価尺度を用いて効果を判定した。

B. 研究方法

<参加施設>

下記の5施設が研究に参加した。
東京女子医科大学精神科、昭和大学精神科、東邦大学付属病院精神科、慈雲堂内科病院精神科、桜ヶ丘記念病院精神科

方法

<対象>

構造化面接（SCID：Structured Clinical Interview for DSM-IV）によって、DSM-IV-TRの診断基準で大うつ病性障害または気分変調性障害と診断された患者を対象とした。

<介入方法>

H16年度の本研究で作成した治療マニュアルに基づき、週1回の個人認知行動療法（50分）を行った。介入回数は原則として16週であるが、治療者と対象者の判断により20週まで延長可能とした。2週に1回のグループ・スーパービジョンにより、介入のクオリティーコントロールを行った。

<評価方法>

下記の標準化された評価尺度を用いて、抑うつ症状、全般的機能状態、主観的幸福度、うつ病の再発予測因子と考えられている非機能的思考を測定した。

- ・ベックうつ病尺度 Beck Depression Inventory (BDI-II)
- ・ハミルトンうつ病尺度 Hamilton Rating for Depression (HAM-D)
- ・臨床評価尺度 Clinical Global Impression (CGI)
- ・全般性機能評価 Global Assessment of Functioning (GAF)
- ・WHO式主観的ウェルビーイング尺度 (SUBI)
- ・非機能的思考尺度 Dysfunctional Attitude Scale (DAS-24J)

<解析>

Statcel2000、SPSS ver.14を用いて統計解析を行った。

（倫理面への配慮）

各施設の倫理委員会の承認を得て行った。臨床研究に関する倫理指針（平成15年厚生労働省告示第255号）にもとづき、対象の患者には、研究の主旨・情報管理について説明を行い、参加の任意性、撤回可能性、拒否・撤回によって診療上不利益を被らないことについて通知を行った上で文書による同意を得た。

C. 研究結果

<治療者背景>

精神科医7名、（医師の指導の下で）医療心理技術者（臨床心理士）1名が治療にあたった。治療者の精神科臨床経験は平均7.9年（S.D.2.9年、3～12年）、認知行動療法経験年数は平均4.3年（S.D.1.7年、0.5～

6年)であった。

<対象患者背景>

H18年度は14例の新たな症例エントリーを得て、昨年度までのデータと合わせて合計29例(女性20, 男性9)が評価の対象となった(表1)。

表1. 対象者背景

性別	女性20, 男性9
年齢	平均39.0歳(S.D.=10.6)
婚姻状況	未婚13, 既婚11, 離婚/死別5
職業	会社員18, 専業主婦4, その他5, 無職2
診断	大うつ病性障害27 (単一エピソード8, 反復エピソード19) 気分変調性障害2
併存障害	なし22, あり7 (パニック障害, 月経前不快気分障害, 薬物誘発性躁病エピソード等)
罹病期間(最近のエピソード)	平均32ヶ月(S.D.75.0, 1~296ヶ月)

<介入の結果>

エントリーした30例のうち、29例が6回以上のセッションに参加し評価の対象となった(治療脱落率: 3.3%)。

平均15.2回(S.D.=3.6)のセッション[最頻値16回; 6~20回]を行った。

<介入前後の評価変化>

各評価尺度の介入前後の数値を表2に示した。欠損値は除外して検定を行った。自己記入式抑うつ症状(BDI-II)が有意な改善を認め、抑うつ症状への有効性が示された(図1)。他者評価式抑うつ症状(HAM-D)、全般的機能状態(CGI, GAF)、主観的ウェルビーイング(SUBI)、非機能的思考(DAS-24J)

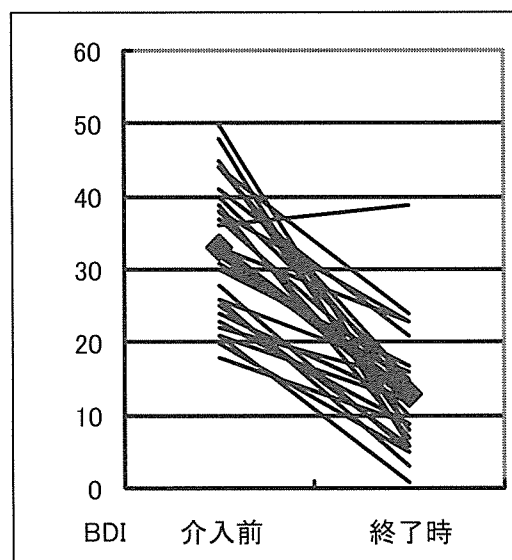
のいずれも有意な改善を認めた($p < 0.001$: Wilcoxon符号付き順位和検定)(表2)。

表2. 介入前後の各尺度の値

	介入前	介入後	Z値
BDI-II	33.0 (7.3)	12.9 (7.7)	-4.68 *
HAM-D17	24.2 (7.3)	8.0 (3.4)	-4.20 *
HAM-D 21	27.7 (8.2)	8.7 (4.0)	-4.37 *
CGI 重症	4.9 (1.1)	2.4 (1.1)	-4.49 *
CGI 改善	4.8 (0.6)	3.1 (1.6)	-3.66 *
GAF	46.2 (9.4)	72.9 (8.6)	-4.54 *
SUBI 健康	31.1 (8.2)	38.0 (5.1)	-4.16 *
SUBI 疲労	38.4 (8.2)	46.4 (9.3)	-4.21 *
DAS24-J	105.9(28.6)	84.8(14.8)	-3.12 *

* : $p < 0.001$ (Wilcoxon符号付き順位和検定)

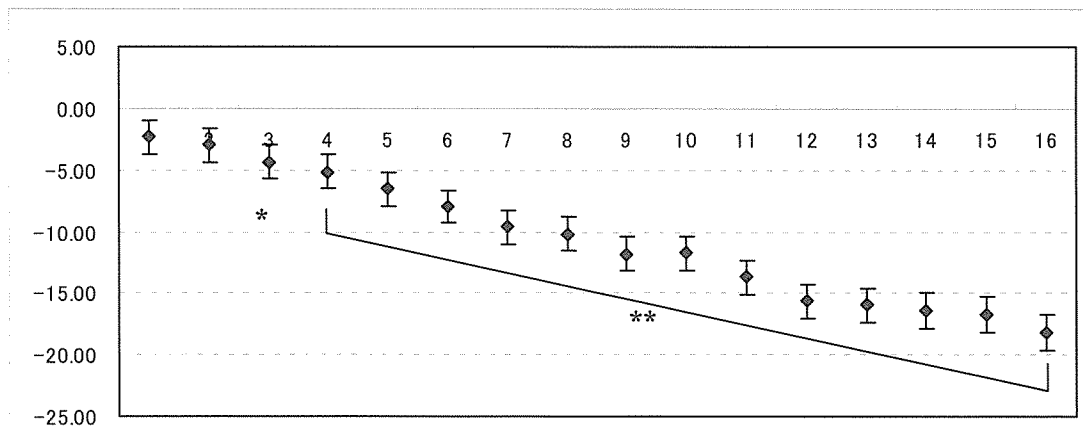
図1. BDI-IIの介入前後の変化(太線は平均値)



薬物療法併用の影響を除外するために、薬物療法上変化のない群(処方なし、または、旧来の処方を継続)と新たな薬物療法を開始した群とを比較したが、双方に有意な差は認めなかった。

主観的抑うつ症状は、セッションの3回目より有意な改善が認められた(図2)。

図 2.セッション回数と介入前と比較した BDI-II の変化 (Dunnett の多重比較、* $p<0.05$, ** $p<0.01$)



<各評価尺度の相関>

BDI-II と HAM-D(17, 21)の改善度の相関をみた。BDI-II 改善度と HAM-D17 改善度の相関係数は 0.77($p<0.01$)、BDI-II と HAM-D21 の相関係数は 0.74($p<0.01$)であった (図 3, 4)。

主観的抑うつ症状改善度と客観的抑うつ症状改善度が相関していることが示された。本研究では治療者と抑うつ症状評定者が同一人物であるため、バイアスがかかる危険性があったが、その可能性は否定されたと考えられた。

図 3. BDI-II 改善度と HAM-D17 の相関

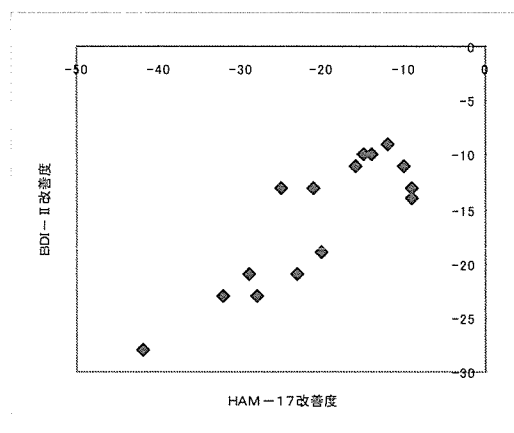
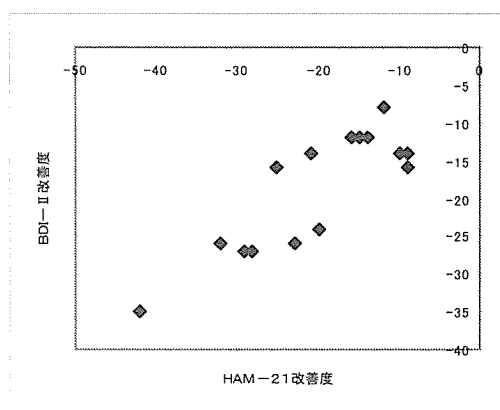


図 4. BDI-II 改善度と HAM-D21 の相関



<抑うつ症状の改善との関連因子>

抑うつ症状の改善と相関のある項目を検討した。介入開始時の BDI-II、HAM-D17、HAM-D21、DAS24-J、QIDS、CGI 重症度が低いほど、介入前後で主観的・客観的抑うつ症状が改善していた。介入開始時の GAF が高い程、介入前後で主観的・客観的抑うつ症状が改善していた(表 3:章末)。

寛解を $BDI-II \leq 10$ 、BDI の 50%改善を帰結因子として関連する因子を検証したが、患者背景、診断、各評価尺度の得点との有意な相関は見いだせなかった。

各評価尺度の変化の相関を表4(章末)に示した。BDI-II改善度に関しては、HAM-17、HAM-21、DAS-24J、QIDS、CGI重症度・改善度と有意な正の相関が見られた。GAF改善度とは有意な負の相関が見られた。

HAM-D17、HAM-D21の改善度とDAS-24Jの改善度には相関が見られなかったことから、HAM-Dでは、本人の主観的な認知の側面の変化は捉えられない可能性が示唆された。認知行動療法の効果測定にHAM-Dを使用する場合には、補足的にDAS等を使用すると複合的に効果判定ができる可能性が示唆された。

D. 考察

30例のうつ病性障害に対して個人認知行動療法を施行し、うち29例が治療完遂、または早期改善のため治療者との合意の上、早期終了となった。抑うつ症状だけでなく、全般的機能、主観的ウェルビーイング、うつ病の再発と関連すると考えられている非機能的思考に改善を認めた。

また、今回の症例では慢性例、ないし、再発例が多い患者に対しても認知行動療法がうつ状態の改善に有効であったことは特記に値すると考えられた。

本研究の限界としては、本年度の成果は対照群を設定しないオープン試験であり、厳密な効果判定には今後無作為割付による比較対照試験の実施を検討する必要がある。また、薬物療法を併用している群があり、その影響を考える必要があるが、認知行動療法開始前と終了時で薬物療法の処方を変えない群(処方なし、または、旧来の処方を継続)と新たな薬物療法を開始した群との間に有意な差は認めず、前者においては、

抗うつ薬が有効となる可能性は低いことから、薬物療法による改善の影響は否定でき、純粋に認知行動療法の効果が検証されたと考えられた。

E. 結論

うつ病性障害に対する個人認知行動療法のオープン試験をH17年度に引き続き実施した。主観的・客観的な抑うつ症状、全般的機能尺度、主観的幸福感いずれの点でも有意な改善を認めた。主観的抑うつ症状は、セッションの3回目より有意な改善が認められた。

認知行動療法の経験が比較的浅い治療者でも良好な治療成績を残せたことは特記に値すると考えられた。対照群を設定した無作為対照試験の実施が今後の検討事項である。

F. 健康危険情報：なし

G. 研究発表：

1. 論文発表

藤澤大介、大野裕．高齢者のうつ病とサイコエデュケーション．老年精神医学雑誌 17(3)，297-301，2006

藤澤大介，射場真帆，岡田佳詠，菊地俊暁，久野裕美子，腰みさき，杉本彩，志田博和，宗未来，田島美幸，長井友子，長田律，朴順禮，花岡素美，古谷真理子，吉村由未，渡邊義信，大野裕．うつ病の認知行動療法本邦における現況・効果研究・研修ワークショップ：ストレス科学 20(4) 218-227，2006

2. 学会発表

大野裕ほか. 教育研修コース「うつと不安の認知行動療法」. 第102回日本精神神経学会. 福岡. 2006

大野裕ほか. うつと不安の認知行動療法. 産業精神医学会. 東京. 2006

H. 知的財産権の出願・登録状況：なし

I. 参考文献

- 1) Wright JH, Basco MR, Thase ME. Learning Cognitive Behavioral Therapy, an illustrated guide. 2006, American Psychiatric Publishing, Arlington.
- 2) Beck A.T, Rush A.J, Shaw B.F et al., Cognitive Therapy of depression. 1979, New York: Guilford Press. (坂野雄二監訳「うつ病の認知行動療法」岩崎学術出版社)

表3. 抑うつ症状の改善度と、介入前の評価尺度の相関

	介入開始時得点											
	年齢	面接回数	ham17	ham21	qids	gaf	das24	subif健	subif疲	bdi	cgi重	cgi改
BDI-II 改善度												
相関係数*	0.16	-0.06	-0.70	-0.70	-0.67	0.45	-0.61	-0.16	0.14	-0.72	-0.50	-0.42
有意確率(両側)	0.404	0.758	0.000	0.000	0.000	0.014	0.001	0.424	0.483	0.000	0.006	0.055
N	29	29	25	27	27	29	27	26	26	29	28	21
HAM17改善度												
相関係数*	0.04	-0.11	-0.88	-0.88	-0.58	0.55	-0.52	-0.08	0.16	-0.71	-0.48	0.11
有意確率(両側)	0.869	0.615	0.000	0.000	0.003	0.007	0.012	0.737	0.477	0.000	0.021	0.683
N	23	23	23	23	23	23	22	22	22	23	23	16
HAM21改善度												
相関係数*	-0.03	-0.24	-0.86	-0.89	-0.43	0.45	-0.45	0.02	0.18	-0.62	-0.40	-0.02
有意確率(両側)	0.898	0.240	0.000	0.000	0.034	0.024	0.026	0.930	0.390	0.001	0.047	0.940
N	25	25	23	25	24	25	24	24	24	24	25	18

* 相関係数: Spearmanのρ-

表4. 各評価尺度の変化の相関

	BDI改善度	HAM17改善度	HAM21改善度	DAS24改善度	QIDS改善度	GAF改善度	SUBI健改善度	SUBI疲改善度	CBI重改善度	CBI改改善度
BDI改善度	1.00	0.77	0.74	0.47	0.77	-0.54	-0.20	-0.08	0.69	0.34
相関係数										
有意確率(両側)		0.00	0.00	0.02	0.00	0.00	0.34	0.72	0.00	0.13
N		23	25	24	24	24	24	24	28	21
HAM17改善度		1.00	0.98	0.22	0.62	-0.59	-0.19	-0.16	0.66	0.11
相関係数										
有意確率(両側)			0.00	0.32	0.00	0.00	0.40	0.48	0.00	0.68
N		23	23	22	23	23	22	22	23	16
HAM21改善度			1.00	0.09	0.49	-0.52	-0.29	-0.16	0.51	0.08
相関係数										
有意確率(両側)				0.66	0.01	0.01	0.17	0.45	0.01	0.76
N			24	24	24	25	24	24	25	18
DAS24改善度				1.00	0.45	-0.21	-0.40	-0.42	0.69	0.05
相関係数										
有意確率(両側)					0.03	0.33	0.05	0.04	0.00	0.83
N				23	23	24	24	24	24	18
QIDS改善度					1.00	-0.36	-0.22	-0.20	0.75	0.45
相関係数										
有意確率(両側)						0.08	0.32	0.37	0.00	0.07
N					24	24	23	23	24	17
GAF改善度						1.00	0.27	0.15	-0.51	-0.41
相関係数										
有意確率(両側)							0.20	0.48	0.01	0.08
N						24	24	24	26	19
SUBI健康改善度							1.00	0.60	-0.32	-0.44
相関係数										
有意確率(両側)								0.00	0.13	0.07
N							24	24	24	18
SUBI疲労改善度								1.00	-0.34	-0.24
相関係数										
有意確率(両側)									0.11	0.33
N								24	24	18
CBI重症改善度									1.00	0.37
相関係数										
有意確率(両側)										0.10
N									24	21

相関係数: Spearmanのρ-

平成 18 年度厚生労働科学研究
(こころの健康科学研究事業)
精神療法の実施方法と有効性に関する研究
分担研究報告書
精神療法の医療経済的研究

分担研究者 山内 慶太(慶應義塾大学看護医療学部
・大学院健康マネジメント研究科教授)

研究要旨

本分担研究班は、分担研究「うつ病・パニック障害に対する認知行動療法のマニュアル作成と効果研究」が実施する対照群を設定したうつ病に対する認知行動療法の効果研究に併せて経済評価を実施することが課題であった。それに向けて、第1年度は、経済評価を実施する際の留意点を検討すると共に、実際の調査において追加すべき評価項目などについて検討した。第2年度、第3年度は、「効果研究」班の比較対照試験の経済評価を行うことになっていたが、パイロットスタディとしての対照群を置かないオープン試験に留まった為、経済評価を実施することが出来なかった。そこで、第3年度である平成18年度も、オープン試験の進捗状況を踏まえ、今後の比較対照試験に向けて、方法論上の更なる検討を行った。

A 目的

本分担研究班は、分担研究「うつ病・パニック障害に対する認知行動療法のマニュアル作成と効果研究」が実施する対照群を設定したうつ病に対する認知行動療法の効果研究に併せて経済評価を実施することが課題であった。それに向けて、第1年度は、経済評価を実施する際の留意点を検討すると共に、実際の調査において追加すべき評価項目などについて検討した。第2年度、第3年度は、いずれも「効果研究」班が実施する比較対照

試験の経済評価を行うことが求められていたが、パイロットスタディとしての対照群を置かないオープン試験に留まり、比較対照試験が実施されなかった為、経済評価を行うことが出来なかった。そこで、第3年度である平成18年度も、今後の比較対照試験に向けての方法論上の検討を行った。

B 方法

第2年度、第3年度に分担研究「うつ病・パニック障害に対する認知行動療法のマニュアル作成と効果研究」で

は、うつ病性障害の認知行動療法のオープン試験が行われて来た。本分担研究では、初年度の方法論上の検討を踏まえて、オープン試験の進捗状況を検討し、今後比較対象試験を行う際の課題を整理した。

C 結果および考察

オープン試験からは、介入前に比べて主観的・客観的な抑うつ状態、全般的機能尺度、主観的ウェルビーイングのいずれにもおいても、有為の改善を認めており、認知行動療法の有効性への期待を抱くことが出来るものであった。

但し、まず効果の評価においても、以下の点について検討する必要がある。第一に、通常診療が大凡2週間に1回の受診であるのに対して、16~20週の間、毎週の治療を実施した、頻度の多さの影響である。第二に、毎回のセッションが50分と、通常診療より時間が長いことの影響である。これらの影響がどの程度あるかについての冷静な吟味も必要であろう。なお、通常受診頻度に近い、2週に1回の場合でも認知行動療法の効果が確認できると、通常診療場面への普及がし易くなると思われる。

また、追跡期間については、オープン調査では試験終了後の追跡は行われていないが、就労状況の改善は症状の改善よりも遅れる傾向があること、再発の抑制効果を把握する必要があること、等を考えると、経済評価実施の際には、試験開始から6ヶ月後、9

ヶ月後、12ヶ月後にも経過を把握する為の面談がなされるよう計画されることが望まれる。

例数については、オープン試験においてもようやく30例であったことを考えると、無作為化比較対照試験において経済評価にも耐えうる例数を確保することはかなり困難であると言わざるを得ない。従って、認知行動療法への関心の高い診療所、病院のネットワーク作りを行い、対象施設の拡大の為の環境を整える必要がある。

なお、無作為化比較対照試験が出来ない場合は、次善の策として、認知行動療法開始までの治療を遡及的に、開始後を前向きに調査して、導入前後での一定期間の間で比較する方法(mirror-image studies や before-and-after studies 等と呼ばれる)の実施も検討して良いと思われる。うつ病の場合、取り分け通院治療を継続している場合には、発症後、時間の経過と共に状態の改善傾向が認められる場合が多い為、導入前後での比較は余り望ましい方法では無い。しかし、オープン試験の対象者の最近のエピソードでの罹病期間が平均で32ヶ月と長く、したがって状態も固定化していた患者が多かったことが推測される為、そのような対象に限ったものであれば、次善の策として mirror-image studies を検討しても良いと思われる。

D 結論

本事業の分担研究「うつ病・パニック障害に対する認知行動療法のマニ

ュアル作成と効果研究」でなされたオープン試験の結果からは、我が国においても、認知行動療法の無作為化比較対照試験並びに経済評価実施の意義が大きいことが示唆され、今後の実現が期待される場所である。

但し、無作為化比較対照試験の実施に当たっては、経済評価にも耐えうる例数の確保が可能かどうか等の課題も大きく、認知行動療法に関心の高い診療所・病院のネットワーク作りなど、基盤整備が肝要であると思われる。

E 健康危険情報

なし

F 研究発表

適宜報告の予定

G 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

なし

精神療法の実施方法と有効性に関する研究

分担研究者 仲本 晴男 沖縄県立総合精神保健福祉センター 所長

研究要旨

慢性うつ病の回復を図るため、認知行動療法 (CBT) とデイケア活動を併用した、うつ病に特化したデイケアを開発し、プログラムに参加した対象者 42 人について有効性を検討した。

A 研究目的

うつ病の発症メカニズムと治療の関係をみると、CBT はストレスが加わったときの対処能力を向上させる役割を担い、薬物は脳内受容体セロトニンを増加させ回復を図ると考えられる。薬物は人の思考まで修正することはできず、慢性化したうつ病を改善し再発を防ぐためには CBT によるトレーニングが必要である。

一方、うつ病には抑制症状があるため、理屈では行動が必要とわかっていても実行できない場合が多い。そこで、CBT とデイケア活動を併用することによって治療効果を高めたことを実証するのが本研究の目的である。

B 研究方法

本研究で用いている CBT は、1982 年に Munoz が作成し、それを 1994 年に慈恵医大精神科が入手して翻訳・改良し、当センターで更に改良して 2006 年 10 月現在、改訂第 4 版となっている。慈恵医大版に比べると、講習は 8 回から 6 回に減らし、教材は液晶スライドとテキストを作成し、ホームワークも 4 種類に減らした。対象疾患は慢性の重度から軽度のうつ病とした。心理検査は開始前と終了時に客観評価と自己評価を行った。

デイケアは週 1 回実施し 1 クールは 12 回、3 ヶ月である。2 週間をセットにし、第 1 週目はデイケア活動と CBT 講習及びホームワーク練習、第 2 週目はデイケア活動とグループワークを行う。

倫理面への配慮として、研究対象者にはオリエンテーションで本デイケアの説明及び研究発表することへの協力を文書で確認し同意の署名をもらった。

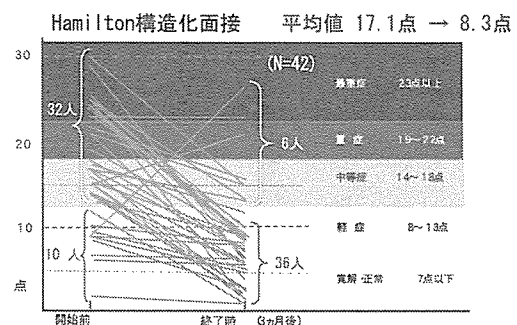
C 研究結果

平成 17 年 8 月の事業開始から平成 18 年 11 月現在までに、4 クールを終了した。これまで新規にデイケアに参加した者は実数で 50 人、そのなかで初回 1 クールを終了した者 42 人 (84.0%) であり、中止者は 9 人 (16.0%，就職 3 人，中断 6 人) であった。終了した 42 人についてプロフィールを見ると、男：女=21:21，平均年齢 40.3±7.6 歳，平均発病期間 6.8±5.1 年，平均治療期間 5.5±4.3 年，平均不就労期間 2.8±2.6 年であった。診断は ICD-10 で、F32 うつ病エピソード，F33 反復性うつ病性障害であった。

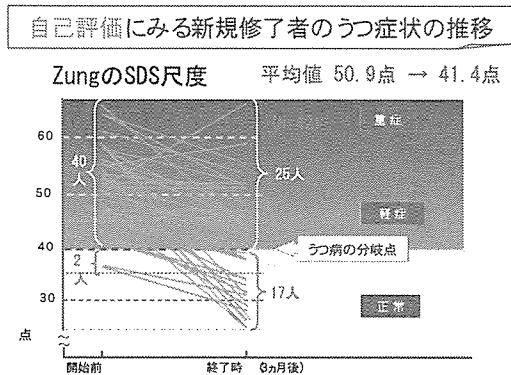
新規終了者 42 人を、初回の 1 クール前後でうつ病評価尺度を比較すると、客観評価の Hamilton 構造化面接 (HAM-D, SIGH-D) で平均値が 17.1±6.7 点から 8.3±5.8 点へ著明に改善した。(図 1) 開始前軽症と寛解・正常は 10 人であったが終了時には 36 人に増えた。中等症以上の者は開始前 32 人であったが終了時には 6 人に減少し、著明な改善がみられた。

(図 1)

客観的評価にみる新規終了者のうつ症状の推移



Zung のうつ病自己評価 (SDS) では、50.9 ± 7.0 点から 41.4 ± 9.9 点へ著明に改善した (図 2)。開始前正常は 2 人だったが終了時には 17 人に増えた。うつ病分岐点以上の者は開始前 40 人であったが終了時には 25 人に減少し、著明な改善がみられた。(図 2)



転帰は HAM-D 尺度で改善 38 人 (90.5%)、不変 2 人 (4.8%)、悪化 2 人 (4.8%)、SDS 尺度で改善 37 人 (88.1%)、不変 2 人 (4.8%)、悪化 3 人 (7.1%) であった。(表 1)

悪化の要因として、両尺度で悪化したのは 1 人だけだが、修了 2 週間前に精神障害の息子が自殺したことが原因であった。それ以外では、期間中に抗うつ薬を減薬しすぎたことや、病識が明確になりカウントする症状が増えたり、身体疾患の併発が原因であり、うつ病デイケアによる悪化ではなかった。過剰反応 (副作用) として、2 人が期間中に薬物を変更しないまま、一過性の軽躁状態が出現した。

(表 1)

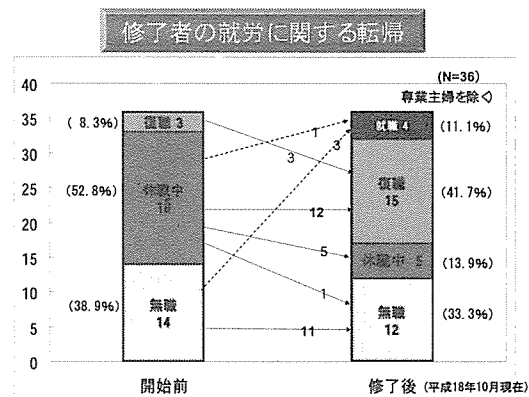
新規修了者のうつ病評価尺度からみた転帰 (N=42)		
Hamilton 構造化面接	改善	38 人 (90.5%)
	不変	2 人 (4.8%)
	悪化	2 人 (4.8%)
Zung の SDS 尺度	改善	37 人 (88.1%)
	不変	2 人 (4.8%)
	悪化	3 人 (7.1%)
悪化の要因	息子の自殺, 期間中の減薬 うつ病識の自覚, 身体疾患の併発	
過剰効果	2 人 (4.8%, 一過性軽躁状態)	

修了者の就労に対する転帰を、就労状況

が固定している専業主婦を除いた 36 人について検討した。開始時点から平成 18 年 10 月現在の修了時点まで、期間は 1 クールのみの方から最長で 4 クールを受講した者が含まれている。(図 3)

開始時は「復職」中の者が 3 人 (8.3%) いるが、これは復職したものの休みが多いため人事課から当デイケアの企業連携コースの受講を勧められたことによる。約 9 割は「休職中」19 人 (52.8%)、及び解雇され「無職」の 14 人 (38.9%) であった。修了後は、新たに仕事を探した「就職」が 4 人 (11.1%)、「復職」が 15 人 (41.7%) で、両者を合わせた就労中の者は 52.8% と過半数に達した。「休職中」5 人 (13.9%)、「無職」は 12 人 (33.3%) であった。

(図 3)



この治療効果は当初の予想を超えるものであり、うつ病及び自殺予防が社会問題化している我が国において、県内外に普及する意義は大きいと考える。

当センターは行政機関であり、この実践研究を全国的に普及拡大するノウハウを持っている。我が国の精神科デイケアが、慢性患者の居場所になってしまっている現在、本研究のように方法を標準化し、評価を客観評価と自己評価の併用によって信頼性を増し、高い治療効果を上げることができる治療システムが必要とされている。これを普及するためには、「うつ病デイケア」に特化した診療報酬の新設を含めた抜本的な対策が必要と考える。

D 考察

当センターにおけるうつ病デイケアの特

徴をまとめた。①デイケア活動と認知行動トレーニングの相乗効果を図った。②テキストはカラー図示を増やし、わかりやすくした。③対象者の年齢と疾患を限定しているためグループの凝集性が高く、相互の体験を学び合える。④精神科医が CBT 講義を行っているため、医学的専門性を提供できる。⑤CBT プログラムを簡素化し、構造化しているため治療の再現性が高い。⑥医療施設等からの視察研修を受け入れている。⑦他施設のうつ病回復プログラムを支援している、などと考えられた。

課題としては、①うつ病に特化したデイケアを県内外に普及することによって、慢性うつ病の回復と職場復帰を図る。②認知行動プログラムを用いて対処行動の改善を図り、企業・地域におけるうつ病・自殺予防対策に寄与すること、が考えられた。

E 結論

CBT を中心としたうつ病に特化したデイケアを開発し、実践した。対象者は平均治療期間 5.5 年、平均不就業期間 2.8 年という慢性のうつ病であったが、客観評価の HAM-D 尺度で改善 38 人(90.5%)、自己評価の SDS 尺度で改善 37 人(88.1%)と高い改善を示した。就労の転帰では、開始時の就労者 8.3%から修了時は 52.8%へと増加し、過半数に達した。

このうつ病に特化したデイケアを県内外に普及することによって、慢性うつ病の回復と職場復帰を図ることができると考えられた。

G 研究発表

1. 論文発表（主なものを記す）

- ①慢性うつ病に対するリハビリテーションの有効性 — 認知行動療法を中心としたプログラムの開発 —
沖縄医学会雑誌 第 45 巻第 2 号 24 頁—26 頁 2006 年 11 月 30 日発行
- ②慢性うつ病に特化したデイケアの有効性 — 認知行動療法(CBT)を中心としたプログラムと効果 —
医学のあゆみ 第 219 巻 13 号 2006 年 12 月 30 日号

2. 学会発表（主なものを記す）

- ①平成 18 年 2 月 19 日
第 27 回沖縄精神神経学会 教育講演
- ②平成 18 年 7 月 27 日
第 3 回 日本うつ病学会 一般演題
第 1 回学会奨励賞受賞
- ③平成 18 年 11 月 21 日
第 59 回 九州精神神経学会 シンポジウム
- ④平成 19 年 9 月 14 日（予定）
第 12 回 日本デイケア学会 シンポジウム

分担研究者 岡本泰昌 広島大学大学院医歯薬学総合研究科（精神神経医科学）講師

研究要旨

我々は、うつ病に対する集団認知行動療法プログラム（以下 CBGT）を開始し、その前後で抑うつ症状・心理社会的機能、及び functional MRI（以下 fMRI）を用いた脳機能評価を行い、その有効性を多面的かつ縦断的に検討した。CBGT 前後の短期的効果では、抑うつ症状・心理社会的機能・非機能的認知のそれぞれにおいて、有意な改善を認めた。CBGT 終了後から 12 ヶ月後の縦断的評価では、CBGT 終了後の改善がほぼ保たれていた。fMRI を用いた治療効果の検討では、うつ病の認知的特徴に一致した脳機能の変化が認められた。これまでの結果からは、抑うつ症状及び心理・社会的機能・非機能的認知の改善に CBGT が有効であり、症状の改善に伴い脳活動も改善していることが示唆された。長期的な改善効果については、24 ヶ月のフォローアップを含めた検討が必要であると考えられた。

A. 研究目的

うつ病の集団認知行動療法（CBGT）は、個人の認知行動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、わが国においてはうつ病患者を対象とした CBGT の効果に関する実証的研究は行われていない。そこで今回我々は、広島大学大学院心理臨床教育研究センターと共同でうつ病に対する集団認知行動療法プログラム（以下 CBGT）を開始した。さらに、その前後で抑うつ症状・心理社会的機能、及び functional MRI（以下 fMRI）を用いた脳機能評価を行い、その有効性を多面的・縦断的に検討することとした。

B. 研究方法

B-1. グループ構成

CBGT グループは、1 グループを患者 5～6 名で構成した。スタッフは 3 名で、臨

床心理士 2 名精神科医師 1 名、1 人がリーダー講師としてセッション全体のまとめ役となり、残り 2 名はトレーナーとして、メンバーのサポートをおこなう形式とした。なお、CBGT は「うつ病のグループセミナー」と名付けられた。

B-2. プログラムの概要

プログラムは入門編 2 回と 10 回のセッションを含む計 12 回とした。プログラム内容は Beck, et, al. (1979) に基づいて広島大学大学院心理臨床教育研究センターの認知行動療法研究室が中心となって作成した。

B-3. 対象者選択

症例選択には、以下のような基準を設けた。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とした。参加希望者に対して、スタッフが SCID I・II を含めた（半）構造化面接を行い、面接の結果及び主治医との相談により参加を決定する形式とした。研究参加については文書による同意を得ることとした。

B-4. 効果評価

評価スケジュールは、治療前後・1 ヶ月後・3 ヶ月後・6 ヶ月後・12 ヶ月後・24 ヶ月後とした。評価尺度については、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)、Global Assessment of Functioning (GAF) 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) を用いた。また脳機能評価として、CBGT の前後で認知情報処理課題遂行中の脳活動を functional MRI を用いて測定した。

(倫理面への配慮)

被験者に対しては研究内容について十分な説明を行い文章にて同意を得た。本研究は広島大学倫理委員会にて承認を受けている研究計画に基づいて実施した。

C. 研究結果

C-1. 短期的効果 (CBGT 前後)

CBGT の前後における心理指標の変化を

検討した (N=32)。抑うつ症状については、全体として有意な改善を認めた。心理・社会的機能については、SF-36 の下位項目である身体機能、日常役割機能 (身体および精神)、社会生活機能、全般的健康感、活力、心の健康で有意な改善を認めた。非機能的認知については、全体として有意な改善を認めた。

C-2. 縦断的評価 (CBGT 終了後～12 ヶ月後)

縦断的評価として、CBGT 終了後から 12 ヶ月後までの結果について比較検討した (N=18)。抑うつ症状及び心理社会的機能については、CBGT 終了後の改善がほぼ保たれていた。非機能的認知 (自動思考) については、さらに改善していたが、有意差は認めなかった。

C-3. fMRI による治療効果の検討

うつ病の認知の歪みの中の自己関連づけに注目した課題を遂行中の脳活動を、fMRI を用いて計測して比較検討することとした。

自己関連付け課題遂行中に健常者群では内側前頭前野や楔前部の活動が認められ、ネガティブ語の自己関連付けでは、加えて腹側前帯状回の活動が認められた。このことから、ネガティブ語の自己関連付けに内側前頭前野や楔前部、腹側前帯状回を含む脳内ネットワークが関わることを示唆された。また認知行動療法前のうつ病患者群では、健常者群と比較してネガティブ語の自己関連付け時に内側前頭前野と腹側前帯状回の活動上昇がみられた。認知行動療法後ではポジティブ語の自己関連付け時に内側前頭前野の活動上昇が認められ、ネガティブ

ブ語では内側前頭前野と腹側前帯状回の活動低下が認められた。今後は症例数を蓄積し、臨床経過や各心理指標との相関などを含めて、サブグループ解析を行っていく必要があると考えられる。

D. 考察

今回の結果からは、抑うつ症状及び心理・社会的機能の短期的改善に CBGT が有効であることが示唆された。

縦断低評価では、治療終了から 6 ヶ月経過後も改善がほぼ保たれており、再燃・再発予防効果が示唆された。長期的な効果については、24 ヶ月のフォローアップ結果を解析し、検討する必要があると考えられる。

また、fMRI による治療効果の検討では、CBGT 終了後に臨床症状の改善と共に皮質領域や辺縁系を含む領域の活動性が増加しており、認知行動療法的アプローチが脳活動の改善をもたらしたと考えられる。ただし薬物療法も継続しているため、これが純粋な CBGT の効果かどうかについては更なる検討を要する。

今回提示した結果は、現時点では予備的なものであるが、今後は症例数を蓄積するとともに、対照群を設けて比較検討を行っていく予定である。

E. 結論

今回我々は、うつ病に対して集団認知行動療法を実施し、その前後で抑うつ症状・心理社会的機能・脳機能を評価し、比較検討した。これまでの結果からは、抑うつ症状及び心理・社会的機能・非機能的認知の改善に CBGT が有効であり、症状の改善に伴い脳活動も改善していることが示唆された。

長期的な改善効果については、24 ヶ月のフォローアップを含めた検討が必要であると考えられた。

F. 健康危険情報

該当事項なし

G. 研究発表

G-1. 論文発表

1) 岡本泰昌、木下亜紀子、松永美希、上田一貴、鈴木伸一、山脇成人、うつ病の認知と脳科学、認知療法 2006 pp89-101、貝谷久宣編、星和書店、東京、2006

2) 木下亜紀子、岡本泰昌、上田一貴、松永美希、鈴木伸一、吉村晋平、志々田一宏、萬谷智之、山下英尚、岡田 剛、山脇成人 うつ病患者の認知障害と認知行動療法の奏功機序に関する fMRI 研究 精神薬療基金年報 38 : 48-55, 2006

G-2. 学会発表

1) 木下亜紀子、上田一貴、岡田剛、岡本泰昌、山脇成人：うつ病患者の認知障害と認知行動療法の奏効器所に関する fMRI 研究. 第 102 回日本精神神経学会. 2006/5. (福岡)

2) Matsunaga M, Suzuki S, Kinoshita A, Okamoto Y, Yamawaki S. Cognitive change and social functioning in group cognitive therapy do depression. 1st Asian Cognitive Behaviour Therapy (CBT) Conference, Hong Kong, China, 28-30 May 2006.

3) Ueda K, Okamoto Y, Suzuki S, Hori T, Yamawaki S. Brain activation during expectancy of emotional stimuli in patients with depression: A functional magnetic resonance imaging study.

Neuroscience Meeting , Atranta, USA,
14-18 October 2006.

- 4) 松永美希・岡本泰昌・木下亜紀子・鈴木伸一・山脇成人：うつ病に対する集団認知行動療法の治療反応に関する予備的検討. 第2回日本うつ病学会. 2006/7. (東京)
- 5) 松永美希・鈴木伸一・木下亜紀子・吉村晋平・岡本泰昌・山脇成人：うつ病に対する集団認知行動療法の予後－社会的機能の改善に注目して－. 第32回日本行動療法学会. 2006/10. (東京)
- 6) 吉村晋平・上田一貴・鈴木伸一・岡本泰昌・木下亜紀子・松永美希・山脇成人：うつ病の集団認知行動療法が自己関連付け課題遂行時の脳機能に与える影響. 第6回日本認知療法学会. 2006/10. (東京)
- 7) 吉村晋平・上田一貴・鈴木伸一・岡本泰昌・山脇成人：うつ病患者の自己関連付け課題遂行時の脳機能の検討. 第32回日本行動療法学会. 2006/10. (東京)

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当事項なし

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究平成 18 年度報告書

パニック障害、社会不安障害、慢性うつ病に対する認知行動療法のマニュアル作成と効果研究

分担研究者 古川壽亮 名古屋市立大学大学院医学研究科教授

研究要旨 本年度は、パニック障害と社会不安障害に対する認知行動療法のマニュアルを改良した。また、これらに基づき、合計で、パニック障害では 106 例、社会不安障害では 58 例、慢性うつ病では 4 例の患者に対してオープントライアルを行った。パニック障害に対する重要な認知行動療法的介入技法である身体感覚への暴露の特異性と効果を検討した。また、パニック障害の患者の QOL(生活の質)とその関連要因を検討した。またパニック発作の診断症状項目を項目反応理論に基づき検討した。社会不安障害については、その主要な認知行動療法的介入の一つである「安全保証行動と自己注目をやめる実験」の効果を検討した。

古川壽亮
名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野
教授

中野有美
同助手

仲秋秀太郎、李聖英、山西知愛、渡辺範雄、小川成、船山正、木下善弘、橋本伸彦、大森一郎
同非常勤医師

野田裕美子、陳峻文、家接哲次、野口由香
名古屋市立大学病院精神科
医療心理師

Press.をベースに、基本的に 1 グループ 4 人で、週に 1 回 2 時間を 10 回で終了するようなマニュアルを作成した。

このマニュアルに沿って治療を実施する中で、
1) 当初のマニュアルに組み込まれていた漸進的筋リラクゼーションは、「不安になっても大丈夫である」ことを患者が発見することに逆効果であるので中止した

2) パニック障害の患者においても、いわゆる安全保証行動(その場での微妙な回避)が頻繁に見られ、これを用いたまま暴露を行ってもむしろ不安が感作されることが見られたので、安全保証行動についての解説とこれをやめることの重要性を強調するようになった

(2)社会不安障害

Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L. & Page, A. (2002) The Treatment of Anxiety Disorders: Clinician Guides and Patient Manuals (2nd edn). Sydney: Cambridge University Press.をベースに、基本的に 1 グループ 4 人で、週に 1 回 2 時間を 12 回で終了するようなマニュアルを作成した。

このマニュアルに沿って治療を実施する中で、
1) 当初のマニュアルに組み込まれていた呼吸コントロールと漸進的筋リラクゼーションは社会不安障害には有用性が少ない

2) また、実体験暴露のみによる馴化モデルでは、とくに認知面で十分な改善が得られない
3) 一方、セッション内暴露とそのビデオフィードバックを行うことにより、認知面の改善が促進される

4) さらに、安全保障行動と注意の自己集中が症状維持のメカニズムとして重要であり、こ

A. 研究目的

本研究は、パニック障害と社会不安障害と慢性うつ病に対する精神療法の効果についてマニュアルと評価尺度を用いて体系的に検証することを目的とするものである。これまで欧米で強いエビデンスの得られている精神療法について、これらの精神疾患ごとにわが国で利用可能な個別の精神療法の施行マニュアルを作成した上で、対照群を設定した効果研究を行うことを目指している。

B. 研究方法

対象となった 3 疾患別に述べる。

(1)パニック障害

Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L. & Page, A. (2002) The Treatment of Anxiety Disorders: Clinician Guides and Patient Manuals (2nd edn). Sydney: Cambridge University

れをターゲットとした介入が必要である

5) 暴露馴化モデルではなく、行動実験モデルにより、暴露プログラムを構成する方がよいようである。つまり、Clark & Wells モデルによるプログラムに変更する

という改良が行われてきた。

また、いったん学習された認知行動技法が患者の生活に根付くことを促進するため、SADのグループには、1月に1回を3回行うというブースターセッションを追加するように一時期していたが、ブースターセッションは治療者の時間の利用方法として効率が悪い上に、患者の学習には連続したセッションを行った方がよいと考え、連続16回のプログラムに変更した。

(3)慢性うつ病

慢性うつ病に対する認知行動分析システム精神療法(CBASP)については、2005年5月からCBASPの創始者のマカロウ博士のスーパービジョンをMSN Messengerを利用して開始し、2006年4月から4人目の患者のスーパービジョンを受けながら進めている。

(倫理面への配慮)パニック障害および社会不安障害に対する認知行動療法の治療効果およびその予測因子の研究は、名古屋市立大学大学院医学研究科の倫理委員会で審査承認され、実施に際しては患者に十分な説明の上書面による同意を得ている。

C. 研究結果

(1)パニック障害

2007年1月現在で106人がグループ認知行動療法を開始し、83人が治療プログラムを完遂し、12人が脱落し、11人が現在受療中である。その結果を、PDSS および Fear Questionnaire Agoraphobia Subscale で測定すると、表1の通りであった。

表1. パニック障害

	治療開始時 (n=95)	治療終了時 (n=83)
Panic Disorder Severity Scale	12.2 (4.8)	6.4 (4.9)
FQ Agoraphobia Subscale	12.7 (10.1)	6.4 (7.5)

米国で行われた国民精神保健調査である National Comorbidity Survey のパブリックドメインデータから、不安発作を障害に1度でも経験した人1213人について、DSM-IV および ICD-10 のパニック発作診断項目を項目反応分析したところ、異常感覚、窒息感、死の恐怖は重症のパニック発作に特徴的であり、動悸は軽症のパニック発作に特徴的

である。DSM-IVには含まれておらず ICD-10 のみに含まれている口渇は弁別能力が高くない。

(2)社会不安障害

2007年1月現在で73人がグループ認知行動療法を開始し、50人が治療プログラムを完遂し、7人が途中で脱落し、15人が現在受療中である。その結果を、下記の諸尺度で検討すると、表2の通りであった。

表2. 社会不安障害

	治療開始時 (n=57)	治療終了時 (n=50)
Liebowitz Social Anxiety Scale	77.4 (26.3)	58.2 (27.6)
FQ Social phobia subscale	23.9 (6.5)	17.2 (7.7)
Social Interaction Anxiety Scale	54.2 (15.5)	41.4 (15.7)
Social Phobia Scale	36.2 (15.6)	23.8 (15.2)

Clark のモデルに倣い、安全保障行動と自己注目を止める実験を合計45人に行った。すなわち本人にとって中等度の不安を惹起する場面をグループでロールプレイしてもらい、ただし最初は安全保障行動と自己注目をめいっぱいやりながら、2回目はそれらを止めて、ロールプレイしてもらい、パフォーマンスを100点満点で評価してもらった。安全保障行動と自己注目を行っていると、ロールプレイの評価が、自己の主観的評価で32.0点、ビデオの中の自分を客観的に評価したら51.3点、他者が評価したら67.9点であった。一方、安全保障行動と自己注目を止めると、それぞれ50.7点、66.0点、87.5点と高くなった。

D. 考察

このようにパニック障害については欧米と同等あるいはそれ以上の結果を達成している。社会不安障害については欧米のほとんどのプログラムと同程度の結果を出しているが、David Clarkらのグループより劣っている。慢性うつ病についてはさらに症例を積み重ねたい。

E. 研究発表

E1. 論文発表

○ Furukawa, T. A., Watanabe, N. & Churchill, R. (2006) Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 188, 305-312.

○ Lee, K., Noda, Y., Nakano, Y., Ogawa, S., Kinoshita, K., Funayama, T. & Furukawa, T. A. (2006) Interoceptive hypersensitivity and

interoceptive exposure in patients with panic disorder: specificity and effectiveness. *BMC Psychiatry*, 6, 32.

○ Omori, I., Murata, Y., Yamanishi, T., Nakaaki, S., Akechi, T. & Furukawa, T. (in press) The differential impact of executive dysfunction on episodic memory in obsessive compulsive disorder patients with checking symptoms vs those with washing symptoms. *Journal of Psychiatric Research*.

○ Martin, J. L., Saiz-Pardo, M., Furukawa, T. A., Martin-Sanchez, E., Seoane, T. & Galan, C. (in press) Benzodiazepines in generalized anxiety disorder: Heterogeneity of outcomes based on a systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Journal of Psychopharmacology*.

○ Faravelli, C., Furukawa, T. A. & Truglia, E. (in press) Panic disorder. In *DSM-V Stress-Induced and Fear Circuitry Disorders Workgroup Conference*. Washington, D.C.: APPI.

E2. 学会発表

○ Watanabe N, Churchill R, Furukawa TA (2004) Do benzodiazepines and psychotherapy work better together for panic disorder with agoraphobia? *Cochrane systematic review*. 12th *Cochrane Colloquium*, Ottawa, Canada 2004.10.3

○ Furukawa T, Watanabe N, Churchill R (2005) Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: *Cochrane systematic review*. 158th Annual Meeting, American Psychiatric Association, Atlanta, USA 2005.5.24

○ Furukawa TA (2005) Panic disorder: What we have and what we wish to have. *DSM-V Workshop for Stress and Fear-Circuitry Disorders*, Washington DC, USA 2005.6.23.

○ Furukawa T, Watanabe N, Churchill R (2005) Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: *Cochrane systematic review*. 39th Annual Convention, Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Washington DC, USA 2005.11.19

○ Omori, I., Murata, Y., Yamanishi, T., Nakaaki, S., Akechi, T. & Furukawa, T. (2006) The differential impact of executive dysfunction on episodic memory in obsessive compulsive disorder patients with checking symptoms vs those with washing symptoms. 159th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Toronto, Canada. 2006.5.17

○ 古川壽亮 (2006) 社会不安障害の薬物療法と認知行動療法：指定討論. 第6回日本認知療法学会 (2006.10.7) 東京大学駒場キャンパス、東京.

○ 古川壽亮、鈴木伸一 (2006) 集団認知行動療法の動向. 第6回日本認知療法学会 (2006.10.7) 東京大学駒場キャンパス、東京.

○ 古川壽亮、李聖英、野田裕美子、中野有美、小川成、船山正、木下善弘、野口由香、渡辺範雄、陣峻雯 (2006) パニック障害の集団認知行動療法. 第6回日本認知療法学会 (2006.10.7) 東京大学駒場キャンパス、東京.

○ 中野有美、小川成、渡辺範雄、船山正、陣峻雯、家接哲次、野田裕美子、古川壽亮 (2006) 社会不安障害の集団認知行動療法. 第6回日本認知療法学会 (2006.10.7) 東京大学駒場キャンパス、東京.

○ 陣峻雯、中野有美、古川壽亮 (2006) 社会不安障害に対する認知行動療法と薬物療法. 第6回日本認知療法学会 (2006.10.7) 東京大学駒場キャンパス、東京.

○ 家接哲次、鋤柄増根、古川壽亮 (2006) パニック発作症状の項目反応理論による分析. 第6回日本認知療法学会 (2006.10.8) 東京大学駒場キャンパス、東京.

○ 古川壽亮、陣峻雯 (2006) 社会不安障害のグループ認知行動療法：ビデオフィードバックの活用. 第6回日本認知療法学会 (2006.10.9) 東京大学駒場キャンパス、東京.

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

（分担）研究報告書

社会不安障害に対する森田療法の効果研究

分担研究者 中村 敬 東京慈恵会医科大学第三病院精神神経科助教授

研究要旨

平成 18 年度に慈恵医大第三病院において入院森田療法を施行した社会不安障害 1 症例について治療効果を検討した。その結果、評価面接の各項目と質問 5 を除く総点、および STAI、GAF、自尊感情得点において改善を認めた。

A. 研究目的

社会不安障害に対する入院森田療法の治療効果を検討することが本研究の目的である。

B. 研究方法

東京慈恵会医科大学第三病院において入院森田療法を受けた症例のうち ICD-10 により社会不安障害と診断された症例に対し、以下の評価面接および自記式質問紙によって入・退院時の変化を判定した。

- 1) 状態評価のための半構造化面接
(評価面接)
- 2) M.I.N.I.精神疾患簡易構造化面接
- 3) 機能の全体的評定尺度(GAF)
- 4) SCL-90-R 症状尺度
- 5) 状態・特性不安質問紙(State-Trait Anxiety Inventory-JYZ: STAI)
- 6) 自尊感情尺度 (Rosenberg)

(倫理面への配慮)

全例に研究の趣旨を説明し、同意を得た。

C. 研究結果

平成 18 年度は改修工事により病棟を途中閉鎖したため、入院森田療法を実施した社会不安障害の症例は 1 例（男性、26 歳、在院期間 108 日）のみであった。

各尺度ごとに対象の入・退院時の得点を示す。なお SCL-90-R については記入に不備があるため結果から除外した。

1) 評価面接

評価面接とは、森田療法の効果判定のために開発された半構造化面接手順であり、表 1 に示した 7 つの質問項目から構成される。このうち質問 2～7 までの 6 項目については 4 段階で回答するよう設定されている。なお総得点は、質が異なると考えられる第 5 項目を除外した 5 項目の合計とした。

- 質問 2 「症状の苦痛」(3→0)
- 質問 3 「生活の支障」(3→0)
- 質問 4 「症状の受容」(3→1)
- 質問 5 「とらわれの洞察」(2→0)
- 質問 6 「必要な行動」(3→1)
- 質問 7 「自己の受容」(3→1)
- 総得点 (5 項目合計) (15→3)

2) GAF、STAI、自尊感情尺度の変化

次に GAF、STAI、自尊感情尺度の変化を