

抑うつが発生・回復過程における情動過程と 認知過程の因果性に関する事例基盤研究

田 澤 安 弘

抑うつ の 発生・回復過程における 情動過程と認知過程の因果性に関する事例基盤研究

田澤安弘

目次

- I. 問題と目的
 - II. 対象と方法
 - III. 結果
 - IV. 考察
 - V. おわりに
- 文献

〔要旨〕

本論の目的は、抑うつ の発生・回復過程における情動過程と認知過程の因果性について、個別事例を基盤とした研究を行うことである。時間制限短期療法による介入によって抑うつ に構造変化が発生する前後で、心理システムを形成する認知過程と情動過程の関係性がどのように変化するか、3人の事例を対象とした時系列分析によって検討を加えた。その結果、抑うつ の発生・回復過程には「情動過程優位型」、「認知過程優位型」、「双方向型」、「独立型」という4種類の心理システムのモードが出現し、抑うつ の発生過程と回復過程で、すべての事例においてそのモードが変化していることが判明した。よって、認知過程と情動過程の関係性としての心理システムのモードに対応する単一の理論モデルと技法がすべての事例にとって最適であるとは言えないように、一人の個別事例にとってさえ、ひとつの理論モデルと技法が最適であるとは言えないことが理解された。

I. 問題と目的

抑うつ の発生に関する代表的理論として、まず Beck, A.T. (1976) の認知療法があげられる。彼は、抑うつ は認知の歪みとしての否定的自動思考や抑うつ スキーマによってもたらされるとして、認知から感情への因果性を想定している。一方で、Teasdale, J.D., and Dent, J. (1988) は抑うつ 的処理活性仮説を唱え、感情から認知へ、認知から感情へという、双方向的な悪循環の因果性を想定している。これらは、心理システムを形成する諸要素間の因果性の方向に違いはあるにせよ、抑うつ の発生(再発)過程に関する理論であることに違いはない。

確かに、抑うつ が発生して悪化するプロセ

スにおいて、心理システムを形成する認知過程や情動過程がどのような因果性のもとに機能しているのか精査することは重要である。しかし、それと合わせて、抑うつ が軽減して回復するプロセスにおいても同様の精査を行えば、抑うつ の発生過程と回復過程からなる全体のプロセスのなかで心理システムの変化を捉えることができるわけで、抑うつ について、従来よりも包括的な視野のもとに検討し得るようになるはずである。

本論の目的は、抑うつ の発生・回復過程における情動過程と認知過程の因果性について、個別事例を基盤とした検討を行うことである。心理療法による介入によって抑うつ に構造変化が発生する前後で、心理システムを形成する認知過程と情動過程の関係性がどのように

キーワード：抑うつ の発生・回復過程, 因果性, 心理システム, 認知過程, 情動過程

変化するのか、時系列分析を活用して実証的に検討を加えるつもりである。

II. 対象と方法

1. 倫理的配慮

事例はすべて、ブリーフセラピーが抑うつや不安に及ぼす効果に関する研究を行った際に筆者の私設心理相談室に来談したクライアントであり、心理療法と研究に関するインフォームド・コンセントをへて時間制限短期療法に導入された。プライバシーを保護し、個人が特定されないようにするために、本論では数量的データのみ使用する。

2. 事例の概要

事例A：30代の女性。BDI-II（小嶋ら，2003）の得点は次のように推移している。27 [中等度の抑うつ]（インテーク）→1（最終セッション）→0（フォローアップ）。

事例B：20代の女性。BDI-II得点の推移：19 [軽度] → 5 → 5。

事例C：30代の女性。BDI-II得点の推移：39 [重度] → 2 → 2。

すべての事例は、このリサーチ中に精神医学的な薬物療法を含めてその他の心理的支援を受けていない。事例Bには精神科通院歴があるものの、治療終了後1年以上経過している。

3. 心理尺度

抑うつ気分と否定的思考を測定するために、POMS短縮版（横山，2005）から「抑うつ・落込み」（以下DEP）の5項目と、DACS（福井，1998）から「自己否定」（以下NEG）の10項目を使用し、教示文にある評定期間はいずれも「今日一日」に変更した。各事例は自宅でこれらに毎日回答し、結果として全体のデイリーデータ数（ベースライン期+介入期+フォローアップ期）は、事例Aが95日、

事例Bが96日、事例Cが125日であった。尺度の得点は、いずれもt得点に換算して使用した。なお、各事例が導入された時間制限短期療法は、インテークとフォローアップの他に4回のセッションで構成されている。

4. 分析方法

まず、ブレイクポイント検定によりDEPに構造変化が発生した時点を確認し、これによって時系列データを分割したうえで、セグメントの前方を抑うつの発生過程、後方を回復過程として区別した。また、分割時系列分析により、抑うつの発生過程と回復過程のレベルの変化の程度を効果量の算出によって確認した。次に、変数間の因果性について検証するためにグレンジャー因果性検定を行った。なお、分割時系列分析にはSMAソフト（Borckardt, J.J., 2006）を、その他の統計解析にはEViews8を用いた。

III. 結果

1. ブレイクポイント検定

各事例のDEPの構造変化を確認するために、ブレイクポイント数を1、有意水準を5%に設定して、ブレイクポイント検定を行った。その後、シミュレーションの回数を1万回に設定して、発生過程と回復過程のレベルの変化の程度を分割時系列分析によって検討した。結果をまとめて表1に示す。

事例Aに関しては、ブレイクポイントなしという帰無仮説が棄却された（ $F=211.87$, $p<.05$ ）。その結果、DEPの時系列データは抑うつの発生過程（ $N=15$, 66.13 ± 11.78 ）と回復過程（ $N=80$, 42.08 ± 3.75 ）の二つのセグメントに分割され、両過程のレベルには効果量にして「大」の差が認められた（ $r=-.834$, $p<.001$ ）。

事例Bに関しても、帰無仮説が棄却された（ $F=13.69$, $p<.05$ ）。その結果、DEPの

表1 抑うつのブレイクポイント検定と SMA の結果

	構造変化前の日数	構造変化後の日数	F 値	r
事例 A	15	80	211.87*	-.834***
事例 B	47	49	13.69*	-.357***
事例 C	49	76	58.62*	-.568***

*は5%水準, ***は0.1%水準で有意であることを示す。
効果量の基準: r=.10 (小), .30 (中), .50 (大)

時系列データは発生過程 (N=47, 47.49 ± 8.49) と回復過程 (N=49, 42.29 ± 4.68) の二つのセグメントに分割され、両過程のレベルには効果量にして「中」の差が認められた ($r = -.357, p < .001$)。

事例 C についても、帰無仮説が棄却された ($F = 58.62, p < .05$)。その結果、DEP の時系列データは発生過程 (N=49, 55.27 ± 11.98) と回復過程 (N=76, 44.00 ± 3.44) の二つのセグメントに分割され、両過程のレベルには効果量にして「大」の差が認められた ($r = -.568, p < .001$)。

なお、図1～3は、各事例の DEP と NEG の推移、および各セグメントにおけるブレイクポイントを含む DEP の平均値をグラフにしたものである。

2. グレンジャー因果性検定

すべての事例の各変数についてセグメント毎にグレンジャー因果性検定を行ったところ、表2のような結果が得られた。表3はその要約である。ラグ次数はシュワルツの情報量基準 (SIC) をもとに決定した。なお、事前に単位根検定を行ったところ、データはすべて I (1) の非定常系列であることが判明した。

まず事例 A の発生過程について検定したところ、DEP→NEG の方向に因果性が認められた (DEP→NEG, $F = 31.110, p < .01$, NEG→DEP, $F = 1.440, n.s.$)。次に回復過程について検定したところ、NEG→DEP へと因果性の方向が反転していることが理解された (DEP→NEG, $F = 0.633, n.s.$, NEG→DEP, $F = 2.833, p < .05$)。

事例 B の発生過程における因果性について検定したところ、DEP と NEG のあいだに因

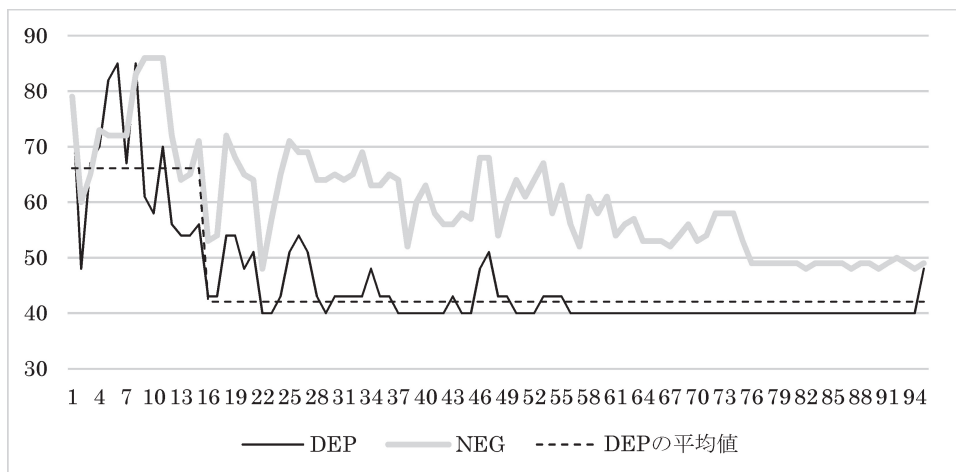


図1 事例AのDEPとNEGの推移

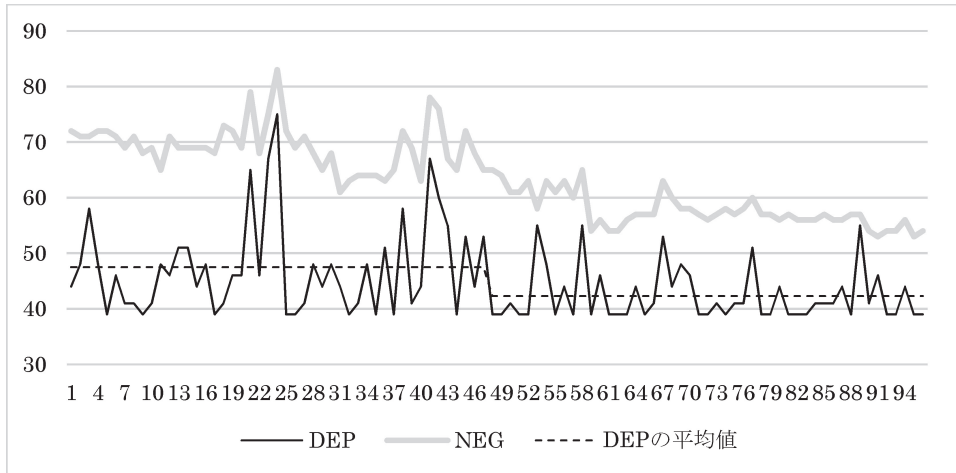


図 2 事例 B の DEP と NEG の推移

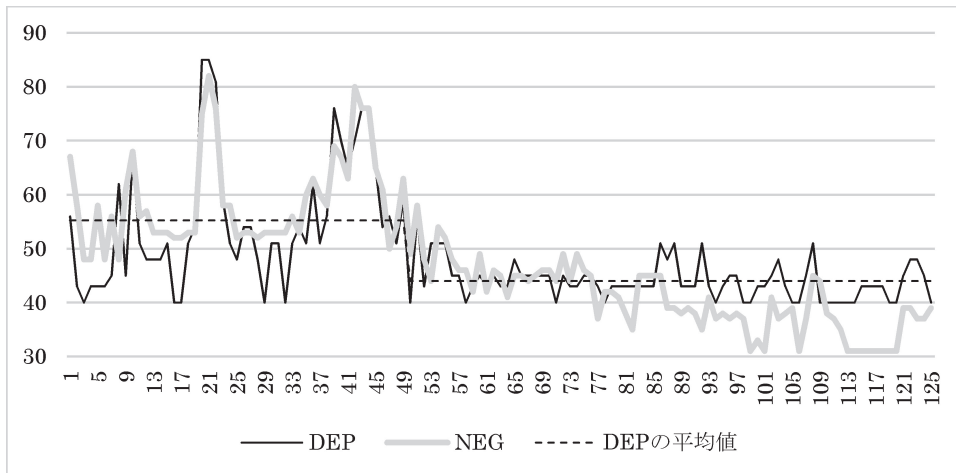


図 3 事例 C の DEP と NEG の推移

表 2 グレンジャー因果性検定の結果

	構造変化前			構造変化後	
	DEP. →NEG.	NEG. →DEP.	()	DEP. →NEG.	NEG. →DEP.
事例 A	31.110**	1.440	(3)	0.633	2.833* (3)
事例 B	0.604	1.641	(2)	3.478*	3.466* (5)
事例 C	1.048	8.719**	(1)	1.625	0.955 (3)

数値は F 値である。() 内はラグ次数を, DEP は抑うつを, NEG は否定的思考を, →は因果性の方向を意味する。

**は 1%水準, *は 5%水準で有意であることを示す。

表 3 因果性の要約

	発生過程		回復過程	
	因果性	方向	因果性	方向
事例 A	○	DEP→NEG	○	NEG→DEP
事例 B	×	——	○	DEP⇄NEG
事例 C	○	NEG→DEP	×	——

果性は認められなかった (DEP→NEG, $F=0.604$, n.s., NEG→DEP, $F=1.641$, n.s.)。次に回復過程について検定したところ、DEP→NEG および NEG→DEP の双方向に因果性が認められた (DEP→NEG, $F=3.478$, $p<.05$, NEG→DEP, $F=3.466$, $p<.05$)。

事例Cの発生過程における因果性について検定したところ、NEG→DEPの方向に因果性が認められた (DEP→NEG, $F=1.048$, n.s., NEG→DEP, $F=8.719$, $p<.01$)。次に回復過程について検定したところ、因果性は認められなかった (DEP→NEG, $F=1.625$, n.s., NEG→DEP, $F=0.955$, n.s.)。

IV. 考 察

1. 心理システムのモードに対応した理論と技法

まず、抑うつの発生過程と回復過程に現われた心理システムのモードは、情動過程と認知過程の因果性の視点から、それぞれ「情動過程優位型 DEP→NEG」, 「認知過程優位型 NEG→DEP」, 「双方向型 DEP⇔NEG」, 「独立型 DEP↑NEG」の4種類に分類することができる。

「情動過程優位型」には、抑うつ発生の因果性として情動過程が認知過程に先立つという意味で、理論モデルとしては、たとえば既存のストレス脆弱性モデルや、生物学的精神医学の抑うつモデルや、認知過程が情動過程に隸属するタイプの心理システム論 (ヴィゴツキー, 2008) が適合するように思われる。心理療法としては、感情と体験過程にアプローチする感情焦点化療法 (Greenberg, L.S., 2011) などが有効であるのかもしれない。

「認知過程優位型」には、ベックの抑うつ理論が適合するのかもしれない。心理療法としては、歪んだ認知を修正する認知療法 (Beck, A.T., 1976) が有効であるのかもしれない。

「双方向型」は、ティーズデールの抑うつ理論が適合するのかもしれない。心理療法としては、情動過程と認知過程の悪循環を断ち切るマインドフルネス認知療法 (Segal, Z.V., Williams J.M.G, and Teasdale, J.D., 2001) などが有効であるのかもしれない。

「独立型」には、認知的評価によって感情が生起すると考えたラザルスとの論争でよく知られている、ザヤンス (Zajonc, R.B., 1980) の理論が適合するのかもしれない。彼は、情動過程と認知過程は互いに独立しており、認知なしに感情は生じると考えた。ザヤンスはともかくとして、情動過程と認知過程が因果的に独立して作動する抑うつ理論は、筆者の知るかぎりいまのところ見受けられない。このような心理システムのタイプに適した抑うつの理論モデルと技法を検討することが、今後の課題になるように思われる。

2. 心理システムの変化に応じた理論と技法の選択

3人の事例すべてに、DEPとNEGの因果性に関して、抑うつの発生過程と回復過程において変化が認められた。事例Aは「情動過程優位型 DEP→NEG」から「認知過程優位型 NEG→DEP」へと因果性の方向を反転させ、事例Bは因果性のない「独立型 DEP↑NEG」から「双方向型 DEP⇔NEG」という双方向の因果性へと転じ、事例Cは「認知過程優位型 NEG→DEP」から「独立型 DEP↑NEG」へと転じたのである。

ここから結論としていえるのは、われわれの心理システムを認知過程と情動過程が連動する動的な心理諸機能の因果的連関であると考えれば、抑うつの発生過程と回復過程においてはそれぞれ異なるモードの心理システムが作動しており、心理機能間の関係性が抑うつの構造変化点前後で変化するということがある。

セラピストは、この変化を無視して心理療

法開始時に依拠していた特定の理論モデルや技法を継続して使用するのではなく、変化に即応するためにアプローチの焦点や姿勢を柔軟に変えたり、依拠する理論モデルや技法を従前のものから刷新する必要がある。つまり、ひとつの優れた理論モデルと技法があればすべての事例で事足りるとは言えないように、一人の個別事例にとってさえ、適合するひとつの理論モデルと技法があればすべて事足りるとは言えないのである。必然として、抑うつ発生の回復過程に関するモデルがひとつに収束することなど、あり得ないであろう。

結論は、セラピストにはより統合的で折衷的なアプローチが、特定の技法や特定の理論モデルに縛られない「多元的アプローチ」(Cooper, M., and McLeod, J. (2011) が、当然のこととして必要になるということである。

V. おわりに

セラピーのプロセスにおいては、あるいは抑うつ発生の回復過程においては、認知過程と情動過程の連関としての心理システムが変化するようである。クライアント側の要因である心理システムのモードの変化に即応してセラピスト側のアプローチの仕方も変えることができれば、抑うつの回復をさらに効果的に促進することが可能になるのかもしれない。

本論の限界である。各事例の各セグメントを構成するサンプル数が、VAR モデルによる分析を行うには少なかったように思われる。今後は、サンプル数が十分な事例を対象とした研究を行うつもりである。また、本論では回復事例のみを対象としたが、抑うつの慢性化した回復困難例についても検討していくつもりである。

文 献

- Beck, A. T. (1976) Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. Meridian. (大野 裕 訳 (1990) 認知療法：精神療法の新しい発展。岩崎学術出版社。)
- Borckardt, J. J. (2006) SMA User's Guide. <http://clinicalresearcher.org/software.htm>
- Cooper, M., and McLeod, J. (2011) Pluralistic Counselling and Psychotherapy. Sage. (末武 康弘・清水幹夫監訳 (2015) 心理臨床への多元的アプローチ—効果的なセラピーの目標・課題・方法。岩崎学術出版社。)
- 福井至 (1998) Depression and Anxiety Cognition Scale (DACS) の開発—抑うつと不安の認知行動モデルの構築に向けて。行動療法研究, 24, 57-70.
- Greenberg, L. S. (2011) Emotion Focused Therapy. American Psychological Association. (岩壁茂・伊藤正哉・細越寛樹訳 (2013) エモーション・フォーカスト・セラピー入門。金剛出版。)
- 小嶋雅代・古川寿亮 (2003) 日本版 BDI-II ベック抑うつ質問票手引き。日本文化科学社。
- Segal, Z. V., Williams J. M. G, and Teasdale, J. D. (2001) Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse. Guilford. (越川 房子監訳 (2007) マインドフルネス認知療法：うつを予防する新しいアプローチ。北大路書房。)
- Teasdale, J. D., and Dent, J. (1988) Cognitive vulnerability to persistent depression. Cognition and Emotion, 2, 247-274.
- ヴィゴツキー・LS 著, 柴田義松・宮坂秀子訳 (2008) 心理システムについて。(In) ヴィゴツキー・LS (2008) 心理学論集. pp. 9-37, 学文社。
- 横山和仁編著 (2005) POMS 短縮版—手引と事例解説。金子書房。
- Zajonc, R. B. (1980) Feeling and thinking: Preferences need no inferences. American Psychologist, 35 (2), 151-175.