

表2 従来の本人むけ心理教育パンフレットの内容（金ら、2003）

<p>(1) 疾病の知識に関する説明</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>疾病の定義や疾病についてのおおまかな説明</li> <li>症状について</li> <li>幻覚（幻聴）とは何か</li> <li>妄想とは何か</li> <li>疾病の頻度</li> <li>疾病の発症原因とメカニズム</li> </ul>
<p>(2) 経過に関する説明</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>予後に関する説明</li> <li>経過に関する説明</li> <li>再発について</li> </ul>
<p>(3) 治療内容に関する説明</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>治療全般についての説明</li> <li>薬物治療について</li> <li>抗精神病薬の作用</li> <li>抗精神病薬の副作用</li> <li>精神科リハビリテーション等の非薬物療法について</li> </ul>
<p>(4) 対処行動に関する説明</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>幻覚（幻聴）への対処</li> <li>妄想への対処</li> <li>薬の副作用への対処</li> <li>生活上の問題への対処</li> <li>再発への対処</li> </ul>
<p>(5) 制度に関する説明</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>用いることの出来る制度に関する情報</li> </ul>

表3 初回告知説明用紙

患者名 \_\_\_\_\_ 告知日時 年 月 日 時 分 ~ 時 分 まで  
 [初回/再発] 告知者 \_\_\_\_\_  
 [家族の同席者(続柄)] \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( )  
 [医療者の同席者(続柄)] \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( )

病名について	(ここには、実際に説明した内容を記入する)						
患者理解度	よく理解している	1	2	3	4	5	理解不十分
予後について							
患者理解度	よく理解している	1	2	3	4	5	理解不十分
経過について							
患者理解度	よく理解している	1	2	3	4	5	理解不十分
治療について							
患者理解度	よく理解している	1	2	3	4	5	理解不十分
薬物治療について							
患者理解度	よく理解している	1	2	3	4	5	理解不十分
リハビリテーションについて							
患者理解度	よく理解している	1	2	3	4	5	理解不十分

表 4 初回告知説明用紙への記入例

患者名 \_\_\_\_\_ 告知日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 ~ \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 まで  
 [初回/再発] 告知者 \_\_\_\_\_  
 [家族の同席者 (続柄)] \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( )  
 [医療者の同席者 (続柄)] \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( )

病名について	あなたの病名は「統合失調症」です。これは、考えや感情がまとまりにくくなる状態をあらわしています。「失調」というのは、一時的に調子を崩した状態という意味をもっており、回復の可能性を示します。	
患者理解度	よく理解している	1 2 3 4 5 理解不十分
予後について	適切な治療と支援を行えば、8割程度の方は働いたり社会生活を送ることができます。ただし再発することがありますので、うまく治療を続けながらつきあってゆくことが大切です。	
患者理解度	よく理解している	1 2 3 4 5 理解不十分
経過について	症状がおさまったあとに、疲れやすさや意欲の低下が残ることもあります。これらに対しては治療のほか、休養やリハビリテーションが大切です。また、つらい症状が残ることもありますが、服薬をはじめとして医師の指示に従うことで、だいぶらくになります。	
患者理解度	よく理解している	1 2 3 4 5 理解不十分
治療について	お薬を飲むことが、治療の基本となります。それに加え、状態に応じて心理社会的な治療やリハビリテーションによって、社会復帰を支援してゆきます。	
患者理解度	よく理解している	1 2 3 4 5 理解不十分
薬物治療について	つらい症状や、神経の敏感さをおさえるためには、薬がよく効きます。また最近では、意欲の低下にも効果のあるお薬があります。あなたの症状がおさまったあとも、再発を防ぐためにお薬を飲みつづけることが大切です。	
患者理解度	よく理解している	1 2 3 4 5 理解不十分
リハビリテーションについて	リハビリテーションは、生活のしづらさを改善し、少しでも生活しやすいような能力を身につけるために必要です。たとえば、社会のなかでうまくやってゆく能力を育てる「社会技能訓練」や、作業の能力を高める「作業療法」、昼間に集団活動をおこなう「デイケア」、病気について詳しく学ぶことのできる「心理教育」などがあります。	
患者理解度	よく理解している	1 2 3 4 5 理解不十分

付録 本人向けパンフレット・ブックレットの内容 (平成14年度報告書より、一部を再録)

	A	B	C	D	E
1	題名	発行年	発行者・発行元	統合失調症の定義や疾患そのものについて	統合失調症の症状
1	精神科の病気と薬について	?	?	体質やストレスが関連して脳に生じる慢性疾患である、良くなる患者が多いが時間が必要、再発しやすい	初期症状(神経過敏、不眠、食欲不振)、急性期症状(幻聴、妄想、自我意識障害、緊張病症状)、慢性期症状(引きこもり、自覚性低下)
2	精神科の症状と薬について(心理教育ミーティング用テキスト)	?	久留米大学病院デイケアセンター		不眠、いらいら、うつ状態、そう状態、被害的、音や光に敏感、考えが伝わる、ひきこもり、幻覚症状、身体症状
3	精神科で治療を受ける患者さん、家族のみなさんへ	?	桜ヶ丘記念病院 吉尾隆	脳のはたらかきに障害がおこることにより行動や感情をコントロールできなくなる疾患	陽性症状(幻覚、妄想、非協調性、思考障害など現実との接触を失っている状態)、陰性症状(意欲低下、感情の平板化・鈍麻、興味の欠如など患者さんの活動を著しく妨げ、もっているはずの特性が欠如している状態)
4	エキスパートコンセンサスガイドライン 精神分裂病と双極性障害の治療 別冊 精神分裂病患者と家族のための 双極性障害患者と家族のための 手引き	1997	Allen Frances/John P. Docherty/ David A. Kahn 著:大野裕 訳:ライフサイエンス社	脳の疾患である。まぎらわしい他疾患についての記述あり。	陽性症状、解体症状(まとまりのない会話、行動、知覚)、陰性症状
5	精神科の症状と薬について(心理教育ミーティング用テキスト)	1998	久留米大学病院精神神経科		不眠、いらいら、うつ状態、そう状態、音や光に敏感、被害的な気持ち、考えが伝わる、ひきこもり、幻聴、身体症状
6	抗精神病薬の服薬ガイド	1998	「服薬自己管理モジュール(リバーマン)」より要約、引用。東京都松沢病院精神科部長 安西信雄		さまざまな段階における具体的な症状について記述
7	Team Care Solutions -Making Re-integration the Goal-(全6冊)	2001	Kay Johnson McKarty, Peter J. Weiden, Marcy Portnoff Gever. 日本語版監修昭和大学医学部精神医学講座教授上島国利	診断方法について	陽性症状、陰性症状、認知症状、集中力の困難、対話の困難、感覚過敏、幻覚、過剰な猜疑心、妄想、陰性症状
8	How are you today? よりよい毎日のために(手帳サイズの小冊子)	2002	函館渡辺病院 三上昭廣	精神疾患のひとつで、不治の怖い病気ではない	陽性症状(幻聴、被害妄想、不安定な感情など)、作業能力の障害(記憶力減退、融通性低下、作業の遅さ)、陰性症状(社会的引きこもり、感情鈍麻、意欲減退など)
9	正体不明の声ハンドブッカー治療のための10のエッセンス	2002	三重大学医学部精神神経科講師 原田誠一		幻聴のもたらす悪影響
10	セカンドオピニオン 精神分裂病/統合失調症Q&A	2002	国立精神・神経センター武蔵病院 むさしの会 協力 監修・高橋清久、編集・朝田隆	DSM-IV、ICD-10の診断基準についての記述+社会性を失う、つまり知能や意識状態には支障がないにもかかわらず、対人関係や仕事の能力など社会生活を送る能力がうまく働かなくなる	陽性症状(幻覚・妄想)、陰性症状(無為自閉・感情鈍麻)、前駆症状
11	やさしい精神分裂病ハンドブック	1999	ライフサイエンス発行、山内俊雄、埼玉県精神保健福祉協会 編	脳の働きが障害されて、現実を正しく判断する能力が妨げられたり、感情のコントロールや正しい意志決定が出来なかったり、よい対人関係をもつことが困難になる	陽性症状:妄想、幻聴、混乱した思考とまとまりのない会話、まとまりのない行動や落ち着きのなさ、まとまりのない知覚、感情不安定。陰性症状:感情鈍麻、思考能力の貧困化、意欲減退、閉じこもり、注意・集中力の障害
12					

付録 本人向けパンフレット・ブックレットの内容(続き)

	F	G	H	I
1	幻覚(幻聴)	妄想	頻度	発症原因とメカニズム
2	実際には何も聞こえていないのに、ひとの声や物音が聞こえてきます。多くは非難、悪口、指図などいやな内容。頭の中に直接入ってくると感じる場合も。	実際には起こりえないことを信じてしまいます。ちょっとしたきっかけから頭の中に生じ、急に確信されます。内容は誇大的なもの(自分は神である等)から被害的なもの(誰かが殺しに来る、カラスを見たから殺される等)まで様々です	120名にひとり	脆弱性とドーパミン過剰仮説
3	周囲の人には何も聞こえていないのに、自分には実際に人の声や物音が聞こえるように感じること			脆弱性についてと薬物が効くメカニズム(ドーパミンの受け皿について)
4				
5	精神分裂病の人はそこに実在しない音が聞こえることがあります。またまれですが、そこに実在しないものが見えることもあります。これは夢と似ていますが、起きているときに体験するものです。	精神分裂病の人は現実とかけ離れた奇妙な考えをもつようになることがあります。彼らは、自分に対して何かをたくらんでいると考えたり、誰かが自分を密かに監視して自分を脅かしていると考えることがある	近親者に患者がいない場合は1/100、両親兄弟姉妹が患者の場合には10%、両親ともに患者の場合には40%、一卵性の片方が患者の場合に30%	
6	周囲の人には何も聞こえていないのに、自分には実際に人の声や物音が聞こえるように感じること	被害的な気持ち:「何か悪いことが起こる」感じが強くなる状態です。		脳の疾患であり、ストレスによる、神経伝達物質ドーパミンが関与
7				
8		妄想(真実ではないことを信じてしまう)も陽性症状のひとつで、理由はわからないけど、あとを付けられているとか、傷つけられる、あるいは殺されるといった恐怖を感じます		脳内の化学物質のバランス、脳の情報処理のしくみについて
9				
10	「正体不明の声が聞こえる」とは、(1)不安、(2)孤独、(3)疲労、(4)不眠が重なって、しばらくの間続く、ときにしばしばみられる現象で、そう稀なことではありません。	「自分の情報がまわりに知れ渡り噂になっている」とか「自分の気持が誰かに伝わっている」と感じ、偶然の出来事が皆自分と関係あるかのようにみえてくる、それが重なると、いろんな偶然の出来事の中に自分への特別な意味を感じ取って信じ込む。これは「妄想」と呼ばれる事象です		幻聴の原因: ストレス、
11	実際にはないものがあると感じてしまう幻覚	実際に起こっていないことを起こっていると信じ込む妄想	一般的には1%、1親等に患者がいる場合は10%、2親等に患者がいる場合は5%	
12			遺伝が影響する場合とそうでない場合があります。一般に精神分裂病にかかる確率は100~120人に1人くらいですが、親族に精神分裂病にかかった人がいる場合の発病率はそれよりやや高くなっています。	

付録 本人向けパンフレット・ブックレットの内容 (続き)

	J	K	L	M
1	治療全般について	薬物治療について	抗精神病薬の副作用	経過・予後
2	最も効果的なのは薬物療法であるが環境調整やリハビリテーションも必要	作用機序、飲み方	体が動かさにくい、よだれ、便秘、口渇	
3	薬物療法の重要性	種類と飲み方について	パーキンソン症状、アカシジア、自律神経症状、ねむけ、	薬物を飲む・飲まないで予後が違う
4	入院の目的	目的についての記述あり	錐体外路・自律神経系の副作用・精神症状(眠気・だるさ)	
5	治療段階、治療方法についての記述あり	段階に応じた薬物療法の記述あり	アカシジア、抗コリン作用、ジストニア、性機能障害(月経困難を含む)、遅発性ジスキネジア、振戦、体重増加	
6		種類、作用機序、飲み方	眠気、だるさ、パーキンソン症状、ジストニア、アカシジア、自律神経症状、ホルモンの働きと関連した副作用、悪性症候群、遅発性ジスキネジア	薬物と再発率の関連
7		服薬による生活上の具体的なメリット、飲み方注意点	口渇、便秘、立ちくらみ、光に過敏、便秘、眠気、いらいら、筋肉の硬さ、よだれ、尿閉、発疹、口がもぐもぐ動く	
8	治療内容、治療プラン、治療はどのように役立つか	作用機序、交互作用、飲み方	口腔、皮膚、筋肉・神経系、全身、性機能の変化、その他：顆粒球減少症、遅発性ジスキネジア、過温症、薬物性悪性症候群、けいれん発作、ジストニア	
9	薬物療法、精神療法、リハビリテーション	種類	錐体外路系副作用、眠気、口渇、無月経、体重増	治療可能である
10		必要性、鎮静・賦活などの作用、種類	眠気・立ちくらみ、など	
11	入院と退院、医師とのつきあい方などのついて	必要性、飲み方	パーキンソニズム、性的不能、ジスキネジア、尿閉、無月経についての記述あり	3割は完治、5割は軽微な症状を残す、2割は中等度から重度の残遺症状を残す
12	基本は薬物療法、それ以外に精神療法やリハビリテーションが行われます。	従来型抗精神病薬、持効性抗精神病薬、非定型精神病薬それぞれの薬物名	口が渇く、尿閉、便秘、手足あご舌などがこわばって動かさない、動作がぎこちない、手または身体の規則的なふるえ、じっと座ってられない、そわそわする、体重増、性欲減退。副作用に対する処置。	

付録 本人向けパンフレット・ブックレットの内容（続き）

	N	O	P	Q
1	再発について	リハビリテーションなど	結婚・妊娠 など生活上 の情報	制度・支援・福祉
2	薬を飲まない と再発しやすい		女性の妊娠 で催奇形性 はほとんど ない	
3				
4		精神療法の目的、 作業療法の目的、 デイケアの目的		
5		心理社会的リハビリテーションの必 要性について記述		米国の支援組織への運 絡先
6	薬物と再発率の関連			
7	服薬によって再発防止にな る			
8	再燃とは、なぜ再燃する か、再燃の原因となるスト レスを防ぐには		危機的状況 を避けるに は(問題解 決技能)	日本で情報や支援を提 供できる機関
9	再発予防、再発のサイン	薬物療法、精神療法、リハビリテー ション		
10		不安、孤立、過労、不眠を避ける。	幻聴への態 度と対処法	
11	再発のきざしを捉えること の重要性	作業療法、デイケアについて記述あり	結婚・妊娠 に対する記 述あり	成年後見人制度、年金、 公費負担、就労、生活保 護など
12	薬を止めると再発の可能性 が高くなる。	入院中は作業療法やレクリエーシ ョン療法、外来ではデイケアに通所し て体力や集中力の回復を図ったり、 対人関係など生活上起こるさまざま な問題を解決する技法、ストレスへ の対処法を学ぶ。		手帳、32条、児童扶養手 当、障害児福祉手当、特 別障害者手当、生活保 護、心身障害者扶養共 済制度、障害年金、精神 保健福祉センター

## 病名変更をふまえた認知行動療法および心理教育のあり方について

国立精神・神経センター精神保健研究所 成人精神保健部 部長 金 吉晴  
国立精神・神経センター精神保健研究所 成人精神保健部 研究生 松岡恵子

2002 年 8 月に行われた日本精神神経学会総会で、「精神分裂病」から「統合失調症」へと病名が変更になった。これにともなう、疾患をめぐるさまざまな側面が変化することが期待される。本稿では、認知行動療法と心理教育の今後期待されるあり方について以下の点で考察した：(1)病名変更にとまなう告知率の上昇。(2)認知行動療法への期待、および認知行動療法で得られた知見を心理教育に活かすことへの期待。(3)患者がみずからの治療に参加したいと思うような方法の検討。(4)患者がみずからの症状に対処する能力を高めるための援助。(5)告知率上昇のための一般的偏見の除去。(6)コメディカルの関与への期待。

### 1. 病名変更による疾患イメージの変化

病名変更について書かれた文献(高木、2002; 金、2002)を見ると、病名変更にこめられた変化は以下のようにまとめられる。

まず、「精神分裂病」という病名には以下のようなイメージがある。

- 「病」という言葉は、そこに何か生物学的に決定的な単一の病因が存在し、不可逆的である印象を与える。上野は、「人格自体を否定する運命的な響き」とも言っている。
- 人間の精神が分裂していないことが当然であるかのような印象を与える。(現在の考えでは、幻覚や妄想などは、疾患患者でなくても有していることが知られている)
- 何か、精神がバラバラで、何をするかわからない恐ろしい病気であるというイメージを与える。現状では、疾患と離れて、何かものごとが分裂した状態を示す用語と

して定着してしまった(「分裂病的」答弁) = 意味に一貫性がない答弁をさして用いられた用語)。

これに対して、「統合失調症」という病名では以下の点で克服を目指している。

- 人は誰もが混沌とした精神状態をもつ・たまたま今は、統合出来ない状態なだけである。「症」という字には、現在の状態はたまたまそうなたただけで、直るのだ、というニュアンスを込めている。
- 絶対的なハードの障害ではなく、「統合」という機能の障害である。病因に関するニュアンスが新しい病名にはなく、さまざまな原因によって起こる状態であるということ。たとえば、それまでまったく症状のなかった人間であっても、断眠などの条件によって統合が失調することはありうる。もちろん、統合失調症者のもつ器質的要因を無視するわけにはいかないが、そのよう



な症状があっても社会的に不利益を被らないようにする一つのきっかけとなりうる。

- ひとつの疾患概念と言うよりは、ある状態を示す比較的軽いイメージの用語であり、そこに何らかの悪いイメージが固着しておらず、また単一のイメージに固着する要素をなるべく排している。

## 2. 病名変更と認知行動療法

### 1) 統合失調症患者に対する認知行動療法の現状

それでは、病名変更により、わが国における統合失調症患者に対する認知行動療法はどのように進展するだろうか。認知行動療法の現状をレビューする。

統合失調症に対する認知行動療法が質・量ともに最も発展しているのは英国である。英国では多くの実践と研究（多くが Randomized control study である）が発表され、臨床心理にたずさわる職種が医師と同等に役割を果たしている。わが国でも、病名が変更されたこの1～2年の間に認知行動療法に関するシンポジウムや英国からの研究者の招へい、そして書物が相次いで出版されており、統合失調症患者への認知行動療法に関心が高まっていることがうかがえる。

しかし、1996年に認知行動療法の効果をレビューした Roth & Fonagy によれば、うつ病やパニック障害、不安障害などほとんどの精神疾患に対して「著名な効果」があるのに対し、統合失調症に対しては「一応の効果」という、一段ランクの下がる評価となっている。この理由のひとつとしては、統合失調症患者への認知行動療法がこの時点では質量ともに洗練されていなかったことがあげられる。事実、認知行動療法に関する研究報告が多く出てきているのは

1990年代後半からである。また別の理由として、認知行動療法は多くの場合、疾患そのものや全般的な状態をターゲットにしているわけではなく、個々の症状をターゲットにすることがふつうである。「パニック障害」であればパニック症状を治療すれば疾患の治癒・寛解となるが、統合失調症ではたとえば妄想が緩和されたからといって疾患が治癒・寛解するわけではなく、その結果、効果が見えにくいことが考えられる。認知行動療法でしばしば目標とされている「症状の緩和」が、再入院率の低下などのアウトカムにつながりにくい点があったかもしれない。

これらをまとめれば、うつ病など他の精神疾患と比較すれば統合失調症患者への認知行動療法は発展期であり、今後より多くの実践が期待される分野であるといえる。

### 2) 何を認知行動療法のターゲットにするのか？

バーチウッドの認知行動療法では、「疾患そのものを治療のターゲットにはせず、症状および症状によってもたらされる抑うつをターゲットにする」とある。これは、疾患の単一性を否定して症状の集まりであることを強調する「統合失調症」という病名と符丁する考え方である。

しかしひとくちに症状がターゲットになると言っても、認知行動療法の対象となっている症状は多岐にわたっている。たとえば10年前くらいまでは、統合失調症患者に対する認知行動療法がターゲットにしていたものは「思考（妄想）」「幻覚」「社会的行動」などの、表に出ている症状であった。しかし Kingdon et al. の「統合失調症の認知行動療法」では、「陰性症状」「恐怖」「病識」といった、いわば患者の内的な側面にも言及している。認知行動療法において、このような内的な精神症状にも注目が

集まるのは、これらが再発や症状憎悪につながるというメカニズムが明らかになっており、これらの内的な精神症状をコントロールすることが再発予防に重要であるという認識が高まったためであろう。

### 3) 認知行動療法の根底にあるメカニズム

認知行動療法が功を奏するメカニズムを判りやすく説明すると以下のようになる。

Birchwood の行う幻聴に対する認知行動療法では、まず幻聴に対する信念の度合いをアセスメントする。そして、患者本人の信念に敬意を払いながらも、その信念に反する事実はないかを間接的・支持的に指摘するなどの方法によって、幻聴を統制することを学んでゆく。ここでは、幻聴の消退を目的にはしていない。

Garety らが基本とする認知的アプローチも Birchwood の考えと似た点がある。直接障害へと結びつくのは、「声が聞こえた」などの出来事ではなく、それをどのように解釈し意味づけるかであると彼らも考えており、認知行動療法の目的は「症状によって起こされる苦痛を減らすこと」とされている。ここで前提として用いられている考えは、「健常者の何%かは異常体験や妄想的信念が見られ、精神病体験は正常な体験と連続しているが、「妄想をもつ人は、結論への性急な飛躍がある点が問題」ということである。ここから導き出される統合失調症者に対する認知療法のアプローチは以下のように考えられている。(1) 具体的な症状を特定し、(2) 患者がそれらの症状に対してもつ信念をターゲットとして、それに反する証拠はないのか、という点を明らかにし、(3) 症状への信念スキーマを、より適応的な方向に変える。

以上のアプローチにもみられるように、ターゲットとしては個々の症状であるが、さらに細かいターゲットとして、「症状に対する解釈様式や信念」を問題にする点が、認知行動療法の

共通点である。

## 3. 病名変更と心理教育の現状

### (1) 統合失調症者に対する心理教育の概要

心理教育とは、患者および家族が疾患に対する正しい理解と対処法を得て、よりよい状態を維持出来るようにするような援助である。精神疾患のみならず、糖尿病といった生活習慣病のフォロー時において重要とされてきた経緯がある。たとえば Kingdon の認知行動療法スケジュールにおいては、認知行動療法を行う前に「精神病症状に関する心理教育」が行われるべきであると述べており、患者が「ストレス-脆弱性モデル」に基づく疾患の説明を知ることや、患者のもつ症状が健常者でも環境によって起こりうることであること、そして服薬によって患者のもつ苦しみは軽減されるものであることを教えることが、認知行動療法を行う前提として重要である。

心理教育の根底には、患者自身が疾患を正しく知るべきであるという考えかたがあり、そこには当然、患者に対して正しい病名を告知することも含まれている。そして正しい知識を共有することによりはじめて患者や家族が治療者とともに率直に話し合いながら治療に向かうことが可能となるだろう。

しかし、統合失調症患者に対する社会的ケアにおいては先進国である英国においてすら、心理教育においては家族中心であり、患者に対する疾患の説明をなおざりにしてきたという反省があるようである(Kingdon, 1998)。パターンリズムの強いわが国ではさらに、「患者本人あるいは家族に対する説明や心理教育がなおざりにされる傾向」が強いと思われる。

たとえば、患者/家族向けの書籍である「セカンドオピニオン・精神分裂病/統合失調症のQ&A」(高橋清久監修、朝田隆編集、むさしの

会協力、2002)では、家族から医師に対して多くの要望がQ&Aの形式で出されている。例をあげると、「診察時間が短くて話を聞いてくれない」「今日の医師のご機嫌はどうだろうか・・・医師が不機嫌だと家族もつらくなる」など、話の内容と言うよりは、そもそも話を聞いてくれないことへの不満が多く出されている。また、同書には、「お腹が痛いと言った息子が言ったら、医師が診察後にお腹をなでてくれた、あの忙しい先生が・・・と感激した」という旨のエッセイが書いてある。ここには、医療側の効率的な診察のなかから漏れる家族や患者の心理教育や心理的ケアへの強い要望が感じられる。

これらをまとめると、心理教育以前の、医師や医療従事者と家族が率直に話し合う場が現状では不足していると考えられる。

## (2) 病名変更と病名告知

「統合失調症」という病名には、症状が一時的であるという含みがある。一時的な症状の集合をさすのであれば、それに対する対処方法は、その時々で起こりうる症状への対処、およびそういった症状を起こしやすくする要因への対処(すなわち予防/再発予防)に焦点が当てられるのは当然であろう。そして効果的な心理教育を行うために、患者がみずからの疾患名を知りたいと思うのは当然のことであろう。

全国障害者家族回で電話相談にあたっていた中井和代氏によれば、「統合失調症」に病名が変わってからは、電話相談時に「例の疾患です。察して下さい」などと言わずに病名を名乗ることが格段に増えたという(中井、2003)。これは、比較的抵抗が少ない病名のもたらした改善点であろう。また、大野らの調査では、精神科医が患者本人に告知を行うケースは旧病名時の47.6%から65.9%に向上しており、病名変更によって告知が推進されたことが示され

ている。

病名告知は心理教育推進の第一歩であり、疾患の正しい知識を身につけるきっかけとして、病名変更の果たす役割は小さくないと思われる。

## (3) 患者が治療に自ら参加することへの動機付けを高めるための新名称

心理教育では、単に知識を「与える」だけではなく、患者自身が「治りたい、自分自身で苦痛を和らげたい」という意志をもつことが必要である。逆にいえば、患者自身が症状に対して無力感を抱いたり、それに対して興味を持って改善しようとする意志がない限り、心理教育は功を奏さないだろう。

わが国ではなじみにくいように思うが、UCLAでおこなっているサイコエデュケーションでは、「再発予防のための誓約書」を書かせている。そこでは、「私はいまからの人生を通じて、健康で意義ある人生を持ちたいと希望し、そのために全力を尽くし努力するつもりです。わたしの症状の悪化や入院の必要が生じないように、ここに再発予防計画を立てます」という署名を行う。

患者がみずからの症状に敏感になり、再発予防を自ら行うためには、生物学的・医学的な説明では実感しにくいことが指摘されている(Kingdon, 1998)。よって、患者への心理教育を行う際には、患者が自分の身に起こっていることを自分のこととして実感し、それに自分自身が対処出来るのだと実感できるような方法を工夫する必要がある。

そのためには、症状だけではなく症状の引き起こす苦痛や影響といった点に焦点を当てることが効果的であるかもしれない。たとえば服薬を促す場合でも、服薬をしてどう変わったか、身体が楽になったかどうか、といった感覚を受け止めて、動機付けを促すようなアプローチが

考えられる。

#### (4) 対処行動へのエンパワーメント

患者自身が力を持ち、みずから対処する能力を高める試みを、エンパワーメントという。エンパワーメントの充実は、患者中心医療の第一歩となる。しかし、精神医学の本などで患者がもつ対処法に着目しているのは少数派であるといわれる。たしかに現在までの心理教育や家族教育むけテキストでは、患者の症状（幻聴、妄想、感情鈍麻など）や二次的な症状（抑うつ気分）に対する対処行動については、書いてあったとしてもあまり具体的でなかった。これは万人に共通の対処法がないことにも由来するのだが、「心理教育＝疾患の知識伝達」という先入観があり、患者が真に知りたいことは何かということ、そしてそれに対する答えを真摯に探求することが、今後は必要になるだろう。

一例をあげる。「セカンドオピニオン 精神分裂病／統合失調症の Q&A」では、幻聴への対処法について、医師は「デイケアに参加すること、仲間とその体験をシェアリングすること、主治医に相談すること」と回答している。一方、患者からの助言は「幻聴の相手と話し合っただけに妥協すること、好きなことをして気分転換すること、適度な飲酒と睡眠をとること」などがあげられている。幻聴に悩む読み手からすれば、どちらの助言が有効なのかは言うまでもない。

英国では患者が用いる対処法に焦点をあてた研究が多数あるが、比較的類似した見解が得られている。たとえば Faloon&Talbot は幻聴体験のある患者 40 名のに幻聴への対処方法をたずね、患者がどのような自己対処を行っているかを検討した。その結果、「行動を変えること」「緊張を緩和すること」「認知的に対処する方法」といった分類が得られた。他の研究者による研究も似た結果が出ており、「気分転換法」、

「対人接触を利用する方法」、「認知的対処法」などがの方法が患者自身によって用いられていることが明らかになった。

患者がどのように対処しているか、あるいは患者にとってどのような対処が効果的であるか、といった知見は、認知行動療法において得られることも多いだろう。患者と治療者のいわば「共同作業」である認知行動療法で得られた知見を、治療者から患者への「知識伝達」である心理教育という形で一般化することが出来れば、より充実した心理教育が可能になる。もちろん認知行動療法で得られた個々の事例における対処方法を、心理教育という形で伝授するのは困難であろう。しかし先頃「ぜんかれん」誌上で、幻聴への認知行動療法をバックボーンとした連載が始まった（原田、2003）。そこでは「認知行動療法は当事者の主体性を重んじる」旨が繰り返し書かれている。このことから、患者自身が知識を得て、みずからの症状に主体的に対処することが重要視されつつある。

#### 6) 病名変更と偏見の除去

一般に、ある疾患を告知するかしないかは、その疾患が一般社会でどのようにみられているかによるところが大きいと思われる。よって、統合失調症がけっして不治の病ではなく、誰にでもなりうる状態を指し示す用語であることを、今後一般の人に向けて浸透させてゆかねばならない。

統合失調症でよく用いられる「ストレス・脆弱性モデル」は、ある種の脆弱性（素因）と環境要因との相互作用の結果として起こるメカニズムという点において、アレルギー疾患と類似している。違うのは、統合失調症では反応が精神活動そのものであるために、人格まで変わってしまったように感じられるためである。以前はてんかんも同様に考えられていた。つまり、一時の精神症状が、その人のすべてであるかの

ように考えられていた。しかし、てんかん発作のメカニズムが明らかになり、服薬により発作をほぼコントロールできる現在、てんかんを人格や精神の病だと思ふ人はほとんどいない。また、生理前緊張症候群では、生理前に別人のようにイライラしたりすることがあるが、それもホルモンバランスによって説明されることであり、通常は「人格」でなく「状態」であると解釈されるだろう。

「統合失調症」についても、病名変更にもなう適切な啓発活動が行われることにより、そのような流れに進んでゆくことが期待される。

#### 7) 医療心理技術者、精神保健福祉士、訪問看護などコメディカルの関与の重要性

病名変更にもなう疾患概念の変更は、患者に行う対処のターゲットや方法を変えてゆくと考えられる。そしてその選択肢の広がりにもなうと、多くの職種の専門家／非専門家が関与する余地を与えることが予想される。たとえばわが国では医師がイニシアチブを握っていると思われる認知行動療法においても、英国では臨床心理にたずさわる専門家により実践されており、わが国でも精神保健福祉士や医療心理技術者が統合失調症者に果たす役割について大きく期待されている。

従来の臨床心理の教育では、統合失調症者に対して積極的な心理面の関与を求められることが少なかったように思われる。むしろ、妄想には深く立ち入らず（否定も肯定もせず）、精神面での洞察を深めることは禁忌であり、ただ精神的苦痛に共感することが、患者への心理的配慮として求められることであった。これはいわば、精神的接近の方法論を閉ざされていたのも同然であるが、病名変更にもなうそのような限界が見直されつつある。もちろん、安易な精神的洞察は避けるべきであるが、さまざまな力動精神療法を含む精神療法の可能性が、あ

らためて最近提示されてきている（Kingdon, 2002）。

患者に対する広い意味での心理教育・心理療法は、これからさらに多くの場で行われる余地があるだろうし、行われるようになってゆくことが望まれる。それを実現するためには、マンパワーや経済的な裏付けが必要であろう。病名変更が患者の生活域を広げ、選択肢や出会う人を増やしてゆくためのきっかけとなることを期待したい。

#### 文献

- 1) Amenson CS: Family Skills for Relapse Prevention. Pacific Clinics Institute, 1998. (松島義博、荒井良直 訳: 再発予防のためのサイコエデュケーション: 統合失調症を患う人とその家族へのサイコエデュケーション. 星和書店、東京、2003.)
- 2) Faloon IRH, Talbot RE: Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and implications for management. Psychol Med 11: 329-339, 1981.
- 3) Fowley, Garety, & Kuipers: Cognitive behavioral therapy for psychosis. Wiley, 1995.
- 4) 石垣琢磨: 認知行動療法からのアプローチ. 横田正夫、丹野義彦、石垣琢磨 編: 統合失調症の臨床心理学. 東京大学出版会、東京、2003.
- 5) 金吉晴: 病名が変わる! 将来はどうなるのか. 全国精神障害者家族会連合会: 月刊ぜんかれん 4: 2002.
- 6) Kingdon DG, Turkington D: Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia. The Guilford Press, 1994. (原田誠一 訳: 統合失調症の認知行動療

法、2002.)

- 7) 原田誠一：『正体不明の声』とどうむきあっていますか. 全国精神障害者家族会連合会：月刊ぜんかれん. 7, 2003.
- 8) 中井和代：病名変更—これまで、そしてこれから—。統合失調症に対するスティグマと闘う世界的プログラム. Web サイト <http://www.openthedoors.com/japanese/>
- 9) 大野裕、西村由貴：研究課題名 「精神疾患の呼称変更と効果に関する研究。」 分担研究名：「精神分裂病の呼称変更と医師の病名告知に関する研究」,2003.
- 10) 高木俊介、他：病名が変わる！ 「統合失調症」何が変わるのか？ 全国精神障害者家族会連合会：月刊ぜんかれん 4: 2002.
- 11) 高橋清久 監修、朝田隆 編集、むさしの会 協力：セカンドオピニオン 精神分裂病／統合失調症 Q&A. 医学書院、東京、2002.
- 12) 丹野義彦 編著：認知行動療法の臨床ワークショップ. サルコフスキスとバーチウッドの面接技法. 金子書房、東京、2002.