論文名：Are some types of psychotic symptoms more responsive to cognitive-behaviour therapy?

著者：Tarrier, N., Kinney, C., McCarthy, E., Wittkowski, A., Yusupoff, L, Gledhill, A., Morris, J., & Humphreys, L.

出典：*Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 45-55, 2001.

精神病症状が CBT に反応を示すということが RCT によって明らかとなった。本研究の目的は，さまざまな性病症状が CBT に反応するかどうかを対照群と比較して検討することであった。持続的な陽性症状を経験している慢性統合失調症の 72 名の患者は，ベースライン時にアセスメントを受け，CBT とルーティンケア，あるいは支持的カウンセリングとルーティンケア，あるいは，ルーティンケアのみのいずれかにランダムに割り当てられ，治療の 3 ヵ月後(post-treatment)に再評価された。独立したブラインドアセスメントの結果，CBT と支持的カウンセリングにおいてルーティンケアよりも妄想が有意に改善を示した。CBT 群では，支持的カウンセリングより有意に幻覚が減じた。CBT 群において，幻覚と妄想の改善率に違いはなかった。情動的な病状の評価においてはほとんど変化がみられなかったが，陽性症状の緩和が抑うつと関連しているというエビデンスはない。実際，陽性症状の緩和は抑うつの緩和と正の相関が示された。CBT 群の方がルーティンケアに比較して，思考障害と陰性症状において有意に改善がみられた。

論文名：Randomised controlled trial of cognitive- behavioural therapy in early schizophrenia：acute-phase outcomes

著者：Lewis, S., Tarrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D., Siddle, R., Drake, R., Everitt, J., Leadley, K., Benn, A., Grazebrook, K., Haley, C., Akhtar, S., Davies, L., Palmer, S., Faragher, B., & Dunn, G.

出典：*British Journal of Psychiatry*,181(suppl 43),s91-s97,2002.

背景：認知行動療法（CBT）は精神病症状を改善する。目的：CBT を付加することで初期の急性精神病症状の寛解を早めることの効果を検証する。方法：５週間の CBT プログラムをルーチンのケアに加えたもの（CBT）と、支持的カウンセリング（SC）をルーチンのケアに加えたもの、ルーチンのケアのみ（RC）、を多施設で 315 人の DSM-Ⅳで統合失調症及び関連障害とされ、初回（83%）もしくは２回目の急性期の入院であった者についてランダム化して比較した。結果の評価はブラインドで行われた。結果：70 日間の回帰分析では CBT 群が早く改善する傾向があることが示された。未補正の単変量解析では、６週ではなく４週間での、CBT 群と RC 群の間で、PANSS、PANSS の陽性症状のサブスケール、妄想スコアで効果が認められ、ＣＢＴ群とＳＣ群では幻聴スコアで効果が認められた。結論：ＣＢＴは一時的に RC やＳＣより初期の統合失調症の急性精神病症状の改善速度に有利である。

論文名：Effectiveness of a brief cognitive—behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia

著者：Turkington, D., Kingdon, D., & Turner, T.

出典：*The British Journal of Psychiatry*, 180, 523-527, 2002.

背景：地域精神科看護師（community psychiatric nurse〔以下、CPN〕）が、熟練した認知行動療法家が統合失調症患者の治療において報告しているような治療成績に到達できるかどうかについての証拠はほとんど存在していない。目的：二次的治療場面（secondary care setting）にいる統合失調症患者の地域標本における短期認知行動療法（以下、CBT）による介入の有効性および安全性を査定すること。方法：短期 CBT 介入と従来型治療（treatment as usual〔以下、TAU〕）を比較するために、422 名の患者およびその保護者（carer）が関与した実用的無作為化対照試験を行った。結果：CBT を受けた患者（n=257）では対照群（n=165）と比較して、全般的症候（p=0.015；治療必要数〔number needed to treat[以下、NNT]〕＝13)、病識（p＜0.001；NTT＝10)、抑うつ症状（p＝0.003；NNT＝9）で改善が認められた。病識は臨床的に有意に改善していた（リスク比＝1.15, 95%信頼区間〔以下、CI〕1.01-1.31)。希死念慮の増加は認められなかった。結論：CPN は、統合失調症の患者とその保護者に対して、短期 CBT を安全かつ効果的に提供することができる。

論文名：Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms.

著者：McGorry, PD., Yung, AR., Phillips, LJ., Yuen, HP., Francey, S., Cosgrave, EM., Germano, D., Bravin, J., McDonald, T., Blair, A., Adlard, S., & Jackson, H.

出典：*Archives of general psychiatry*, 59, 921-8, 2002.

背景：精神症状、特に統合失調症によってもたらされた障害のほとんどは前精神病期を通じて進行する。そして、期間において介入を試みることが可能である。しかしながら、最近になって、人々をこの時期に治療に専念させることが可能になってきた。方法：初発エピソードのある精神病に移行する早期の危機にある５９名の患者に２種類の介入を行って、無作為割付試験（決まった訳語がありますよね？）を実施した。我々は、伝統的な遺伝のハイリスク研究に対して、非常に高いリスクを強調するために、このグループをウルトラハイリスク群と呼ぶ。ニーズに基づく介入は、少ない量のリスペリドン治療（平均投与量１.３mg／日）を含む明確な予防的介入と認知行動療法と比較された。治療は６ヶ月間続けられ、その後すべての患者が、ニーズに基づく介入を継続して提供された。アセスメントは最初のベースラインと、６ヶ月後、１２ヶ月後で行われた。結果：　治療終結まで

に、ＳＰＩ群の３人中３人に対して、ニーズに基づく介入を受けた者２８人のうち１０人が初発エピソードをもつ精神病に進行した（ｐ＝.０３）。６ヶ月のフォローアップのあと、ＳＰＩ群のさらに３人が精神病になった。そして、治療意図の分析では、その違いはもはや有意ではなかった（ｐ＝.２４）。しかし、ＳＰＩ群の中でリスペリドン治療を支持する患者にとって、進行をくいとめる効果は、リスペリドンを使用するのを中断したあと、６ヶ月間続いた。結論：相対的な貢献度が特定できないとしても、さらに特定された薬物療法と精神療法がウルトラハイリスク群の患者が早い段階で精神病に移行するリスクを下げることになる。これは、少なくとも発症（onset）の遅れ（罹患率の減少）を示しており、発症（incidence）の減少を示している可能性もある。

論文名：The Use of Acceptance and Commitment Therapy to Prevent the Rehospitalization of Psychotic Patients: A Random Controlled Trial

著者： Bach, P. & Hayes, SC.

出典： *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 70, 1129-1139, 2002.

本研究では、Acceptance and Commitment Therapy (ACT) 簡略版の効果を検討した。この治療は受容をベースにしており、以下のことを患者に教える：避けられない個人的出来事を受け入れること；価値ある目標を達成するための行動を同定し、それに焦点を当てること；奇妙な認知の仕方からは距離を置くこと；思考についてはそれが真実か否かということに目を向けるのではなく、ただその存在に気付くようにすること。陽性症状のある入院患者 80 名を、無作為に、通常治療（TAU）群と、通常治療に４セッションの ACT を加えた（ACT）群に割り付けた。４ヶ月のフォローアップ期間中、ACT 群は治療前に比べ、有意に多くの症状の報告と、有意に低い症状の確信度を示した。また、フォローアップ期間中の再入院率は、TAU 群の半分であった。対象者をサブグループに分けた分析においても、同じパターンの結果が得られたが、例外として症状を否定する妄想患者群では、異なるパターンが見られた。

論文名：Randomised controlled trial of early detection and cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high-risk individuals・Study design and interim analysis of transition rate and psychological risk factors

著者：Morrison, AP., Bentall, RP., French, P., Walford, L., Kilcommons, A., Knight, A., Kreutz, M., & Lewis, SW.

出典：*British Journal of Psychiatry Suppl.*, 43, s78-84, 2002.

背景：精神病の予防が重要視されているなか、心理アプローチを用いることで、ハイリスク患者が精神病へと移行することを予防できる可能性がある。目的：(1) 精神病に移行す

る可能性の高い者を特定すること、(2) 精神病の発症に関与する心理的特性を明らかにすること。方法：ハイリスクにある人（短期的もしくは減衰した精神病症状に関する操作的基準を満たす者、もしくは一等親以内の家族歴に精神病があるか、本人が分裂病型人格障害である者）に対する認知療法の RCT デザインについて概説した。結果：主にプライマリケアから 31 人がリクルートされた。6〜12 ヶ月の観察期間中、23 人のうち、5 名が精神病へと移行した。ハイリスク群は健常群よりも、(1) Schizotypy、(2) メタ認知信念、(3) 非機能的自己スキーマ (Sociotoropy) において有意に高い得点を示した。結論：精神病体験のリスクが高い者を特定する方法が確認された。健常群とくらべると、ハイリスク群は非機能的なメタ認知的信念と自己スキーマを持っていた。

論 文 名 ： Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms: results to 3-month follow-up.

著者：Durham, R.C., Guthrie, M., Morton, RV., Reid, DA., Treliving, LR., Fowler, D., & MacDonald, RR.

出典：*British Journal of Psychiatry*, 182, 303-311, 2003.

背景：統合失調症に対する認知行動療法の有効性のエビデンスは確認されつつある。しかし、臨床的な効果についてのエビデンスは限定されている。目的：ルーティンの業務のなかで、専門性を持ったクリニカルナースによる認知行動療法の有効性を検討することである。方法：274 名がリファーされ、そのうち 66 名が 3 種類の 9 ヶ月間の治療にランダムに割り付けられた。治療群は、通常の治療(TAU)群、認知行動療法＋TAU(CBT)群、支持的精神療法＋TAU(SPT)群である。また、治療後 3 ヶ月間フォローアップを実施した。結果：治療の効果は小さかったが、CBT 群は SPT 群や TAU 群に比べて、有意に全般的症状の深刻度の改善がみられた($F(1, 53)=4.14$; $P=0.05$)。CBT 群および TAU 群は、TAU 群に比べて有意に妄想の深刻度の改善がみられた($F(1, 53)=4.83$; $P=0.03$)。臨床的に顕著な改善が見られた者は、CBT 群では 21 人中 7 名（33%）、SPT 群では 19 名中 3 名(16%)、TAU 群では 17 名中 2 名(12%)であった。結論：専門性を持ったクリニカルナースによる認知行動療法は、いくらかの慢性精神疾患患者に対してはルーティンケアを補助する有効な手法である。

論文名：Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. 18-month outcomes of a randomised controlled trial.

著者：Haddock, G., Barrowclough, C., Tarrier, N., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., Quinn, J., Palmer, S., Davies, L., Lowens, I., McGovern, J., & Lewis, S.

出典：*British Journal of Psychiatry*, 183, 418-26, 2003.

背景：統合失調症患者における物質乱用との併存は貧困な臨床的、社会的結果と関連し

ている。このような症例に対しての心理的治療に関する研究はほとんどなく、また長期的なフォローアップ研究もほとんどない。目的：認知行動的治療プログラム後 18 ヶ月の患者および介護人の症状、物質使用、機能、およびヘルスエコノミーアウトカムについて検証した。方法：動機付け面接(motivational intervention)、個人 CBT および家族介入(family intervention)の RCT に割り当てられた二重診断を受けた患者が 18 ヵ月後のフォローアップ時に多様なアウトカムについて評価された。介護人の状態、機能、ニーズについては 12 ヶ月後まで評価された。ヘルスエコノミーに関する情報は 18 ヶ月にわたり収集された。結果：通常のケアに比べて、介入群では 18 ヶ月後に患者の機能において有意により改善がみられた。介護人あるいはコストアウトカムにおいては有意な差は示されなかった。結論：治療プログラムは通常のケアに比べて、疾患に関連するアウトカムや医療サービスの利用度(service use)に関しては優れていた。コストに関して通常ケアと同程度であった。

論文名：Cognitive therapy for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial
著者：Rector, NA., Seeman, MV., & Segal, ZV.
出典：*Schizophrenia Research*, 63, 1-11, 2003.

背景：本研究の目的は、DSM－Ⅳの統合失調症の基準を満たし、慢性的な陽性・陰性症状が伴った患者に対して、"enriched standard treatment"に認知行動療法を加えたアプローチが、症状の改善に有効であるかを検討することであった。方法：42 名の患者が、標準治療に認知行動療法を加えた群（CBT-ETAU）（n=24）、あるいは、"enriched standard treatment"のみの群（ETAU）（n=18）のどちらか一方に無作為に割り付けられた。"enriched standard treatment"群は、専門的な統合失調症治療サービスにおける包括的な治療法で構成されていた。認知行動療法は 6 ヶ月（20 セッション）間、個人療法として実施された。医学的査定は、患者の割付群に盲検である評定者により、プリテスト、ポストテスト、6 ヶ月フォローアップの段階で実施された。結果：CBT-ETAU の治療を受けた患者の陽性、陰性および全体症状において顕著な医学的効果が示された。しかしながら、ポストテスト段階における両治療群間には有意な差は示されなかった。本研究において、ETAU との比較で CBT-ETAU でもっとも効果が示されたのは、フォローアップ時の陰性症状の減少であった。結論：これらの結果から、治療において CBT が適切に目指される場合、陰性症状に対する CBT の効果が有望であることが示唆された。

論文名：Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy

著者：Gumley, A., O'Grady, M., McNay, L., Reilly, J., Power, K., & Norrie, J.

出典：*Psychological Medicine*, 33, 419-431, 2003.

背景：本研究は統合失調症の再燃の早期サインまたは前駆症状の間に、CBT を用いた無作為化比較試験である。ＣＢＴが社会機能を改善させ、陽性症状と陰性症状を減少させ、再燃と入院を減少させることを検証した。方法：通常の治療グループ（ＴＡＵ）７２名と、通常の治療にＣＢＴを加えたグループ（ＣＢＴ）７２名の統合失調症ならび統合失調症圏内のランダムに選んだ患者合計１４４名。患者をエントリーから１２ヶ月間調査をした。結果：１２ヶ月めで、ＴＡＵ＋ＣＢＴグループが１１人（15.3%）、ＴＡＵグループが１９人（26.4%）入院した（Hazard Ratio＝0.53、p=0.10、両側 95%信頼区間＝0.25,1.10）。ＣＢＴグループのうちトータルで１３人（18.1%）、ＴＡＵグループ２５人（34.7%）に再発がみられた（Hazard Ratio＝0.47、p<0.05、両側 95%信頼区間＝0.24,0.92）。加えて、CBT グループは、陽性症状、陰性症状、総合精神病理評価、自立機能能力、及び社会的な活動能力が有意に改善を示した。結論：統合失調症の再燃の早期症状におけるCBTは、有効性があり、実現可能である。

論文名：North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: outcomes at 6 and 12 months

著者：Startup, M., Jackson, M. C., & Bendix, S.

出典：*Psychological Medicine*, 34, 413-422, 2004.

背景：　最近の無作為割付対照試験（RCT）の結果、標準的治療に加えて認知行動療法（CBT）を行うことが、統合失調症に苦しみ人々に対して有効であることが結論づけられた。これまでの RCT のほとんどは安定化した外来患者を対象としてきた。本研究においては、急性精神病エピソードに苦しむ入院患者に対して、今日の典型的な治療環境下で CBT を実施した場合の効果を検証する。方法：　入院順に包含基準を満たす患者をリクルートした。スクリーニング後、43 人が通常治療群（TAU）に、47 人が TAU＋CBT 群に割り付けられた。ベースライン時、６ヶ月時、１２ヶ月時に症状及び社会機能を測定した。CBT（最高 25 回のセッション）は、ベースライン測定直後に開始された。結果：　CBT 群は TAU 群に比べ、症状および社会機能においてより改善度が高かった。CBT 群（60%）の方が TAU 群（40%）よりも、意味のある臨床的変化を示し、CBT 群ではベースライン時よりも有意な悪化を示した者はいなかった（TAU 群では 17%が悪化）。結論：　今日の典型的な治療環境下で CBT を急性精神病エピソードに苦しむ患者に実施した場合、意味のある改善をもたらすことが出来る。

論文名：Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia: 18-month follow-up of a randomised controlled trial

著者：Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Kinderman, P., Kingdon, D., Siddle, R., Everitt, J., Leadley, K., Benn, A., Grazebrook, K., Haley, C., Akhtar, S., Dvies, L., Palmer, S., & Dunn, G.

出典：*British Journal of Psychiatry*, 184, 231-239, 2004.

背景：発症早期の急性期統合失調症患者に対するCBTの初期介入が、患者の回復を早めることが示されている。目的：初発もしくは二回目の急性エピソード中の統合失調症患者に対し、通常ケアにCBTを加えることがフォローアップ期間を経ても臨床的な効果を示すかどうかを検討する。方法：発症早期の急性期エピソードのために入院している統合失調症患者に対し、通常ケアにCBTか支持的カウンセリングを加えた治療と、通常ケア単独を提供し、その結果を比較した多施設前方視的研究の18ヶ月後フォローアップである。結果：18ヶ月時点で、通常ケア単独よりも、CBTや支持的カウンセリングを併用した方が有意な症状に対する効果を示した一方、再発や再入院においては有意な差がみられなかった。施設によって治療の効果が違うことを反映して施設—治療間の交互作用がみられたが、CBTと支持的カウンセリングの間にはみられなかった。服薬の量、服薬コンプライアンスは群間の差異とは関連していなかった。結論：症状軽減において、追加的な心理療法は長期的な効果を示す可能性がある。

論文名：Cognitive therapy for command hallucinations: randomized controlled trial

著者：Trower, P., Birchwood M., Meaden, A., Byrne, S., Nelson, A., & Ross, K.

出典：*British Journal of Psychiatry*, 184, 312-320, 2004.

背景：命令幻聴は、長い間効果的な治療法はほとんどないものとして認識されてきたが、そのほとんどは理解されていない、悲惨でリスクの高い症状群である。我々は、最近の研究成果に沿って、命令幻聴に対して効果的な認知療法（CTCH）が社会的階級理論からの洞察を適用することでさらに発展すると考えている。目的：我々は、単純盲検、無作為割付によって、声の強制力とそれによる服従の利益を減少させることにおけるCTCHの効果について検討した。方法：最近深刻な結果を伴って命令幻聴に従った総計38名の患者は、無作為にCTCHか通常の治療、そして6ヶ月後と12ヶ月後のフォローアップに割り当てられた。結果：遵守行動において、大きくて有意な減少が得られ、認知療法グループを良好にしている（効果サイズ＝1.1）。声の強制力や優位性に関する確信の程度や服従する必要性の程度、そして苦悩や抑うつの程度における改善はCTCHにおいて認められたが、コントロール群では認められなかった。声の性質（頻度、大きさ、内容）において変化は認められなかった。12ヶ月後においてもその差は維持されていた。結論：これらの結果は、CHCTの間の認知療法の有効性を指示する。

論文名：Hallucination focused integrative treatment improves quality of life in schizophrenia patients

著者：Wiersma, D., Jenner, J.A., Nienhuis, F. J., & van de Willige

出典：*Acta psychiatrica Scandinavica*, 109, 194-201, 2004.

目的：統合失調症の介入において、生活の質や社会的機能の領域より心理社会的な治療が効果的であるとされている。幻覚に焦点を当てた認知行動療法と対処訓練(coping treatment)を統合した治療法の「聞こえてくる声 "hearing voices"」に悩まされている統合失調症患者への効果を検討した。方法：31名が統合した治療法群に、32名がルーティンケア群にランダムに割り当てられた(RCT)。生活の質はWHOの簡略版自記式質問紙でアセスメントされ、社会的役割機能については面接者評定に従って評価された。エントリー時、9ヵ月後(治療後)、18ヵ月後にアセスメントは実施された。結果：生活の質と特に社会的役割機能の改善において、統合した治療法が有意に効果的であったことがフォローアップのデータから示された(効果サイズ0.64)。考察：統合した治療法は、全体的な障害レベルの緩和と深刻な障害を持つ患者数の低減に効果があることが示された。

資料５

統合失調症の認知行動療法

国立精神・神経センター武蔵病院　原田誠一

Ⅰ．はじめに

本稿では、①統合失調症の認知行動療法の特徴を述べて、従来の統合失調症の精神療法との差異を明らかにした上で、②統合失調症の治療で認知行動療法が効果を示した自験例を示す。

Ⅱ．統合失調症の認知行動療法の特徴－従来の精神療法との差異

統合失調症の認知行動療法と従来の統合失調症の精神療法と比較すると、前者の特徴として次の６項目をあげることができるように思われる（表）。

表：統合失調症の認知行動療法の特徴
－従来の精神療法との比較－

（１）各種情報提供（心理教育）の重視
（２）認知と認知に基づく感情、行動、身体反応を幅広く扱う
（３）面接以外の生活場面での実践を重視
（４）治療標的が多岐にわたる 陽性症状、陰性症状、不安・抑うつ症状、低い自己評価、 対人関係の問題、生活上のテーマ など
（５）治療の進展に伴い当事者の対処能力、自助能力が増す
（６）効果を実証するデータの存在

まず第１は、「統合失調症の病態、治療・リハビリテーションの方法や有効性、対処法 coping の重要性や種類、利用できる社会資源」などに関する情報提供（心理教育）を重視する点である。その際、発症に至った経緯に関して「ニューロサイエンスに基づく説明」に加えて「生活・文化・社会面からみた説明」も行い、精神病理現象と正常体験の連続性を伝えるノーマライジングの視点が強調される。

２番目の特徴は、患者の認知および認知に基づく感情・行動・身体反応などを幅広く扱う点であり、３番目は面接以外の生活場面での実践を重視する点である。後者の事情

があるため、認知行動療法では各種の宿題（ホームワーク）や思考記録の記載などが実施される。さらに以上より、４番目の特徴「治療の標的が陽性症状、陰性症状、不安・抑うつ症状、自己評価、対人関係面の問題、生活上のテーマなど多岐にわたる」や、５番目の特徴「治療の進展に伴い患者の対処能力・自助能力が育成される」が生じてくる。

加えて最後の重要な特徴として、効果を実証するデータが発表されつつあることがある。統合失調症の認知療法はイギリスを中心に研究がすすんでおり[9]、近年は無作為化比較対照試験 RCT に基づく実証データも報告されている。

他方、筆者らも９０年代から統合失調症の心理教育・認知療法を実践してきた[1~8]ので、次節で自験例を紹介する。

Ⅲ. 薬物療法抵抗性の統合失調症症例で認知行動療法が効果を示した自験例

筆者らは統合失調症の治療の様々な場面で認知行動療法を活用しており、病識がない初発症例の治療導入[4]、慢性期のリハビリテーション[6]、精神病状態を呈して早期発見・早期治療を行ったハイリスク者の臨床経験[3]を報告したことがある。本稿では、自我障害、関係念慮、抑うつ症状が持続的に認められた慢性期症例の治療経験を報告する。

自我障害、関係念慮、抑うつ症状が持続した慢性期統合失調症に認知療法を試みた症例[8]

症例：４０代　女性

既往歴：特記すべきことなし

家族歴：兄（第３子、三男）が統合失調症

現病歴：X 年（２０代後半）幻覚妄想状態となり発症し、現在までに２回の入院歴がある。各種抗精神病薬を用いた薬物療法が行われてきたが不完全寛解状態にとどまり、自我障害・関係念慮・抑うつ症状が持続したため、主治医のすすめで X+12 年に認知行動療法専門外来を紹介受診した。

認知行動療法専門外来での治療概要：初診時の主訴は、「自分の考えが周囲に伝わってしまいつらい」という自我障害様の訴えであった。

まず「人に考えが伝わることが、本人のどのようなつらさにつながっているのか」を調べたところ、次の３種類に整理できると判明した。

悪影響１：他人に考えが伝わること自体気味が悪く、不快である。

悪影響２：自分の弱点（例：気の弱さ、統合失調症にかかっていること）が他人に伝わって、おかしな目で見られてしまう。

悪影響３：おかしな体験があると、自分が「病気が治っていない不完全な人間」と感じられて自己評価が下がる。

次に、どのような生活場面で考えが伝わると感じやすいのかを観察してもらったところ（行動分析）、主に以下の４つの状況があるとわかった。

状況１：自分が口に出して言わない内容と似たことを他人が言って驚かされる場合

状況２：周りにいる人に違和感をおぼえて、他人に自分がおかしく見えているのではないかと不安になるとき

状況３：人なかで一人でいる場合

状況４：ある場所に自分が入り（例：コンビニ、洋品店）、その後から他人が引き続いて入ってくるとき

以上を踏まえて、筆者らは次のような認知行動療法的介入を行った。

介入１：確信の度合の数値化

「人に考えが伝わった」と感じた際の確信の度合を数値化してもらい、「いつも１００％伝わる」と確信しているわけではなく、半信半疑の場合もあることを確認した（例：「６０％くらいそう感じる」）。

介入２：別の解釈 alternative explanation の可能性を検討する

本人が「考えが伝わった」と受け止めた状況を取り上げて、別の可能性が考えられないか検討した。

介入３：ノーマライジング normalizing

以心伝心で意思が伝わるテレパシー様体験の存在を信じている一般人の割合が５割に達するというデータ[9]を教示して、「似た面のある体験をしている正常者は少なくない」「考えが伝わると感じるだけでは病気とはいえない」と話した。

介入４：強い対人緊張、低い自己評価の改善

強い対人緊張や低い自己評価に対する認知行動療法的介入を試みて、思考記録を用いた検討、苦手な状況での認知・対処の工夫などを行った。

介入５：誘発状況のネーミングと由来の確認

本人が苦手としている「ある場所に自分が入り、その後に他人が引き続き入ってくる」

状況に「金魚のフン現象」とネーミングして、その由来を検討した。

介入６：不安や違和感をおぼえた時の対処方法の工夫

自我障害の出現につながるような不安や違和感をおぼえた時の対処方法として、①頓用薬を服用する、②あわてて結論を出さずに、周囲の様子をなるべく冷静に観察してみる、③「一時的なことでじきに治る」「大丈夫」などと自分で自分を励ます、などを工夫して実践してみる。

以上の介入の結果、自我障害の出現頻度・確信度・影響力はかなり減少し、生活を送っていく上での支障も減ってきている。

Ⅳ. おわりに

今後、我が国でも統合失調症の心理教育・認知行動療法の臨床研究がすすみ、統合失調症の治療の幅が広がることが期待される。

文献

1）原田誠一：幻声に対する精神療法の試み - 患者の幻声体験のとらえ方に変化を与え、幻声への対処力を増すための認知療法的接近法. 中安信夫編：分裂病の精神病理と治療８－治療をめぐって. 星和書店、東京、1997

2）原田誠一、吉川武彦、岡崎祐士ほか：幻聴に対する認知療法的接近法（第１報）－患者・家族向けの幻聴の治療のためのパンフレットの作成.精神医学 39:529-537, 1997

3）原田誠一、岡崎祐士：日常臨床における精神分裂病の早期発見と早期治療－ハイリスク児の追跡調査から. 精神経誌 101: 916-922, 1999

4）原田誠一：病識の乏しい初発精神分裂病患者で認知療法が奏効した２症例.臨床精神医学 30: 1417-1421, 2001

5）原田誠一：正体不明の声－対処するための１０のエッセンス.アルタ出版、東京、2002

6）原田誠一、原田雅典、佐藤博俊ほか：統合失調症の社会機能と認知療法. 精神科治療学 18: 1151-1156, 2003

7）原田誠一：「正体不明の声」へのコーピングをどう援助するか. 精神看護 7: 16-22, 2004

8）原田誠一、佐藤博俊、小堀修ほか：統合失調症の治療と認知行動療法の活用. 精神療法 30: 639-645, 2004

9）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. 日本評論社、東京、2002）

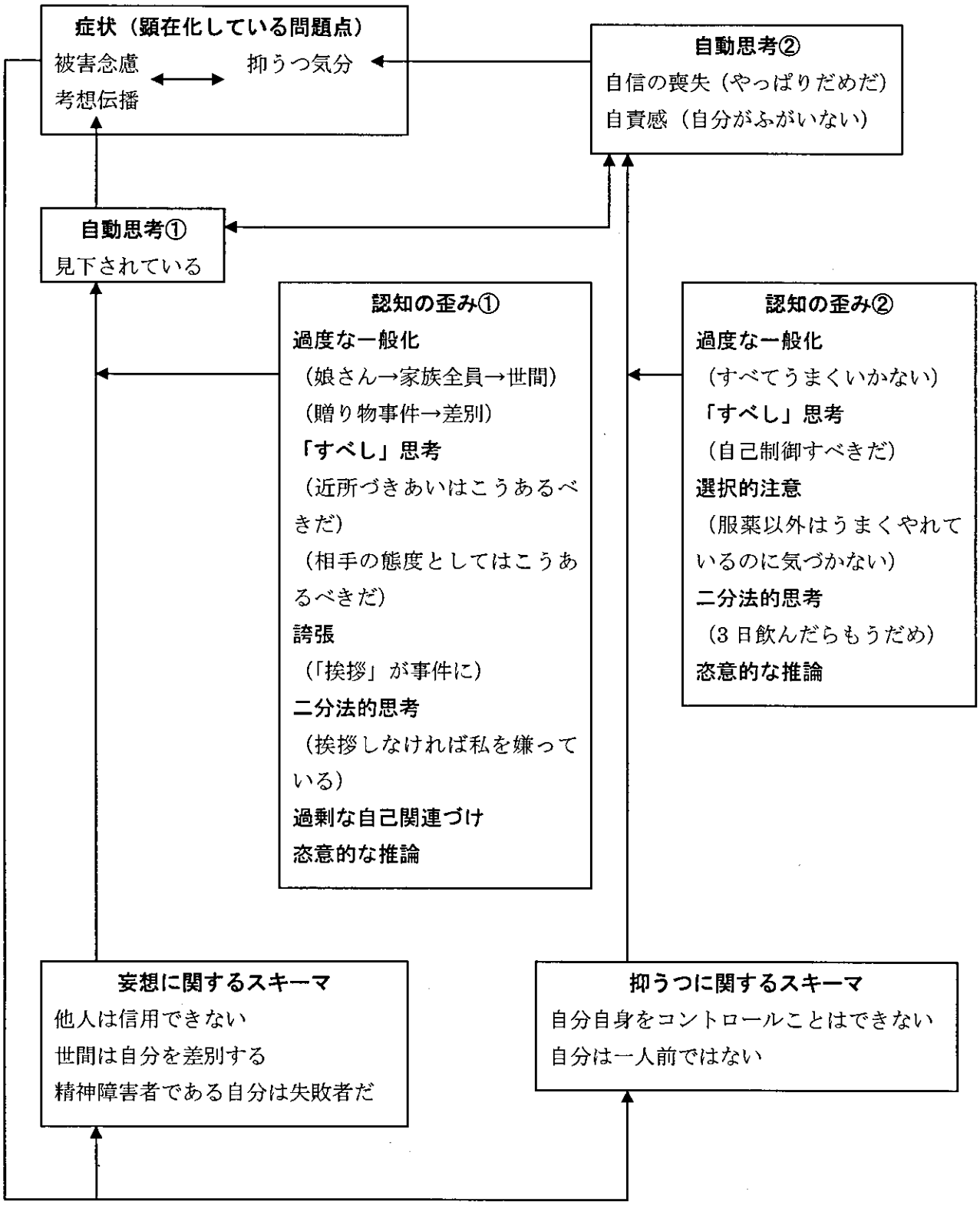
資料６

統合失調症に対する認知行動療法
症例報告

横浜国立大学　石垣琢磨

症例：Ａさん
【プロフィール】
50 歳代の男性。高校時代に発病。幻聴、被害妄想、粗暴行為、不眠のため入院を 6 回している。とくに 20 歳代から 30 歳代の時に長期の入院歴がある。両親は他界しており、現在は生活保護を受けて一人暮らしをしている。これまでは、感情の起伏が激しく、「些細な」対人関係トラブルが症状再燃の契機であることが多かった。「相手が自分をばかにしている」が「みんなが」になり、同時に、連合弛緩が生じ衝動性の制御も困難になっていた。筆者とは 6 年前に入院して以来の関係である。知的機能には問題なし。病識の欠如による怠薬が入院の原因であったことから、入院中より疾患と服薬に関する心理教育を行ってきた。まじめで誠実だが、話し方がやや理屈っぽくてくどいため、友人はいるものの入院中は孤立しがちであった。
【外来経過①】
１．症状と服薬の自己コントロール感を高めるため就寝前薬を減量する試みを始めた。
①就寝・起床時間のチェック（診察時に記録を筆者とともに確認する）
②①を継続しながら就寝前のニトラゼパム 5mg　1 錠を頓服に変更（服用回数も記録）
２．思考と行動の自己モニタリングを高めるため、簡単な行動記録表を作成し始めた。
【外来経過②】（かっこ内は筆者のことば）
近所の家族に兄からもらった果物をあげたのにお返しどころか挨拶もない。（どうしてあげたの？）昔から近所付き合いっていうのはそういうものでしょ？お互いに助け合うのが。道で会っても目をそむける。私はお返しが欲しいわけじゃないし、こちらから挨拶もしている。（そうでしょうね）洗濯物が落ちているときや電灯がつけっぱなしになっていたときなんか教えてあげた。こんなことなら最初から受け取らなきゃいいのに。悔しいですよ。こういう仕打ちをするのは、私が精神障害者で病院に通っているのを知っているからだと思います。（教えたの？）いいえ。でも知っているような感じがします。それに、私の気持ちもみとおして家族で笑っているような気がするんです。きっと疎ましく思っていて、早く引っ越せばいいと言っているに違いない。（そんな素振りがあるんですか？）そうじゃないけど。精神障害者に対する差別は無くならないと新聞にも出ていましたよ。患者はなかなかアパートも借りられないって。ここの待合室でもそんな話をしている人がいました。だから、あの家からも差別されて馬鹿にされているんだ、としょっちゅう考えちゃうんです。そうすると眠れなくて、今週はベンザリンを 3 回も飲んじゃいました。まったく飲まない週がせっかく増えたのに、やっぱり私はだめなんですね。先生にも申し訳ないです。

●ケース・フォーミュレーション



●Ａさんに対して行った**認知行動療法**

Ｉ．認知的側面へのアプローチ

1．状況の詳細な把握

ＡＢＣ理論に基づく情報収集やアセスメントが必要である。Ｃは「顕在化した問題点」であり、行動と感情の両側面から調べられる。これは、患者の言動や家族の訴えなどから比較的明らかになりやすい。Ｂにあたる「誤った信念」は面接のなかで次第に明確になり、治療の対象となる。しかし、「先行する状況」であるＡは、治療者が注意して聴取しなければ抜け落ちやすい。Ａのなかに問題の起点が存在している可能性は高く、フォーミュレーションを行う際の重要な情報が隠されている。

Ａさんに関しては下に例示するような問題が浮き彫りにされた。

例１：本当にその家族全員が挨拶しないのか？　→　娘さんだけだった

例２：どんな態度で贈り物を持っていったのか？　→　突然思い立って

2．フォーミュレーション・シートを見ながらの面接

①先述のフォーミュレーションは面接当初から完成されるものではない。何回かの面接のなかで、症状　→　自動思考　→　認知の歪み　→　スキーマ　の順で明らかにされていく。注意しなければならないのは、統合失調症の認知行動療法では、治療はステップ・バイ・ステップで進行しないということである。同じ内容の面接を何回も繰り返すことは治療上も重要である。なぜならば、ｉ．生物学的な認知障害により理解力、学習能力が低下しており、１回の面接では結果が定着しない、ii．彼らの症状は神経症レベルよりも重篤であり、かつ長期間の罹病によって生物学的・心理学的に修飾を受けている、iii．認知行動療法のパラダイムに慣れていない。

②状況・自動思考・感情についての３カラム法による非機能的思考記録も用いたが、うつ病に対する認知療法のように「宿題」は出さず、面接場面のディスカッションに活用するにとどめた。カラム法やフォーミュレーション・シートを提示しつつディスカッションすることは、患者の問題を視覚的・具体的に提示することになり、患者と治療者双方の理解の助けとなる。

3．認知の歪みについてＡさんの「腑に落ちる」ことばを探した。彼は「中庸」という言葉が最も気に入った。このときも、治療者が言葉を与えるのではなく、ヒントを出しながら共に考えるという態度が重要である。

4．スキーマへのアプローチ

彼が訴える「差別」や苦労は決して事実無根ではない。治療者がそれに対して反論を加えたり医学的意見を述べても逆効果であろう。Ａさんに対しては、病理的なスキーマが形成されざるをえなかった彼の半生に対して支持的な態度を崩さず、内容に関する徹底的な

議論を行うことが必要であった。このときも、「堂々巡り」と思いかねないほど、同じ内容が語られることを覚悟しなければならない。

Ⅱ．行動的側面へのアプローチ

ある種の「行動実験」を勧めてみた。

例：Aさんの方から奥さんに「あのミカンはどうでしたか？」と尋ねてみる

→　「おいしかったですよ。ありがとう」という返答があった

この行動実験は、自らの行動を変えると相手の行動も変わることの実証につながるものであった。ただし、Aさんは「奥さんの『返答の態度が気に入らない』」と言い出したので、それをテーマに認知療法的な検討をさらに加える作業を行った。

【外来経過③】

筆者が主催している外来患者を対象とした集団療法へ導入した。石垣ら（2004）は入院患者を対象とした集団療法のプロセスを例示しているが、外来患者に対してもほぼ同じ内容で実施している。具体的な内容としては、ⅰ．心理教育（「症状発生のメカニズム」の説明を含む）、ⅱ．認知療法（場合によっては5カラム法も用いる）、ⅲ．SST的要素（「問題解決技能訓練」的介入やロールプレイを含む）

＜結果①＞

認知行動療法の結果、Aさんは、「これまで私は自分の病気の本性がわからなかった。『思いつめる』のが私の病気なんだということがわかった」、「これからの人生は『中庸』をモットーにしたい」と言うようになり、心理的にも行動的にも落ち着いてきた。

＜結果②＞

後日、「久しぶりに会った別の近所の人から『最近太ったね』と突然言われた」エピソードがあった。このときの気分や認知を詳しく聴くと下記のようになっており、病的な思考に陥らずにすんだことが理解できた。

「見下されている」という自動思考が浮かぶ

↓

別の考え方をしてみよう

自分は自分だと思うようにした

先生と相談することに抵抗がなくなった

・経過全般について

Ａさんとの治療関係は 6 年にわたるが、筆者が認知行動療法を実質的に施行したのは約１年半である（班会議では「3 年間」と報告したが、6 年前の入院当初からラフに計算してのことであり、今回報告書をまとめるにあたってカルテを再度検討したところ、認知行動療法の個人面接としては月 2 回の治療面接を 40 回行った)。「外来経過③」以降も、Ａさんは日常生活のなかで様々な問題に直面している。しかし、認知行動療法を実施してからは、入院を考えざるをえないような状況には陥っていない。

Ａさんは自作のノートを面接時に必ず持参されるため、何か問題が生じたときは、筆者もそのノートに基づいて短期的に認知行動アプローチをとってきたが、基本的にはＡさん自身で解決可能となっている。

＜自作ノートの内容＞

① 体重（体脂肪率）

② 便通・睡眠の状態、「精神状態」（午前中と午後に分け、それぞれ全般的に「安定」していたか「不安定」だったかが記されている）

③ １日のできごと

④ 気持ち・考え

⑤ 今日１日の成果（5 件法で記され、「3 が一番良い状態です」と言われる）

⑥ 「私の言葉」（感想のような内容）

これは筆者がフォーマットを用意したのではなく、認知行動療法のなかで学習した項目を中心にＡさんが自作されたものである。

・その他コメント

被害的内容などの妄想体験と、考想伝播のような自我障害症状とはスキーマが異なる可能性がある。自我障害は、その病的体験自体が特異なスキーマを形成するきっかけとなり、妄想にも影響を及ぼすであろう。

症例：Bさん

【プロフィール】
40歳代の男性。会社員であったが、失恋が契機となり発病し退職。現在は別の会社に勤めている。自分の仕事や仲間を見下す言動が多い。初回も含めて6回の入院歴がある。筆者とは5回目の入院以来の関係であった。これまでの医師もリスペリドンやデポ剤など数種類の抗精神病薬を試してきたが、考想化声と「嫌がらせ」を中心とした幻聴が持続していた。症状増悪時には幻聴に加えて被害妄想と連合弛緩が生じる。仕事ができなくなり粗暴な言動を繰り返すため、家族が困り果てて入院となっていた。病識の欠如による怠薬と生活リズムの乱れが症状増悪の契機となっていたことから、5回目の入院中より抗精神病薬を整理しつつ心理教育を行った。しかし、初回入院に関する被害的言動は続いていた。

●Bさんの幻聴に対する心理教育と認知療法の結果と反省
いわゆる「検討段階」における検討が不十分であった。「不安・孤立・過労・不眠の4条件に伴い増悪する」という認識は確実になったが、自らの思考やイメージの音声化であるという認識が乏しいままであった。幻聴に関するパンフレットも見せて理解が深まるよう促したが、「俺のはちょっと違う」「俺の幻聴は薬で作り出された」という発言を繰り返した。ただし、幻聴への対処方法については「しゃべっていると楽」「よく眠ると翌日は楽になる」と言い、「幻聴自体は消えなくても、やり過ごしたり相手にしないようにすれば何とかなる」と認知的処理についても理解し実行に移していた。

コメント
「誰の声かわかる」というように幻聴の対象が明確になっている場合は、幻聴をやり過ごそうとする認知的対処法略ではなく、「べてるの家」方式で幻聴との会話を認めながら（「幻聴さん、今は静かにしていてくださいよ」）、自己効力感を持たせていったほうがよい。集団療法場面や個人面接のなかで十分吐き出させるのもよい。

【経過①】
退院後、会社に復帰した。超過勤務はしないように勧めたが「経済的に苦しいから」と退院半年後からやり始め、服薬はしていたものの徐々に疲労の色が濃くなった。受診日以外にも来院し職員に精神科医療に対する不満をぶつけたり、嫌がらせ行為を繰り返したりするようになった。診察時も、粗野な態度で筆者を怒鳴りつけるか、非論理的で被害的内容の話をするようになった。しかし、「疲れてしまっていっぱいいっぱい」「もう一度きちんとやりたい」「先生は信頼している」などという発言もあったため、入院を勧めるとあっさり同意し6回目の入院となった。「嫌がらせ」は朝から持続し、煩わしくてたまらないと語った。仕事の都合で服薬がかなり不規則になっており、過労や不眠が幻聴の増悪と関連し

ていることも一応は理解していた。

＜経過①における面接例＞
（なぜそんなに働くの？）金が欲しい。俺を見下したやつを見返したいし、いずれ結婚して家庭を持ちたいから。男は妻子を養って一人前でしょ？薬を飲んでいると女に嫌われて結婚できないよ。
（生活リズムの乱れが幻聴を悪くするのは？）わかってますよ。じゃあ、先生が他の仕事を紹介してくれるんですか？してくれないでしょう？