

んもよくご存じのことだと思いますが、この概念に従ってS A Iがつくられて、S A I - Jもつくられてきていますが、まず第1次元として精神障害に罹患していることの把握、2番目に治療コンプライアンス、治療に対してどの程度受けて入れているか、3番目に幻覚妄想体験という非日常的な出来事を「病的現象」だとみなす認識、という3次元から成っています。実際にS A Iを使われている方がたくさんいらっしゃると思いますけれども、比較的使いやすいツールではあると思います。後でこれに関しても少しコメントしたいと思います。

実際、病識とC B Tに関する最近の臨床研究を少し調べて挙げてみました（表1）（6）。資料の字が小さいので、後でバルマジリアだけを取り出して考えたいと思いますが、一番上の部分を簡単に説明しますと、これはどういう手法を使っているかということ、S S Tの中に認知的な部分を多めに入れているC B S S Tという方法で24セッションやっております。ただ、対象患者さんたちが外来患者さんで、発病してから10年以上の慢性期である。改善した点は、コーピングスキルとか病識、それから社会的に関しても改善したという報告です。ただ、厳密に臨床研究をしているわけですが、これはナースによって特に病識に焦点を当てたC B Tを行う。そして外来で患者さんと保護者たちに行う。

そうしますと、何が改善したかということ、全体的な病識、あるいは治療のコンプライアンスに関しては改善している。しかし、先程の事例でも挙げていましたが、改善した人であればあるほど抑うつが強くなったということが指摘されています。アフロカリビアンの対象者に対しては効果がないということは、恐らく社会的な環境等がかなり関係しているのだと想像できます。

これが先程の2番目に載っているバルマジリアの事例ですが（表2）（7）、これはR C Tを使っている。臨床心理士によるC B Tで、6カ月後にフォローアップをしています。コントロールとしては、支持的なカウンセリングをやったということです。これを何故わざわざ挙げたかということ、入院患者を扱っているからです。こういうC B Tを使った臨床研究というのは、外来患者さんが非常に多い。そして地域でどうするのかという話が焦点になっているわけですが、今日お集まりの皆さんは、やはり入院患者についてどうなのかということが知りたいと思ひまして、薬物療法になかなか反応しない陽性症状を持つ入院患者さんを対象にした研究を挙げてみました。

私も経験的にわかるのですが、幻聴に対しては確かに改善する部分が多いです。やはりそれは病的体験自体を客体化というか外在化できやすいですから、対応がしやすい部分があると思う。それから病識に関しても改善したと言ひます。しかし、この2つとも、6カ月後のフォローアップの時点で効果がない、または効果が消え

てしまっています。これはとても大切なことだと思います。

そして、これが手前味噌な話ですけれども、私がやった研究の紹介をしたいと思います。読んでいただいた方もいらっしゃるかもしれませんが、もう一度詳しく説明したいと思います。これは一般の民間精神病院でやりました。そして主たる治療者はほぼ私1人で、非常に大変で、もう二度とやりたくない。ただ、逆に、こういうものは今後、医療観察法の指定入院医療機関も含めて積極的にぜひやっていただきたい。この結果が正しいという話ではなく、実際どうなのか、それを確認していつていただきたいという希望を込めて今日お話をしたいと思います(8)。

そもそもRCTなどというのはできませんでした。ここにも書いてあるように集団でやったので、集団療法に乗れるような人たちを集めてほしいと言って主治医に頼んだわけで、女性は1人だけです。それから対照群などを設けてやるのはとても私では無理なので、できませんでした。後で詳しく説明しますが、いわゆる集団療法ではない、集団形式を利用したとは書いてありますが、個人療法を必ず行う形をとりました。それから、妄想に関する独自のアセスメントツールを用いて経過を見た。それから、今回これを取り上げた理由は、妄想に関する認知の変容という部分から病識の問題を考えてみようということで取り上げていますので、直接、SAI-Jを使って病識を測定したということではありません。

実際に、統合失調症の陽性症状に対する集団認知行動療法の有効性を示した先行研究は幾つかあるのです(9)。ワイクスの研究は「幻聴に関する」ということが但し書きとしてあるわけですけれども、タリアとかチャドウィックは幻聴だけではなくて妄想とかある種の思考障害などに対しても有効であるという結果を出しています。

日本で、しかも一般私立精神科病院でどこまでできるのかというのが、一つの私の挑戦だったわけですけれども、20セッション行いました。それは大きく3つに分かれています。まず、第1回目と第2回目のセッションからなるパート1は、導入として一種の心理教育です。抑うつ感とか陽性症状に関する全体の簡単な心理教育をしました。パート2の3回目から15回目のセッションでは、思考変化表を用いた実践、パート3が16回目から20回目ですが、これはまとめです(10)。この時にパート2の実践でいろいろ話し合われた内容を記録して、それをワークブックに作り直して、それに基づいてもう1回まとめをするということを行いました。これが1回のセッションの構造なのですが、その中でもまず導入部があります。ここでは前回の振り返りをしたりしますが、状況に応じて15~20分間の心理教育をやったりもします。全体で約2時間ですが、導入部が終わった後でグループディスカッションを行う。そして思考記録表をプレゼンテーションします。もちろ

んしたくない人はしなくてもいいですが、できる人はしましょう。全然出てこなければ私自身が毎週つくって、私の思考記録を示すことになります。それから、合理的な思考ということでは、思考変化表から導き出される合理的思考に関してディスカッションを行う。それから、認知的な部分だけではなくて、対処法略に関してディスカッションする。ですから、これまで実施してきた患者さん自身がやってきたやり方がどの位有効なのかということ、あるいは有効であればそれを評価することともここです。これが終わった後で、個別に、時間としては非常に短いけれども、個人的なC B Tを行う時間を必ず設ける。ちなみに、この参加者は全員私が主治医ということではない。また長期間入院している人達が多かったです。最後のまとめというのは、やはり全体で行う、という流れです（11）。

アセスメントは何をやったかという、B P R S、これは各主治医の先生にやっていただきました。それからローゼンバーグのS E S、それからS D S。それから、他の先生たちと一緒に私も参加しましたM A P I（12）。これに関しても文献が幾つもありますのでご存知かと思いますが、一応の説明をしますと、セクション1としては、妄想が発生するような状況について、それからそういう状況になってしまう原因の所在とかそれについての討論、それから妄想に一致していたような気分を聞く、妄想に対する対処方法を聞くということです。これを後に統計的に処理する（13）。それから、セクション2は妄想の確信度、心的占有度などを検証します。どの位考えてしまうのか。妄想のコントロールは可能なのか。妄想的な思考ないしは妄想が、彼ら自身にとってどの位重要性があるのかということ。その考えが彼らの行動にどの位困難さを与えているのかということ。それから、反論、反証に対する抵抗。もしこういうような話になったら、もしそういう反論が出てきたら、あなたはどのようなふうに答えますかということですが、最後の質問は面接者が実際に直接、あなたはそうやって言うけれども、ちょっと理解し難いとか現実にはあり得ないのではないかということを行った時の反応を面接者がチェックするということになっています。これは事前に臨床心理士と相談をして、アセスメントのマニュアルを作って実施してもらいました。臨床心理士は集団療法に直接はタッチしていません（14）。

アセスメントはどの機会にやったかという、まず治療が始まる2週間前にB P R Sを1回とって、あとB P R S、M A P I、S D S、S E Sは1回のセッションの直前と終了した直後と6カ月後にとっています（15）。

これが参加者のプロフィールですが、先程言いましたように、この方だけが女性で、年齢的にも30代前半より上で、最高が53歳です。入院されていても比較的落ち着いていらっしゃる方々が多いということは覚えていただきたいと思います。

病歴はこんな感じです。入院期間は長い方は33年、短い方は7年。BPRSは最初のt1のところで、この位の得点です。重い方もいらっしゃるけれども、そんなに重症な状態の人はいらっしゃらない。集団療法にうまくのれるというのが条件になっていますので、そういった方を選んでいただいております(16)。

実際には、全体の得点としては確かに改善している感じですが、しかし、先程説明したように、いろいろ認知的な部分を聞いていくという方法だけでしたので、自尊心とか抑うつ感というのは変化がないという状況が生じています。逆に抑うつ感が高まるということがなかったということで、その辺は安全だったかなと思っています(17)。

実際にセクション1に関してどうかといいますと、いろいろディスカッションを繰り返していくと、状況が非常に明らかになっていくのですが、そしてまた、対処法も効果的になっていく。けれども、妄想という標的自体が非常に難しい部分がある。患者さん自身もなかなか同定できないという状況が続いております(18)。それから、一つ一つの項目に関しては(図1)(19)、ここが病識の問題にも絡んでくるかと思うのですが、統計的には確信の部分、コントロール不能性、生活上の困難さというものは下がっています。しかし、個人的重要度は1回下がるのですが、6カ月後のフォローアップの時点では元に戻っているのです。やはりあの考えは自分にとって大切だということです。それから、反証に対する抵抗もt2では下がっていますがt3では元に戻っていました。

それから、ここには載っていないのですが、心的占有度に関してはt1からt3までずっと変わらない。ただ、内訳を考えると、グレーゾーンを行ったり来たりするようになる。先生と話し合っていて、いろいろ反証などを考えたりして、前より考えるようになっちゃったということも言われましたし、そんなことも影響しているのかなと思います。

例えば確信度に関してどういう変化があるかというのと、これが正しいかということとはなかなか言えないわけですが、うまく反応した人に関してはt2の部分でかなり差が生じています(図2)(20)。また、その結果が維持されている感じがあります。しかし、うまく反応しない人というのは、やはり変化が最後の部分で明らかに違うのです。

病識との関連について考えてみますと、先程の繰り返しですが、確信度とかコントロール不能性とか生活上の困難さということに関しては軽減して、それが持続するけれども、「個人的には重要なのだ」ということや「反証に対する抵抗」というのは元に戻りやすい。これは先程の、林先生のお話の中にもありましたけれども、「妄想がなくなってしまうたら困る」ということが強く関係していると思っ

ています。病的体験への疑念は強くなります。それから表層レベルでの適応は回復できると思いますが、しかし、それが腑に落ちているのかということになると、やはりこの研究でもなかなか結果が出てこない。それから自尊心が向上しない、その辺が問題である。先程も言いましたように、妄想そのものに対してアプローチするというのが今回の実践の目的だったので、それ以外の、彼らの自尊心を如何に向上させるかということを経験プログラムの中に入れていく必要があるということを感じております。

それから、集中的なC B Tに関しては短期的に行っているかもしれないけれども、長期的に、あるいは定期的に継続して関わっていくことがすごく大切だと感じました(21)。

病識の話ですけれども(22)、今回の臨床実践で私はこのように考えたい。これは先程の病的体験の認識とか、精神障害の把握とか治療コンプライアンスという3つの軸ですが、これを認めることで、どの位苦痛なのだろうという縦軸があります。この患者さんがこれを確かに認めている。しかし、それはすごく苦痛なのかどうかということを探る必要があると思うのです。その苦痛をそのままにして、1軸上で改善したからいいという話ではないと思うのです。そこをどう支えるか、あるいは継続してフォローするということが、元に戻るのを防ぐ一つの方法だろうと思うのです。

実際に今の集団認知行動療法をやった人が、外来においても臨床心理士の面接を繰り返して、こういう思考変化表を使った面接を行っているのですが、2年前にやったことをちゃんと覚えていらっちゃって、「悪いところばかりに目が行くのは選択的注目ですね」と過去の失敗を引用して理解するということがあって、やはり20セッションであっても、こうやって記憶に残って利用できる人たちがいるということをお示ししたかったのです。以上です。ありがとうございました。

## (2) 質疑、意見交換

**司会(黒田)**：石垣先生どうもありがとうございました。時間の限りがありますので、1つだけご質問をお受けいたします。

**佐藤(会場)**：群馬県の佐藤と申します。先生のご講演では、幻聴、妄想、それに対する自分自身の認識という話が出てくるわけですが、統合失調症を長期に患っていると、慢性の統合失調症の方の妄想や幻聴は、かなり発症当時のものとは変質して、先程も自尊心という言葉がありましたけれども、自分自身の願望充足、状況依存的など、かなり心因的に理解できるものが増えてきていて、つまり同じ統合失調症といっても、先ほど先生は、リニアな流れでは一概に簡単に言えるもので

はないという話もあって、それは一部分では僕も同意するのですけれども、そうは言っても、長期の経過を経ていると病態が変質してくる。症状としても妄想のあり方が変質してくるというような感じがするのです。そうするとこのようなテーマを出しても、どの時期のどういう人を対象にするかということにより、その内容が違ってくるのではないかという印象がありまして、その辺についてご意見を伺わせていただければと思います。

石垣：佐藤先生のおっしゃるとおりだと思います。今回、呈示できなかったのですが、このやり方がどういう方々に最もいいのか、そういうことは考えざるを得ないと思うのです。実際に、ご指摘のように今回の事例の8人の方々は非常に病状としても安定しているし、妄想もディスカッションできる部分がある方ですから、急性期の方とは全然違うと思います。また、機能レベルが低ければ低いほど、こういう認知的な部分にアプローチするのはあまりよくないと私も思っています。認知行動療法の枠組みの中で考えれば、行動レベルにアプローチした方がいいと思います。行動レベルへのアプローチが功を奏すれば、当然認知的な部分も変動してくるだろうという側面攻撃でやっていった方が、経過が長期にわたる人に関してはいいだろうと思います。急性期に関しては、私は皆さんに期待をしているというか、実際にどの位効果があるのかというのをぜひ試していただきたいと思って、私の置かれた環境では、それを確認することは無理なので、ただこういうテクニックがありますよということはお教えしておりますけれども、私としては何とも言い難いです。

司会（黒田）：それでは、このセッションを終わりにいたします。石垣先生、どうもありがとうございました。

(1)

## 病識と認知行動療法

石垣琢磨

横浜国立大学教育人間科学部

(2)

統合失調症の包括的治療の観点からみた認知行動療法の主な標的(池淵, 2002)

- ストレスの緩衝剤となる温かで安定した人間関係をもつスキル
- 当面のストレス状況に対処するためのスキル(苦手な状況を避けるなど)
- 精神疾患のセルフ・マネジメント(服薬自己管理など)
- 持続する症状への対処方法
- 当事者を取り巻く環境や環境との相互作用への介入
- 認知プロセス(認知機能)の改善

(3)

Kingdon & Turkington(1994)

原田誠一訳(2002)

「統合失調症の認知行動療法」(日本評論社)より

回復過程

- Sacksら(1974)  
妄想状態 → 二重見当識状態 → 非妄想状態
- Rakfeldt & Strauss(1989)  
第一相:生活のテーマに対してファンパターンのアプローチを試みる時期。必死に努力するが柔軟性に欠けるため不適応状態に陥る。緊張が高まり、フラストレーションがたまるとなる時期。  
第二相:ファンパターンの努力を放棄するが、不適応状態が続く時期。  
第三相:生活再建の時期。生活のテーマに以前よりも柔軟に取り組み、「内省」や「対人関係」が可能になる。

(4)

Levyら(1975)による2つの技法

- 封じ込め(sealing over)技法  
妄想が生じるような環境から切り離してしまう
- 統合(integration)技法  
内省によって、自分の性格の一部として異常体験を取り入れられるようにする



認知行動療法的手法

(5)

**病識**

- David (1990)
  - ①精神障害に罹患していることの把握
  - ②治療コンプライアンス
  - ③幻覚妄想体験という非日常的なできごとを「病的現象」とみならず認識
- The Schedule for Assessment of Insight
- SAI-J(酒井・金・秋山ら, 2000)

(6)

**表1. 病識とCBTに関する最近の臨床研究**

authors	magazine	technique	comparison	participants	improvements
Granholm M, McQuaid JR, McClure FS et al.	AJP 2005 162(3) 620-629	Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST) 24 sessions	usual treatment combined treatment	76 chronic middle aged and older outpatients	copying skills, cognitive insight, social functioning
Valmaggia LR, van der Gaag M, Tarrrier N et al.	BJP 2006 324-330	RCT CBT by CP 16 sessions 6 mos follow up	supportive counselling	inpatients with drug refractory positive symptoms	auditory insight, hallucination but, follow up (-)
Rathod S, Kingdon D, Smith P et al.	Schizophrenia 2006 11(2) 211-219	multicentre RCT short insight focused CBT by follow up	(control)	patients and carers in community	total insight and compliance at follow up but, depression(+)
Turkington D, Emswiler D, Turner T	BJP 2002 189 623-627	RCT first CBT by follow up	usual treatment	422 patients and carers in community CBT=267 UT=165	overall insight, hallucination, depression

(7)

**表2. Valmaggia et al. (2005)の臨床研究**

authors	Valmaggia LR, van der Gaag M, Tarrrier N et al.
magazine	BJP 186 : 324-330, 2005
methods	RCT, CBT by CP, 16 sessions and 6 months follow up
control	supportive counselling
participants	inpatients with drug-refractory positive symptoms
improvements	auditory hallucination insight but, effect(-) at follow up

(8)

**石垣・道又・大久保ら(2004)  
妄想に対する認知療法の効果  
— 集団形式を利用した臨床研究 —  
精神医学 46: 955-962**

- RCTではない
- 対照群なし
- 折衷的=集団療法+個人療法
- MAPIなど独自のアセスメントツールを用いた
- 妄想に関する認知の変容から病識の問題を考察する目的で提示



(9)

統合失調症の陽性症状に対する集団認知行動療法(CBT)の有効性を示した先行研究

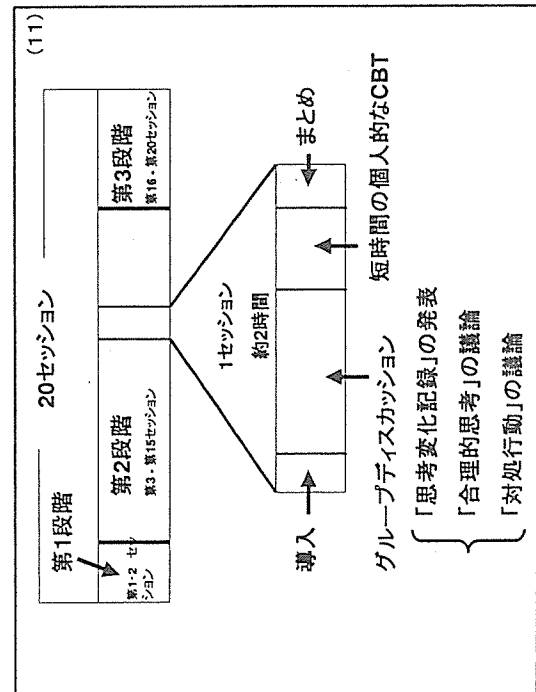
Tarrier et al. (1993)  
 Wykes et al. (1999)  
 Chadwick et al. (2000)

(10)

方法

20セッションの流れ

- 第1段階: 導入 —抑うつと陽性症状のための心理教育を用いて (第1・第2セッション)
- 第2段階: 練習 —「思考変化記録」を用いて (第3 — 第15セッション)
- 第3段階: まとめ —ワークブックを用いて (第16 — 第20セッション)



(12)

アセスメント・ツール

- BPRS
- 自尊感情尺度 (SES) (Rosenberg, 1965)
- SDS
- 個人的観念多次元アセスメント (Multidimensional Assessment of Personal Ideation: MAPI) (日本語版: 丹野ら, 2001)

(13)

### 個人的観念多次元アセスメント(MAPI)

#### 第1部

- 妄想が生じやすい状況
- 原因帰属
- 妄想によって生じた感情
- 妄想への対処行動

t1からt3間でMcNemar検定による分析を行った。

(14)

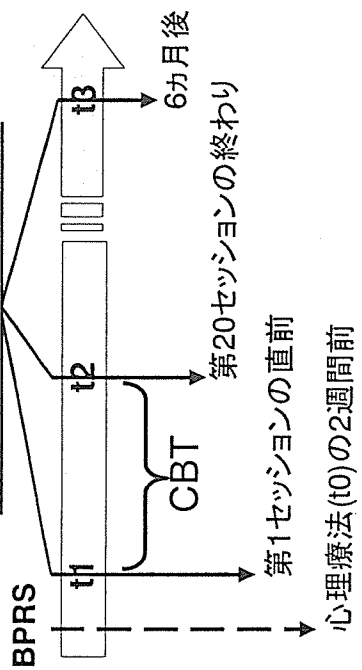
- 第2部
- 確信度
- 心的占有度
- コントロール不可能度
- 重要度
- 行動阻害度
- 仮想の反証への抵抗度
- 現実の反証への抵抗度

t1, t2, t3間でFriedman検定による分析を行い、t1からt2, t1からt3間でWilcoxonの符号付き順位検定による分析を行った。

(15)

### アセスメント

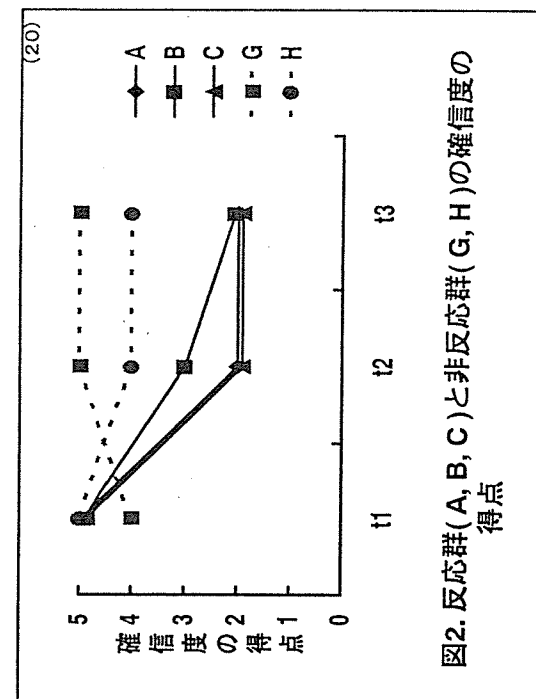
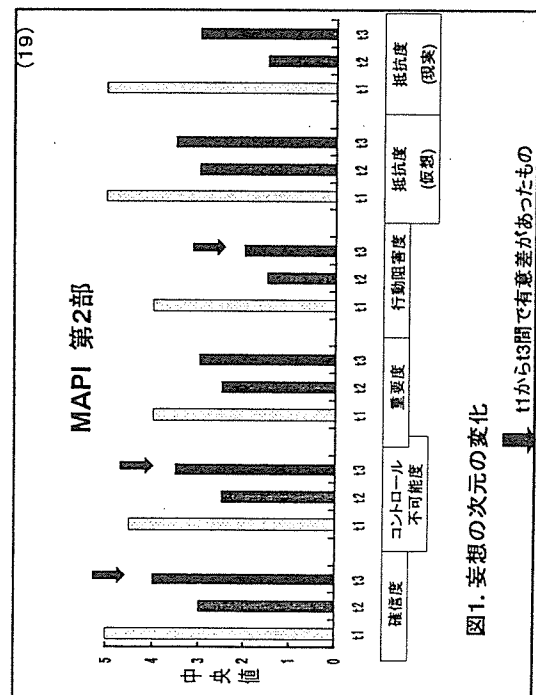
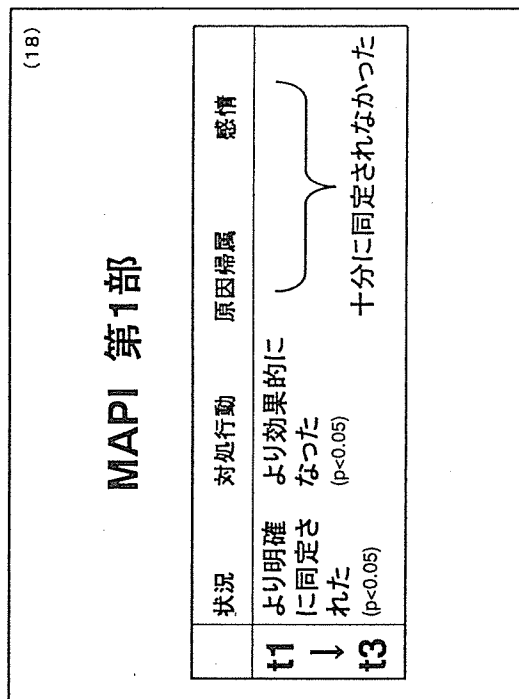
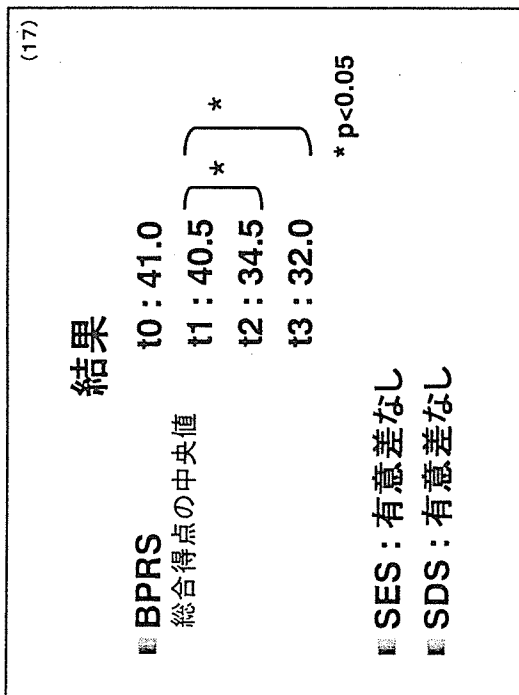
#### BPRS, MAPI, SDS, SES



(16)

### 対象者のプロフィール

ケース	M/F	年齢	罹患年数	t1時のBPRS
A	M	38	10	35
B	M	33	10	32
C	M	42	20	64
D	M	50	33	30
E	M	53	20	37
F	M	33	7	31
G	M	33	12	53
H	F	48	30	50



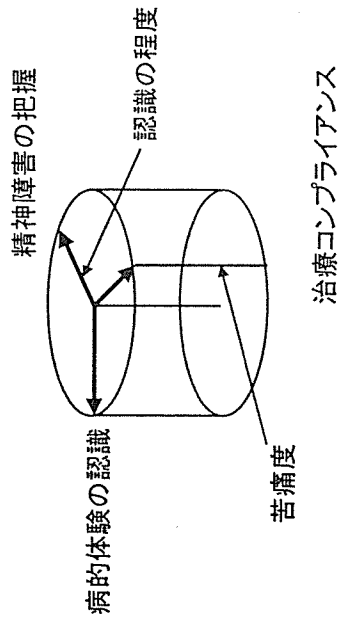
(21)

### 病識との関連

- 妄想的思考に関する「確信」「コントロール不能感」「生活上の困難さ」の軽減は持続するが、「個人的重要度」や「抵抗度」は元に戻る
- - ・病的体験への疑念
  - ・表層レベルでは適応を回復できる
  - ・本当に納得しているか？
- 自尊心を向上させる方法を考慮すべき
- 長期的なかかわりが大切

(22)

### 3 dimensions and depth model



(23)

### 事例

臨床心理士による集団療法後のフォローアップ例

石垣・道又(投稿中)

(24)

Aさん。

30歳代の男性。

Z-2年入院中に集団認知療法に参加した。

Z-1年に退院し、作業所に通いながらグループホームに入った。

Z年に、外来診察以外に臨床心理士による面接を本人が希望したため、1ヶ月に1回の自費面接とした。各回は約45分であった。

(25)

井2. 抑うつ気分が生じる自動思考は「人間不信」「自分が信じられない」と同定できたので、最近の具体的なエピソードを抽出した。

状況	気持ち	考え
自分の詩を書いたノート を、友達に貸してと頼ま れて貸したが、読まれず に返ってきた	落ち込み	認められたようで嬉しいかっ たのに、期待が外れて、 才能がない、だめだと思っ た

面接者が「読まれなかったこと＝才能を否定されたこと、というのは一般化のしすぎじゃないですか？」と指摘すると、Aさんはその点に同意し、「置が多すぎたし、できのよくないものもたくさんあると自分でも思う。整理して渡せばよかったかも」と認知を修正した。また、「悪いところはかりに目がいくのは選択的注目ですわね」と過去の知識から採用して理解していた。

(26)

### 事例の考察

- 包括的な心理査定(DRDTを含む)が不可欠。
- 増悪要因になる心理的問題(抑うつ気分や不安感)に認知療法的手法を用いる。
- 対処方法のヴァリエーションを増やしたり強化したりする(CSE)。
- この面接構造では、異常体験(とくに自我障害症状)によって変容したスキーマには直接触れないほうがよい。

(27)

### まとめ

- CBTによって病識は一部改善するだろう
- 入院中に「勝負をかける」必要はないだろう
- 退院後の継続フォローアップの方が重要か？
  - 入院中のアプローチは将来の道筋をつける意味で重要
  - 集団療法が比較的やりやすい
- Ns・PSW・CPなどによる援助

(28)

# 終

## V. 講演その2

講演：林直樹

司会：藤川尚宏

藤川（司会）：次のセッションに移ります。林先生のご略歴について、改めて簡単にご紹介いたします。林先生は1980年に東京大学医学部を卒業されて、6年半ほど東京大学病院の分院におられて、その後は松沢病院でご活躍されています。途中4年ほど東京都の精神医療総合研究所に在籍なされていました。先程のセッションでは林先生のコメントがとても泥臭いなというのが僕の印象で、あの泥臭さは臨床にどっぷり浸かっていないと出てこないものです。非常に的確な、ほとんどこちらが感じないところまで感じておられているようで、なるほどと感心いたしました。

ご本人は今、松沢病院の精神科の部長をなさっておられます。これまで著書を何冊か書かれているのですが、2002年に出された「人格障害の臨床評価と治療」、これも読んでみると非常に泥臭いですね。人格障害は混沌としてなかなかつかみどころがないものですが、それを臨床の経験から出発してきちんと目鼻をつけているという意味で、とてもお勧めです。人格障害に取り組む入門書としていいと思います。それから、これ（「パーソナリティ障害—いかに捉え、いかに対応するか」）は今年出た本ですが、先ほどの本ではその泥臭さに耐えきれない人が多いとお考えになったのか、同じ内容をこちらの本ではさらりと非常にスマートに書かれています。

司法精神医療は、性格とか人格を扱わないと多分先に進まないところですが、林先生がお書きになられた人格障害とまではいかないとしても、医療観察法では厳密な人格障害は外すということになっていますけれども、やはり人格を扱うというのは、司法精神医療の大きな眼目ですね。しかも人格を薬物で変えていくことは難しいところですから、たくさんのスタッフがどのように関わって人格の変容を起こさせるかということが、治療の大きな柱となります。そういう意味では、泥臭いお話をまた聞かせていただけることをとても楽しみにしています。では、先生、よろしく願いいたします。

### （1）講演

「直面化をめぐる～反社会的行動をどう扱うか？」（スライド資料参照）

林：ご紹介ありがとうございます。本の紹介までしていただきました。今日の講演のテーマである直面化ということについては、武井先生からの話をせよというご依頼を受けた時点では、一般的なテーマであり、多くの文献を使って議論を構成することができるだろうと考えていたのですが、講演の準備を始めるとそうではないこ

とがすぐにわかりました。今日のテーマは、先程藤川先生もおっしゃっていたように、精神病性障害の触法患者に対する直面化ということです。しかし、私が直面化ということでまずイメージするのは、神経症、パーソナリティ障害の患者の治療における直面化なのです。そこで、この精神病性障害の直面化について、いろいろな精神医学や精神療法の教科書や事典、用語解説を調べたところ、精神病性障害に対する直面化は、ほとんどまったく扱われていないことがわかりました。ようやくガンの司法精神医学の教科書(Gunn & Tayler, 1993)に、精神病性障害に対する直面化もパーソナリティ障害の場合と同じように扱うというごく短い記述を見つけました。今日は、それに基づいて、両者に連続性のあるものとして、お話をさせていただきたいと思います。前半のパーソナリティ障害に対する直面化についての文献に基づく説明と、呈示する精神病性障害の症例に対する考察にずれが生じるとは思いますが、なんとか発表の中でおぎなうことができたと思います。

この講演の準備を始めて次に判明したのは、直面化が一般にメジャーな精神療法的介入として扱われていないということでした。私の手元にある数冊の精神療法の教科書のうち、直面化の記述があるのは2冊だけでした。それも、ウォルバーグの教科書(Wolberg & Wolberg, 1988)では1ページ半、ワイナーの教科書(Weiner, 1975)では半ページだけです。それから、数種類の精神医学、精神療法の辞書を調べましたが、直面化を取り上げているのはキャンベルの精神医学事典(Cambell, 1996)だけでした。直面化というのは、精神医学、精神療法の全体の中ではマイナーなものようです。結論は、直面化がメジャーな精神療法的介入として重視されているのは、司法精神医学とパーソナリティ障害の精神療法の領域だけだということでした。

直面化とは、ウォルバーグの定義(2)によりますと、患者の陳述の矛盾や一貫性のなさを指摘して、それへの検討を促すことです。キャンベルの精神医学事典には、患者の陳述の矛盾や一貫性のなさには患者の行動の現実との不整合を含むという記述が加えられています。今日のワークショップで話題になっているのは、この現実との不整合ということになるでしょう。この直面化の目的は、非建設的な問題行動に対して患者の責任を持ってもらおうとすることです。現実逃避や言い逃れを遮断して、治療者とともに問題行動に対する検討を進めるとというのがこの直面化です。この作業の有効性は、治療者の影響力と患者の自身を変える気構え、治療意欲によって左右されます。また、この直面化が成果をあげるためには、注意深い共感的な解釈が前もってなされているという準備が必要です。そうでないと直面化は、患者を圧迫するだけのものになってしまいかねません。そしてまた、強い直截な直面化は自我の強い患者には有効だけれども、重症の自我の弱い患者には直面化の強

さを調節して実施する必要があります。ですから自我の弱い統合失調症や境界例患者では、直面化への反応が乏しいということを知覚しておかなければなりません。

直面化の方法の一つのアイデアとして、ウォルバーグはガーナーという人の方法を呈示しています(3)。直面化が必要になる状態では、一定の目標を目指す治療の動きと、現実を認めるのを避けようとする患者の傾向との間で葛藤が生じています。ガーナーの方法とは、直面化を行ったあとに必ず、「私が言ったこと(直面化)についてあなたはどうお感じになりますか」という質問をして、患者の反応を吟味するということです。直面化は患者に自分の責任をとれという意味を含んでいる厳しい介入ですから、そこでは、患者の言い分を聞いたり、逃げ道を準備しておいてあげようということだと思えます。直面化の例としては、まず「あなたはまるで自分のことの面倒を見られない人のように、子供みたくに見えますよ」とか「あなたはいつも自分のことを何の可能性もない人だと考えていますけれども、それをやめませんか」とかがあります。直面化がかなりきつい介入であることから、この方法のようなフォローを心がけることには意味があるだろうと思えます。

ビュイら(Buie & Adler, 1972)は、この直面化がこれまでしっかりと定義されていないと述べています。ですから直面化を理解するためには、幾つかの理解を呈示することが必要だと思えます。先程言及したキャンベルの精神医学事典には、カーンバーグの直面化の考え方が記されています(4)。カーンバーグは、ご承知のように境界性パーソナリティ障害の治療論で有名な理論家ですが、明確化、直面化、解釈という3種の治療的介入のシークエンスの中で直面化を位置付けています。明確化は、患者の言動を確認することです。そして直面化は、患者が前意識的に把握していること、容易に意識化できそうだけれども十分意識化されていないことを意識させることです。解釈は、無意識の中に埋もれていて、なかなか認識するのが難しい内容を、言葉にして患者に示して意識化を進めることです。この解釈には、感情的な抵抗や感情的な反応が強く出ることがあります。また、直面化は、この解釈の弱い形として見ることもできると思えます。このような明確化、直面化、解釈を連続として捉える理解はワイナーの教科書にも記述されています。

カーンバーグは、この明確化、直面化、解釈の連鎖は患者の診断・評価にも応用できると述べています(Kernberg, 1977)。彼の神経症性、境界性、精神病性のパーソナリティ構造を評価する「構造面接」では、患者に対して直裁に現実検討にチャレンジし、現実検討が行き届かない部分を取り上げて、それに対する内省力などを評価することが行われます。ここでは、やはり明確化、直面化、解釈が順次使われています。

さらに、境界例の治療論で有名なマスターソンは、直面化をきわめて重要なもの



と捉えています(Masterson, 1976) (5)。彼によれば、直面化は治療同盟の強化に貢献するものです。患者の治療では、感じたことをうまく表現できずに行動にしようという行動化が大きな問題になります。そこで患者に対して、その行動の意味を繰り返し患者に言い伝えて、理解を促し、現実認識を深める介入が直面化なのです。この作業が、自分を観察する観察自我を強化して、セルフコントロールの力を強めることに通じてゆきます。治療同盟とは、観察自我と治療者の同盟関係のことであり、治療を進めるための基礎となります。この治療同盟の強化を直面化によって進めるとというのが、マスターソンの治療論です。特に彼は、境界例患者の自己破壊的、治療破壊的行動を扱う直面化を「現実の直面化」と呼んでいます。

ビュイら (Buie & Adler, 1972) は、直面化という治療的介入の特性を次のようにまとめています (6)。まず、直面化は、比較的容易に意識化可能なことを意識化させる介入だということです。そして、直面化の対象は、患者の現実認識を回避する傾向です。すなわち直面化とは、抑圧や否認、投影や現実歪曲、知性化といった自我の防衛によって現実認識が妨げられている状態を解除するために使用される介入だというわけです。そして、直面化を行う時には、内容ばかりでなく、治療者の心のこもった仕草や話し方が必要だし、さらに意表をつくような言い方があってもいいし、ユーモアや共感も有用だといえます。また、治療者は、私は残念だとか、私も悲しい、私も怒っているなど、感情を表現することもよいと記しています。このような指摘は、ビュイらの優れた臨床的なセンスの発露のように感じられます。

今まで紹介したのは、直面化を重視する立場の見解ですが、直面化の価値を否定する考え方も紹介しておきたいと思います。コミュニカティブアプローチで有名な精神分析家のラングズは、直面化をするべきでないと言っています (Langs, 1990) (7)。彼の主張では、治療で行われるべきは、「暗号化された意味の解釈」であり、直面化を行うと「明示された内容やそれを意味するものの側面」に患者の注意が向かってしまうので、大事な「暗号化された意味の解釈」が困難になるためだとされています。そして直面化をすることは、治療者の敵意、攻撃性を反映した行動であり、患者をコントロールする、操作するという目的の治療者の逆転移の現れだということです。これは、理論的には興味深いのですが、私にはついていけない考え方です。精神分析の中にはこういう考え方もあるということで紹介させていただきました。

直面化のさまざまな理解の最後として、実際的な直面化の位置づけをお示ししたいと思います (8)。それは、現実を直面化するアプローチと患者を共感的に理解するアプローチを織り交ぜるのが実際的なやり方だということです。マスターソンの言うとおり現実の直面化とは、治療を動機づける基本的な介入です。患者の障害の多くは、彼らの行動や現実認識と、社会的見地からのもしくは周囲の人々の認識と

の間の齟齬から生じています。これを問題として捉えないならば、治療にならないでしょう。ところが、直面化のアプローチは、患者の考えに沿うものではなく、患者にとって非常にきついものになりかねません。患者を傷つける可能性があります。ですから、同時に患者の立場に立って共感的に理解するアプローチも重視される必要があります。治療関係の成立には、この2つが必要だといえますし、この両者はほとんどの治療の局面で同時的に進められているものでしょう。

類似の考え方は数多く表明されています(9)。例えば司法精神療法の本の中でコックスは直面化とサポートをバランスよく行うことが必要だと述べています(Cox, 1996)。また、神田橋條治は、ちょっと変わった表現を使って、「抱えること」と「揺さぶり」の両方が必要だといいます。「抱えること」というのが患者を支えてサポートすることであり、「揺さぶり」というのは患者の意識していなかったことを指摘して動揺させる直面化ととることができます。それから、ガバードというアメリカ精神医学界の精神療法、精神分析関係の重鎮は、解釈や直面化が中心の探求的アプローチと、支持的アプローチとの両方が治療に必要なだと言っています。この図にそれが示されています。左側が探求的なアプローチ、右側が支持的なアプローチです。一番探求的な介入が解釈、その右にあるのが直面化です。右にゆけばゆくほど支持的な介入になります。このようなグラデーション(段階)の中で介入を調節しながらやるのがよいというのがガバードの考えです(Gabbard, 2000)。

図. 精神分析的な精神療法の探求的介入と支持的介入の連続性

解釈：患者の考え、行動、感情、症状をその無意識の意味や起源と結びつける	直面化：患者にとって受け入れがたい問題を取り上げる	明確化：患者の陳述の意味するところをより適切に表現する	表現の洗練を促すこと：患者から多くの情報を得ようとする	共感すること：患者の内面に共感を寄せる	助言を与えること、良いところを褒めること：患者の利益となる行動を促進する	陳述を肯定すること：患者の陳述や行動を支持する
探求的介入				支持的介入		

ここで簡単に統合失調症の症例をお示ししたいと思います。それぞれ重大な触法行為を行い、それへの直面化が問題になった患者です。

Aさんは有名大学を卒業し、塾講師などをして働いていた女性です。30代半ばで神経疾患を発病し、以後、生活保護を受けていました。現在、神経学的症状はありません。2、3年後に未婚のまま子どもを出産しました。出産に反対していた子どもの父親は姿を消しました(10)。彼女は40歳頃、統合失調症を発病します。まず「トッコ」とか「メニエル」とか、意味不明の断片的な幻聴が出現し、その幻

聴が3カ月後には「毒を飲め」といった攻撃的な内容になりました。不眠や不安が強まって、精神科クリニックを受診して投薬を受けたのですが、その1週間後に事件を起こします。彼女は、「殺せ」といった内容の活発な幻聴に苦しめられ、世界没落体験の中で「この世の終わりが来た」と感じ、「自分と子どもを死ねば世界が救われる」という妄想着想を抱きました。そして子供を包丁で刺殺し、自らも左手首を切るが死にきれず、まとめて飲む薬を求めて知人宅を訪問し、そこで110番通報されて措置入院となりました(11)。

入院時は「私に子供はいません」と言ったり、「目を見ないでほしい」と言って押し黙るといった奇妙な態度を示していました。入院2週間後で幻聴が消えました。親戚は、子供について事実を隠して親戚宅に預けられていると彼女に説明していました。ところが、本人にはやはり記憶が残っていて、私のあの子はどうしたと聞いて、答えが得られなくて不安を強めます。それから、警察の取り調べが迫っていました。これは告知が必要だろうということで、入院2カ月後、親戚に来院してもらい、私と一緒に、子供が亡くなっていること、そしてそれがA氏本人の病気のせいであることを告げました。彼女はその日しばらくの間、泣いておりました。その後も少し動揺がありましたが、告知の後約2カ月で警察の事情聴取が開始されました。本人は細部までは覚えていなかったのですが、周囲のサポートの中で、幻覚妄想状態で子供を殺したことを徐々に思い出すというプロセスが続きました(12)。ほぼずっと抑うつ状態が続いていましたが、約半年の入院の後、アパートでの单身生活を開始しました。それから、精神障害に理解のある宗教に入信しました。さらに地域の保健所のデイケアに通い始めて、手首の腱をつなぐ手術を受けるなど、社会復帰の準備を進めていました。ところが、退院2年後、再び抑うつ状態に陥っています。「宗教の仲間に子供は病気で死んだことにしている」といって自責の念が強まったため、一時期抗うつ薬が処方されました(13)。退院して約10年後、半年間に渡って、彼女は仕事をするのですけれども、結局疲労感が強まって続けられませんでした。その後ずっと安定して、趣味を楽しみながら生活しています(14)。

次は、男性の症例です。Bさんは、幼少期に両親が離婚して、親戚の家で養育されました。中卒で就労しますが、一つの職に長く留まらずに転々としていました。20歳頃に、上司をナイフで刺して傷害事件を起こしています。この時、統合失調症と診断され、1年間措置入院となりました。さらに20代後半に、被害妄想に駆られて近隣住民をナイフで刺殺し、別の住人に重傷を負わせ、その直後に過量服薬で自殺企図をしました(15)。この事件で彼はまた措置入院になりました。彼はこれまでに十数回の精神科病院への入院を経験しています。40歳頃に通院中の女性と結婚して1児をもうけましたが、養育できずに、子どもを乳児院や養護施設な

どに育ててもらっています。結婚後、ほぼ安定して生活しているのですが、2回入院をしています。40過ぎに入院した時は、薬を飲まなくなると精神状態が再燃し、ナイフを持って独語しながら徘徊しているところを、病院に連れてきてもらった。その時に入院を嫌がりましたが、「あなたはかつて病気のせいで非常に危険なことがあったので、慎重に対応させてもらいます」と言ったら納得してくれました。次の入院では、本人が「入院させてくれ」と来院しました。その時は空きベッドが乏しかったので、私のほうから「数日待ってられないか」と頼んだのですが、彼は「先生、私は具合が悪くなると大変なことをする。もう人を殺させないで下さい」と言うのです。そう言われたら入院させないわけにはいきません。Bさんは、普段過去の事件の話などしないし、陰性症状も思考障害も強い患者ですが、この時は相当の危機感があったのでしょう。自分がまずいことになりそうだという意識はちゃんとあるということが、このエピソードからわかると思います(16)。

次も男性の症例です。Cさんは発病して高校中退となりました。その後も幻覚妄想状態が持続して、さまざまな病院に入院して、ECTなどのさまざまな治療を受けましたが、反応がありませんでした。家人に暴力をふるうことがあり、10代半ばから40代半ばまでに約10回の入院歴があります。Cさんの家庭は、他の家族の統合失調症の発病や病死でお母さんと二人暮らしになっていました。お母さんが薬を病院からもらってきてCさんに飲ませていました。Cさんはこの生活の中で、お母さんへの暴力のほか、服に注射器が入っていると行って服を破く、アメリカに行くと言って米軍基地で保護されるといった問題行動を繰り返していました(17)。そして50代半ばにお母さんを撲殺してしまいます。逮捕されて、不起訴となり、措置入院となりました。事件直後には「お母さんが鉛筆を取ってくれないので、あごを5回位殴った。血のついたカーペットは捨てた」と供述しており、お母さんの死を認めていたのです。しかし起訴前鑑定の際には「死んだのはリンさんだ、お母さんはリンさんに入れ替わっていた」と追想妄想で現実が覆い隠されていました(18)。措置入院した時にも、やはり「お母さんとリンさんが入れ替わっているの、お母さんは死んでない」と言っていました。この他にも、さまざまな精神病症状があります。宇宙現象によって手が動いたとか、お父さんはキッキングジャーだとか、妻は美人女優だとか、自分は東京都知事だとか訴えます。このように、目に入るものや思いつきがそのまま妄想になるというような、人格変化、思考障害の著しいとても崩れた状態です(19)。

この症例は、現実との乖離が問題であり、確かに直面化を(可能ならば)行うべきケースかもしれません。しかしまったく手がつけられないのです。お母さんの話をしようものなら、病的な否認されて、ぷいと向こうをむいて逃げていってしまいま