

C. 結果

研究1：「認知行動療法導入プログラム（呼称「CBT入門」）」の効果検討

1. Insight Scale, Beck Cognitive Insight Scale の信頼性・妥当性の予備的検討

本研究対象者の臨床試行前の評価点を用いて算出したところ、Insight Scale の8項目のCronbach's α は0.84であり、高い次元性を示した。また、PANSSの病識項目（総合精神病理項目12）との相関係数（Spearmanのロー）は-.72（ $p < 0.001$ ）、SAI-J合計得点との相関係数（Spearmanのロー）は.710（ $p < 0.001$ ）であり、対象者数は少ないながら、十分な併存的妥当性を示した。

Beck Cognitive Insight Scaleについては、総合得点をBCIS確信得点からBCIS思慮得点を引くかたちで算出するため、下位尺度別にCronbach's α を計算した。その結果、BCIS思慮項目では0.56、BCIS確信得点では0.53であり、十分な次元性を示してはいえなかった。また、PANSSの病識項目（総合精神病理項目12）とも、SAI-J合計得点とも有意な相関は示さなかった。但し、BCIS総合得点は、SAI-Jにおける疾患意識得点とは.45（ $p < .05$ ）の相関を示した。

2. プログラム前後のアセスメント結果の変化

2006年12月末日現在までに終了した「CBT入門」臨床試行は、4クールであり、対象者は男性21名（84%）、女性4名（16%）、

平均年齢35.3才（ $SD=9.5$ ）であった。主診断名は、統合失調症20名（80%）、気分障害2名（8%）、その他の精神病性障害（12%）であった。このうち、患者を担当する多職種チームのアセスメントに基づく判断により、物質乱用問題があると判断された患者は8名であった。全25名中、プログラムからドロップアウトした者は一人もいなかった。

表3に、対象者のプログラム前後におけるアセスメント結果の変化を示した。BCISでは5%水準で有意な改善が見られたが、他の病識尺度（IS及びSAI-J）では見られなかった。PANSSは陽性症状得点と陰性症状得点が共に有意に改善を示していた。BDI-IIも有意な改善を見せた。日本版の信頼性・妥当性が確認されているSAI-Jと相関の高いIS得点の変化に寄与する要因を見るために、属性別（性別、診断名（統合失調症 対 その他）、物質乱用の有無）のプログラムへの反応を調べたところ、診断名（統合失調 対 その他）、性別では違いが見られなかった（ $p > .05$ ）が、物質乱用問題の有無別にアセスメント結果の変化を見ると、物質乱用を伴う群では、物質乱用を伴わない群に比べて有意に病識が改善する率が低かった（表4）。

また、プログラムについての満足度を示す尺度CSQ-8Jの得点は、全体で平均24.0点（ $SD=6.1$ ）であった。

各回の終了時に無記名で実施したアンケート結果を表5に示した。

表 3 「CBT入門」臨床試行のアセスメント結果の平均値(SD) (n= 25)

	試行前	試行後	
PANSS			
陽性症状得点	13.5 (5.9)	11.4 (4.9)	**
陰性症状得点	16.8 (7.0)	15.3 (5.8)	*
総合精神病理得点	32.3(11.9)	29.8(12.0)	
SAI-J			
治療必要性意識	11.9 (3.6)	13.0 (2.7)	
疾患意識	5.5 (0.7)	5.6 (0.8)	
症状意識	4.2 (1.9)	4.8 (1.2)	
SAI-J 合計点	2.3 (1.5)	2.5 (1.4)	
I S	11.4 (3.9)	12.1 (3.5)	
B C I S			
BCIS 思慮得点	14.0 (4.8)	16.3 (5.3)	***
BCIS 確信得点	12.7 (3.1)	11.7 (3.9)	*
BCIS 合成得点	1.3 (5.9)	4.6 (6.3)	
B D I - II	16.0 (7.8)	12.5 (8.4)	**
S E	31.2 (8.6)	33.2 (8.4)	
C S Q - 8 J	--	24.0 (6.1)	--

Wilcoxon の符号順位検定 * p<.05 ** p<.01 ***p<.005

PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale, SAI-J: Schedule for Assessment of Insight 日本版

IS: Insight Scale, BCIS: Beck Cognitive Insight Scale, BDI- II : Beck Depression Inventory II

SE: Self Esteem Scale, CSQ-8J: Client Satisfaction Questionnaire 日本語版

表 4 物質乱用問題の有無別に見た病識の改善 (n=23)

	物質乱用問題	
	なし	あり
病識改善	10	1
病識不変/低下	5	7

病識改善についての分類は、Insight Scale 得点の変化を算出して使用

Fisher の直接法 p<.05

表5 CBT入門の参加者アンケート（第1～4クール）

① 今日の CBT 入門はわかりやすかったですか？ 1回 2回 3回 4回 5回

全く理解できなかった	1	0	0	0	0
あまり理解できなかった	3	1	1	3	1
だいたい理解できた	12	13	16	13	12
よく理解できた	9	11	7	9	12

② 今日の CBT 入門のスピードはどうでしたか？

すすみ方がおそかった	2	1	3	2	0
ちょうどよいすすみ方だった	22	23	20	21	24
すすみ方がはやかった	1	1	1	2	0

③ 今日の CBT 入門の内容は役に立ちそうですか？

役に立たないと思う	1	1	1	0	1
あまり役に立たないと思う	2	2	1	2	0
ある程度役に立つと思う	20	21	15	14	14
役に立つと思う	2	3	7	9	9

注：治療に関連した会議への出席のために欠席した者は含まれない。欠席分は担当心理士と個別にカバーしてから次回に出席した。

研究2：統合失調症の認知行動療法の方法論の明確化研究

マンチェスター・モデルの背景

1980年代後半から、ほぼ同時期にイギリスのいくつかの臨床家グループによって、統合失調症の認知行動療法（CBT for Psychosis, 以下 CBTp）が開発された。1980年代にそれまで主に感情障害の心理療法として用いられてきた認知行動療法が、他の精神的障害へと適用を広げていった結果として、統合失調症へも適用されるようになった。

マンチェスターでの CBT p はコーピング方略増強アプローチとして発展した。下敷きになったのは、統合失調症患者の多くが、幻覚

・妄想への対処のために対処方略を自ら獲得しているという実証的研究である。さらに、患者が症状発現にいたる詳細なアセスメント（ケース・フォーミュレーション）法が確立したことで、治療的介入を患者と協働して計画することが可能になった。コーピング方略増強アプローチの目的は、患者自身が自分の精神病性症状ないしそこから生じる苦痛に対して対処するための認知的方略、行動学的方略を獲得することにある。

マンチェスターモデルの臨床モデル

資料 1-119 は、マンチェスター・モデルの CBT p 治療を導く臨床モデルである。このモデルでは、幻覚や妄想などの精神病症状の体験

は内的・外的要因の相互作用から生じるとされる。内的要因は生物学的なこともあれば、心理的な場合もあり、先天的なこともあれば、後天的に獲得されることもある。このような内的要因が、精神病性障害に対する個人の脆弱性を高め、その状態で環境的なストレス(過労、孤立、対人関係上の問題など)にさらされることで、発症リスクはさらに高まる。内的要因と外的要因の相互作用は、精神病性障害の発症だけでなく、その維持にも関連している。外的情報の処理の機能不全が過覚醒とあいまって知覚や思考が障害され、その状況下で個人が自分の体験を解釈しようとするため、熟慮というよりは、いきおい反動的とならざるを得ない(結論への性急な飛躍)。この解釈に従って情動的、行動的な反応が生じ、これが個人にフィードバックされるうちに症状が強化・維持されていく。

アセスメント

ケース・フォーミュレーションに至るためには、適切なアセスメントが必要である。ニコラス・タリアが開発したアセスメントに Antecedent and Coping Interview (ACI)があるが、これは「症状/問題の発生過程と性質」、それに対する患者の「情緒的反応」、症状/問題の「先行条件と周辺状況」、症状/問題の「結果/もたらされた影響」、患者の「コーピング能力」について系統的に聞いていく方法である。(資料 1-135)。ACI などで情報収集を行いつつ、前述の臨床モデルに沿ってフォーミュレーションが行われるが、これは空欄に情報を埋めていくというような自動的な作業ではなく、患者との協働のもと、患者および治療者双方にとって妥当なフォーミュレーションとなるように工夫される。実際の臨床場面では、対応優先度の高い症状についての比較的シンプルなフォーミュレーションを共有することから始めることが多い。

コーピング方略トレーニングの特徴

- 1) 問題に対する、健常で一般的な対処法に強調点がおいている。
- 2) コーピング方略を身につけることが回復プロセスの一部に位置付けられる。
- 3) 過剰学習、シミュレーション、ロール・プレイを通して系統的に学習が行われる。
- 4) コーピング方略は、組み合わせて使用することも可能である。
- 5) 認知的コーピング方略の場合は、まずはその認知の内容を声に出して発語することから始め、徐々に内言化させ、最終的にはその認知が「患者の内的コントロール下にある思考」形態となるようにする。
- 7) 遂行機能を改善させる。
- 8) 段階的学習または段階的リハーサルを通じて、認知的・行動的コーピング方略を身につける。
- 9) 体験の再評価、再帰属の機会を提供する。

コーピング方略の例

コーピングとしては、認知行動療法的技法のどのようなものでも使われうるが、比較的使用頻度が高いのは以下の技法である。

a) 注意の切り替え

まず、治療者の合図のあとに注意を肯定的イメージに切り替える練習を行う。患者が自分で合図から注意の切り替えまでを行えるように面接中に練習してもらおう。妄想なり幻聴なり、症状が発現したら注意を切り替える練習を面接中、そして徐々に現実場面において練習してもらおう。

b) 注意の狭窄化

特定の事物に視点を定める、視線を下げるなどして、視野に入る刺激を意図的に減らす。

c) 自己教示

自動化している機能不全思考を同定し、修正的で適応的な自己教示を選ぶ。その上で、合図(例:幻聴に気付いたら手を挙げるなど)のあとにまずは声に出して自己教示すること

を面接中に練習する。その後、徐々に合図のあと、内心で自己教示できるように練習してもらう。

d) 再解釈／再帰属

症状など、ターゲットとする体験に対する別の解釈を面接中に考えてもらう。そして、現実生活の中でその体験が生じたら、考えた「別の解釈」を考えてもらう。別の解釈を考えることで、苦痛レベルが下がるなどしたら、そのことを「無力感」や「声の全能性」に対する反証として利用する。

e) 自己モニタリング

陽性症状の始まりに即座に気付くことが出来るように練習する。たとえば、治療者が患者の演技指導のもとで幻聴を実演し、その「声」が聞こえてきたら即座に合図するなどの練習を行う。

f) 覚醒低減技法

複雑な練習を要するものではなく、患者が日常的に取り入れられるものについて、まずは面接内で練習する。最初は治療者が誘導し、徐々に患者自身で開始できるようにする。呼吸法、簡単なリラクゼーションなどがある。

g) 活動レベルを上げる

幻聴などの陽性症状は、患者が一人で座るなど動かない時に生じやすい傾向がある。そこで、症状発現時にあらかじめ取り組める活動を計画しておくことが役に立つ。症状は、不安など、一般的な精神症状でもよい。たとえば、恐怖を感じ始めたら「散歩する」「本を読む」など比較的準備なくその場で始められる活動を計画しておく。

h) 社会的相互作用の調節

患者が日常生活の中で、自分の耐性に合わせて社会的相互作用の刺激量を微調節する方法を身につけることによって、結果的に、社会的相互作用から来る刺激に圧倒されることなく耐性自体を高めていくことが出来る。

・ 社会的相互作用刺激量の低減例

短時間部屋を離れる、短時間自分から会話に

参加するのを控えつつも静かに人の輪の中に身を置く、視線を下げ気味にして視野に入る刺激を減らす

・ 社会的相互作用の増やし方例

患者自らが対人接触をすることだけでなく、対人相互作用に貢献するようなスキルを SST などで身につけることも役に立つ。

i) 信念の修正

患者は自らの信念について、その根拠を検証し、別の解釈も検討してみることで、結果的により適切な信念へと修正していく方法を学ぶことが出来る。方法としてはその他の認知行動療法とかわるものではないが、統合失調症患者では、性急にならず時間をかけて行うことが必要である。最終的には、患者が非適応的思考（妄想など）が生じても、その場で信念修正を自ら出来るようになることが肝要である。

j) 現実検討と行動実験

信念の検証のための強力な方法は、現実の中でそれを何らかの行動をもってためてみることである。患者はまず自分の信念が何であるかを同定し（例：「食べないことによって攻撃を避けている」）、これと競合するような予測を立て（「食べても攻撃はされない」）実際に行動によって試してみる。患者の生活の中で、不適切な信念のために何らかの回避行動が生じている場合には、回避をやめることが行動実験課題になることがある。

コーピング方略増強法

コーピング方略は、注意のような認知的プロセスをコントロールするための単純で直接的な方法にはじまり、認知の内容を修正するようなより複雑で自己調節的な方法へと時間をかけて増強されていく。しばしば、いくつかのコーピング方略が組み合わせられて使用される。このようにマンチェスター・モデルでは、コーピング方略によって症状による苦痛を緩和し、自己効力感も高めることにより、現実

検討をすすめるための行動実験を試みる余裕を患者にもたらし、その結果、妄想内容の検証が進むといった流れが一般的である。

研究3：統合失調症患者の再他害行為防止を視野に入れたプログラムの日本版の作成

ブロードモア病院において使用されている統合失調症の認知行動療法の構成を表6に示した。実際のワークシートを資料2として添付した。

内容を見ると、モジュール1～3は、最もエビデンスの多く存在する「統合失調症の陽性症状に対する認知行動療法」を集団形式にアレンジしてある。集団療法単独であれば、個別のフォーミュレーションまでは作成する

のが難しいが、実際の臨床場面では個人療法と組み合わせて実施されている。モジュール4、5については、「陰性症状への認知行動療法」「問題解決訓練」「ソーシャル・スキルトレーニング」を中心とした内容となっており、いわゆる一般的他害行為防止プログラムと呼ばれる基本的認知スキル・プログラムの構成要素が含まれているのが分かる。順序からすれば、精神病性障害をもちつつも他害行為をなした患者に対する認知行動療法に際しては、まずは精神病性症状への対処をした後に、怒りや衝動性のマネジメントを行うように推奨している Kingdon & Turkington らのマニュアル（1994）に沿っていると言える。

表 64 ブロードモア病院における統合失調症の集団認知行動療法の構成

モジュール1 導入と治療の準備

「ウォーミングアップ」「グループ・ルール」「統合失調症の診断について」
「統合失調症の心理学的モデルについて」「病識とは」「治療の準備」
「自己効力感」「個人的目標」

モジュール2 個人の分析と「統合失調症」の分析

「自分について」「これまでの人生」「統合失調症の経過について」
「私の前駆期」「私の寛解期／回復期」「私が再発するかもしれない時期」
「再発の注意サイン」「統合失調症をもって生きる」

モジュール3 陽性症状について理解し、対処する

「陽性症状への介入のレベル」「レベル1：陽性症状に気付き、調べ、観察する」
「レベル2：ストレスを減らす。対処法増強法と行動的症狀マネジメント」
「レベル3：心理教育、心理学的モデル、疑念をさしはさむ」
「レベル4：周辺から検証する」「レベル5：症状の修正」
「レベル6：スキーマへの介入」

モジュール4 精神健康を高める

「対人関係を効果的に出来るようになる」「問題解決」「問題解決の実践」
「対人関係スキル」「目標設定」「ストレスに対処する」「陰性症状への対処」
「服薬」

モジュール5 まとめ

「自分の進歩を評価する」「モニタリング用紙の検討」「目的と目標の検討」
「統合失調症の病期の検討」「保護要因の検討」「未来に向けて」

D. 考察

研究1：「認知行動療法導入プログラム（呼称「CBT入門」）」の効果検討

今回、認知行動療法導入プログラムとして試行した「CBT入門」では、全体として陽性症状、陰性症状、認知的病識、抑うつにおいて有意な改善がみられた。統合失調症の認知行動療法が精神病性症状の低減に効果をもつためには、6ヶ月以上、提供することが必要であると言われている (Pilling, 2002)。そのことからすると、「CBT入門」は1)CBTの円滑な導入を目的としており、2)期間が5週間と短いことなどから、陽性症状・陰性症状に見られた有意な改善については、薬物療法の基本的効果とみなすのが現実的である。しかしながら、抑うつ状態の改善については必ずしも陽性症状の改善後に観察されるとは限らず、むしろ Post-psychotic depression などの存在が議論されることもあることからすれば、プログラムの効果であることが示唆される。「CBT入門」は疾患教育のあとに提供されるプログラムであることから、統合失調症の診断についての情報を得て、スティグマの少なくないこの疾患を受容するか否かの両面的感情が生じた際に、ノーマライゼーションを提供することにより、疾患に対する姿勢・態度を変容させ始める効果を持つのかもしれない。Beck Cognitive Insight Scaleにおいても、統合失調症という疾患に対する内省に関連した下位尺度において有意な変化が見られた。また、物質乱用を伴わない群においては、自尊心スケールも有意な改善を見せ (Wilcoxon 符号付き順位検定 $p < .05$) たこともこれを支持している。実際、「幻覚や妄想は（一定の条件下では）誰でも体験する可能性がある」ことをプログラムで扱ったことをきっかけに、明らかに病識が改善しはじめたケースが複数存在した。また、ケアの患者満足度については、本邦における日本語版尺度開発時の364名の精神科医療施設退院患者に対する調査の結果では、合計平均得点は22.3(SD=4.1)であった。その結果を考慮すれば、

今回の結果は平均すると満足度は低くないといえるだろう。

物質乱用問題をもつ群においては、持たない群に比べて病識の改善する者の率が有意に低かった。プログラム実施中の印象では、物質使用障害を伴う参加者においては、発症のモデル(ストレス・脆弱性モデル)や陽性症状形成の心理学的モデルの説明が、物質誘発性の精神病性症状の実感と合っていないことが一因と考えられた。現バージョンのままの説明方法は、物質乱用問題を持たない統合失調症患者により適していると考えられる。今後、参加者に応じた説明方法を工夫する必要があるだろう。

Beck Cognitive Insight ScaleおよびInsight Scaleの日本版の信頼性・妥当性の予備的検討をした結果、対象者数は少ないながら、Insight Scaleにおいては、十分な信頼性・妥当性が得られた。このことから、病識評価の際には、他者式評価であるSAI-Jの代用としてISを用いることにより、アセスメントに関わる負担を一層、減らせる可能性が示された。BCISについては、従来の病識尺度とは異なる病識の次元を測定することを意図されたものであるのを反映してか、SAI-Jなどとの併存的妥当性も示さなかったことから、現時点では、使用も解釈も慎重にする必要があり、より例数を多くして、使用の妥当性を検討する必要があると考えられた。

研究2：統合失調症の認知行動療法の方法論の明確化研究

ワークショップの実施により、マンチェスター・モデルに基づく統合失調症の認知行動療法の具体的な実施方法が明確になった。

現時点で、統合失調症の認知行動療法についてエビデンスが厚いのは、個人療法である。集団療法については、グループ毎の差が出やすいこと、プログラム提供者の熟練に左右されやすく (Wykes, 2005)、効果にブレが大きいことが言われている。よって、現時点で、統合失調症患者に提供すべき心理社会的介入の中でも優先

度が高いのは、個人療法による認知行動療法であり、マンチェスター・モデルの詳細は有用性が高いと考えられた。

研究3：統合失調症患者の再他害行為防止を視野に入れたプログラムの日本版の作成

精神病性障害の影響下で他害行為をなし者の心理社会的介入においては、「個人療法」「技能獲得型集団療法」「内省型集団療法」の3本柱が有用であると考えられる(菊池, 2006)が、英国の高度保安病院であるブロードモア病院にて使用されているこの Emma Williams 著の集団療法マニュアル(呼称: *Interventions for Schizophrenia*)は、「技能獲得型集団療法」の一つのひな型となると考えられた。このような基盤プログラムが存在することにより、過去の暴力歴が多いなど、より再他害傾向の高い者については、さらに対象行為別治療プログラムを提供するなど、リスク原則・ニーズ原則(McGuire, 1995)に応じた治療の組み立ても可能となろう。

E 結論

平成18年12月末までにプログラムを試行した結果、集団療法形式の「認知行動療法導入プログラム」が、ノーマライゼーションやCBTモデルや確信度についての心理教育を通じて認知行動療法の導入に役立つだけでなく、恐らくは脱スティグマなどの機序により抑うつ状態の軽減に一定の効果を持つ可能性が示唆された。また、簡便な病識尺度である Insight Scale 日本版の信頼性・妥当性が確認された。

実際の臨床現場に応じて、修正を加えることになるのは必至であるが、精神病性障害患者の再他害行為防止のための介入として、「認知行動療法導入プログラム(「CBT入門」)」に続けて、ブロードモア病院の「*Interventions for Schizophrenia* プログラム」を実施し、併行して「マンチェスターモデルによる統合失調症の認知行動療法」を実施するための基礎資料を提供

した。

注1: Case formulation とは、臨床的問題を、診断分類としてではなく、問題の生じた文脈の詳細な理解と、問題の先行事象(antecedents)と行動ないし信念(behaviour/belief)、結果(consequences)についての行動分析から理解しようとする方法である。統合失調症の認知行動療法においては、患者と協働して作成し、治療を導くように使われることが多い。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

1. 菊池安希子, 下津咲絵, 朝波千尋, 岩崎さやか(2006)統合失調症患者に対する「認知行動療法導入プログラム」の試み. 第6回認知療法学会, 東京, 2006.10.7-9.
2. 岩崎さやか, 菊池安希子, 下津咲絵, 朝波千尋, 今村扶美(2006)「認知行動療法導入プログラム」により個別の認知的介入が円滑に進んだ統合失調症の一症例. 第6回認知療法学会, 東京, 2006.10.7-9.
3. 菊池安希子, 下津咲絵(2007)再他害行為防止のための集団認知行動療法. 平成19年度司法精神医療等人材養成研修会教材集. 財団法人 精神・神経科学振興財団
4. 菊池安希子 監訳, 下津咲絵, 井筒節, 岩崎さやか, 今村扶美, 佐藤さやか, 小林清花 訳(2007) 統合失調症の集団認知行動療法. 星和書店, 東京(近刊予定)
5. 菊池安希子(2006)イギリスにおける統合失調症に対する認知行動療法—司法精神科患者への心理治療プログラム実施に向けて—. 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究推進事業報告書(実施機関: 日本障害者リハビリテーション協会)日本人研究者派遣事業報告書.

6. ニコラス・タリア (2006)統合失調症及び精神病性障害に対する認知行動療法:マンチェスター・モデルに基づく精神病性障害に対する認知行動療法マニュアル. 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究推進事業報告書 (実施機関:日本障害者リハビリテーション協会) 外国への研究委託費事業. (翻訳:菊池安希子 監訳; 下津咲絵、井筒節、岩崎さやか、朝波千尋

H 知的財産権の出願・登録状況

(予定も含む)

なし

参考文献

Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68(2-3), 319-329.

Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., Macmillan, F., & Slade, M. (1994). A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr Scand*, 89(1), 62-67.

David, A., Buchanan, A., Reed, A., & Almeida, O. (1992). The assessment of insight in psychosis. *Br J Psychiatry*, 161, 599-602.

Haddock, G., McCarron, J., Tarriner, N., & Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29(4), 879-889.

Kay, S. R., Opler, L. A., & Fiszbein, A. (1991). *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) Rating Manual*. Toronto: Multi-Health Systems. (山田寛, 増井寛治, & 菊本弘次訳. (1991). *陽性・陰性症状評価尺度(PANSS)マニュアル*, 東京、星和書店.)

菊池安希子(2006)イギリスにおける統合失調症に対する認知行動療法—司法精神科患者への

心理治療プログラム実施に向けて—。厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究推進事業報告書 (実施機関:日本障害者リハビリテーション協会) 日本人研究者派遣事業報告書.

Kingdon, D., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-Behavioural Therapy of Schizophrenia*. New York: Guilford Press. (原田誠一訳(2002) *統合失調症の認知行動療法*, 東京、日本評論社)

McGuire, J., & Priestley, P. (1995). *Reviewing 'What Works': Past, Present and Future*. Chichester, John Wiley & Sons.

National Institute of Clinical Excellence (2003). *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. National Institute of Clinical Excellence

Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., et al. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med*, 32(5), 763-782.

Wykes, T., Hayward, P., et al. (2005) What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomized control trial. *Schizophrenia Research*, 77(2-3); 201-210.

山本真理子, 松井豊, & 山成由紀子(1982). 認知された自己の諸側面の構造. *教育心理学研究*, 30, 64-68.

資料1

Cognitive Behaviour Therapy for SCHIZOPHRENIA

Professor Nicholas Tarrier, University
of Manchester, UK
nicholas.tarrier@manchester.ac.uk

1

統合失調症の 認知行動療法

ニコラス・タリア
イギリス マンチェスター大学 教授
nicholas.tarrier@manchester.ac.uk

2

Programme

- Background & history
- What the research tells us
- Clinical background
- Engagement & formulation
- Models of treatment
- Assessments
- Case examples
- (Small group work and clinical practice)
- Complex issues

3

プログラム

- 背景と歴史
- 研究的示唆
- 臨床的背景
- 治療導入とケース・フォーミュレーション
- 治療モデル
- アセスメント
- 事例紹介
- (ワークと演習を小グループで実施)
- 複雑な問題

4

Themes

- Understanding & formulation are primary objectives
- Formulation drives treatment strategy
- Engagement is the platform for treatment
- Interventions are strategic and tactical and may include modification of behaviour, cognitive content and process, schema and affect.
- Awareness-appraisal-action

5

テーマ

- 患者理解とフォーミュレーションが優先されるべき目的である
- フォーミュレーションが治療戦略を導く
- 治療参加は治療の基盤となる
- 介入は戦略的で計画的になされ、行動、認知的要素とプロセス、スキーマと感情の修正などが含まれている
- 自覚—評価—実行

6

Background and Introduction

7

背景と紹介

8

SCHIZOPHRENIA

- “Of all the major psychiatric syndromes, schizophrenia is much the most difficult to define and describe...many widely divergent concepts of schizophrenia have been held in different countries and different psychiatrists. Radical differences of opinion persist to the present day”.
- Oxford Textbook of Psychiatry

9

統合失調症

- “あらゆる精神科疾患の中でも、統合失調症ほど定義し記述することが困難な症候群はない。数々の異なる統合失調症概念が、様々な国、様々な精神科医によって保持されてきた。今日に至るまで根本的な意見の違いが続いている”
- オックスフォード精神医学テキスト(Oxford Textbook of Psychiatry)

10

Historical Developments

- 1952 Tim Beck publishes case study on cognitive therapy in the treatment of delusions.
- 1970s behaviour therapy mainly focussed on institutional care, expression of psychopathology regarded as behaviour to be extinguished.
- 1977 Zubin & Spring –stress-vulnerability model
- 1980s increased interest in psychosocial management eg. family interventions.
- Late 1990s increased interest in CBT and psychological models of psychosis (challenge for the dominant bio-medical model and treatment)

11

歴史的発展

- 1952年 Tim Beckは妄想の治療に認知療法を用いたケース研究を発表。
- 1970年代 行動療法は主に施設ケアに焦点をあてていた。精神病理について表現することは消去すべき行動として見なされていた。
- 1977年 Zubin & Spring によるストレス脆弱性モデル
- 1980年代 心理社会的なマネジメントへの関心が高まる。
例) 家族介入
- 1990年代後半 精神病的障害のCBTと心理学的モデルへの関心が高まる(支配的な生物医学的モデルと治療への挑戦)。
- 英国ではNational Institute for Clinical Excellence (NICE) が、すべての統合失調症患者にCBTを推奨している。

12

Development of CBT schizophrenia and psychosis (CBTp)

- Developed at a number of centres, mainly in the UK.
- Different centres developed different clinical models and practices, however there are many overlapping similarities
 - Coping-recovery model: Manchester
 - 'Beck' model: Newcastle
 - RET model: Birmingham
 - ACT model: Nevada
 - Self-esteem model: Manchester
 - Motivational CBT model: Manchester

13

統合失調症と精神病性障害のCBT (CBTp)の発展

- 主に英国にて、数々のセンターで発展。
- センターによって異なる臨床モデルと実践法が展開された。しかし、それらには重なる類似点が多い。
 - コーピング・回復モデル: Manchester
 - 「ベック」モデル: Newcastle
 - RET モデル: Birmingham
 - ACT モデル: Nevada
 - 自尊感情モデル: Manchester
 - 動機づけCBTモデル: Manchester

14

Difficulties with standard treatments

- In spite of medication a considerable number of patients will experience persistent psychotic symptoms (20-60%)
- persistent symptoms associated with distress, poorer functioning and increased suicide risk
- In spite of medication a significant number of patients relapse
- Many patients suffer from unpleasant side effects of medication and medication compliance is often poor and incomplete.
- Many patients are dissatisfied with their treatment
- Current treatment may traumatise patients
- Bio-medical model unsatisfactory

15

標準的治療にみられる困難

- 薬物療法を行っても、多数の患者が持続的な精神病性の症状を経験する(20-60%)。
- 持続的な症状は、苦痛、相対的な機能の低さ、自殺リスクの増加と関連していた。
- 薬物療法を行っても、多くの患者が再発する。
- 多くの患者が薬物療法の不快な副作用に悩み、薬物療法コンプライアンスは、しばしば不十分、不完全である。
- 多くの患者が自分の治療に不満を感じている。
- 現在の治療は患者を傷つけることがある。
- 生物医学モデルでは不十分である。

16

Aims of CBT Approaches

- Relapse prevention
- Symptom reduction
- Improve functioning
- Change course of illness
- Reduction of risks factors (eg substance abuse)
- Reduce economic cost

17

CBTアプローチの目的

- 再発予防
- 症状の軽減
- 機能の改善
- 病気の経過を変える
- リスクファクターの減少(例えば、物質乱用)
- 経済的コストの減少

18

Stress-vulnerability

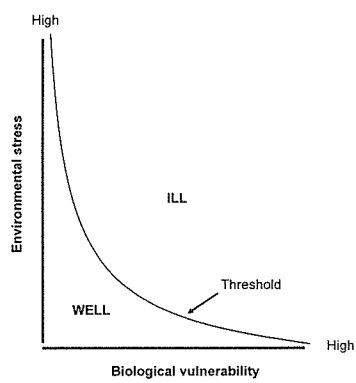
Interaction between psychosocial and biological (genetic) factors.

19

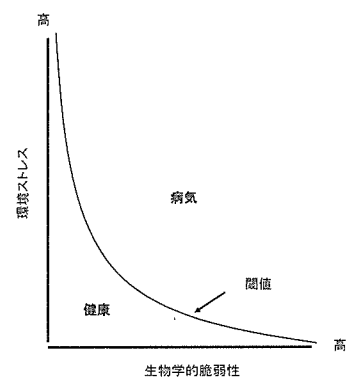
ストレス脆弱性

心理社会的要因と生物学的(遺伝的)要因の相互作用

20



21



22

Summary of Treatment Studies

23

臨床研究の概要

24

What can we learn from these CBTp studies?

- Is CBTp clinically beneficial
- What factors are associated with outcome?

25

CBTpに関する研究から何を学ぶことができるか？

- CBTp に臨床的効果があるか
- 結果に結びつく要因とは？

26

Status of CBTp in the treatment of psychosis

- Identified 20 trials that have a control group, the majority randomised, that have evaluated some 'brand' of CBT to treat schizophrenic patients.
- All are one-to-one therapy.
- All assess positive psychotic symptoms in some way.
- 739 patients treated with CBTp with a mean of 37 treated in each study (sd=48, range 7-225).
- mainly chronic patients (17/20) outpatients (16/20)
- Acutely ill patients (3/20)
- 16 in UK, 1 each from Canada, Holland, Italy, & USA

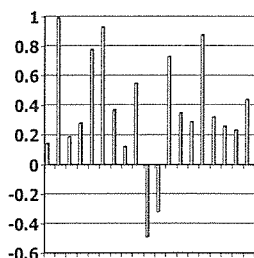
27

精神病性障害の治療におけるCBTpの位置づけ (Tarrier & Wykes, 2004)

- なんらかのCBTp「ブランド」の統合失調症患者への治療効果を評価した試験のうち、対照群を設定しており、大部分が無作為割付していた研究を20、同定した。
- いずれも1対1のセラピー。
- いずれも何らかの方法で陽性症状を評価。
- 1研究平均37名 (SD=48、範囲7-225)、計739名の患者がCBTpを用いて治療された。
- 主に慢性的患者(17/20)、外来患者(16/20)。
- 急性期症状を呈する患者(3/20)。
- イギリスから16研究。カナダ、オランダ、イタリア、および米国から1研究ずつ。

28

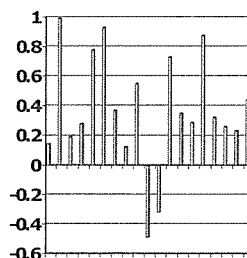
Effect Sizes from CBTp studies (post-treatment CBTp/control)



- Data available from 19 studies.
- Mean ES = 0.37 (sd=0.39, median=0.32, range -0.49 to 0.99).
- 74% achieved at least a small ES, 32% a least a moderate ES and 16% a large ES

29

CBTp研究からの効果量 (ES) (CBTp介入後/対照群)



- 19 研究からのデータ平均。
- 平均ES = 0.37 (標準偏差=0.39, 中央値=0.32, 範囲 -0.49~0.99).
- 74%に低度のES、32%に中程度のES、16%に高程度のESが得られた。

30

Schizophrenia and non-affective psychotic disorders

- Heterogeneous patient group
- Variable outcome from very good to very poor
- Characteristic symptoms and disruption to functioning and to goal directed behaviour and achievement
- Various phases in the course of the disorder

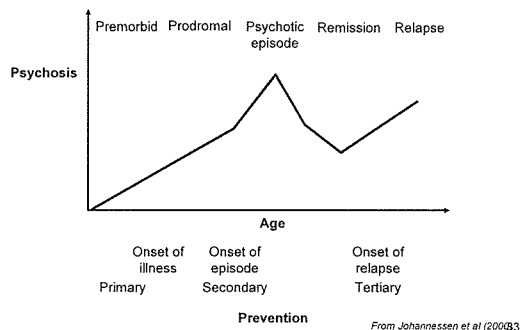
31

統合失調症および気分障害には該当しない精神障害

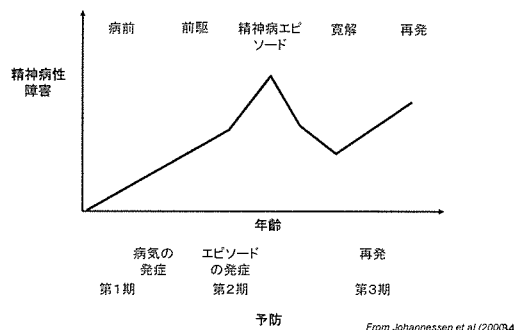
- 均質でない患者群
- 治療結果には良好から不良まで幅が存在
- 特徴的な症状, 機能障害, 目標志向性および目標達成の障害
- 障害の経過に存在する様々な病相

32

Phases of schizophrenia and prevention and treatment



統合失調症の経過と予防と治療



Different Phases of the Disorder

- Prodromal phase - Early intervention
- Acute episode - Speed recovery
- Chronic patients In Partial remission - Reduce symptoms
- Remission - Prevent relapse

35

障害の段階別の目標

- 前駆期 - 早期介入
- 急性期エピソード - 早期回復
- 部分的寛解期の慢性患者 - 症状の軽減
- 寛解期 - 再発予防

36

Acute episodes of psychosis – 3 studies

- 2 small studies and 1 large multi-centre study (SoCRATES n=309 recent onset)
- ESs = variable (-.49, 0.12, 0.93)
- Standard treatment of medication very effective, especially in drug naive patients, tends to mask effect of CBT.
- Some evidence that CBT speeds recovery but effects are modest
- No evidence that CBT given during an acute episode delays or prevents subsequent relapse
- May reduce later symptoms

37

精神病の急性期エピソード– 3 研究

- 小規模研究2つと、大規模な多施設研究1つ
- (SoCRATES n=309 最近の発症)
- ES = 一定していない (-.49, 0.12, 0.93)
- 特に服薬経験の少ない患者には、標準的な薬物療法が非常に有効であり、CBTの効果をマスキングする傾向があった。
- CBTは回復を早めるといういくつかのエビデンスはあったが、その効果はわずかである。
- 急性期エピソード中に提供されたCBTがその後の再発を遅らせたり、予防するというエビデンスはない。
- その後の症状を低減させるかもしれない。

38

Symptom reduction in chronic patients – 16 studies

- Good evidence that CBT reduces psychotic symptoms in chronic patients not responding further to medication
- ES- mean 0.4 (sd 0.32, median 0.33, range -0.32 to 0.99)

39

慢性患者における症状の低減 – 16 研究

- CBTが、薬物療法にこれ以上反応しなくなった慢性患者の精神症状を低減するという十分なエビデンスがある。
- ES- 平均 0.4 (SD 0.32, 中央値 0.33, 範囲 - 0.32~0.99)

40

Relapse prevention in remitted and partially remitted patients – 6 studies

- 4 studies included a relapse prevention component in the general CBT programme
 - Results were disappointing with little evidence of significant benefit
- 2 studies had treatment dedicated solely to relapse prevention
- Results encouraging with significantly lower relapse rates compared to controls over medium term.
- Mean % difference in relapse (control-CBTp):
 - RP component =1.5%; RP dedicated=21%

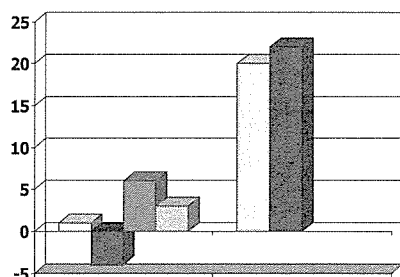
41

寛解または部分寛解を示す患者における再発予防– 6 研究

- 4研究は、一般的なCBTプログラムに再発予防的要素を含んでいた。
 - 残念なことに、結果的に、有意な効果を示すエビデンスはわずかしかなかった
- 2研究は、再発予防のみに焦点をあてた治療を行っていた。
- 結果は中期的にみると、介入群は対照群よりも有意に低い再発率を示していた。
- 平均再発率の差(対照群–CBTp群):
 - 再発予防を含む =1.5% ;再発予防のみ=21%

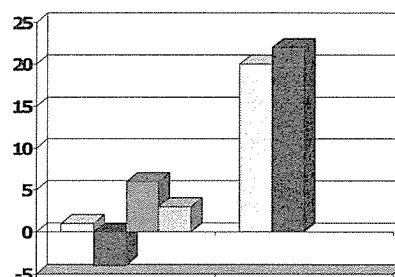
42

Difference in relapse rates between CBTp and control if relapse prevention was a component of treatment or focus of treatment



43

再発予防が治療の一部であるか焦点であるかによる CBTp群と対照群の再発率の差



44

What are the predictors of treatment outcome?

- 1) Within patient variables
- 2) Non-specific effects of treatment
- 3) Variation in therapy

45

治療効果の予測因子は何か?

- 1) 患者内の変数
- 2) 治療の非特異的効果
- 3) 治療による違い

46

1) Within patient variables

- Considerable heterogeneity within patient samples
- Poor outcome associated with:
 - Negative symptoms of affective flattening and alogia (cognitive impoverishment) (Tarrier et al, 1993)

47

1)患者内の変数

- 患者サンプル内の個人差は、かなり大きかった。
- 治療効果の低さは以下と関連していた:
 - 感情の平板化と発話の貧困(認知的乏しさ)といった陰性症状(Tarrier et al, 1993)

48

1) Within patient variables

- Good outcome associated with:
 - Shorter duration of illness (Tarrier et al, 1998)
 - Less severe symptoms (Tarrier et al, 1998)
 - Receptiveness to hypothetical contradiction (Garety et al, 1997)
- Conclusions: Shorter less severe illness with better cognitive functioning may respond better

49

1)患者内の変数

- 以下との関連を示す十分な結果が得られた:
 - 罹病期間の短さ (Tarrier et al, 1998)
 - 重篤な症状の少なさ (Tarrier et al, 1998)
 - 仮定している矛盾への理解力 (Garety et al, 1997)
- 結論: 罹病期間が短く、重篤な症状が少なく、認知機能がより良好であると、治療反応性がよいかもしれない。

50

2) Non-specific effects of treatment

- 5 studies have included supportive counselling (SC) or similar as a control for non-specific effects.
- Assumed to be therapeutically inert but did much better than expected, especially with delusions.
- Some evidence that SC does badly with hallucinations
- Variable evidence to trajectory of effect: improve with time (Tarrier et al, 2000), weakens with time (Sensky et al, 2000)

51

2) 治療の非特異的効果

- 5研究は、非特異的効果を統制するために、支持的カウンセリングか類似のものを含めていた。
- 治療的に無効だと思われたが、特に妄想に対して、予想以上の効果を発揮した。
- 支持的カウンセリングは幻聴にはよくないというエビデンスがいくつかある。
- 治療効果が時間と共にどのような経過を辿るのかについては、様々なエビデンスが存在: 時間と共に改善 (Tarrier et al, 2000), 時間と共に減弱 (Sensky et al, 2000)

52

3) Variation in therapy What aspects of CBT are effective?

- CBT 'brands' have an array of cognitive and behavioural techniques and approaches.
- Different centre/research groups differ in their emphasis and 'brand'.
- Changes in the same centre with therapy developments.
- Tendency for case formulation rather than strict protocol driven approach

53

3)治療法の違い CBTのどの側面が有効なのか?

- CBT「ブランド」の中には、認知的・行動的技法やアプローチが勢ぞろいしている。
- センターや研究グループにより、それぞれ異なった強調点と「ブランド」を持っている。
- 治療法の開発に伴って、同じセンター内でも変化する。
- 厳格なプロトコルによるアプローチよりもケースフォーミュレーションを行う傾向。

54

What aspects of CBT are effective? Clinical Model

- Independent rater ranked treatment descriptions on a behavioural-cognitive dimension including emphasis on historical events and 'here and now'.
- Rater was blind to which studies the treatment came from
- Non significant correlation .43, $p < .073$ in favour of more behavioural treatments

55

CBTのどの側面が有効なのか? 臨床モデル

- 独立した評価者が、治療の説明を読み、その認知的行動的側面について評価した。この中には、<生活上の出来事に重きをおいているか>や<「今ここで」の強調>なども含まれていた。
- 評価者には、その治療法がどの研究からきているかわからないようにした。
- 明らかな相関関係は見られなかったが、.43, $p < .073$ 、行動的な治療を支持する方向の結果だった

56

What aspects of CBT are effective? Specific techniques

- Little is known as to whether specific treatment techniques are effective or even necessary.
- Therapy rating scales have been produced (eg CTS-Psy)
 - No evidence that any specific item is effective or equivalent.
 - Tend to be treatment brand-specific rather than generic
 - Can blur adherence to protocol with therapist competence
 - May be useful in assessing fidelity to a particular clinical model or brand and in assessing good practice but less so in understanding what works generally.

57

CBTのどの側面が有効なのか? 特定の技法

- 特定の治療技法が効果的か、あるいは必要かということすら、ほとんど分かっていない。
- 治療法の評価尺度が作られている。(CTS-Psyなど)
 - 特定の項目が効果的だというエビデンスも、どの項目も同等の効果であるというエビデンスもない。
 - ジェネリックというよりも治療ブランド特異的である傾向。
 - セラピストの能力の高さなのか、プロトコルへのアドヒアランスなのか判断としないことがある。
 - ある特定の臨床モデルやブランドへのフィデルティを評価したり、望ましい実践をしているかを評価したりするには良いかもしれないが、一般的に何が効いているのかを理解するのには役立たないかもしれない。

58

What aspects of CBT are effective? Search for the 'active ingredient'

- Target for future research (Pilling et al, 2002)
- Problematic practically and theoretically.
- Assumes CBT a collection of separate techniques
- Assumes treatment can be made up of various aggregates of these techniques.
- Traditional dismantling designs not practical,
 - Underpowered and wont answer the appropriate questions.
 - too complex and expensive.
 - Prone to differential acceptability, refused consent and attrition.
 - funding bodies are interested in pragmatic studies.

59

CBTのどの側面が有効なのか? '有効成分'の探索

- 今後の研究のための標的 (Pilling ら, 2002)
- 実際的にも理論的にも問題である。
- CBTを個々の技法の集まりであると仮定している。
- これらの技法の様々な集合で、治療が作られると仮定している。
- 伝統的な分解デザインは実用的ではない。
 - 分析のパワー不足が生じ、適切な質問に答えられないだろう。
 - 複雑で費用がかかりすぎる。
 - 患者からの受け入れに幅が出かねない(訳者注:どのアプローチかによって同意率が変わりがねない)。同意の拒否や中断につながりやすい。
 - 研究助成団体は実践的な研究に関心を寄せている。

60

What aspects of CBT are effective? Specific ingredients v 'spirit of CBT'

- CBT as an 'approach' implies a **'shared world view'** with shared assumptions about the nature of clinical problems, therapy, origins of psychopathology and causality. Treatment is **'within the spirit of CBT'** or not, similar to MI.

61

CBTのどんな点が効果的か? 特定の成分 対 'CBTの精神'

- 1つの「アプローチ」としてのCBTは、臨床的問題、治療、精神病理学の起源、因果関係の本質に関する仮定を共有することによる「共有された世界観」を伴う。MIと同様に、治療は、「CBTの精神の内にある」かどうかである。

62

Variability in therapy

- Standardised v individualised protocols
- Therapist competence
 - Competence
 - Training
 - Experience
 - Skill level
- Therapist - patient interactions
- Organisational factors

63

治療による違い

- 標準化されたプロトコルか個人に即したプロトコルか
- セラピストの能力
 - 能力
 - トレーニング
 - 経験
 - スキルレベル
- セラピスト- 患者間の相互作用
- 組織的要素

64

Therapist - patient interactions

- In SoCRATES trial therapeutic alliance measures from both therapist and patient
- Modest correlation between these (0.42)
- Patient rating of alliance after 4 treatment sessions was significantly related to positive symptoms at 18 month FU- better alliance=less symptoms
- Therapist ratings were not related to outcome

65

セラピスト-患者間の相互作用

- SoCRATESトライアルでは、治療同盟はセラピストと患者双方から測定した。
- これらの間には中等度の相関関係があった(0.42)
- 4回目の治療セッション後に測定された患者による治療同盟の評価は、18ヶ月のフォローアップ時の陽性症状とは有意に関連していた: 同盟の良好さ=症状の少なさ
- セラピストの評価とアウトカムとの関連は認められなかった。

66