

このような段階的な工程を経て **STAIR&NST** を行っていく際に重要となるのは、過去に焦点をあてた介入と現在に焦点を当てた介入のバランスを保ち、現在にこそ希望があることを認識していくことである。過去と現在の違いを経験的に探究するために、仮定や対人関係スキーマを使う。トラウマナラティブは、これから生きる人生の文脈の中に、トラウマを位置づける（意味づけをする）役割がある。このように段階的に行っていくことにより、ストレス耐性が脆弱でエクスポージャー的な治療が困難を極めていた複雑性 PTSD の患者への治療も可能となる。

心的外傷後ストレス障害に対する認知処理療法の実施可能性に関する研究

研究分担者 伊藤正哉

研究分担者 堀越 勝

国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

研究要旨

国際的なガイドラインにおいて、心的外傷後ストレス障害に対してはトラウマに焦点を当てた認知行動療法が最も治療効果が期待できるとして推奨されている。認知処理療法（Cognitive Processing Therapy: CPT）は、Patricia A. Resick によって開発された、心的外傷後ストレス障害に対する認知行動療法であり、個人療法としても集団療法としても実施される。われわれは認知処理療法の我が国での実施可能性を検討するため、個人版 CPT と集団版 CPT についての予備試験を実施してきた。本年度までの結果では、CPT について良好な結果が得られている。

研究協力者（50 音順）

今村扶美（国立精神・神経医療研究センター病院 室長）、大江悠樹（国立精神・神経医療研究センター 流動研究員）、大野裕（国立精神・神経医療研究センター センター長）、櫻村正美（日本医科大学 講師）、蟹江絢子（国立精神・神経医療研究センター病院 医師）、小西聖子（武蔵野大学 教授）、高岸百合子（駿河台大学 講師）、中島聡美（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 室長）、牧野みゆき（国立精神・神経医療研究センター 研究員）、正木智子（武蔵野大学博士課程）、森田展彰（筑波大学 准教授）、平林直次（国立精神・

神経医療研究センター病院 部長）

A. 研究目的

現在、我が国では心的外傷後ストレス障害（Posttraumatic Stress Disorder; 以下、PTSD）を患った人々へのケアが不足しており、深刻な問題となっている。生死の危険や重傷を負うようなトラウマティックな状況に接する機会は稀ではない。例えば、自然災害、交通事故、犯罪被害（暴行被害、性被害、ドメスティック・バイオレンス（DV）、各種のハラスメント）、虐待、いじめ、自死、職業上で体験する惨禍や高負荷業務等が挙げられる。2012

年の刑法犯罪の被害者数(死亡・負傷)は33,966名(警察庁, 2013)、強姦・強制わいせつの被害者数は8,503人(法務省, 2013)、DVの被害件数は45,950件(警察庁, 2013)と報告されている。

PTSDとは、このような危機的状況に遭遇した人に特有の精神疾患であり、再体験症状、回避、覚醒亢進、認知や気分の変化を主症状とする(米国精神医学会, DSM-5, 2013)。すなわち、苦痛な状況が再度起こっているかのような心身の反応が継続して本人を苦しめ、感情的な麻痺や、心身が過敏で警戒している状態が慢性化し、実生活に支障を来す病態を指す。疫学調査によれば、我が国のPTSDの1年間の時点有病率は0.4%である(Kawakami et al., 2008)。そうした患者の多くは世界的な標準治療とされる適切な心理的・医療的なケアを受けていないのが現状である。

世界的に見ると、PTSD治療の第一選択は、トラウマに焦点を当てた認知行動療法(Cognitive Behavior Therapy; CBT)である。これは、米国医療品質管理局(2013)、国際トラウマティック・ストレス学会(2009)、コ克蘭共同計画(2009)、米国科学アカデミー(2007)、英国国立医療技術評価機構(2005)、米国精神医学会(2005)など、様々な国際ガイドラインで指摘

されている。CBTのなかでも、認知処理療法(CPT)の効果サイズは $g = 1.96$ と非常に高く、最も効果の高い薬物療法であるSSRIの効果サイズ($g = 0.48$)を遥かに凌駕する。

トラウマに焦点を当てた認知行動療法とは、認知行動療法の考え方に基づき明確な実施手順が示された精神療法を指し、認知処理療法(Cognitive Processing Therapy; CPT)や持続エクスポージャー療法がこれに当たる。我が国では持続エクスポージャー療法の臨床試験が実施され、その有効性の一端が示唆されつつある。一方、認知処理療法は全世界的にみてもここ15年ほどで急速に研究成果が集積されている新しい治療法である。エビデンスのあるPTSD治療として、米国退役軍人局において最も普及しているのがCPTである。米国では研究が発展し、現在では個々の患者に最適なCPTの実施法を同定するために、約26億円を投じて400名規模の臨床試験が進行している。

これまで、われわれは認知処理療法の日本における導入の可能性を検討する研究を行ってきた(平成17-19年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」主任研究者 小西聖子)。この研究は2005年に始まり、犯罪被害者

の PTSD 治療の実施に向けて、国内外の文献から最新の動向を分析し、日本においても効果を示すと予想される治療法の検討、及び当該治療を日本に導入する準備を行った。成果として、PTSD 治療に効果が見込める技法として CPT が見出された。日本への導入の準備として、CPT について研修を受け技法を習得した。また、学会やレビュー論文において CPT の紹介を行い、本邦の医学や心理学分野におけるトラウマ研究者と議論を重ねるとともに、日本語版治療マニュアルの作成を行った。

2012 年より、認知処理療法の導入を本格的に推進する研究を行ってきた（平成 24-26 年度 科学研究費助成事業 基盤研究（B）「心的外傷後ストレス障害に対する認知処理療法の効果検証と治療メカニズムの解明」 主任研究者 堀越勝）。本研究班では、これまでの研究を推し進め、個人版と集団版の認知処理療法の我が国での実施可能性を検討することを目的とした。

B. 研究方法

個人版および集団版の予備試験は、ともに対照群なしの前後比較試験である。個人版 CPT の対象者は国立精神・神経医療研究センター病院および筑波大学病院を外来受診する患者で

あり、それぞれの施設で CPT を実施した。集団版 CPT は、まつしま病院精神科に外来受診する患者を対象とし、CPT については武蔵野大学心理臨床センターにて実施した。適格基準は下記の通りである：1. CAPS で PTSD 診断基準を完全あるいは部分的に満たし、かつ CAPS 得点が 40 点以上、2. PTSD の罹病期間が 6 ヶ月以上、3. 20 歳以上、4. 通院が可能な圏内に在住している、5. 自宅にて毎日 2 時間の課題が可能な者、6. 日本語を母国語とする。除外基準は以下の通りである：1. 併存する精神障害（統合失調症、双極性障害、アルコール・薬物関連障害、人格障害 A 群）およびこれに伴う精神症状の存在（重度のうつ症状、自傷行為、自殺企図等）ために治療の継続が困難である場合、2. てんかん発作の既往があり脳波が正常化していない者、3. スクリーニング時に CPT の遂行が困難な程度の重度認知機能障害を認める者、4. スクリーニング時に臨床診断で生命に関わるような重篤な、あるいは不安定な状態の身体疾患を認める者、5. 過去に構造化された個人 CBT を受けたことのある者や治療期間中に他の構造化された精神療法（支持療法を除く）を受けている者、6. CPT 実施期間のうち 50%以上の来院が困難であると予めわかっている者、7. その他研究責任者が本研究の対象として不適

当と判断した者、具体的には、妊娠中、非識字等調査内容や説明における理解が困難なもの、PTSD 診断が有利になるような訴訟の継続中または3ヶ月以内に予定されている者（ただし離婚訴訟・調停は除く）などがこれにあたる。

個人版 CPT は 20 例、集団版 CPT は 25 例を目標症例数とした。評価は CPT 開始前のベースラインアセスメント (-2±2 週)、中間アセスメント (第 7 セッション終了時; 7-11 週、自記式調査のみ)、CPT 実施期間終了後 1-2 週 (13-21 週)、6 ヶ月後、12 ヶ月後の 3 回行う。また、CPT の進達と安全の評価のため自記式の PTSD 症状ならびにうつ・不安症状評価の Impact of Event Scale-Revised、Beck Depression Inventory-II、Overall Anxiety Severity and Impairment Scale ならびに有害事象は CPT セッションごとに評価する。主要評価項目は CAPS、その他の PTSD 症状やうつ、不安症状、有害事象を副次評価項目とした。

個人版 CPT の予備試験の主任研究者は森田展彰であり、集団版 CPT の主任研究者は正木智子である。それぞれの予備試験については、臨床試験登録を行っている UMIN000009488、UMIN000012919)。

また、CPT の適確な実施を確認するために、2014 年 7 月に研究チームのセ

ラピスト担当者 4 名が米国デューク大学に赴き、CPT の基礎訓練を受けたセラピストに対する上級研修としての Consultation Workshop に参加した。

C. 研究結果

個人 CPT においては、これまでに 26 名が研究に紹介され、選択基準を満たした 17 名が登録となった。2015 年 2 月の時点においては、この内 10 名が CPT を完遂し、1 名が脱落となった。現時点で得られた主要評価項目 CAPS の結果としては、ベースライン時平均 62.6 点 ($SD = 13.4, n = 13$)、CPT 直後 32.8 点 ($SD = 28.0, n = 8$)、CPT 終了後 6 ヶ月後 10.5 点 ($SD = 5.3, n = 4$) と減少傾向にあった。

集団版 CPT においては、これまでに 12 名が研究に紹介され、選択基準を満たした 7 名が登録となった。2015 年 2 月の時点においては、このうち 6 名が CPT を完遂し、1 名が脱落となった。現時点で得られた主要評価項目 CAPS の結果としては、ベースライン時平均 70.86 点 ($SD = 17.37, n = 7$)、CPT 直後 45.33 点 ($SD = 17.52, n = 6$) 6 か月後 32.33 点 ($SD = 10.02, n = 3$) と減少傾向にあった。

また、2014 年 7 月に開催された Consultation Workshop には 4 名が参加し、CPT の Consultation を実施する資格を得た。当研修においては、近年の

CPT の改善点が強調され、DSM-5 に対応して測定尺度が変更されたこと、認知的な介入のみに限定した CPT-C で十分な効果が期待できること、CPT-C を実施する上での留意点についての情報を得た。とくに、CPT-C を実施する留意点としては、認知的な介入をしているセッション中の対話において、患者が示す感情状態をセラピストが適確に理解し、その感情（自然感情か、人工感情か）に応じた対応が求められることが強調された。

D. 考察

現時点まで得られた結果からは、我が国における個人および集団版の CPT の実施可能性および有効性に関して期待できる結果が得られたと考えられる。予備試験から得られたデータおよび経験に基づき、今後は Recruitment Rate、Retention Rate 等を考慮し、我が国におけるランダム化比較試験を検討する必要がある。

E. 結論

我が国における CPT の実施に関しては、現時点では期待できる結果が得

られているが、目標症例数に達した時点で、実施可能性、安全性、有効性に関してより慎重な検討が求められる。

G. 研究発表

1. 論文発表

正木智子・堀越勝・小西聖子：国内の PTSD 患者に対する認知処理療法の事例研究、武蔵野大学人間科学研究所, 4 巻, 印刷中

2. 学会発表

伊藤正哉：認知処理療法のエビデンス、第 13 回日本トラウマティック・ストレス学会、福島、2014.5.18. シンポジウム

高岸百合子：認知処理療法の治療内容、第 13 回日本トラウマティック・ストレス学会、福島、2014.5.18. シンポジウム

櫻村正美：集団版認知処理療法の紹介、第 13 回日本トラウマティック・ストレス学会、福島、2014.5.18. シンポジウム

森田展彰：認知処理療法の治療過程—特に認知の修正の効果を中心に、第 13 回日本トラウマティック・ストレス学会、福島、2014.5.18. シンポジウム

研究成果の刊行に関する一覧表

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌（不足の場合は行を追加して下さい）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
正木智子・堀越勝・小西聖子	国内のPTSD患者に対する認知処理療法の事例研究	武蔵野大学人間科学研究所	4	印刷中	2015

統合失調症の認知行動療法の普及に向けて

研究協力者 菊池 安希子 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

研究要旨：

統合失調症の認知行動療法は、これまでのメタ分析においては中等度の頑健なエビデンスを示し、国際的な治療ガイドラインにも推奨されている心理療法である。しかしながら、専門家が多い英国においても普及が進んでいない。このような現状のもと、本研究では専門家が少ない本邦において、CBT for Psychosis (CBTp) 導入に役立つプログラムとマニュアルを開発し、その改訂版の病棟における Feasibility を検討した。

20～25 才の統合失調症圏 (ICD-10 F2 診断) の患者に対し、週 1 回、各 1 時間、計 5 回の CBTp 導入プログラム (名称「CBT 入門」) を実施し、介入前後の認知的柔軟性 (BCIS)、抑うつ (BDI2)、精神病症状 (PANSS) の変化を見た。その結果、いずれの測定値においても有意な改善が見られた。また、実施後の無記名アンケート結果からは、患者にとってプログラムの認容性が高いことが認められた。

「CBT 入門」は、病棟における Feasibility の高いプログラムであるといえる。認知的柔軟性、抑うつ、精神病症状への影響を確認するためには、今後、対照群を設定した研究が必要である。

研究協力者

小山繭子

(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

朝波千尋

(国立精神・神経医療研究センター病院)

田中さやか

(大阪府立精神医療センター)

の認知行動療法 (cognitive behavior therapy for psychosis : CBTp) を提供することで、症状の低減に効果があることは、これまで数々のメタ分析において繰り返し確認されてきた (Wykes et al., 2008 等)。効果量のレベルは低～中等度 (0.3 から 0.5 程度) ではあるものの、これは補完的療法としては決して低いとはいえない。こうした効果検証を背景に、CBTp は、国際的な統合失調症の治療ガイドラインの中でも推奨されてきた (Gaebel et al., 2011)。たとえば、英国の NICE ガイドラインでは、「全ての統合失調症患者に対して、提供されるべき心理療法」であるとしている (NICE, 2009)。

CBTp の効果には、持続性があり、ユーザー満足度も高く (Lincoln et al., 2012)、さらに、主に入院日数が減って地域滞在期間が延びることにより、人件費を差し引いても医療費の節減につながることで英国では示されている (NICE, 2014)。

A. 研究目的

統合失調症の症状に対する治療の第一選択肢は薬物療法である。しかしながら、抗精神病薬をによっても精神病症状が残存する者は少なくなく (Harrow et al., 2013)、副作用による服薬中断も多い (Hutton et al., 2012)。このような現状の中、統合失調症を抱える者たちの転帰を改善するために、薬物療法の補完として、心理社会的介入を組み合わせることが推奨されている。

統合失調症を持つ者に対して、精神病性障害

このようにエビデンスがあり、ユーザーからの需要が高いにも関わらず、世界的に見ても CBTp 実践者が多い英国においてすら、通常治療における提供率は極めて低い。Haddock ら (2014) が、北東イングランドで実施した調査によれば 12 ヶ月間に CBTp を提案された統合失調症患者は 6.9% に過ぎず、実際に個別 CBTp を受けるに至った患者は 1.6% であった。本邦においては、そもそも CBTp の専門家が少なく、普及への試みはまだ本格していない。

このような現状のもと、菊池 (2007) は、CBTp の導入部分に共通する要素を系統的に提供し、その後の個別的な CBTp につなげるまでを円滑化することを目的とした「CBTp 導入プログラム (CBT 入門)」を開発し、2010 年に改訂を行った。本研究では、改訂版の CBT 入門を用いて、精神科入院病棟における Feasibility を検討した。

B. 研究方法

1. 対象

包含基準:

- ・年齢 20 才から 65 才
- ・統合失調症圏 (ICD-10 F2 診断) の診断
- ・入院中の者

除外基準: 全 5 回のプログラムに参加が不可能と考えられる容体の患者

リクルート先: 国立精神・神経医療研究センターの医療観察法病棟。医療観察法病棟には、心神喪失または心神耗弱の対象者が入院しており、制度開始当初より現在まで、毎年、全入院患者の 8 割の者が、統合失調症圏 (F2) 診断がつく。

2. 研究デザイン

介入前後の測定値を比較した feasibility 研究。

3 介入方法・介入期間

菊池が 2007 年に開発し、2010 年に改訂を行った「CBT 入門」(菊池、2010) による週 1 回、各 1 時間、計 5 回の介入を行った。心理士がリーダーを務め、コリーダーを看護師が担って、各回 3~6 名の参加者で実施した。

「CBT 入門」は、クローズドで実施され、入院時期にかかわらず、長く待たずに参加することが可能になるよう期間を短く 5 回に設定された集団療法である。個人療法への導入を円滑化する役割を担うプログラムである。このような構成としたのは、CBTp は個人療法のエビデンスの方が厚い一方で、幻聴や妄想の内容には個人の過去のトラウマや秘密にしたい内容が含まれることが少なくなく、介入の際にその内容を集団の場で共有することが必ずしも望ましくないと考えられたからである。集団療法で CBTp を導入し、個別の事例定式化や介入は個人療法で提供することを想定した。

個人 CBTp の流れ (Morrison et al, 2004) でいえば、段階 1・2 (表 1) をカバーする内容で構成されている。2007 年の開発当時は、医療観察法指定入院医療機関内の使用を想定していたが、その後、2010 年に一般精神科への普及をはかるためにマニュアルを改訂し、現在にいたる。CBT 入門の各回の内容と伝達内容を表に示した (表 2)。

「CBT 入門」プログラムの実施は、研究者を含む病棟勤務の心理士がリーダーを務め、コリーダーは看護師が担った。マニュアルには、リーダー初心者のために、参考台詞も含めた解説があり、実施に当たっては、マニュアルの読解、グループの見学、コリーダー体験を経ることがトレーニングとなるため、一般精神科における導入もしやすいことが意図されている。

4. 評価項目

アウトカムとして、以下の尺度を使用した：

□PANSS (Positive and Negative Symptoms Scale) 陽性症状の CBTp 導入プログラムであるため、特に陽性症状得点の変化に注目した。

□BCIS (Beck Cognitive Insight Scale) 認知的柔軟性が CBTp の効果を予測するとの先行研究をふまえ、認知的柔軟性を測定する BCIS の変化に注目した。

□BDI (Beck Depression Inventory II) CBTp 入門はノーマライジングを最大の構成要素としているため、ノーマライジングの主要効果である脱破局視が生じる結果をとして、抑うつ感の減少がみられることが予測された。

また、プログラムが対象者らにどの程度受け入れられるかの実情を把握するために、無記名アンケートを各回の後に実施した。無記名であるため、その結果には、統合失調症以外の精神病性障害の者の結果も含まれているが、CBTp の feasibility を示す参考値として報告する。

6. 倫理的配慮

研究実施に際しては、研究参加の同意を文書で得た上で、実施した（国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会にて承認を得た）。

データは個人情報情報を削除して連結可能匿名化を行い、研究者の部屋の施錠できる保管庫に保管した。

C. 研究結果

今回、データ収集した 67 名の「CBT 入門」参加者の内、統合失調症圏 (ICD-10 F2 診断) の者は、56 名 (83.6%) であった。この内、プログラム参加前後の PANSS 評価を得られた 41 名を本研究の解析対象とした。なお、PANSS 評価の得られた対象者 41 名と、得られなかった 15 名の間には、性別比 (男女比は

PANSS あり 12:5、PANSS なし 36:5) にも、平均年齢 (PANSS あり 40.22±SD11.98、PANSS なし 41.62±13.32) にも有意差は認められなかった。

本研究対象者の「CBT 入門」プログラム参加前後の BCIS、BDI II、PANSS の結果を表に示した。認知的病識 (BCIS)、抑うつ (BDI II)、陽性症状 (PANSS 陽性症状得点) のいずれもが、望ましい方向に有意な改善を示した。

「CBT 入門」参加者のプログラム評価の無記名アンケート結果を表 4 に示した。回答には 11 名 (6.4%) の統合失調症圏以外の者が含まれており、無記名であるために統合失調症圏の対象者との判別は出来ないが、全体傾向としては、理解については 86.5%が「だいたい理解できた」「よく理解できた」、スピードについては 88.1%が「ちょうどよい進み方」、内容の有用性については 86.5%が「ある程度役に立つ」「役に立つ」と回答していた。

D. 考察

介入前後比較デザインからは、介入と状態像変化の因果関係を示すことはできないが、「CBT 入門」がターゲットとした結果、つまり脱破局視 (BDI II 改善)、および認知的柔軟性の改善 (BCIS 変化) については、好ましい方向への有意な変化が見られた。

本研究では PANSS の全体的な改善も見られたが、「CBT 入門」が CBTp 導入を目的としていることを考えると、PANSS 改善が主としてプログラムの効果であるとは考えにくい。そのため、抑うつや認知的柔軟性の改善が、症状変化による可能性もある。しかしながら、抑うつ感については、陽性症状が軽減した後に悪化する時期が見られるとの報告 (Birchwood et al., 2000) もあることをふまえると、今回の BDI II の改善が、「CBT 入門」の脱破局視効果

である可能性も高い。また、今回の対象者が「CBT 入門」に参加した時期が、急性症状を呈していた時期から少なくとも3ヶ月の薬物療法を経て病状が安定した時期に相当することから、プログラム参加中に薬物療法によるさらなる症状の大幅な改善が期待されるとは考えられず、BDI IIおよびBCISの改善がプログラム効果である可能性も考えられる。今後、対照群を設定した効果検証が必要である。

「CBT 入門」を中断した参加者はおらず、参加したことが原因と推測される病状悪化も認められなかった。このことから、「CBT 入門」は、負荷の比較的軽い、病棟における実施可能性の高いプログラムであることが示唆された。

また、実施後のアンケートでは、プログラム実施場所が閉鎖病棟であることから、回答が社会的望ましさのバイアス(退院したいがために好印象の回答をしようとする)を受けないよう配慮し、回答は無記名とした。回答の結果、「CBT 入門」は理解、スピード、内容の有用性のいずれもが、8割以上の参加者に肯定的に受け止められており、プログラムの認容性の高さを示していると考えられた。

E. 結論

CBTpは中等度の頑健なエビデンスを示し、国際的な統合失調症ガイドラインにおいて推奨されつつも、専門家が多い英国においても普及が進んでいない。このような現状のもと、本研究では専門家が少ない本邦において、CBT for Psychosis導入に役立つ簡便なプログラムとマニュアルを開発し、病棟における実施可能性を検討した。今後は、対照群を設定した検討が必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

菊池安希子：実践講座 認知行動療法4 統合失調症．総合リハビリテーション
Vol.42(12)1167-1174, 2014.12.10.

2. 学会発表

Kikuchi A, Asanami C, Kono T, Okada T :
The Role of Empathy in Violence among Male Patients with Schizophrenia .
Issues of Criminal Justice (1), The 6th Annual Conference, Asian Criminological Society , Osaka University of Commerce, Osaka, 2014.6.28.

菊池安希子：社会認知ならびに対人関係トレーニング (SCIT) .自主シンポジウム「統合失調症に対する精神科リハビリテーションに役立つ心理社会的支援」(企画者：佐藤さやか) (シンポジスト). 日本心理学会第78回大会, 京都, 2014.9.11.

菊池安希子：自主企画シンポジウム3「精神病的障害に対する認知行動療法 (CBTp) の研修システムをどのように確立するか」(座長). 第14回日本認知療法学会, 大阪, 2014.9.13.

Kikuchi A, Tanaka S, Asanami C, Okada T : Self-reported empathy and physical aggression in male patients with schizophrenia . The 3rd Bergen International Conference on Forensic Psychiatry, Bergen, Norway, 2014.9.18.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

<参考文献>

1. Birchwood M, Iqbal Z, Chadwick P & Trower P: Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. I: Ontogeny of post-psychotic depression. *British Journal of Psychiatry*; 177, 516-528, 2000
2. Gaebel, W., Riesbeck, M., & Wobrick, T.: Schizophrenia guidelines across the world: a selective review and comparison. *International Review of Psychiatry*, 23, 379-387, 2011
3. Haddock G, Eisner E, Boone C, et al: An investigation of the implementation of NICE-recommended CBT interventions for people with schizophrenia. *Journal of mental health* 23:162-5, 2014
4. Harrow M, Jobe TH: Does long-term treatment of schizophrenia with antipsychotic medications facilitate recovery? *Schizophrenia bulletin* 39:962-5, 2013
5. Hutton P, Morrison AP, Yung AR, et al: Effects of drop-out on efficacy estimates in five Cochrane reviews of popular antipsychotics for schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica* 126:1-11, 2012
6. Lincoln, T.M., Zeigler, M., Mehl, S., Lesting, M.L., Lullmann, E. Westermann S et al.: Moving from efficacy to effectiveness in cognitive behavioral therapy for psychosis: a randomized clinical practice trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 674-686, 2012.
7. Morrison AP, Renton JC, Dunn G, et al: *Cognitive Therapy for Psychosis: A formulation-based approach*. New York, Brunner-Routledge, 2004
8. National Institute for Health and Care Excellence: *Psychosis and Schizophrenia in adults: Treatment and Management (CG178)*. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014
9. NICE: *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update)*. London, National Institute for Clinical
10. Wykes T, Steel C, Everitt B, et al: *Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor*. *Schizophr Bull* 34:523-37, 2008
11. 菊池安希子: 重度精神障害者に対する指定入院医療機関での治療効果判定に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業 (H16-障害-019) 「重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究 (主任研究者: 吉川和男)」総括・分担研究報告書, 2007.
12. 菊池安希子, 美濃由紀子: 国立精神・神経センター・医療観察法病棟が、そのプログラムとノウハウを公開します②「幻覚・妄想の認知行動療法」. *精神看護* 13(6),44-51,2010.

表1 Morrisonら(2004)によるCBTpの流れ

1.	関係構築
2.	認知モデルに慣れることとノーマライジング
3.	事例定式化
4.	問題リストの作成
5.	目標設定
6.	介入
7.	再発予防

表2 精神病の認知行動療法導入プログラム「CBT入門」の概要

第1回 「CBT入門」の概要

アイスブレイカー、グループの内容と予定の説明、ノーマライジングの導入

第2回 幻覚や妄想は誰でも体験する可能性がある

一定の条件が揃えば誰でも幻覚・妄想は起こりうる

第3回 病的妄想になるメカニズム

ストレス・脆弱性モデルの紹介、発症のメカニズム、4つの悪条件、
病気に見られる幻覚・妄想の特徴

第4回 統合失調症の心理治療戦略Ⅰ

「状況」「認知」「気持ち」の関係を学ぶ(ABCモデル)、幻覚・妄想を理解する

第5回 統合失調症の心理治療戦略Ⅱ

治療の3ステップ:「薬物療法・修正型電気けいれん療法」

「環境調整・対処スキル増強法」「認知行動療法」

表3 「CBT入門」前後の測定値の変化

	pre		post		t-test
	mean	SD	mean	SD	ρ
BCIS	7.30	6.71	8.45	7.20	0.003
BDI II	15.34	8.11	13.11	8.01	0.019
PANSS					
陽性症状	15.68	5.71	13.73	5.17	0.000
陰性症状	19.22	7.04	17.80	5.71	0.004
総合病理	35.32	11.02	32.73	10.49	0.000

表4 「GBT 入門」参加者によるプログラム評価（無記名）N=67

	回答	人数	%
理 解			
	まったく理解できなかった	1	1.5
	あまり理解できなかった	6	9.0
	だいたい理解できた	35	52.2
	よく理解できた	23	34.3
	無回答	2	3.0
スピード			
	すすみ方がおそかった	4	6.0
	ちょうどよいすすみ方だった	59	88.1
	すすみ方がはやかった	2	3.0
	無回答	2	3.0
内容の有用性			
	役に立たないと思う	1	1.5
	あまり役に立たないと思う	5	7.5
	ある程度役に立つと思う	35	52.2
	役に立つと思う	23	34.3
	無回答	3	4.5

