

症状の改善に焦点を当てた治療目標を設定した。ところが、この時点で希死念慮が高まり失声となる等、自殺のリスクが高まったため、CBTを一時中断することになった。

- ・中期（#5～#10）：中断から3週間後にCBTを再開。問題リストの再確認を行った。この時点での最も大きな問題は、学校に復学するかどうかであったため、現実的な問題に焦点を当て、メリット・デメリット分析等を用いながら、復学と通信制の学校への転校について話し合いを重ねた。
- ・後期（#11～#18）：治療目標について再検討を行い、当初標的としていたうつ症状に焦点を当てて、認知再構成に取り組み、落ち込みを少なくするための対処方法について話し合った。また、後半からは気分が上がり過ぎて熱中し過ぎる傾向について共有し、気分の波をセルフモニタリングする介入を開始した。
- ・終結期（#19～#21）：後期の後半から導入した気分の波のセルフモニタリングについて、客観的な視点も取り入れるため、母親にも協力をお願いし、母から見た気分の波と、自分で感じた気分の波を見比べて、今後の対処について話し合った。また、これまでの経過を振り返り、再発サインと対処方法についてのまとめを行った。

**【CBT終了後の経過：ブースターセッションの有無や内容を含めて記載ください】**

ブースターセッションは行わなかった。

その後、軽度の抑うつが続いたが、通信制高校に編入し、高校を卒業。

卒業後、学校とアルバイトに熱心に取り組んだ後に再発。混合性の症状を伴う気分エピソードが出現し、その後は抑うつ状態となった。現在も軽度の抑うつ症状が残存。

**【治療上の配慮や感想、コメント】**

CBT開始直後に希死念慮が高まり、自殺企図が生じたため、一時CBTを中断し、薬物療法を中心とした治療に専念するかたちの対処を要した。気分の落ち込みが主な症状であり、そこに焦点を当てて介入を行ったが、時々見られる気分の高まりや熱中性が、うつ状態を長引かせている維持要因の一つになっていると考えられたため、後半からは気分の波についても取り扱う必要があると考えられた。双極性障害のリスク状態のクライテリアも満たす方かもしれない。

**【治療評価：治療者による評価】**

治療開始当初はうつ症状が強く、危機介入が必要であり、また、認知に介入する前に現実的な問題への介入が必要である等、臨機応変な対応を要した。認知再構成を開始すると、それをヒントに自らストレスコーピングとなる考えを治療ノートに記載する等、治療に積極的に取り組む姿勢が終始感じられるケースであった。

**【治療評価：評価尺度】**

評価項目	インテイク	6ヶ月	12ヶ月
PANSS 合計	47	31	33
PANSS 陽性症状	11	7	7

PANSS 陰性症状		11	7	7
PANSS 総合精神病理		25	17	19
CAARMS	奇異でない思考内容 (重症度 ; 頻度)	0 ; 0	0 ; 0	0 ; 0
	奇異でない観念 (重症度 ; 頻度)	4 ; 4	0 ; 0	0 ; 0
	知覚的な異常 (重症度 ; 頻度)	4 ; 2	0 ; 0	0 ; 0
	解体した会話 (重症度 ; 頻度)	0 ; 0	0 ; 0	0 ; 0
GAF		43	80	75
SOFAS		43	80	78
BDI		33	0	13
STAI (状態不安 ; 特性不安)		57 ; 61	51 ; 51	61 ; 55

### 【症例③】

年齢 : 10 代、性別 : 女性、職業 : 無職

### 【診断】

ARMS 類型 : APS

DSM-IV-TR : うつ病

M.I.N.I. : 大うつ病エピソード、パニック障害の既往のない広場恐怖、全般性不安障害

### 【主要症状】

- ・被注察感・被害念慮 : 人から見られる、監視されている感じがあり、監視カメラや盗聴器があるのではないかと考える。夜に自宅に誰かが隠れている気がする。
- ・抑うつ気分 : 気分の落ち込み、集中力低下等が持続。
- ・不安 : 対人場面での緊張が強く、発汗、手足が震えるなどの自律症状があり、対人場面の回避も認めた。1人でバスに乗ることに対する恐怖。
- ・不眠 : 入眠1時間以上、浅眠で中途覚醒が頻回。

### 【現病歴 (簡潔なもの)】

元来不安を持ちやすく、内省的、心配性であった。中学の頃にいじめられ人間関係で悩んだ頃から、気分の落ち込み、どこか見られているのではという感覚が動揺性に持続した。短期大学に入学して、中学時の同級生と同じゼミになり、理由なく何か言われて行きづらくなった。1年生後半(X年冬頃)から不眠が出現し、朝に吐き気があり、バスに乗ると具合が悪くなりそのまま帰宅することもあった。2年生に入り、頭痛、夜間に動悸、被注察感、不眠等の症状が出現し次第に増悪。1人でいても盗聴器や隠しカメラがあるのでは、と確信はないが感じるが多くなり、時に本当に誰かいるのかと思い、周囲に人を探すこともあった。5月上旬から不登校となり、自ら5月末に近医メンタルクリニックを受診し、6月上旬に当クリニック紹介、10日後に受診となった。

### 【CBTにおける主な標的】

当初は抑うつ気分、種々の不安に対して扱うこともあったが、次第に問題が対人場面での認知の偏りに集約し、主にそれを扱った。

### 【セッション数／頻度】

概ね2週間毎に11回施行。治療終結期を経ずに介入を終了。

### 【CBT 治療経過】（※初期／中期／後期／終結期等に分類し、該当するセッション回数と CBT の内容を併せて記載）

- ・初期（#1～#3）：CBT 心理教育を行い、問題リストの整理を行った。気分の落ち込み、被注察感、家族が死んでしまうのではないかという不安、対人問題などが問題として挙げられ、アセスメント、問題の優先順位を検討した。
- ・中期（#4～#8）：苦痛が生じている場面のフォーミュレーションを行ったが、当初は感情と思考を分けることに難渋した。ソクラテス式問答を中心に、フォーミュレーションの回数を重ねるうちに、主に対人場面での問題に集約し、自動思考の検討を重点的に行った。平行して日々の現実的な目標を確認、修正を行った。
- ・後期（#9～#11）：これまでフォーミュレーションで扱ったテーマを中心に、自動思考の同定、適応的思考の検討を中心に、認知再構成を行った。
- ・終結期（～）：

### 【治療上の配慮や感想、コメント】

完璧に振る舞わなければ他者に嫌われるという自動思考が目立ち、人との距離の取り方が分からないと自ら述べ、診察場面においても緊張感を伴い、配慮を要した。緊張に左右されてか、問答のみでは理解の定着が困難であり、必要に応じて図や書面を用いて理解を促した。HW は取り組んでくるものの、自覚症状の程度や前回の理解度に応じて程度は様々であった。

### 【治療評価：治療者による評価】

言語的に問題を整理していくことに次第に関心を持ち始め、ホームワークは概ね継続して取り組んでいた。核となる対人場面での問題は治療当初は対人交流を回避しており、過去の話題を中心にフォーミュレーションを重ねたが、話題の焦点化に難渋し、特に感情や思考の整理には時間を要した。不眠に対しては睡眠薬を使用し、治療が進むにつれ、不眠、抑うつ症状は次第に改善した。治療過程において、中長期的にバイトをして働くことが目標となり、その場面で起こりうることを想定して自動思考の検討を行った。否定的認知の同定がすすみ、認知再構成を意識して行うことにより症状の改善がある程度実感されたことに加えて、都合により通院間隔が延びたことにより治療動機が低下し、最終回を残しての治療自己中断という形で終結期を経ずに介入終了となった。

中断後も安定して過ごしていたようだが、X+1年3月中旬に再来して以降、月1回の頻度で通院を継続している。睡眠薬、抗不安薬を使用しながら、安定した経過でアルバイトも行っている。

### 【治療評価：評価尺度】

評価項目	インテイク	6ヶ月	12ヶ月
PANSS 合計	38	34	31
PANSS 陽性症状	9	7	7
PANSS 陰性症状	8	7	7

PANSS 総合精神病理		21	20	17
CAARMS	奇異でない思考内容 (重症度 ; 頻度)	0 ; 0	0 ; 0	0 ; 0
	奇異でない観念 (重症度 ; 頻度)	3 ; 5	0 ; 0	0 ; 0
	知覚的な異常 (重症度 ; 頻度)	2 ; 2	0 ; 0	1 ; 2
	解体した会話 (重症度 ; 頻度)	2 ; 5	2 ; 5	0 ; 0
GAF		45	84	85
SOFAS		45	84	58
BDI		25	4	2
STAI		57 ; 70	25 ; 30	26 ; 26

#### 【症例④】

年齢 : 20 代、性別 : 女性、職業 : 学生

#### 【診断】

ARMS 類型 : APS

DSM-IV-TR : 社交不安障害 強迫性障害

M.I.N.I. : 大うつ病エピソード (現在、メランコリーの特徴を伴うもの) 社会恐怖 強迫性障害

#### 【主要症状】

- ・精神病様症状 (子ども達が悪意的なニュアンスで笑い合う声、自分の考えが周囲に漏れ伝わる)
- ・強迫症状 (不潔恐怖、洗浄強迫)
- ・社交不安 (人前での緊張、身体症状を伴い、緊張がばれていると思うと余計心配になる)

#### 【現病歴 (簡潔なもの)】

X-5 年、高校の部活動内での揉め事に起因して対人不安を覚えやすくなり「自分つまらない人間だ」と感じるようになった。一時不登校となるが、その後は大学に進学し問題なく通学を続けていた。X-1 年冬から「自分の考えが周囲に漏れ伝わってしまう」という体験が出現・悪化し、教室にいられなくなった。加えて、X 年 4 月に授業内で自己主張や独創性を要求されるグループワークが行われるようになると「自分つまらない、役に立たない」と感じるようになり、身体症状を伴う社交不安が顕在化し、X 年 5 月には不登校となる。5 月中旬からは幻聴様体験 (子ども達が悪意的なニュアンスで笑い合う : 高校時代に低頻度で一時期存在したもの) が毎晩聞こえるようになった。大学の担任の勧めでクリニックを受診後、当科専門外来を紹介されて X 年 8 月に専門外来初診となった。初診時点で大学は休学中。

#### 【CBT における主な標的】

- ・社交不安症状 (社会的状況下での不安症状)

【セッション数／頻度】

- ・セッション数：25回
- ・頻度：1/W

【CBT 治療経過】（※初期／中期／後期／終結期等に分類し、該当するセッション回数と CBT の内容を併せて記載ください）

- ・初期（#1～#3）：症状評価、問題リスト検討と目標設定「緊張しすぎずに外出」、CBT 心理教育
- ・中期（#4～#12）：対人緊張のフォーミュレーション、SAD モデルを用いた外出課題への取り組み
- ・後期（#13～#23）：SAD モデルを用いた会話課題への取り組み、行動実験に基づく認知再構成
- ・終結期（#24～#25）：CBT の復習、再発予防、調子を崩した経緯の共有、APS 心理教育

【CBT 終了後の経過：ブースターセッションの有無や内容を含めて記載ください】

X+1 年 2 月 CBT 終了後、ブースターセッションは行わずに X+1 年 4 月より復学。通学を続けながら、月 1 回程度定期的に通院を継続していた。しかし、信頼していた教員への意思疎通、自己主張がうまく出来ない事を契機に抑うつ症状が出現。自己主張の問題は職業選択にも関わると考えたため、再び休学する事を決めて X+1 年 7 月より自宅休養していた。だが、特定の家族との不和、責任感から家庭内の役割をこなそうとしすぎたことに伴って、抑うつ症状は悪化した。顕著な思考抑制に加え、精神病様症状も再燃・活性化したため、治療への専念を目的として、X+1 年 12 月入院となった。

【治療上の配慮や感想、コメント】

治療動機の強さに、学習能力の高さと従順さを持ち併せており、CBT を進めやすい CI であった。

APS、社交不安、強迫と、様々な症状が混在する中ではあったが、CI の具体的な目標『来春から復学をしたい』に最も関連性の高い課題を設定する事を第一に配慮した。外出や人との対話を主題とした社交不安への着手によって、動機を保ちながら積極的に課題に取り組み続けることが可能となったと考えられる。中心的な認知（「変なやつだと思われている」「自分は面白くない」）の検証に役立つ行動実験を計画する際に、CBT の進捗状況と CI の問題意識を加味した協働的な計画立てを行うようにも配慮した。

行動実験で得られた情報を基にすることで、見過ごしていた現実にも目を向けることが可能となり、認知変容へと繋がったと言える。CBT 介入により SAD 症状は著しく軽快したものの、自分一人で抱え込みがちな傾向を共有し、解決できない問題に直面した際には周囲に助けを求める必要性を伝えて、6 ヶ月間の介入を終了した。

強迫症状に関しては、SAD モデルで使用した不安障害の治療原理に基づき、主治医助言の下で自ら曝露反応妨害法を施行し、軽快が見られた。

【治療評価：治療者による評価】

SAD に対する治療は奏功し、過度に緊張することなく他者（ただし、同年代や薄い関係性の人）

との関わりが行えるように変化したという点で評価できる。また、不安の治療原理を学習したことにより『周りをよく観察して事実を確認し、判断の行き過ぎを修正する』という指針を他の問題にも応用することが可能となったようだ。

限定された介入期間の中で優先的に扱う事項として SAD を集中的に治療し、短期的には効果が認められた。ただし、中長期的な社会適応を保つには未解決の問題が残存しており、そのために復学後に新たな問題が生じるに至ったと考えられる。今後の CI が乗り越えるべき課題としては『思うように自己主張ができないという行動上の問題』および『「自分が悪い」「迷惑をかけている」というスキーマ的な認知』が想定され、これらの問題への介入が必要な段階が訪れると予測される。

【治療評価：評価尺度】

評価項目		インテイク	6ヶ月	12ヶ月
PANSS 合計		63	36	49
PANSS 陽性症状		14	8	13
PANSS 陰性症状		13	7	11
PANSS 総合精神病理		36	21	25
CAARMS	奇異でない思考内容 (重症度；頻度)	3；5	2；2	3；2
	奇異でない観念 (重症度；頻度)	2；5	0；0	4；5
	知覚的な異常 (重症度；頻度)	4；4	2；2	4；2
	解体した会話 (重症度；頻度)	2；5	0；0	3；6
GAF		40	60	50
SOFAS		40	70	50
BDI		50	3	32
STAI (状態不安；特性不安)		61；68	32；35	62；65
その他 (L-SAS)		119	20	
その他				

【症例⑤】

年齢：10代、性別：男性、職業：学生

【診断】

ARMS 類型：APS

DSM-IV-TR：初診時は大うつ病、後に(6か月時)強迫性障害と改めて診断

M.I.N.I.：うつ病

【主要症状】

- ・関係念慮：不吉な数字(4, 13, 6等)は自分への何かなのではと感じる。
- ・身体的被影響体験：針が目の前に向けられているような、バックネット越しにボールが飛んで

くる時のような緊張感、体の中に正体はわからない重い液体が常にある感じがする。

- ・被害念慮、被注察感：普通に生活していても、常に周囲の視線が気になる。監視されている感じがする。
- ・強迫症状：見たものや触ったものに呪いがかかっており、それを打ち消すために体を引っかく等。
- ・抑うつ：抑うつ気分、集中力低下など。
- ・不眠：入眠困難、平均3時間睡眠。

#### 【現病歴（簡潔なもの）】

X年、高校2年の夏あたりから、映画とか残酷なシーンが家族に照らしあわされたり、人に触れられると呪いをかけられているのではと気になったり、人が触れたものが触れないといったことがみられ始めた。次第に増悪し、11月に近医を受診し、リスペリドンとロラゼパムを処方され2度目の受診では同薬が処方され、当クリニックを勧められたが、受診は後に一旦途絶えた。X+1年7月に、不眠(3時間)、集中力の低下、呪いで家族が不幸になるといった念慮、他者へ対する疑い深さが気になっていることから、当クリニックに7月下旬に電話相談し、7月6日後に初回相談となった。

#### 【CBTにおける主な標的】

主に強迫症状、被害念慮、抑うつ気分等の多彩な症状

#### 【セッション数／頻度】

主に隔週で12回。(都合により3~4週間あくこともあった)

#### 【CBT治療経過】(※初期／中期／後期／終結期等に分類し、該当するセッション回数とCBTの内容を併せて記載ください)

- ・初期(#1~#3)：問題の経過と治療への期待を確認し、問題リストの作成を行った。問題リストで強迫症状と思われる問題がいくつかあがったため、それらについてアセスメント開始した。
- ・中期(#4~#7)：OCDについて心理教育を行い、各症状が、いつ、どのくらいの頻度で出現しているかについてアセスメントを行った。また、OCDの症状とは別に「自分の考えが周りに知られているように感じる」という訴えがあったため、その体験について心理教育を行った。HWへのコンプライアンスが低下していたため、治療に対する動機を確認し、治療目標を設定し、各強迫症状に共通して存在する「呪い」によって「あの世で悪いことが起きる」という認知について、ソクラテス式問答やメリット・デメリット分析等を繰り返しながら、認知再構成を試みた。
- ・後期(#8~#10)：強迫症状は固定的ではなく、次々と変化していくため、新たに出てきた強迫症状について、中期で行った話し合いをもとに認知再構成を試み、また新たな強迫症状が出現した際に対応できるよう対処方法について話し合いを重ねた。
- ・終結期(#11~#12)：強迫症状の先行刺激は変化しやすかったが、強迫観念と強迫行為には共通性があり、その大前提として「呪いをかけられている」という認知があることを図式化し共有した。また、不可解な出来事があると、それを「呪い」と結びつけるような結論への飛躍が生じていること等についても共有し、これまで面接の中で話し合われた対処方法について

てまとめ、再び症状が悪化しない方法について話し合った。

【CBT 終了後の経過：ブースターセッションの有無や内容を含めて記載ください】

ブースターセッションとして全 6 回（1 か月に 1 度の頻度）施行。主にソクラテス式問答を繰り返しながら認知再構成を試み、本セッションで話し合った対処方法の確認作業を行った。

【治療上の配慮や感想、コメント】

強迫観念(あの世で家族に悪いことが起こるのではないかなど)や強迫観念の先行刺激(変なイメージが浮かぶ、知らない言葉を目にする)が多彩で非典型的であり、問題点の整理、治療への応用に難渋した。

【治療評価：治療者による評価】

不眠に対しては睡眠薬を使用。多彩な症状が整理、ノーマライズされること自体に一定の治療動機を持ち、治療を継続することが出来、特に抑うつ症状は次第に改善した。治療が進むにつれ、強迫症状が治療の中心の標的となり、対処方法の検討、認知再構成を継続し、症状は一定の軽快をみせた。一方、情緒的接触性の乏しさ、不注意などが本人の理解力に一定の影響を与えていると考えられ、対処の汎化に結び付きづらく、環境によるストレスと相まって症状の動揺性もみられた。

【治療評価：評価尺度】

評価項目		インテイク	6ヶ月	12ヶ月
PANSS 合計		66	55	50
PANSS 陽性症状		18	11	10
PANSS 陰性症状		13	14	13
PANSS 総合精神病理		35	30	27
CAARMS	奇異でない思考内容 (重症度 ; 頻度)	4;5	1;4	1;2
	奇異でない観念 (重症度 ; 頻度)	2;5	2;4	2;3
	知覚的な異常 (重症度 ; 頻度)	3;5	0;0	0;0
	解体した会話 (重症度 ; 頻度)	2;4	1;6	1;6
GAF		55	60	63
SOFAS		65	70	75
BDI		24	4	6
STAI (状態不安 ; 特性不安)		61 ; 67	49 ; 47	62 ; 59

【症例⑥】

年齢：10 代、性別：女性、職業：高校生

【診断】

ARMS 類型：APS

DSM-IV-TR：特定不能の不安障害



M.I.N.I.：全般性不安障害

【主要症状】

- ・精神病様症状（黒い影が見える、物の変形して見える、幻聴、耳鳴り、監視されている感じ）
- ・衝動性（急に叫びたくなる、自分を傷つけたくなる）
- ・全般性の不安症状（起こり得ない事への過剰な不安、不安時の自律神経症状）

【現病歴（簡潔なもの）】

X-1年（高校1年）10月頃より背後から見られる感覚が出始め、誰かが自分に殺意を抱いていると感じたり、急に叫んだり立ち上がりたくなる衝動が出現した。人の影が1日に数回見えていた。12月には過換気発作のためA総合病院心療内科を受診し、診察を一度だけ受けた。X年1月、あるはずのない所に人の目が見えるようになり、2月には人影が目前に見え「人が殺しにきました」と錯乱状態になった。自分の名前を呼ぶ声やカメラのシャッター音が月1～2回あり、黒い影が見えて「誰かから見られている」「殺されるんじゃないか」と考えることもあった。見られる感じと連動して気分の落ち込みはあり、急に叫びなくなったり、自分を傷つけたくなる衝動に駆られる事は週2回程度。疲れやすさは毎日のようにあり、目眩、腹痛などの身体症状のために月2回ほど学校は欠席しながら登校を続けていたが、精神病様症状に変化はなく、X年6月にB心療内科を受診、統合失調症疑いとして、当科を紹介され、X年7月に当科専門外来の初診となった。

【CBTにおける主な標的】

- ・完璧を求める認知
- ・他者に対する罪悪感

【セッション数／頻度】

- ・セッション数：10回
- ・頻度：1/W（体調不良により数回のキャンセルあり）

【CBT治療経過】（※初期／中期／後期／終結期等に分類し、該当するセッション回数とCBTの内容を併せて記載ください）

- ・初期（#1～#2）：アセスメント、問題リスト作成
- ・中期①（#3～#8）：（学校欠席が始まる）ストレスに関する心理教育、APSの心理教育、行動活性化、日常生活スケジュール管理、自傷行為に対する衝動性
- ・中期②（#9～#10）：（登校再開を検討し始める）負担の少ない登校形態の検討

【CBT終了後の経過：ブースターセッションの有無や内容を含めて記載ください】

3ヶ月間の介入後に登校を再開し、通学に伴う通院時間の確保が困難となったためにセッションは休止、終了となった。保護者からの連絡により、6ヶ月時点で疲労感を時折感じつつも登校を継続している様子。今後、状況を鑑みながらフォローアップを行う予定である。

【治療上の配慮や感想、コメント】

持続している精神病様症状、身体症状、不安症状、生活リズムの乱れと問題リストが多岐に渡っていた。CBT 開始当初に苦痛感の強かった『衝動的に急に叫びたくなる』という問題に着手する事に決めたものの、「授業中に衝動が湧いてくると押さえるのに手一杯で、授業に集中できない」という問題を内包しての苦痛感であったため、学校欠席をしている状況下では優先的事項にはなり得ず、取り組む課題を変更する必要が生じた。登校→欠席→登校再開という短期間の生活環境変化に合わせ、各セッションで目前に迫っている問題をアジェンダとして取り扱う柔軟な対応に配慮を要した。

欠席に伴って出席日数や単位取得の問題が生じ、進級・進学への影響を強く懸念する保護者への対応も必要であった。

【治療評価：治療者による評価】

持続している様々な症状が起っている理由がわからない事への困惑・不安が存在し、「わからないモヤモヤ」のために問題が増長しているようであった。ストレスに関する心理教育を行うことで、自身の症状を位置づけることが可能となり、セルフモニタリングや問題の客観的把握に繋がったものと思われる。

各セッションのアジェンダに連続性は見出し難いが、様々な問題を検討することにより C1 の中心的な認知と感情（「きちんとやらなくてはいけない」「力を出し切らなくてはいけない」「迷惑かけている」「罪悪感」）が浮き彫りになってきている。今後、これらの認知に対する介入が行われることが望ましいと考えられる。

【治療評価：評価尺度】

評価項目		インテイク	6ヶ月	12ヶ月
PANSS 合計		48		
PANSS 陽性症状		11		
PANSS 陰性症状		7		
PANSS 総合精神病理		30		
CAARMS	奇異でない思考内容（重症度；頻度）	2；3		
	奇異でない観念（重症度；頻度）	3；5		
	知覚的な異常（重症度；頻度）	4；5		
	解体した会話（重症度；頻度）	0；0		
GAF		51		
SOFAS		62		
BDI		34		
STAI（状態不安；特性不安）		57；61		

2. 介入継続中

## 【症例⑦】

年齢：10代、性別：女性、職業：高校生

## 【診断】

ARMS 類型：APS

臨床診断：社交不安障害、強迫性障害

(可能であれば DSM-IV-TR も)：社交不安障害、強迫性障害

## 【主要症状】

抑うつ症状、幻聴様体験

## 【現病歴 (簡潔なもの)】

中学3年生の頃からイライラ感、落ち着きのなさ、教室の後ろから見られている感じがあり、保健室登校となった。高校進学後、1年、2年と、前半は登校できるが後半は通えなくなることを繰り返していた。3年生からは、ほとんど出席できず、こそこそ話している人がいると、自分のことを悪く言っていると考えるようになってしまった。気分が落ち込み、リストカットが出始め、抑うつ気分を主訴にA心療内科を受診したが改善しないため、B病院を受診。医師により、幻聴の症状に加えて、統合失調症らしさのようなものがあると考えられ、統合失調症の前駆期が疑われ当院を受診。色の組み合わせなどの強迫症状等も認められた。

## 【CBTにおける主な標的】

抑うつ症状、気分の波

## 【セッション数/頻度】

合計セッション数：現時点で17回/頻度：週1回

## 【記載時までの CBT 治療経過】(※初期/中期/後期/終結期等に分類し、該当するセッション回数と CBT 内容を併せて記載)

- ・初期 (#1~#4)：問題の経過と治療への期待を確認し、問題リストの作成を行った。うつ症状、幻聴様体験、強迫症状、気分の波等、様々な症状により、対人コミュニケーションの問題が生じて、社会集団に入れないという問題が生じているという、問題同士の繋がりを共有し、気分の波に焦点を当てた治療目標を設定した。
- ・中期 (#5~#9)：気分の波をセルフモニタリングしながら、特に気分が落ち込んだ場面に注目し、アセスメントを開始する。しかし、ほとんどの時間を落ち込んだ状態で過ごしていることや、落ち込んだきっかけを思い出せない等があり、Slice of time でアセスメントを行うことに時間を要した。
- ・後期 (#10~#17)：認知再構成を開始した。「根拠」と「反証」を用いる方法ではうまく進まず、適応的思考を導き出すポイントについて話し合うセッションも設け、本人に合わせたかたちで認知再構成を行っていった。後期の後半からは、スキーマを取扱い、本人の中にある様々なルールの書き換えに焦点を当てて、話し合いを進めた。
- ・終結期 ( ~ )：

## 【記載時までの治療上の配慮や感想、コメント】

診断閾値には達しないが神経発達障害圏の特徴が薄められて存在している可能性があり、言葉の使い方や定義などにズレがあると、先に進まなくなることが度々起きている。このため、本人と

共有しやすい方法について試行錯誤的な介入を要するケースである。学校に行くことは難しい状態が続いているが、徐々に人とつながりたい気持ちが出てきている状態である。

【治療評価：評価尺度】

評価項目		インテイク		
PANSS 合計		60	—	—
PANSS 陽性症状		13	—	—
PANSS 陰性症状		13	—	—
PANSS 総合精神病理		34	—	—
CAARMS	奇異でない思考内容（重症度；頻度）	4；3	—	—
	奇異でない観念（重症度；頻度）	4；4	—	—
	知覚的な異常（重症度；頻度）	3；2	—	—
	解体した会話（重症度；頻度）	0；0	—	—
GAF		45	—	—
SOFAS		51	—	—
BDI		56	—	—
STAI（状態不安；特性不安）		63；72	—	—
その他			—	—
その他			—	—

3. 非適応例

【症例③】

年齢：15歳、性別：男性、職業：学生

【診断】

ARMS 類型：APS

臨床診断：特定不能のうつ病性障害、特定不能の広汎性発達障害

（可能であれば DSM-IV-TR も）：同上

【主要症状】

- ・精神病症状：短時間・片言だが明確な幻聴、会話の形をとる表象、確信度の低い被害念慮
- ・抑うつ症状：抑うつ気分
- ・発達障害関連症状：コミュニケーションの困難（小学3年時より高機能自閉症として治療歴）

【現病歴（簡潔なもの）】

小学3年時より近医小児科で高機能自閉症と診断加療されており、発達障害児教室に通学。小学4年時～不登校だが、特技のギターを活かすため、専門の定時制高校に進学し、1年間は登校できていた。対人関係の問題で2年生5月から再度不登校となったが、それを契機に抑うつのになり、幻聴様体験、被害念慮が悪化した。（これらの体験は小学校4年時から出現しており、社会

的状況の悪化と共に症状も増悪する。今回の症状がこれまでに最も活発。) 閾値下精神病症状に加え、学校に通えない、心が辛い、ということの主訴に近くの総合病院精神科を受診し、ARMSを疑われたことから当科を紹介された。

【非適応理由】 該当項目にチェック (複数回答可)

- ・ 本人が拒否／消極的
- ・ 早期に症状が改善した

【治療経過の概略と事例についてのコメント】

初診後、精神症状の評価と共に CBT を実施する方向で検討を進めていたが、学校での適応が改善し、それに伴って症状が全般的に改善。本人の援助希求、治療意欲が低減した。長年の経過で父親も本人の場合当たりの「意向」を尊重、助長する過保護的な構図が定着しており、結果的に短期間で治療自体も中断することとなった事例。生育史的に継続的に課題に取り組み達成した体験に乏しい方であるが、CBT のような高負荷の治療法を前にして却って回避性が助長された可能性がある。長期的関係の維持を最優先するとすれば、CBT の導入時期を考慮する必要があったかもしれない。

【症例⑨】

年齢：10 代、性別：男性、職業：学生

【診断】

ARMS 類型：APS

臨床診断：社交不安障害

(可能であれば DSM-IV-TR も)：社交不安障害

【主要症状】被害念慮、不眠

- ・ 被害念慮：授業中ずっと視線を感じ、人を笑うような感じ、怖くて振り返って確認はできない。噂されているのではと気になることもあった。教室にいても家にいても、一人でいても天井からもいろいろな方向から視線を感じ、寝ているときも足元の方から複数の人が見ている感じがあった。監視カメラがあるので探すこともあった。

【現病歴 (簡潔なもの)】

X 年 4 月に高校に入学したが、周囲になじめず孤立していくようになった。4 月中旬からクラスメイト皆からの視線を感じるようになり、次第に学校に行こうとすると腹痛が生じ、不登校になった。両親の勧めで 7 月上旬に近医クリニックを受診し、2 日後に当クリニック紹介受診となった。

【非適応理由】 該当項目にチェック (複数回答可)

- ・ 本人が拒否／消極的 (CBT への心理的抵抗の強さが推測された)
- ・ 通院上の問題 (通院の同伴者 (祖母) の都合が合わせる事が困難であった)

【治療経過の概略と事例についてのコメント】

不眠に対して睡眠薬を少量、短期間使用したところ不眠は改善。一方、被害念慮は持続しており、主治医から CBT の治療を勧めていた。治療への理解はあり診察には協力的であったが、対人緊張は一定の程度で持続し、心理的介入への抵抗が窺えた。当初は家族の治療に対する意識も高く、一定期間は受診させようとしていたが、同伴者の都合が合わない事から受診が途絶え始め、3ヶ月で受診の自己中断へと至った。期間中は不登校であり、自宅中心の生活が続いていた。

厚生労働科学研究委託費（障害者対策総合研究事業）  
委託業務成果報告（業務項目）

メンタルヘルスリテラシーのための方法論・資材の開発に関する研究  
担当責任者 下寺 信次 高知大学医学部神経精神科学教室 准教授

研究協力者

藤田博一 高知大学医学部 神経精神科学教室 講師  
上村直人 高知大学医学部 神経精神科学教室 講師  
松田祥幸 高知大学医学部附属病院リハビリテーション部 作業療法士

研究要旨：メンタルヘルスリテラシーの普及のためには、これまでの既存のテキストではなく、精神病症状の顕在化したばかりのデリケートな状態においてリスクを理解できるものであることが望まれる。精神病様体験を有する高校生は有意に健康な群に対して自殺念慮が多く見られた。さらに自殺念慮を有する高校生は重症度が高くなると希求行動をとりにくくなることが明らかになった。このようなメンタルヘルスに関する問題はいじめの問題とも関連をしていた。メンタルヘルスリテラシーの方法における時期については学校の授業、手段としては解りやすい双方向性にやりとり可能な動画とテキストによるものが望ましいと考えた。資材の開発においては上記を踏まえるとともに、さらに若者のメンタルヘルスを調査して我が国の文化的背景にマッチさせることが重要であると考えた。

A. 研究目的

リテラシーの語源はletter(文字)であり、記述された内容を理解して活用することを意味する。精神疾患患者に対する早期介入とその体制確立において、メンタルヘルスリテラシーの問題はその実現のための重要なツールとなる。メンタルヘルスは近年のストレス社会におけるうつ病の問題で身近な話題となっている。しかしながら、精神疾患は若年から発症することが、国際的にも明らかになっている中で我が国においても早期にメンタルヘルスリテラシーの確立が急ぐべき緊急の課題となっている。本研究目的は業務項目の中の「メンタルヘルスリテラシーのための方法論・資材の開発」に向けて全体の委託業務と情報を共有しながら、我が国の実情にあったメンタルヘルスリテラシーの方法論の確立と資材の開発を行うものである。

B. 研究方法

中高生を中心とした若年者のメンタルヘルスの現状を国内外の文献を整理することにより把握する。また、すでに情報の収集と解析を行っている中高生のメガデータからメンタルヘルスに関して重要である、精神病様体験と自殺念慮の問題を整理する。また、メンタルヘルスリテラシーは精神疾患の理解を

促すことが重要な課題であるため、自殺念慮の重症度と適切な解決に結びつくための希求行動について調査を行う。さらに近年、マスメディアでも問題となっているいじめの問題に関してもメンタルヘルスの問題との関連を探索しながら調査行なう。

さらに高知県内の公立高等学校38校（総生徒数14132名）のうち26校（総生徒数10142）の協力を依頼した。調査内容は高校生に対するメンタルヘルスリテラシーの調査を統合失調症や大うつ病などの典型的な症例を紹介し、的確に診断名が選択出来るかを確認した。

（倫理面への配慮）

本業務項目はメンタルヘルスに関する資料の収集と整理、資材の開発であるため、臨床研究等の倫理指針とは無関係である。中高生の疫学データの解析に関しては本研究の開始以前から継続的に行っており、高知大学医学部倫理委員会の承認を得ており、プライバシーの配慮など倫理的な配慮を行っている。事前にアンケートへの記載は任意であり、回答したくないものは白紙のまま簡単に糊付けされる封筒に厳密に封印された。アンケート中も生徒同士、担任などが覗かないようにマニュアルに沿って実施した。

C. 研究結果

本研究結果には、他の研究者が行った文献的な結果をまとめたも回収率 94.3%)。同様に回収および解説の可能であったのも含む。

中高生の自殺は中学生から次第に件数が増えていき2004年の世界の大規模横断研究では高校生になると5.45倍、2011年の日本の研究報告では6.54倍となることが報告されておりメンタルヘルスに関する早期介入の重要性は高かった。16131名の中高生に対するアンケート調査の結果では14.3%の生徒に精神病様体験が見られた。さらに自覚的な病的体験への苦痛の有無を要素として勘案すると苦痛のあるものはないものに比較して自殺念慮は3.8倍のオッズ比となっていた。

また、メンタルヘルスリテラシーの調査項目では26校10142名のうち、9566名から有効回答が得られた(9484名の高校生を対象にした調査では軽度のうつ状態を有するものは8.6%、重度のうつ状態を有するものは4.6%であった。抑うつ状態を有する生徒の希求行動はいじめが関与すると上昇することが判明したが、抑うつ状態が重度になると希求行動は有意に減少していた。特に友人や家族といった最も身近な対象に希求行動を起こさなくなっていた。

#### 高校生1万人のアンケート —統合失調症を知っているか—

- 花子さんは両親と3人暮らし。高卒後は短期間の仕事をいくつかやってきたが、現在は働いていない。この6か月間友人と会うことをいっさいやめてしまった。夜中には部屋の中を歩き回っている。
- 一人ではいるはずなのに、突然さげんだり、誰かと話したりする様子に家族が気づいている。
- 「誰かに後をつけられたり、盗聴されているから外出できない」と訴えることもある。
- 彼女はドラッグやお酒は使用していない。

#### 高校生1万人のアンケート —統合失調症を知っているか— 7.5%が統合失調症と正答

- 42.8%が対人恐怖症
- 30.9%がよくわからない
- 13.3%がうつ病
- 5.0%が別に病気ではない
- 0.5%が摂食障害

#### 高校生1万人のアンケート —大うつ病を知っているか—

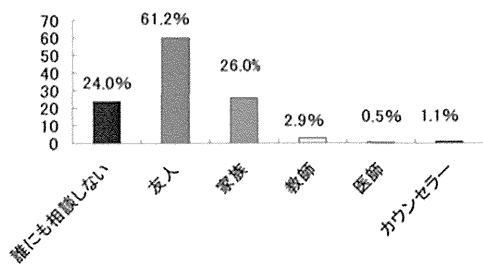
- 太郎君は、この数週間、いつもとちがって、なんだか悲しくなったり、つらい気持ちになったりすることが多い。いつも体がだるく、疲れていて夜はしっかり眠れない。
- 食欲もなく、体重もやせてきている。勉強も手につかない。
- 決めなくてはいけないことが決められず、これまでできていた毎日の勉強や仕事がつらく感じる。
- 家族や担任の先生は彼の様子をととても心配している。

#### 高校生1万人のアンケート —大うつ病を知っているか— 46.7%がうつ病と正答

- 27.0%がよくわからない
- 13.9%が別に病気ではない
- 9.1%が統合失調症
- 2.5%が摂食障害
- 0.9%が対人恐怖症



## 落ち込んだり、精神的につらい ときの相談相手(あてはまるものすべてを選ぶ)



統合失調症は若年から発症するがほとんど認知されていない。うつ病の理解も50%未満であった。多肢選択式であるから、正答が高くなっている可能性が高く、実際の知識はさらに乏しいと思われる。さらに精神疾患の相談相手は友人か家族であり特に統合失調症に専門的知識をもたないものである。

### D. 考察

メンタルヘルスリテラシーは精神疾患が若年発症であることが次第に明らかになっていく中で、その教育的な意義は極めて高いことが想定される。中高生のメンタルヘルスリテラシーに関しても精神疾患に関する知識は極めて乏しいと言わざるをえない。今年度の調査では精神疾患の早期発見や予防に関する希求行動について詳述した。有効な援助を行うためにはまず、希求行動のもとになる自己の知識を高める介入が必要である。このことは教科書への記載の問題にもつながっていく。

### E. 結論

さらなる国内外のメンタルヘルスリテラシーに関する文献の収集と分析が必要である。今後の課題は学校現場と連携を深めて、共同作業で動画などの媒体を盛り込んだ視覚教材の作製に取りかかかかる準備が必要である。

F. 健康危険情報  
該当無し。

(委託業務成果報告(業務項目)には記入せずに、委託業務成果報告(総括)にまとめて記入)

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表

1. Nishida A\*, Shimodera S\*, Sasaki T, Richards

M, Hatch SL, Yamasaki S, Usami S, Ando S, Asukai N, Okazaki Y. Risk for suicidal problems in poor-help-seeking adolescents with psychotic-like experiences: Findings from a cross-sectional survey of 16,131 adolescents. *Schizophr Res.* 2014;159:257-262

\* 共同筆頭著者

2. Shiraishi N, Nishida A, Shimodera S, Sasaki T, Oshima N, Watanabe N, Akechi T, Furukawa TA, Okazaki Y. Relationship between violent behavior and repeated weight-loss dieting among female adolescents in Japan. *PLoS One.* 2014 Sep 11;9(9):e107744

責任著者

3. Kitagawa Y\*, Shimodera S\*, Togo F, Okazaki Y, Nishida A, Sasaki T. Suicidal feelings interferes with help-seeking in bullied adolescents. *PLoS One.* 2014 Sep 4;9(9):e106031

\* 共同筆頭著者

4. Shimodera S, Watanabe N, Furukawa TA, Katsuki F, Fujita H, Sasaki M, Perlis ML. Change in quality of life after brief behavioral therapy for insomnia in concurrent depression: Analysis of the effects of a randomized controlled trial. *J Clin Sleep Med.* 2014; 10:433-439

5. Kawano M, Sawada K, Shimodera S, Ogawa Y, Kariya S, Lang DJ, Inoue S, Honer WG. Hippocampal subfield volumes in first episode and chronic schizophrenia. *PLoS One.* 2015 Feb 6;10(2):e0117785.

学会発表

下寺信次、山崎修道、安藤俊太郎、西田淳志、森信繁、水野雅文、岡崎祐士、佐々木司、飛鳥井望精神保健・医療に関する若者のリテラシー。第110回日本精神神経学会学術総会 シンポジウム

H. 知的財産権の出願・登録状況  
(予定を含む。)

1. 特許取得  
該当なし
2. 実用新案登録  
該当なし

3. その他  
特記なし

厚生労働科学研究委託費（平成 26 年度障害者対策総合研究事業）

委託業務成果報告（業務項目）

ARMS 症例の追跡調査および奈良県における早期支援のための地域連携モデルの検討

担当責任者 岸本年史 奈良県立医科大学 精神医学講座 教授

研究要旨：奈良県立医科大学精神医療センターでは、平成 23 年 10 月から Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes/Scales of Prodromal Symptoms (SIPS/SOPS) を用いて、アットリスク患者の評価と診断を行っている。平成 23 年 10 月から平成 26 年 6 月までに当センターを初診した患者のうち SIPS/SOPS で ARMS (At Risk Mental State) と診断されたのは 11 例であった。初診時の平均年齢は 15 歳で、9 名が微弱な陽性症状群、2 名が遺伝的なリスクと機能の低下群に該当した。11 例のうち、抗精神病薬の使用、その他の向精神薬の使用がそれぞれ 3 名あり、5 名が無投薬であった。一例が初診から 1 年 8 か月で妄想型統合失調症を発症し、その他の症例では精神病状態への移行はみられなかった。今後、早期介入に関する普及活動や専門医療の提供を行い、当センターがアットリスク患者の包括的なセンターとなることで、より多くの援助希求者の評価や治療、追跡調査が可能になると考えられる。

#### A.研究目的

統合失調症をはじめとする精神疾患に対する早期発見・早期支援の意義はすでに広く認められてきており、リスクを正確に評価し介入することの重要性が認識されてきている。

臨床的ハイリスク状態は ARMS (At Risk Mental State) とよばれるが、この操作的評価として CAARMS (Comprehensive Assessment of At Risk Mental State) や SIPS/SOPS (Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes/Scales of Prodromal Symptoms) が使用されている。奈良県立医科大学精神医療センターでもこれらの操作的診断法を用いて、外来初診患者のリスクの評価を行い、その追跡調査を行っている。また、早期介入において心理的介入は重要な構成要素であるが、ARMS と診断された症例のうち、同意を得られた症例に対して認知行動療法 (CBT ; Cognitive Behavioral Therapy) を施行している。

今回われわれは、当センターで SIPS/SOPS を用いて ARMS と診断された 11 例について、その追跡調査の結果を報告し、そのうち CBT を施行した一例について、症例提示する。また、最後にわ

が県における地域ケアとしての精神疾患早期発見・早期支援に関する現状と、地域連携モデルの今後の展望について述べる。

#### B.研究方法

平成 23 年 10 月から当センターを初診となった外来患者で、主治医が必要と判断した症例に対して、SOPS/SOPS を用いて ARMS の操作的診断を行った。精神病状態および精神病性障害の診断基準については、SIPS/SOPS および DSM-IV-TR、ICD-10 を用いて評価した。SIPS/SOPS で ARMS と診断された 11 例について、平成 27 年 2 月時点での転帰について調査した。(倫理面への配慮) 本研究は、奈良県立医科大学医の倫理委員会の承認を得て行った。

#### C.研究結果

a) 平成 23 年 10 月から平成 26 年 6 月の 32 か月間に当センターを初診となり、SIPS/SOPS で操作的に ARMS と診断されたのは 11 例であった。

ARMS 患者 11 例の初診時における平均年齢は 15 歳で、男性 6 名、女性 5 名であった。ARMS 分類は 9 名が微弱な陽性症状群、2 名が遺伝的な

リスクと機能の低下群に該当した。DSM-IV-TR 診断は、社交不安障害、強迫性障害、適応障害がそれぞれ2名、統合失調症（発症）が1名、衝動性の制御の障害が1名、操作的診断なしが3名であった。薬物療法については抗精神病薬の使用が3名、その他の向精神薬の使用が3名、薬物療法なしが5名であった。11例のうち精神病状態に移行したのは一例であり、初診から1年8か月後に妄想型統合失調症を

発症した（表1）。当センターでは11例のうち、同意の得られた一例に対してCBTを施行したため、次にその治療内容を提示する。

b) 症例提示

症例：15歳 女子

主訴：考えが頭の中に入ってくる、集中できない

生活歴および現病歴：

同胞2名中第2子。出生発達に問題はなかった。小学校3年生時、友人とトラブルを起こしたことを契機にいじめに遭い、それから手洗いを頻回にするようになった。X年（中学校2年生時）のはじめからは、入浴時間も長くなった。また、「勉強していると怖い映像が頭の中に出てくる」「自分の思っていることと逆のことを思い浮かべてしまう」と訴え、集中力が落ちたため、同年7月29日に当センター初診となった。初診時、「周りから考えさせられる感覚がある」「頭の中に考えが入ってくる」などの症状を認めたため、ARMSを疑われSIPS/SOPSを施行した。SIPS/SOPSでは微弱な陽性症状群と診断され、本人・家族の希望があり、同年12月からCBT導入となった。

表1.ARMSの追跡症例

No.	初診時年齢	性別	初診日	追跡期間(2015.02時点)	家族歴	主訴・受診動機	ARMS類型	臨床診断	転帰	向精神薬	精神療法
1	17	M	2012.03.29	2年11か月	姉 強迫性障害	不登校、聴覚過敏	微弱な陽性症状群	社交不安障害	通院継続、移行なし	blonanserin, ethyl loflazepate	支持的精神療法
2	18	M	2012.06.03	2か月で中断	なし	幻覚、自殺企図	微弱な陽性症状群	適応障害	2012.08.14で自己中断(軽快)	なし	支持的精神療法
3	14	M	2012.01.09	2か月で中断	なし	不登校、被注察感	遺伝的なリスクと機能の低下	適応障害、失調型パーソナリティ	2012.03.26で自己中断(軽快)	なし	支持的精神療法
4	17	F	2012.02.21	3年0か月	なし	頭重感、被注察感	微弱な陽性症状群	統合失調症、妄想型	2013.10発症、転医	paliperidone	支持的精神療法
5	17	M	2012.05.31	2年9か月	なし	被注察感、希死念慮	微弱な陽性症状群	特定不能の衝動性の障害	通院継続、移行なし	brotizolam	支持的精神療法
6	14	F	2012.06.28	5か月で中断	兄 精神遅滞	被注察感、希死念慮	微弱な陽性症状群	操作的診断なし	2012.10.11で自己中断(軽快)	lorazepam, brotizolam	支持的精神療法
7	15	F	2013.07.29	1年7か月	なし	思考吹入、強迫観念	微弱な陽性症状群	強迫性障害	通院継続、移行なし	なし	認知行動療法
8	15	F	2014.05.22	9か月	なし	不眠、抑うつ気分	微弱な陽性症状群	社交不安障害	通院継続、移行なし	ethyl loflazepate	支持的精神療法
9	14	M	2013.06.27	1年8か月	なし	不眠、聴覚過敏	微弱な陽性症状群	強迫性障害	通院継続、移行なし	risperidone, fluvoxamine	支持的精神療法
10	15	M	2014.04.17	1か月で中断	母 統合失調感情障害	不眠、被害妄想	微弱な陽性症状群	操作的診断なし	2014.05.15で自己中断(軽快)	なし	支持的精神療法
11	14	F	2013.11.28	1か月で中断	なし	不登校	遺伝的なリスクと機能の低下	操作的診断なし	2013.12.27で自己中断(軽快)	なし	支持的精神療法

治療経過：

本人と家族の希望から、初診時から投薬は一切なく、主治医による支持的精神療法と臨床心理士によるCBTを並行して開始した。

CBT初回、本人に困っていることを問うと「怖い考えが浮かんでくる。思っていることと反対のことが浮かんだりする」と述べ、対処として「手を洗うのもあるけど、頭で打ち消そうとしている」と語った。「怖いことが頭に浮かぶ」ことは1日中

頻回に生じており「誰にでも話せる訳じゃないので、聞いてもらえることで少し楽」だと述べ、具体的に症状を言語化し、CBTに対して肯定的な姿勢を見せた。

CBT中期では、日常生活の中で繰り返し「癌」という言葉が頭に浮かび、頭の中でなかなか消えない苦しさを訴えた。症状日記や不安階層表を用いて強迫的な思考や行動の背景には、「癌」という言葉が浮かんでくるのが明らかとなったため、

「癌」という言葉が浮かぶことに対し、曝露反応妨害法の導入を進めた。

後期では曝露反応妨害法を進めるための行動実験を開始した。具体的には「癌」に関する書物を読み、「癌」という言葉を頭の中に想起させ、打ち消しをしないという実験を行った。その結果、言葉は想起されず、集中して書物を読むことができた。同様の実験を繰り返した結果、「癌という言葉が浮かばせようとした時にはなかなか出てこない」ことや「浮かんできた時に打ち消さないようにできれば大丈夫になっていくかもしれない」と述べ、不合理な考えに対し、打消しを試みることで症状が増悪するという認識を共有することができた。合計 20 回を区切りに認知行動療法は終了となった。

CBT 終了以降も、月に 1 回の間隔でブースターセッションを行っている。ブースターセッションでは、両価性の思考が浮かんできた際の対処法や強迫観念および強迫行為が生じる仕組みについての復習を行っている。

症例の考察：

CBT によって症状の主体が強迫症状であることが明らかになり、その対処法によって、強迫症状が陽性症状へと発展することを予防できた可能性がある。具体的には「自分の意思とは反対の考えが浮かぶ」という思考について、強迫観念として理解し、曝露反応妨害法を利用したことが、微弱な陽性症状の減弱・消褪に有益であったと考えられる。本症例では、本人と家族の希望により初診時から投薬は一切行っておらず、精神病への移行防止に対する心理的介入の重要性や可能性を再認識した症例であった。

#### D. 考察および結論

ARMS でかつ援助希求をする者が 1~2 年の間に明らかな精神病を発症する率（移行率）は、当初 30~40%と報告されていたが、研究の進展とともに徐々に低下する傾向にあることが指摘されて

いる。最近報告された、約 2500 例の ARMS のメタ解析によると、精神病状態への移行率は 6 か月で 18%、1 年で 22%、2 年で 29%、3 年で 32%、それ以上で 36%である<sup>1)</sup>。移行例のうち統合失調症を発症するのは約 60%であり、それ以外は統合失調症様障害や短期精神病性障害、統合失調感情障害、精神病症状を伴う双極性障害やうつ病など多様である<sup>2)</sup>。今回の調査で追跡可能であった症例の移行率は、初診から 6 か月で 0% (0/6 例)、1 年で 0% (0/5 例)、2 年で 33% (1/3 例) であり、発症した一例は妄想型統合失調症であった。通院を自己中断した症例に関しては、手紙や電話による追跡は行っておらず、正確な移行率を評価するには、通院中断後の追跡についても同意を得ておく必要があると考えられた。また、今回の検討では、追跡できた症例数が少なく統計学的な意味はもたないと考えられ、上述の点を改善することで、今後はより症例数を蓄積し、長期間の追跡調査を行いたい。

AMRS の治療に関して、AMRS は精神病状態への移行は前提とされておらず、抗精神病薬治療は第一選択とは考えられていない。ARMS では精神病症状の他に抑うつや不安などの症状を呈したり、さまざまな現実的な問題を抱えていることも多く、心理的治療の役割は大きい。ARMS に対する CBT を用いたランダム化比較試験 (RCT: Randomized Controlled Trial) がこれまで行われてきたが、その発症予防効果が期待されている。最近のメタ解析によれば、CBT による治療を行った場合、12 か月後の精神病状態への移行リスクは通常治療と比べておよそ 48%低下することが明らかになっている<sup>3)</sup>。一方で、支持的精神療法などの非特異的な心理的介入にも一定の治療効果が認められることが知られており、CBT との差を RCT で見出すことは難しいかもしれない。前述の一症例に関しては、本人・家族が向精神薬による薬物療法を拒否したため、精神療法が治療の中心となった。また、初診時から強度の不安症状を呈していたため、