

会 長 講 演

統合失調症の心理社会的治療の発展：患者中心か家族中心か

井上 新平 (高知大学)

<索引用語：心理社会的治療，認知行動療法，心理教育的家族療法，コミュニケーション>

1. はじめに

統合失調症の治療では、薬物治療と心理社会的治療を組み合わせることで効果をあげることができる。どのような治療法がどのような治療段階で有効かがSchizophrenia PORT 2003 (統合失調症に関する患者転帰研究チームによる2003年版治療推奨)にまとめられており、薬物治療で14項目、心理社会的治療で6項目が推奨されている¹⁾。後者では家族介入 (FT)・援助付雇用 (SE)・包括的地域生活支援プログラム (ACT)・社会技能訓練 (SST)・認知行動療法志向的精神療法 (CBT)・トークン経済が取り出されている。これらの心理社会的治療はいずれも薬物治療と比べてそんな程度に効果的であるが、薬物治療に比べて実用性は低く評価されている。

心理社会的治療は治療の対象から見て2つの分野に大別できると思われる。一つは患者の感情、思考、行動などをターゲットとし、何らかの形でその変容、改善、適応性向上などをめざすもので、上記治療推奨の中ではCBTやSSTが相当する。もう一つは患者をとりまく心理社会的環境をターゲットとし、その変化を通して患者の感情や認知の安定、行動の適応化などを図る治療である。FTやSEが相当する。ACTはどちらかと言え

ば後者であり、トークン経済は前者であろう。そして方向性の異なった治療を並行させることで治療効果が一層高まることが期待できる。心理社会的治療を2つ以上提供することは非常な労力があることではあるが。

ここでは、まず最近の心理社会的治療の動向を概観し、次に患者とのやり取りが中心になる治療としてCBTを、家族とのやり取りが中心になる治療として心理教育的家族療法を取り上げる。最後に、患者か家族かという二者択一的な臨床場面に置かれることが多い中で、精神科医のコミュニケーションは患者中心か家族中心かに分化してしまう、ということ指摘しながら、最近の研究成果を若干紹介する。それらを通して精神科医にとって患者にも家族にも偏ることなく臨床を進めることが重要かもしれない、ということが示唆できれば喜ばしい。

2. 心理社会的治療の最近の動向

PORTとともに米国精神医学会 (APA) も十分な証拠に基づく心理社会的治療として、ACT、FT、SE、CBT、SST、再発を遅らせる/予防する早期介入を取り出している¹⁾。ここではややつまみ食いのになるが、これらの心理社会的治療か

ら最近の研究報告を若干取り上げて紹介する。

ACT に関する報告の中では、併存症の治療に対して標準的なケアマネジメントと比較した無作為割付対照試験 (RCT) 研究を取り上げる⁵⁾。この研究が興味を引くのは、物質使用障害を併発した精神病性の障害を持ち、ホームレス等の状態にある最重度の障害にチャレンジした研究であることで、現在の ACT の到達点がかがえらると思われたからである。結果は ACT を受けた群と標準的ケアマネジメントを受けた群の両方ともにより回復を示し、物質使用は予想以上に減っていた。また、ACT で入院率が減らせるのは入院率が高い地域に限られるということで、逆に入院率が低い地域では標準的ケアマネジメントと ACT の違いはないということであった。これから本格的に ACT が導入されようとしているわが国でも参考になると所見と思われる。

SE では、米国 7 州で 1,273 人が対象になった RCT 研究で、対象者が多く SE の現状をよく把握できる研究を取り上げた³⁾。通常の職業リハビリテーションプログラム等と比較検討されており、結果、雇用率・雇用期間・獲得給与のいずれの領域でも SE が勝っていた。しかし、期待された臨床症状などへの波及効果は見られなかった。このあたりの所見が援助付き雇用の到達点と言えるかもしれない。

SST は膨大な研究の蓄積があり、社会的スキルの獲得や自立生活の促進に効果が証明されている。治療機転には行動療法的側面と認知療法的側面があるが、最近では認知変化のほうに注目が向いているようである。ここで注目した研究は高齢者を対象とした認知行動技能訓練の効果を見たもので、RCT により、実験群は SST に加えて年齢相応認知療法、思考チャレンジモジュール、問題解決モジュールなどを受けた。結果、通常治療群に比べて、1) 身だしなみ・健康保持・移動性等の社会機能の改善、2) Beck 認知洞察尺度での点数増加、3) 訓練中に教示された特定の技能や情報に関する知識の増加が見られた。高齢化する地域在住の統合失調症の患者へのサービスに焦

点が当てられており、今後の取り組みに参考になると思われる⁶⁾。

3. 患者中心の心理社会的治療：認知行動療法

統合失調症の認知行動療法にはいくつかの手法があるが、精神症状改善のエビデンスが認められているのはイギリスで主として開発された手法である。十分な薬物治療を受けており持続的な精神病症状が残っているケースが対象で、患者と治療者の間で疾患の理解が共有されていること、標的の症状 (妄想・幻覚・陽性症状・陰性症状・抑うつ) が確定されていること、症状に対処する特定の認知・行動戦略ができていないことが重要とされる⁷⁾。

具体的には、1) 精神病症状の固定化、重症度の維持・減弱には正常な心理過程が関係する、2) 支持的要素が先行するが認知的作業を伴う、3) 共感的で安心できる関係の中で特定の症状が取り出されターゲットになる、という枠組みのもとに、1) 症状は不合理なものではないと解釈し、2) 症状に対する患者の確信と症状を処理するために作り上げてきた自然な対処機構に焦点を当て、3) 症状についてより合理的な認知的視点に導く。このための手法として、信念修正、焦点化/再帰属、精神病体験の正常化の 3 つがある。信念修正とは、妄想の確信の弱いところから順に確信の根拠にチャレンジしていくこと、焦点化/再帰属とは、慢性の幻聴に焦点を当て幻覚体験を詳細に述べるように働きかけ、その過程で症状が患者の日常生活にどの程度関連するかに注目させることである。そして最終的に幻覚を内的なものに再帰属させるように支援する。精神病体験の正常化とは、症状が日常生活のストレスの変化の中に入り込んでいることを理解し、症状がより正常なもので、おかしなものではないと考えるように支援する。このような接近は、慢性の精神病症状のみでなく、早期の精神病症状に対しても試みられている。

ところで、以上のような精神療法的接近を見ると、わが国にも似たような手法があることに注目すべきである。例えば原田は、「ことばの処方＝

種々の症状や治療状況でのアドバイス集」という命名で、生活臨床（江熊，中沢，宮内），「自閉」と「拒絶」（神田橋），賦活再燃現象と添え木療法（新海），「あせり」と「ゆとり」（中井），「私という医者処方する」（星野）の仕事論論じているが，そこで紹介されている医師の接し方には認知療法的な要素が多分に入っている⁷⁾。また，患者の異常体験を病的なものとして扱わずに接する手法も多く見られ，例えば伊勢田は以下のような“病者の「言い分」を鵜呑みにしてかかる”手法を報告している¹¹⁾。

症例は31歳の女性。「世間から見られている」「新聞・テレビが私のことで嘘の報道をしている」「ロッキード事件なども私に対する当てこすりだ」等々と強く訴えるのに対し，医師は「そんな報道をすとは，けしからん。テレビ，新聞でよってたかって攻撃されれば誰でもまいてしまう。私が一切責任をとるから，お母さんと一緒に，公営放送局に抗議に行ってもらっちゃい」と対応した。患者と家族は出かけて行き，そこで相談係に丁寧に対応され“納得”した。後日の診察で「手錠をかけられると思っていた。捕まらないで安心した。狐につままれたみたいです」と言ったという。

この場合の接し方は，イギリスの認知行動療法とは異なり逆説的である。しかしそのベースには信念修正，焦点化/再帰属，精神病体験の正常化といった考え方がある。イギリスのようにオーソドックスに，しかもエビデンスを目指すのと，日本のようにパラドキシカルに名人芸的に接するのと，両者の違いが出ていて興味深い。

4. 家族中心の心理社会的治療：

心理教育的家族療法

統合失調症の家族介入にもいくつかの手法があるが，APAの治療ガイドラインでは，手法の違いによる効果の差はないとしている¹⁾。そして共通的な事項として，1) 現在接触のある家族がいる場合に施行する，2) 最低9ヶ月間は継続する

必要がある，3) 疾患教育，危機介入，情緒的サポート，症状や関連の問題への対処の訓練を含ませる，4) 再発予防，家族負担軽減，家族関係の改善に効果がある，としている。以下，ここでは，筆者らが系統的に手がけてきたEE研究とそれに基づく心理教育的家族療法を紹介する。

家族介入の基礎には家族診断があり，そのための方法として家族のEE (expressed emotion) の測定と評価が定着している。EEとは他人に向けて発せられる感情を測定，定量化し，それを批判，敵意，巻き込まれ，肯定，暖かみの5つに分類したもので，これらを臨床事項と対比させたところ，前3者が臨床症状などと強く経過することが明らかになった。これらの感情の評価には，家族面接中に家族が述べた事柄や声のトーン，面接場面での感情の発露などを測定して判断する。そして一定の基準を設けてEEが高い家族と低い家族に分けて臨床指標と比較する。

EE研究が最初に手がけたのはEEと再発との関係であった。我々もEEと統合失調症や気分障害の9ヶ月間の再発予後との関係を見たところ，統合失調症で再発リスク比が2.7，気分障害で4.3という結果であった^{16,20)}。統合失調症の再発の場合，高EE，長い接触時間，非服薬という3つのリスク因子が加重的に働くことも見出された。これらの所見が興味深いのは，西欧諸国の先行研究やインド等との結果とほぼ同様であったことである。また特に面接中に表出された批判的なコメントが6つ以上という閾値を超えると再発リスクが有意に高まることで，このような関係が国地域や民族を超えて共通していることであり，そこに生物学的な共通性がうかがえることである。なおこのような再発との関連性は観察期間を2年に延長しても認められた¹⁴⁾。

EEは再発ばかりではなく，その他の臨床要因・心理社会的要因，また家族要因とも密接に関連している。例えば，高い低いにかかわらず，EEは陰性症状の中の情緒的引きこもりと関係し，非再発群では抑うつ気分と関係している¹⁵⁾。EEの影響は陽性症状の再燃のみでないことがうかが

える。社会機能との関連では、パフォーマンスや社会的に期待される活動が高EE群で低下する。一方低EEでは増加し、9ヵ月後には著明な差が生じるという結果であった⁸⁾。さらに家族の精神健康とも関連し、高EEの家族であること、女性であることで社会的活動障害が強かった¹⁸⁾。しかし家族の苦悩はEEの程度によらず著明に強く、国際比較でもほぼ同様であり、その不健康はストレスの強い職場と比肩しうるものであった。

家族介入を開始するにあたり家族の批判的コメントを分類分析した結果、批判の多くは陽性症状に向かい陰性症状は少ないことがわかった¹⁷⁾。この点イギリスと異なっているが、それはわが国が疾患教育で遅れをとっていることや、精神疾患に対する社会的偏見があるために受診が遅れ陰性症状には耐性が高いことが背景にあると考察した。家族介入では、まず高EE、低EEの区別なく入院患者全体を対象に短期の教育セッションを持った。批判の強い家族は、このセッションだけでも再発をゼロにすることができた。その後高EEの家族のみに単家族介入を行ったところ、再発率を低EE家族並みに低下させることができた。効果があったのは批判の強い家族が中心で、情緒的巻き込まれの強い家族(全体の20%程度)では再発予防効果になっていた¹⁹⁾。

我々の家族療法の手法は直接的手法に分類される。それは直接指示(行動処方)、宿題設定、問題中心・解決からなるものである。一般に家族療法での直接的手法の使用頻度は80%くらいとされる²⁾。逆に言えば、このようなオーソドックスな方法では成功しない場合があり、それに対しては逆説的な方法である、リフレーミング、隠喩的コミュニケーション、逆説的指示等の手法が必要かもしれない。我々の経験でも20%程度の家族がちょうどそれに相当しており興味深い符合である。

5. 患者中心か家族中心か

最後に、精神科医が患者中心か家族中心かに分化していく過程について若干考察する。

精神科医にとって、両者への接触をバランスよく取って臨床や研究を進めることはかなり難しい。そのことは、例えばEE研究の創設に関わったBrownが述べているし¹²⁾、土居も「患者に自己洞察のための介助を与えられない場合にだけ…環境調整に手を付けてよい」と述べ個人療法に関わる際の家族への接近を戒めている⁴⁾。実際、臨床場面では患者中心か家族中心かという二者択一的状況が不可避で、例えば限られた中で患者と家族のどちらに時間を割くか、提供される情報が異なる場合にどちらの情報をとるか、病態の解釈・望ましいと考えている治療や方策が異なる場合にどちらを採用するか、といった対立点がしばしば見られる。究極的状況は、医療保護入院と退院の判断であろう。結果、長年の臨床の中で、患者中心か家族中心か、どちらかに分化していく力が働いているように思える。

それでは臨床を開始する頃はどのようなスタンスであろうか。最近、医学生の面接を検討したので、考察する。

医学生は、臨床実習で患者との面接を本格的に開始する。我々は、平成12年より臨床実習中にビデオを用いた面接演習を行い、スキルの獲得過程を分析報告してきた⁹⁾。今回、OSCE、患者評価、ビデオの分析により、医学生の面接スタイルを分析した¹⁰⁾。対象は187人の第5学年生で、被面接者は神経科精神科の入院患者158人と模擬患者(SP)29人であった。得られた結果の一つがOSCEの因子分析で、主成分分析により8つの因子が取り出せた。そのうち上位3つで分散の43%が説明された。第1因子には症状探索、主訴経過、主訴性状、主訴状況、主訴重症度、解釈モデルなど多数の項目が入り、「情報取得のためのコミュニケーション」と解釈できた。第2因子には視線、明確化、促進が入り、「会話促進のためのコミュニケーション」と解釈できた。第3因子には最初の質問と共感が入り、「感情に配慮したコミュニケーション」と解釈された。

以上のデータから示唆されることは、医師としてのスタートラインの時点では、情報収集と客観

性を重視したコミュニケーションに対する比重が大きく、いわば病気中心のコミュニケーションが主体と推察される。その時点では、感情に配慮したコミュニケーション、つまり病者中心の視点は小さい。そして、その後の臨床の中で、次第に病者中心のコミュニケーションを発展させていき、その過程で客観性が次第に薄れるような力が働くのであろう。その一方で、病者中心のコミュニケーションの獲得、学習等々に困難をおぼえるとき、或いはより客観性を重視する研究的視点にシフトするとき、患者よりも家族への接近が強まるのかもしれない。いずれの方向に分化するにしても、当事者からみれば両者へのバランスがとれた接近をしてもらうのが、長期的には良いのであろう。この結論自体、さらに検討を要することではあるが、バランスの取れた接近を身につけるには、適時、適度に家族と接触しながら、医師自身の座標を点検することが重要ではなからうか。結論を急ぎすぎたが、本日の講演で最も強調したかったことである。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders Compendium 2004. Arlington, p. 249-439, 2004 (佐藤光源, 樋口輝彦, 井上新平監訳: 米国精神医学会治療ガイドライン コンペンディウム, 医学書院, 東京, 2006)
- 2) P・パーカー (中村伸一, 信国恵子監訳): 家族療法の基礎. 金剛出版, 東京, 1993
- 3) Cook, J.A., Leff, H.S., Blyler, C.R., et al.: Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. Arch Gen Psychiatry, 62; 505-512, 2005
- 4) 土居健郎: 精神療法の臨床と指導. 医学書院, 東京, 1967
- 5) Essock, S.M., Mueser, K.T., Drake, R.E., et al.: Comparison of ACT and standard case management for delivering integrated treatment for co-occurring disorders. Psychiatr Serv, 57; 185-196, 2006
- 6) Granholm, E., McQuaid, J.R., McClure, F.S., et al.: A randomized, controlled trial of cognitive be-

havioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. Am J Psychiatry, 162; 520-529, 2005

- 7) 原田誠一: 統合失調症の治療 理解・援助・予防の新たな視点. 金剛出版, 東京, 2006
- 8) Inoue, S., Tanaka, S., Shimodera, S., et al.: Expressed emotion and social function. Psychiatry Res, 72; 33-39, 1997
- 9) 井上新平, 藤田博一, 高橋美枝ほか: 医学部5年生に対するビデオを用いた医療面接実習の試み. 医学教育, 34; 21-28, 2003
- 10) 井上新平: 医療面接における視線の重要性: 5年間にわたる医学生のビデオ面接演習の分析. 平成17年度~平成18年度科学研究費補助金(基盤研究(C))研究成果報告書, 2007
- 11) 伊勢田 堯: 活発な幻覚妄想に支配された分裂病者への働きかけとくに“病者の「言い分」を鶴呑みにしてかかる”試みについて一. 季刊精神療法, 3; 335-342, 1977
- 12) Leff, J.: Expressed Emotion in Families. The Guilford Press, New York, 1985 (三野善央, 牛島定信訳: 分裂病と家族の感情表出. 金剛出版, 東京, 1991)
- 13) Lehman, A.F., Kreyenbuhl, J., Buchanan, R.W., et al.: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003. Schizophr Bull, 30; 193-217, 2004
- 14) Mino, Y., Inoue, S., Tanaka, S., et al.: Expressed emotion among families and course of schizophrenia in Japan: a 2-year cohort study. Schizophr Res, 63; 333-339, 1997
- 15) Mino, Y., Inoue, S., Shimodera, S., et al.: Expressed emotion of families and negative/depressive symptoms in schizophrenia: a cohort study in Japan. Schizophr Res, 34; 159-168, 1998
- 16) Mino, Y., Shimodera, S., Inoue, S., et al.: Expressed emotion of families and the course of mood disorders: a cohort study in Japan. J Affect Disord, 63; 43-49, 2001
- 17) Shimodera, S., Inoue, S., Tanaka, S., et al.: Critical comments made to schizophrenic patients by their families in Japan. Compr Psychiatry, 39; 85-90, 1998
- 18) Shimodera, S., Mino, Y., Inoue, S., et al.: Expressed emotion and family distress in relatives of

patients with schizophrenia in Japan. *Compr Psychiatry*, 41 ; 392-397, 2000

19) Shimodera, S., Inoue, S., Mino, S., et al. : Expressed emotion and psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia : a randomized

controlled study in Japan. *Psychiatry Res*, 94 : 221-227, 2000

20) Tanaka, S., Mino, Y., Inoue, S. : Expressed emotion and the course of schizophrenia in Japan. *Br J Psychiatry*, 167 ; 794-798, 1995
