

特集 認知行動療法と社会との接点

触法行為を伴った精神病体験の扱いについて

菊池 安希子

幻覚・妄想などの精神病体験については、標準的な精神科治療に加えて精神病的認知行動療法 (CBT for psychosis) を提供することが症状緩和、病識改善、アドヒアランス向上に効果的であるとされている。しかしながら、精神病体験の影響のもとで触法行為にいたった患者に対する認知行動療法の効果や実践についての報告はまだまだ少ない。本稿では幻覚・妄想のもとで触法行為にいたった患者に認知行動療法を提供する際の概念化、プログラム開発、個人療法の工夫について概説した。触法行為を伴う精神病体験の扱いについては、1) 「精神病に関連または特有のリスク要因」に加えて、「非精神病患者と共通する再害行為リスク要因」の影響の大きい者では、高密度の介入を行うこと、2) 「精神病的認知行動療法」プログラムおよび向社会的認知スキルプログラムの実施が有用と考えられること、3) 「攻撃性中和化認知」に注目して介入することが他害行為を伴う精神病体験への介入の上で有用であることを示した。

はじめに

幻覚・妄想などの精神病体験については、標準的な精神科治療に加えて認知行動療法を提供することが、症状、苦痛、病識および治療のアドヒアランス向上に有効であるとされている⁶⁾。しかし、精神病体験のもとで触法行為、中でも攻撃性を伴う他害行為にいたった患者に対する認知行動療法の効果や実践についての報告はまだ少ない。

本稿では、幻覚・妄想の影響のもとで攻撃性を伴う他害行為にいたった患者に対して認知行動療法を提供する際の「概念化」「プログラム開発」「個別療法の工夫」について報告する。なお、本稿では心神喪失等の状態で重大な他害行為 (未遂を含む、殺人、傷害、強盗、強姦、強制猥褻、放火) を行ったことから、医療観察法指定入院医療機関に入院中の患者のうち、最も診断名として多い統合失調症の患者を主な対象として想定する。

1. 概念化

精神障害者の暴力リスク要因は以下の3つに分類することができる⁴⁾：

A. 非精神病患者と共通する要因 (General Factors)：物質乱用、反社会的仲間関係、雇用問題、反社会的人格傾向、サイコパシー傾向など。

B-1. 精神病性障害に関連する要因 (Associated Factors)：服薬コンプライアンスなど。

B-2. 精神病性障害に特有の要因 (Specific Factors)：急性精神病性症状 (陽性症状) など。

上記のうち、A については、一般受刑者の再暴力のリスク要因と共通する要因であるため、司法矯正領域の中で発展してきた「再犯防止」のための介入が有効である可能性が高い。司法矯正領域においては、再犯防止に役立つ介入の特徴として、リスク・ニーズ・レスポンス原則 (RNR 原則)^{*1} に則った介入が推奨され、認知行動療法についてもこの原則に則って提供されることが望ましいとされる¹⁾。

上記 B-1・2 精神病性障害に関連または特有のリスク要因に関して言えば、陽性症状、服薬コンプライアンスについては、精神病的認知行動療法 CBT for psychosis についてのエビデンスが最も厚く、英国やアメリカ合衆国の統合失調症ガイド

ラインにおいて推奨される治療法となっている。

触法行為を行った精神病患者は、A「非精神病患者と共通する再他害行為リスク要因」とB「精神病性障害に関連したリスク要因」の影響の高低によって4種（A/B：高/高，高/低，低/高，低/低）に分類されるが、医療観察法対象者においては、心神喪失または心神耗弱の状態では他害行為を行っていることから、B「精神病性障害に関連または特有のリスク要因」は高く、違いはA「非精神病患者と共通する再他害行為リスク要因」の影響が高いか低いかということになる。

そこで、B「精神病に関連または特有の再他害行為リスク要因」のみが高い患者に対しては、「標準的精神科治療」および「精神病の認知行動療法」を提供することが考えられる。しかし、A「非精神病患者と共通する再他害行為リスク要因」とB「精神病性障害に関連したリスク要因」の両方のリスクが高い患者に対しては、症状を改善し、再入院を防止するだけでは再他害行為率は下げられないという調査結果も出ている³⁾。このタイプは、リスクが高い分、リスク原則に照らして介入も集中的に行う必要があり、ニーズ原則からすれば、「精神科治療」プラス「精神病の認知行動療法」プラス「非受刑者と共通する再他害リスク要因にターゲットをあてた認知行動療法」の3層の介入が好ましいといえる。「非受刑者と共通する再他害リスク要因にターゲットをあてた認知行動療法」とは具体的には、犯罪親和的思考、攻撃性中和化認知への介入に焦点をあてた認知スキルプログラムや、物質使用、性暴力、暴力などの対象行為別などを指す。

「非受刑者と共通する再他害リスク要因」が高いかどうかを判断するには、リスクアセスメント・ツールを用いた評価を行うことになるが、臨床現場で大まかに判断することは必ずしも難しい

ことではない。わかりやすい区分の仕方は、他害行為傾向の開始時点を探ることである。精神病発症前から他害行為傾向があった者の多くは、「非受刑者と共通する再他害リスク要因にターゲットをあてた認知行動療法」介入が必要であり、発症後になって初めて他害行為傾向が出始めた患者では「標準的精神科治療」および「精神病の認知行動療法」に焦点をあてることで、再他害行為防止を達成できる可能性が高くなるだろう。

2. プログラム開発

「精神病の認知行動療法」であれ、「非受刑者と共通する再他害リスク要因にターゲットをあてた認知行動療法」であれ、本邦における実践例は少ない。そこで、こうしたプログラムを病棟において実践しやすくするために、筆者らは2種の集団プログラムを開発し、実践している。集団プログラムの利点は、個人プログラムに比べて、効率性（複数患者を一度に対象にできる）、再現性（マニュアル化がしやすい）、研修利用性（見学やコリダー参加の機会を設けることで講義形式のみよりも実践的な病棟スタッフの教育研修として利用できる）において高いことであり、より個人のニーズに対してターゲットをあわせやすい個人療法と組み合わせることで、より包括的な介入とすることができる。

まず、「精神病の認知行動療法」の導入を促進するため、症状のノーマライジングや基本的な認知行動モデルに馴染んでもらうためのプログラムとして「CBT入門」を開発し、利用している。「CBT入門」概要については表1に示した。週1回1時間、計5回のプログラムである。予備的な効果検討の結果、疾病教育のあとに「CBT入門」を提供することで、抑うつや病識に改善傾向があることが示されている⁵⁾。

*1 RNR原則：リスク原則とは、リスクの高い対象者に対してはより高密度の介入を行うべきであるとする原則である。ニーズ原則とは、他害行為に関連し、介入によって変容可能な動的リスク要因に介入の焦点をあてるべきだとする原則である。リスボンシティ原則とは、介入は対象者の能力や学習スタイルにあったかたちで提供されるべきであるとする原則であり、認知行動療法の方法論を利用することが推奨されている。

表1 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2 向社会的認知スキルプログラム
「思考スキル強化プログラム」の概要

モジュール1 「問題解決法」 自己教示法、ブレインストーミング、長所・短所分析、 アクションプラン
モジュール2 「かたより思考」 認知行動モデル、非機能的思考、コラム法を用いた 認知再構成法
モジュール3 「社会的推論」 視点取得、道徳的推論
モジュール4 「コミュニケーション・スキル」 傾聴&相談スキル、断るスキル、交渉スキル、退院 後に備える

次に、「非受刑者と共通する再他害リスク要因にターゲットをあてた認知行動療法」としては、向社会的認知スキルプログラムである「思考スキル強化プログラム」を開発し、実施している。他害行為を「結果的に反社会的な問題解決の試み」と位置づけ、再他害行為を防ぐために、向社会的な問題解決レパートリーを増やしていくことを意図したプログラムである。4モジュール(各5回)から構成され、モジュールの区切りから新参加者が入ることのできるセミクロズド方式をとっている。長期クロズドプログラムとしてみようと、入院病棟においては参加を待っている内に退院日が来てしまう患者が増えてしまうため、このような方式とした。モジュールとしては、「問題解決法(司法精神科向けにアレンジした問題解決療法)」「かたより思考(認知再構成法)」「社会的推論(視点取得や道徳的推論のトレーニング)」「コミュニケーションスキル(ソーシャルスキルトレーニング)」から構成されている(表2)。こうした向社会的認知スキルプログラムは、英国、カナダなどにおける司法精神科では、ほぼ全対象者が通過し、その後適宜より他害行為種類別プログラムに参加していく前の基盤プログラムとして標準的に提供されている。

3. 個別療法の工夫

触法行為のあるなしに関わらず、幻覚・妄想をターゲットにした精神病の認知行動療法に際しては、「治療導入」「アセスメント」「事例定式化」「コーピング方略増強法」「スキーマ介入」「再発予防」が介入の構成要素となることには変わりはない。では、攻撃性を伴う触法行為を行った精神病患者に対する幻覚・妄想をターゲットとした認知行動療法は、通常の幻覚・妄想の認知行動療法とどの点が異なるのであろうか?

被害妄想や命令幻聴のある患者の全てが、妄想対象に攻撃したり、幻聴の命令に従って他害行為にいたるわけではない。むしろ、他害行為にいたる者は少数である。幻聴の命令に従うか否かについては、患者本人が考える幻聴の正体の持つ万能性や善意/悪意の評価などが影響を及ぼすことが知られているが、筆者の経験では、特に発症前から他害行為傾向の見られた者においては「攻撃性を中和化する認知」に注目することの有用性を経験している。

攻撃性を中和化する認知とは、特定の状況で攻撃を実行することを自らに認め、正当化する認知をさす。たとえば、「他人を救うためなら攻撃してもよい(それはむしろ善行である)」「自分が被害者の場合は仕返しをしてもよい(正当防衛であり許される)」「『やめろ』と伝えてもやめない場合は攻撃してもよい(攻撃は相手が自ら招いたこ

となので許される)」「自分のストレスの解消のためには暴力をふるってもよい(被害者の否認)」などである。対象行為時点だけでなく、急性期をすぎて回復期以降の日常生活の中でも繰り返し出現してトラブルにつながっているような攻撃性中和化認知は、精神病症状再燃の際には、攻撃までの閾値を下げ、攻撃内容の深刻化を促しやすいリスク要因となる。

ちなみに、上記のような攻撃性中和化認知が反復的に出現しない患者では、たとえば命令幻聴に「〇〇を殺せ」といった他害の命令をされても、それに従わないか、もしくは従わざるを得ないほどの無力感を覚えている、危険な命令には従わない代わりに「紅茶をのめ」といった無害な命令に従うことで命令幻聴をなだめる(なだめ行動)²⁾などして本人なりの対処を試みる分、陽性症状出現から他害行為出現までには時間的猶予があり、介入の余地が広い。

触法行為を伴う精神病体験を扱う際には、通常の幻覚・妄想の認知行動療法によって対処方略を増強したり、妄想信念の修正を行うだけでなく、日常生活の中で反復的に出現している対象行為時と同じ攻撃性中和化認知をターゲットにする。介入方法としては、たとえば、攻撃性中和化認知が学習された過去の状況を振り返ってノーマライジングをしながら、対象行為や同様の認知が観察される日常生活上の問題状況の事例定式化を行い、攻撃性中和化認知の長所・短所分析を行ったり、より適応的な認知を探したり(認知再構成法)するなど、一般的な認知行動療法の技法が使用される。

おわりに

幻覚・妄想の影響のもとで攻撃性を伴う他害行為にいたった患者に対して認知行動療法を提供する際の「概念化」「プログラム開発」「個別療法の工夫」について報告した。認知行動療法の中でとりあげられる非適応的思考については、不安障害やうつ病において研究されてきたものはよく知ら

れており、アセスメント方法も多様に存在する。しかし、触法行為に付随して出現しやすい非適応的認知については、その知見をすぐに応用するのが適しているとはいえない。例えば原因帰属(例：他罰・自罰)や曖昧状況におけるリスク判断の仕方など、うつ病者とは逆方向の内容を示すと考えられる認知もあるからである。触法行為を伴う精神病体験の扱いについては、さらなる実践・研究の積み重ねが望まれる。

文 献

- 1) Andrews, D.A., Bonta, J.: The Psychology of Criminal Conduct. Anderson, Cincinnati, 2007
- 2) Byrne, S., Birchwood, M., Trower, P.E., et al.: A Casebook of Cognitive Behaviour Therapy for Command Hallucinations: A Social Rank Theory Approach. Routledge, London, 2006 (菊池安希子監訳: 命令幻聴の認知行動療法。星和書店, 東京, 2010)
- 3) Calsyn, R.J., Yonker, R.D., Lemming, M.R., et al.: Impact of assertive community treatment and client characteristics on criminal justice outcomes in dual disorder homeless individuals. *Crim Behav Ment Health*, 15; 236-248, 2005
- 4) Douglas, K.S., Nicholls, T.L., Brink, J.: Reducing the risk of violence among persons with mental illness: A critical analysis of treatment approaches. *Behavioral Emergencies: An Evidence-based Resource for Evaluating and Managing Risk of Suicide, Violence, and Victimization* (ed. by Kleespies, P.M.). American Psychological Association, Washington, D.C., p. 351-376, 2009
- 5) Kikuchi, A., Shimotsu, S., Iwasaki, S., et al.: Development of a group normalization programme to facilitate engagement in Cognitive Behaviour Therapy for Schizophrenia: 5th World Congress of Behavioural & Cognitive Therapies. Barcelona, Spain, 2007
- 6) National Institute for Health and Clinical Excellence. Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. NICE Clinical Guideline 82. NICE, London, 2009

Intervention for Psychotic Experience Involved in Offending Behavior

Akiko KIKUCHI

*Department of Forensic Psychiatry, National Institute of Mental Health,
National Center of Neurology and Psychiatry*

Cognitive behaviour therapy for psychosis (CBTp) as an adjunct to standard psychiatric care can make substantial difference in symptom distress, insight, and adherence to treatment. However, studies on the effect of cognitive behaviour therapy on offending behaviours influenced by psychotic experience are in its very early stage. This paper summarizes the conceptualization, treatment programme development, and individual therapy to address psychotic experience involved in offending behaviours in mentally disordered offenders (MDOs). It is argued that, 1) intensive intervention is recommended for those MDOs with general risk factors in addition to psychosis-related-risk factors, 2) MDOs may benefit from CBTp and general offending behaviour programmes, 3) it is important to focus on aggression-neutralization cognitions.

<Author's abstract>

<**Key words**: cognitive behaviour therapy, psychosis, mentally disordered offender, neutralization>
