

統合失調症の認知行動療法 (CBTp) ——CBTp の概略と欧米における現状——

石垣 琢磨

認知行動療法はその適用範囲を統合失調症圏の精神障害にまで広げ、cognitive behavioral therapy for psychosis (CBTp) と呼ばれている。統合失調症にも気分障害や不安障害に対して発展した技法が用いられるが、治療者は治療関係や統合失調症に特徴的な認知バイアスに特に注意しなければならない。いくつかの治療指針が示されているが、共通するのは、①協働的実証主義の重視、②認知と行動の適応性・柔軟性の向上、対処法の学習・強化、③詳細なアセスメントと個別フォーミュレーション、④ノーマライゼーション、⑤再発予防の5つである。欧米における臨床研究により、CBTpの有効性は明らかにされているが、いくつか解決しなければならない問題も残されている。わが国でも、精神科医療の現状に合わせ、当事者の生活の質を向上させるCBTpを普及、実践することが期待されている。

<索引用語：認知行動療法，統合失調症，陽性症状，フォーミュレーション>

はじめに

わが国では、認知行動療法が精神病性障害にも有効だという事実はあまり知られていないが、英国を中心とした各国で有効性のエビデンスは数多く報告されている。我々のシンポジウムでは、欧米の動向を報告し、わが国での取り組みについて概説する。本稿では、認知行動療法一般について概説したのちに、統合失調症に対する認知行動療法と今後の課題について検討する。

I. 認知行動療法の概略

認知療法・認知行動療法（以下、認知行動療法と記す）はわが国でも平成22年から診療報酬化された精神療法である。平成24年5月の時点で適用はうつ病に限定されているが、欧米での動向を考えると将来はわが国でも適用が大きく広がると考えられている。

気分障害や不安障害に対する治療開始時点で

は、比較的気づきが容易な認知（意識に上るレベルの思考、記憶、知覚）と観察・検証可能な行動に注目する。また、日常的に経験される心理社会的問題に着目し、現実的な方法で少しずつ問題解決をめざす。したがって、認知・行動を中心とする総合的アセスメントと当事者によるセルフ・モニタリングがすべての技法の基礎となる。加えて、診察室内で観察される変化以上に、治療セッションで提示される技法を当事者が日常生活場面でいかに適用するかが重視される。治療者の態度としては、当事者と対等の立場で問題とその解決法の仮説を立て、さまざまな方法でそれを検証することが求められる。この臨床態度は「協働的実証主義」と呼ばれている。認知行動療法の最終的な目標は、上記の作業を通じて、当事者が自らの心理社会的問題を理解し、問題の発生を予測したり重篤化を予防したりするセルフ・セラピストになることだとされている¹⁹⁾。

気分障害や不安障害では、障害ごと、症状ごとの認知行動モデルが提案されており、アセスメントや技法はそのモデルに沿って用いられることもある。1回の治療セッションで行われる内容や、治療全体の構造がマニュアル化されている場合もあり、導入直後から当事者と共有される（厚生労働省 HP「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」を参照）。

しかしながら、このモデルベース（または、マニュアルベース）のアプローチが、当事者の特性や抱える心理社会的問題にうまくフィットせず、期待される臨床効果が生じない場合も多い。特に、再発をくりかえす気分障害、パーソナリティに何らかの障害を抱えるケース、認知機能や社会適応性が顕著に低下しているケースではあてはまりが悪いとされている。こうしたケースに対してはモデルベースのアプローチではなく、フォーミュレーション（定式化）ベースのアプローチが必要だと考えられている。フォーミュレーションとは、現在の心理社会的問題だけでなく、生育歴やソーシャルサポートまで幅広くアセスメントし、問題を構成する要因間の関連と形成プロセスに関する作業仮説を作ることである。フォーミュレーションは他の精神療法でも行われる作業だが、認知行動療法の特徴は、フォーミュレーションの中心が当事者の認知と行動であることに加えて、このプロセスを可能な限り可視化し当事者と共有することである。

ところで、認知療法と行動療法は共通の基盤の上に成り立つものではないことに注意しなければならない。認知療法と伝統的な行動療法の間で本質的に共有できる概念はさほど多くない。現状で認知行動療法とよばれるものは、「認知、行動、および両者の相関と感情への影響に臨床的関心の中心があるが、統一的背景理論をもたない精神療法の技法の一群」という程度の認識が正しいのではないかと考える。

以上、認知行動療法の全体像について解説したが、気分障害や不安障害に対する介入目標、臨床態度、アプローチ法は、統合失調症など重篤な精

神障害に対する認知行動療法に適用されている部分も多い²⁴⁾。

II. 統合失調症の認知行動療法 (CBTp) の概略

歴史的には、行動療法の技法を統合失調症の症状に対して用いた臨床実践例は数多い。認知療法では、創始者の一人である Beck, A. T. が、妄想に対して応用した例を 1950 年代に報告している²⁾。しかし、90 年代までは、認知行動療法を個別症例か小さな臨床群に対して適用した報告が中心であり、有用性はともかく、有効性を明らかにするには至らなかった。対象となる当事者の状態や症状もさまざまであり、導入プロセスや臨床上の標的はあいまいであった。有効性が明らかにならなかった原因の 1 つは、統合失調症の認知的特徴を考慮せず、気分障害や不安障害に用いる技法をそのまま用いたことによる。陰性症状の背景となる認知機能障害に対しては、生活技能訓練 (SST) が主要な心理社会的介入法として認められるようになり、近年ではいくつかの認知機能改善プログラムも開発されている^{16,29)}。

一方、陽性症状への認知行動療法は 50 年代以降も実践されてきたが、理論的裏づけに乏しかったといわざるをえない。80 年代以降に陽性症状に関する認知心理学的研究が進展し、妄想や幻聴に関与する（特にこれらの症状の持続に関与する）特異的な認知バイアスの存在が明確になった。加えて、臨床実践による知見も蓄積され、1993 年に RCT を用いた臨床研究が行われ、「適切だと考えられる薬物療法によっても消失しない（陽性）症状」に対する臨床の有効性が確認されるに至った²⁶⁾。以後、組織的な臨床研究は英国が中心となり、現在でも cognitive behavioral therapy for psychosis (CBTp) のスタンダードとされる Fowler ら⁷⁾、Chadwick ら⁵⁾、Kingdon ら¹²⁾ のテキストが同時期に次々と出版された。その後の臨床研究には陰性症状を直接の標的としたものも散見されるが、多くは幻覚や妄想を代表とする陽性症状を標的とするか、それらによる苦痛を軽減させることを目的としたものである。

Kuller らの調査では、CBTp は米国の医療機関の 58%、英国では 91.3% で用いられている¹³⁾。Rector ら²²⁾、Gould ら¹⁰⁾、Butler ら⁴⁾、Pfammatter ら²¹⁾ など、効果量に関するメタ分析を行った研究も増加している。ごく最近でも RCT に基づく効果研究が報告され続けている (例えば、Lincoln ら¹⁵⁾)。標的となる症状や当事者の状態は大きく異なるが、効果量はおおむね 0.4~1.5 であり、比較的高い値になっている。

こうした臨床研究の結果を受け、英国 NICE や米国 APA のガイドライン、あるいは PORT による報告⁶⁾ では、家族介入とならんで CBTp が統合失調症に対する心理社会的介入法として推奨されるようになった。したがって、世界的にみれば CBTp が「新しい精神療法」として紹介される時期はすでに過ぎたといえるであろう。ただし、メタ分析によって他の心理社会的介入法と比較し、CBTp の問題点を指摘し、有効性を疑問視するレビュー論文も存在することを忘れるべきではない (例えば、Jones ら¹¹⁾)。

Ⅲ. CBTp の治療指針

英国には、ロンドン大学 (IOP を含む)、マンチェスター大学、バーミンガム大学、サウサンプトン&ニューカッスル大学という CBTp の 4 大拠点がある。技法の詳細は多少異なるものの、どの研究グループにも共通する治療指針は次の 5 点である。

- ① 認知行動療法の基本的態度である「協働的であること」を重視しつつ (協働的実証主義)、症状についての詳細な情報を当事者本人から得ること
- ② 特に薬物療法抵抗性の陽性症状は「認知と行動の偏りによって維持されている」という仮説に基づき、認知と行動の適応性・柔軟性を向上させ、対処法を学習・強化することを目的とする (この維持要因には、統合失調症に特異的な認知バイアスだけでなく、抑うつや不安など一般的な感情の問題も含まれる)
- ③ 詳細なアセスメントと認知行動モデルに基づく個別のフォーミュレーションを行い、当事者と

共有すること

- ④ ノーマライゼーションの視点に立った心理教育を重視すること
- ⑤ 再発予防を重視すること

これらに加えて、いずれの研究グループも、CBTp では治療関係の構築に十分な時間をかけるよう注意している。

ノーマライゼーションとは、体験 (症状) の特殊性や強烈さに圧倒され、絶望感や孤立感が強くなりがちな当事者に対して、体験の普遍性を強調することで苦痛を減弱する目的で行われる心理教育的アプローチである。社会精神医学や認知心理学研究によって、当事者の体験の一部が一般人口においても体験されていることが明らかにされている^{20, 28)}。こうしたエビデンスをもとに心理教育が行われる。ノーマライゼーションは Kingdon らが重視する技法だが¹²⁾、その他のグループでも研究が進められており、近年では SCIT²³⁾ や MCT¹⁷⁾ などのような認知行動療法プログラムにも含まれるようになった。ただし、これらのプログラムでは、統合失調症、あるいは妄想に特徴的だと考えられている認知バイアス、例えば、心の理論を含む他者感情や文脈の認知の偏り、原因帰属のバイアス、「結論への飛躍」バイアス (jump to conclusion)、自分の信念に沿う証拠だけを集めるバイアス (確証バイアス/情報収集バイアス) などについても心理教育が行われる。

CBTp では、多くの局面で気分障害や不安障害に対する認知行動技法が応用される。妄想的観念を修正するために、カラム法を用いたり、行動実験を行ったりすることもある。ただし、統合失調症に対して治療者は、気分/思考、個別性/一般モデル、現実的思考/妄想的思考、病的体験と日常体験との離断モデル/連続体モデル、などの間を柔軟に行き来したり、両方を利用したりしなければならない。認知行動療法は一般に合理的思考を推奨する精神療法だが、統合失調症に対しては Fowler らが「妄想の範囲内での働きかけ」と呼ぶアプローチをとらざるをえない場合も多い⁷⁾。

また、周知のように、統合失調症の症状とその

表 CBTp における介入法のまとめ

介入ステップ	介入の内容	キーワード
1	ラポール形成 (関係構築)	協働的治療関係 正常類似体験・比較説明法 (ノーマライゼーション) 心理教育
2-1	アセスメント	問題の同定・焦点化 問題の共有 臨床類型 生活歴・病歴・家族背景・サポート資源 ABC アセスメント
2-2	フォーミュレーション	問題への対処方略 発達のフォーミュレーション 統合失調症の「新しいモデル」
3	フォーミュレーションに基づく介入	感情 現実検討 信念・推論・評価の修正 対処方略増強法 (CSE) 心理教育 非機能的の中核信念 (スキーマ)
4	再発予防と社会的障害への対処	陰性症状 フォローアップ (ブースター) セッション 訪問面接

重症度や認知機能障害の程度は個別性が高く、セルフ・モニタリングやホームワークの実施可能性も当事者によってさまざまである。後述するように、どのような対象者に、いつ CBTp を実施すると最も効果的なのかという問いへの解答はまだ得られていない。

英国の各研究グループがこれまでに提唱してきた介入ステップや目標、介入内容、キーワードを筆者なりにまとめたものが表である。このなかで対処方略増強法 (CSE) とは、Tarrier らが開発した主に幻聴に関する CBTp の技法をさす (詳しくは丹野ら²⁵⁾を参照)。

IV. 今後の検討課題

CBTp に関して今後検討しなければならない点は次の4つだと考えられる¹⁾。

- ① CBTp は統合失調症の中核症状を維持するように働く周辺症状 (抑うつ感、苦痛感、行動反応など) に対してのみ有効なのか? あるいは、中核症状そのものに対しても有効なのか?
- ② どのような要素が統合失調症に対して特異的に

有効なのか? 臨床的な変化はどのように生じるのか?

この点に関して、近年になり Morrison らが Delphi 法を用いたパイロット研究を行っている¹⁸⁾。彼らは原理、アセスメント、モデル、フォーミュレーション、技法、ホームワーク、治療者の態度などに関して重要だと考えられる CBTp の要素について CBTp エキスパートに質問した。その結果、44 の特異的要素 (例えば、「フォーミュレーションは当事者の現在の問題、脆弱性、強さ、症状発生および維持の要因などについて行われなければならない」と33の普遍的要素 (例えば、「治療者は、統合失調症からの回復過程について十分な知識をもつべきである」) が見出された。ただし、これら各要素の信頼性については検討されておらず、今後の研究を待たなければならない。

- ③ CBTp は、誰が、どのような当事者に、どのような時点で導入すべきなのか? いつまで実施すればよいのか?

英米においても、CBTp の実践者は現在もエキスパートに限られている。彼らは臨床家というよ

りも研究者としての側面が強い。また、理想的な治療者とは、気分障害や不安障害の認知行動療法を実施した経験があり、統合失調症全般に関する豊かな知識と経験をもち、陽性症状に関する精神病理的、認知心理学的知見に精通していなければならないとされている。しかし、このような治療者は、どの国においても少ないであろう。エキスパートでなければ CBTp は実践できないのか、指導を受ければ誰にでも可能なのか、という問いは臨床現場では切実なものだが、判断材料としてのエビデンスに乏しい。また、薬物療法抵抗性の陽性症状が主たる対象だとしても、症状の内容・程度、病歴、取り巻く環境は当事者によってさまざまである。近年では、早期症例やいわゆる ARMS に対して CBT を行うケースも増えているが⁹⁾、CBTp を導入するのに適切な対象と時期についてのエビデンスもまだ少ない。

一方で、Turkington らによる精神科看護師への教育・実践プログラムは、この問題に対して有望なエビデンスを提供している²⁷⁾。CBTp テクニックを精神科看護師に教育し、コミュニティケアでそれを実践させ、当事者の全体的状態、病識、抑うつ感を改善させることができたと彼らは報告している。しかし、エキスパート以外の実践者では有効性が低いというレビューもある（例えば、Jones ら¹¹⁾）。

認知行動療法はセッション回数を限定して行うことが多く、構造化された進行を好む精神療法であるから、CBTp に対しても実施回数や期限は重視される。一般に、CBTp のセッション数は他の精神障害に対する場合よりもかなり多く設定されており、trial 研究でも 1 週間に 1 回のセッションで 30 回以上を要するというものもあるが、明確な基準はない。一方、Brabban ら³⁾は短期 CBTp を精神科看護師に教育し、実施している（6 回の治療セッション）。結論として、対象者が女性であることは症状全般と病識における改善を予測し、妄想の確信度が低い当事者は介入への反応が良いと報告している。いずれにしても、どのような対象者を選ぶかが大きく影響するであろう。また、

trial 研究では脱落症例が多いことにも注意すべきである。

④CBTp は統合失調症の本質について何を教えてくれるのか？

生物学的モデルと認知行動モデルを介して、陽性症状の一部を理解できる可能性は出てきた。CBTp 前後の脳活動変化を直接調べようとする研究もある¹⁴⁾。また、被害妄想の発生と維持に関する認知行動モデルも提唱されている⁸⁾。このモデルでは、被害妄想の維持に影響を与える推論障害、感情、病的体験などが包括的に検討され、神経心理学的知見とも比較される。

その他、認知行動療法全体のトピックスである、マインドフルネス、アクセプタンス&コミットメントセラピー、Compassionate Mind Training、メタ認知療法など、新しい理論を CBTp に応用した臨床実践も欧米では報告されるようになってきた²⁴⁾。これらの結果も将来、統合失調症と陽性症状に関する新しい知見を提供すると考えられている。

おわりに

統合失調症に対しては、薬物療法をはじめとする多様な治療技法、心理社会的支援、および生活支援や環境調整という多面的で包括的な支援は不可欠である。CBTp は支援の 1 つにすぎないが、有効性に関する欧米での大規模研究のエビデンスは強力である。わが国ではそれらを参考にするだけでなく、CBTp への批判を丁寧に検証しつつ、医療体制の現実のもとで当事者の生活の質を向上させる CBTp を普及させる必要がある。

文 献

- 1) Addington, J., Lecomte, T.: Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. F1000 Med Rep, published online, 2012
- 2) Beck, A. T.: Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenia with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 42 ; 312-319, 1952
- 3) Brabban, A., Tai, S., Turkington, D.: Predictors of

outcome in brief cognitive behavior therapy for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 35 ; 859-864, 2009

4) Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., et al.: The empirical status of cognitive-behavioral therapy : A review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*, 26 ; 17-31, 2006

5) Chadwick, P. D., Birchwood, M. J., Trower, P.: *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Wiley, Chichester, 1996 (古村 健, 石垣琢磨訳: 妄想・幻声・パラノイアへの認知行動療法, 星和書店, 東京, 2012)

6) Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., et al.: The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophr Bull*, 36 ; 48-70, 2010

7) Fowler, D., Garety, P., Kuipers, E.: *Cognitive-Behaviour Therapy for Psychosis : Theory and Practice*. Wiley, Chichester, 1995 (石垣琢磨, 丹野義彦監訳: 統合失調症を理解し支援するための認知行動療法, 金剛出版, 東京, 2012)

8) Freeman, D., Garety, P.: *Paranoia : The Psychology of Persecutory Delusions*. Psychology Press, Hove, 2004

9) French, P., Smith, J., Shiers, D., et al.: *Promoting Recovery in Early Psychosis : A Practice Manual*. Wiley, Chichester, 2010 (岡崎祐士, 笠井清登監修: 精神病早期介入, 日本評論社, 東京, 2011)

10) Gould, R. A., Mueser, K. T., Bolton, E., et al.: Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia : An effect size analysis. *Schizophr Res*, 48 ; 335-342, 2001

11) Jones, C., Hacker, D., Cormac, I., et al.: Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 38 ; 908-910, 2012

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

13) Kuller, A. M., Ott, B. D., Goisman, R. M., et al.: Cognitive behavioral therapy and schizophrenia : A survey of clinical practices and views on efficacy in the United States and United Kingdom. *Community Ment Health J*, 46 ; 2-9, 2010

14) Kumari, V., Fannon, D., Peters, E. R., et al.: Neural changes following cognitive behaviour therapy for psychosis : a longitudinal study. *Brain*, 134 ; 2396-2407, 2011

15) Lincoln, T. M., Ziegler, M., Mehl, S., et al.: Moving from efficacy to effectiveness in cognitive behavioral therapy for psychosis : A randomized clinical practice trial. *J Consult Clin Psychol*, 80 ; 674-686, 2012

16) Medalia, A., Revheim, N., Herlands, T.: *Cognitive Remediation for Psychological Disorders : Therapist Guide*. Oxford University Press, New York, 2009 (中込和幸, 最上多美子訳: 精神疾患における認知機能の矯正法, 星和書店, 東京, 2008)

17) Moritz, S., Woodward, T. S.: Metacognitive training in schizophrenia : from basic research to knowledge translation and intervention. *Curr Opin Psychiatry*, 20 ; 619-625, 2007

18) Morrison, A. P., Barratt, S.: What are the component of CBT for psychosis? A Delphi study. *Schizophr Bull*, 36 ; 136-142, 2010

19) Neenan, M., Dryden, W.: *Cognitive Therapy : 100 Key Points & Techniques*. Psychology Press, Hove, 2004 (石垣琢磨, 丹野義彦監訳: 認知行動療法 100 のポイント, 金剛出版, 東京, 2010)

20) Peters, E. R., Joseph, S. A., Garety, P. A.: Measurement of delusional ideation in the normal population : introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophr Bull*, 25 ; 553-576, 1999

21) Pfammatter, M., Junghan, U. M., Brenner, H. D.: Efficacy of psychological therapy in schizophrenia : Conclusions from meta-analyses. *Schizophr Bull*, 32 (Suppl. 1) ; 64-80, 2006

22) Rector, N. A., Beck, A. T.: Cognitive behavior therapy for schizophrenia : An empirical review. *J Nerv Ment Dis*, 189 ; 278-287, 2001

23) Robert, D., Penn, D., Combs, D.: *Social Cognition and Interaction Training : SCIT Treatment Manual*. 2009 (中込和幸, 兼子幸一, 最上多美子監訳: 社会認知ならびに対人関係のトレーニング (SCIT) 治療マニュアル, 星和書店, 東京, 2011)

24) Tai, S., Turkington, D.: The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia : Current practice and recent development. *Schizophr Bull*, 35 ; 865-873, 2009

25) 丹野義彦, 坂野雄二代表編: ワークショップから学ぶ認知行動療法の最前線—PTSD・強迫性障害・統合失調症・妄想への対応, 金子書房, 東京, 2008

26) Tarrrier, N., Beckett, R., Harwood, S., et al.: A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-

resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients : I Outcome. *Br J Psychiat*, 162 ; 524-532, 1993

27) Turkington, D., Kingdon, D., Turner, T.: Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *Br J Psychiat*, 180 ; 523-527, 2002

28) van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V., et al.: Strauss

(1969) revisited : a psychosis continuum in the general population? *Schizophr Res*, 45 ; 11-20, 2000

29) Wykes, T., Reeder, C.: *Cognitive Remediation Therapy For Schizophrenia : Theory and Practice*. Brunner-Routledge, London, 2005 (松井三枝監訳: 統合失調症の認知機能改善療法, 金剛出版, 東京, 2011)

Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (CBTp) : The Concept and Current Practice

Takuma ISHIGAKI

Graduate School of Arts and Sciences, University of Tokyo

Cognitive behavioral therapy (CBT) is now being used to treat schizophrenia. Such therapy is referred to as CBT for psychosis (CBTp). Some techniques employed in CBT for mood and anxiety disorders are also useful in the treatment of schizophrenia. Therapists also need to be attentive regarding the establishment of a rapport and relationship with patients, and they should be aware of the characteristic cognitive biases associated with schizophrenia. The guidelines for CBTp proposed by some research and clinical groups include : (1) collaborative empiricism, (2) improvement of flexibility in cognition and behavior, as well as enhancement of coping strategies, (3) extensive evaluation and case formulation, (4) normalization of information deficit, and (5) prevention of relapse. Several clinical studies in European and North American countries have provided strong evidence for the effectiveness of CBTp. However, some questions remain unanswered. In Japan, in line with the national psychiatric service system, CBTp is expected to be developed further and practiced to improve the QOL of individuals with schizophrenia.

<Author's abstract>

<**Key words** : cognitive behavioral therapy, schizophrenia, positive symptoms, formulation>
