

回復・社会復帰における CBTp

山崎 修道

精神病性疾患への認知行動療法 (CBTp) では、当事者の回復 (リカバリー) を目指す視点が非常に重要である。CBTp では、精神病症状を体験している当事者が、症状を自ら理解して、症状を自分でコントロールし、症状による苦痛に対処できるようになることを支援していく。その際、社会生活上の課題を達成するために、CBTp を行っていくことが非常に大切である。CBTp はこれまで、薬物抵抗性の持続的な陽性症状に対して繰り返し効果が報告されている。回復期に見られる持続的な陽性症状は、当事者個人によってその現れ方、引き金となる出来事、背景にある認知バイアスなどが非常に多様である。現在のわが国の精神科リハビリテーション領域では、生活技能訓練 (SST) の技法を応用した、集団認知行動療法プログラム (症状自己管理モジュール) が用いられている。一方で、個別のバリエーションやニーズにきめ細かく対応できる、個別認知行動療法へのニーズも高い。CBTp は、初回エピソード精神病の当事者に対しては、CBTp 単体では効果が限定的である。初回エピソード精神病の当事者は、10代~20代の若者が多く、青年期の発達課題である進学・就職の問題を避けて通れない。このような当事者のニーズから、初回エピソード精神病の当事者に対しては、ケースマネジメントによる就労・就学支援を同時並行的に行い、その中で CBT を有機的に連動させていくことが、非常に重要になる。CBTp は、当事者の回復支援という目的・ニーズに合わせて、様々な形で導入されている。今後わが国において、CBTp を導入していくためには、エビデンスの蓄積と、CBTp を当事者のニーズに合わせて提供できる環境・体制作りが重要だと考えられる。

<索引用語：認知行動療法，精神病性疾患，回復支援，就労支援，コミュニティ>

はじめに——筆者のこれまでの経験と、 回復に向けた精神病性疾患への認知行動療法——

筆者はこれまで、主に統合失調症をもつ当事者を対象とし、社会復帰 (就労・就学) 支援を目的とした通過型デイケアで心理社会的支援に携わってきた。その中で、生活臨床に基づくケースマネジメントを柱に、生活技能訓練 (social skills training: SST) や、家族心理教育、集団での認知行動療法を、多職種チームの中で行ってきた¹⁷⁾。現在では、初回エピソード精神病への個別ケースマネジメント臨床研究¹⁰⁾に、ケースマネジャーとして関わっている。デイケア集団と個別ケースマネジメントという場の違いや、慢性期統合失調症と初

回エピソード精神病という臨床病期の違いはあるが、精神病性疾患を持つクライアントの回復・社会復帰支援を、認知行動療法的アプローチを取り入れて、包括的なサービスの中で実践してきた。しかし、本稿で紹介する、マニュアルに沿った個別セッションによる精神病への認知行動療法については、現時点で導入し始めている段階である。

本稿では、①精神病性疾患への認知行動療法について現在までの流れを概観し、②精神病への個別認知行動療法の実際について、治療関係構築の重要性とニーズに合わせてコミュニティで行うことの重要性を述べる。その上で、③これまでの日本の実践の現状を踏まえて、わが国での課題と今

後の方向性について述べたい。

I. 精神病性疾患への認知行動療法

—SST から CBTp へ—

統合失調症のリハビリテーション分野では、古くから日常生活における対人関係技能を強化する SST が用いられており、わが国でも広く普及している。SST は行動療法的技法によるコミュニケーションスキルの強化が主なターゲットだが、SST の技法を応用して、持続的な幻聴や妄想などの陽性症状を自己管理するスキルを身につける症状自己管理モジュール・プログラムも開発されている。症状自己管理モジュールは、Lieberman の SST をベースに、Birchwood の早期警告サイン³⁾や、Tarrrier の対処方略増強法¹⁴⁾の考え方・技法を取り入れ、パッケージ化された集団プログラムである。

一方、本稿で述べる精神病性疾患への認知行動療法 (CBT for psychosis: CBTp) は、1990 年代以降、英国を中心に実践・研究が進められてきた比較的新しい方法であり、元々は Beck の認知療法²⁾から発展してきた技法である。2000 年以降、大規模トライアルが数多く行われ、薬物抵抗性の精神病性疾患患者に、薬物治療に付加して認知行動療法を行うと、幻聴・妄想などの陽性症状が軽減される^{7,13)}ことが示されてきた。

CBTp の大きな目的は、①持続的な陽性症状により引き起こされる苦痛や不安・抑うつを軽減させる、②陽性症状の発生メカニズムを、クライアント自身が理解できるように支援する、③陽性症状による苦痛へ、クライアント自身が対処できるように支援するという 3 点である。持続的な陽性症状は、クライアント個人によってその現れ方、引き金となる出来事、背景にある認知バイアスなどが非常に多様である。CBTp の 1 つの方法であるフォーミュレーション・アプローチ⁶⁾では、出来事・認知・感情・症状・行動の関係を個別に整理し、セルフ・モニタリングを高め、自尊心の回復を促し、症状の軽減と生活の改善につなげていく。

CBTp は、基本的には 1 対 1 の個別セッションで、対話を通じて行う。メタ分析¹⁶⁾によれば、RCT でターゲットとした症状への効果量は、33 の RCT (N=1,964) を統合した結果、セッションの前後で 0.400 (0.252~0.548) であり、中程度の効果があることが示されている。

II. 精神病への個別認知行動療法の実際

—フィデリティ・スケールを通じた理解—

近年、わが国でも精神病への認知行動療法に関するマニュアルやテキストが翻訳^{5,6,9,11,15)}されており、海外の情報が日本にも紹介されるようになった。しかし、わが国での組織的な効果研究、特に無作為割付効果研究は、現時点では公刊されていない。

筆者自身は、翻訳されているマニュアルや海外の論文からの情報だけでは、実際にわが国の精神病性疾患を持つクライアントに、個別認知行動療法がどの程度の効果をもつのか、直感的に理解しづらい部分があった。この点は、現在わが国で、精神病性疾患の心理社会的支援を行っている支援者の少なからずの方が理解していただけるのではないだろうか。そもそも幻聴や妄想について、個別のセッションで 1 時間ほど時間をとって話すことで、どのようなプロセスを経て、症状の軽減と治療効果につながるのか、「構造化」されたセッションに、精神病性疾患のクライアントの方がついてこられるのか、負担にならないのか、という点が、筆者には理解しづらい点であった。

筆者が、精神病性疾患への認知行動療法について理解を深めたきっかけは、Cognitive Therapy Scale for Psychosis (CTS-Psy)⁸⁾を翻訳したことであった。CTS-Psy は、セラピストが認知行動療法のスキルを適切に利用できているかどうかを評価するためのフィデリティ (忠実性) スケールである。CTS-Psy は、録音したセッションを基に、フィデリティスケールで示された項目 (表 1) を評価する。フィデリティスケールの項目は、①心理療法に共通する一般的スキル (アジェンダ設定・フィードバック・共感的理解・治療者-患者間

の効果的な関係・協働作業)と②CBTpに特有のスキル〔誘導的発見法(ソクラテス式質問)・鍵となる重要な認知への焦点化・働きかけの選択・ホームワーク・働きかけの質〕の2つに大きく分けられる。それぞれの項目について、6つの要素が明示してあり、CBTpに必要なスキルが具体的に列挙してある。ここで重要な点は、「構造化」されたCBTpを行う際には、心理療法で一般的に共通する要素がきちんとクリアされていなければならないという点である。CBTp特有の技法以前に、セラピストとクライアントの間に、いわゆる「治療関係・治療同盟(engagement)」がしっかりと成立していないと、いくら技法を用いても、効果的ではないという点である。この点は、至極当たり前のことではあるが、改めて強調すべき点だと筆者は考えている。

精神病性疾患への認知行動療法では、うつ病や不安障害への認知行動療法と比較して、治療関係の構築が最重要であると強調されている。この点は、マニュアルの中だけでなく、無作為割付効果研究の論文でも強調されている。治療関係の構築のためには、クライアントに合わせて、セッション時間やセッションの場所を柔軟に設定して行うこと、早期支援の場合には、包括的な心理社会的サービスの中で、エンゲージメントを最大限強くしてから、CBTを行うことなどが強調されている。

CBTpを施行する場については、1993~2009年までに行われたRCTのうち、30のRCTをレビューしたところ、半数以上の16のRCTで、CBTは病院以外のコミュニティの中で実施されていた。中には、クライアントのニーズに合わせて、自宅でセッションを実施しているRCTも複数あった。手続きに厳格さが求められるRCTでも、コミュニティベースで、クライアントのニーズに合わせてCBTが施行されていることは注目すべき点である。筆者が2012年4月に視察したManchesterの早期支援サービスでも、CBTセラピストがスポーツセンターに併設されたオフィスを拠点にして、自宅やかかりつけ医の診療所へ訪

表1 Cognitive Therapy Scale for Psychosis (CTS-Psy)⁸⁾

I. 心理療法に共通する一般的スキル
a) アジェンダ設定
b) フィードバック
c) 共感的理解
d) 治療者-患者間の効果的な関係
e) 協働作業
II. CBTpに特有のスキル
f) 誘導的発見法(ソクラテス式質問)
g) 鍵となる重要な認知への焦点化
h) 働きかけの選択
i) ホームワーク
j) 働きかけの質

問して、CBTを行っているところを目の当たりにすることができた。CBTは病院の診察室で行うとばかり思っていた筆者にとって、目からうろこが落ちる非常に貴重な体験であった。

このように、構造を柔軟にしてまでも、治療関係の構築を最重要視する背景には、精神病性疾患をもつクライアントが、うつ病や不安障害のクライアント以上に、治療や支援への自覚的なニーズ(いわゆる「病識」)が乏しいことがある。そもそも治療や支援の必要性を十分に自覚していない場合には、まずそこから理解してもらい、治療への動機づけを高める必要がある。治療関係を構築するためにも、心理療法に共通する一般的スキルが、うつ病や不安障害のCBT以上に重要になると考えられる。後述する精神病の早期支援では、治療関係の構築がさらに重要になってくる。

III. 病期によるニーズの違い——慢性期の統合失調症と初回エピソード精神病——

精神病性疾患への個別認知行動療法は、慢性期の薬物抵抗性の陽性症状に対して、繰り返し効果が報告されている。しかしながら、発症後早期の初回エピソード精神病については、認知行動療法単体の効果は、現時点では部分的にしか示されていない⁴⁾。陽性症状を軽減する効果が持続することは示されているが、再発予防や再入院の予防については、効果が示されていない。

初回エピソード精神病の支援では、認知行動療法単体では効果が弱いため、包括的な心理社会的支援サービスをニーズに合わせて提供し、その中に認知行動療法を組み込んで提供する必要があると考えられる。初回エピソード精神病のクライアントは、多くが10代後半から20代前半の若者であり、青年期の発達課題である進学・就職の問題を避けて通れない。このような初回エピソード精神病のクライアント特有のニーズがあるため、初回エピソード精神病へのCBTでは、ケースマネジメントによる就労・就学支援を同時並行で行い、ケースマネジメントとCBTを有機的に連動させていくことが非常に重要になると考えられる。

メルボルン大学ORYGEN Youth Healthでは、初回エピソード精神病をもつ若者の支援に、CBTpとケースマネジメントを融合させたCognitive-Behavioural Case Management (CBCM^{12,18})を用いている。ORYGENの早期支援では、心理士以外のコメディカルスタッフ(看護師、作業療法士、ソーシャルワーカー)も、ケースマネジメントの中で、低強度のCBTを導入し、回復支援に活用している。ケースマネジメントを行う中で、クライアントのニーズを細かくつかみ、持続的な陽性症状のコントロールが生活上の目標達成支援に有効な場合は、ケースマネジメントを行う中で認知行動療法を切れ目なく提供していくのである。クライアントのニーズに合わせてCBTを柔軟に活用していくことが、クライアントとの治療関係の構築・強化にもつながっており、早期支援におけるCBTpの1つの有効な活用法だと考えられる。

ニーズに合わせた使い分けという点では、就学・就職している初回エピソード精神病のクライアントにCBTpを行う方が、就学・就職していないクライアントにCBTpを行うよりも、効果が大きいという報告もある¹⁾。就学・就職という生活上の課題が明確であるクライアントに対して、就学・就労継続という課題達成支援の一環として、持続的な陽性症状への対処法を身につけることは、就学・就労からのdrop outを防ぐという意味

でも非常に重要だと考えられる。先行研究¹⁾の結果は、精神病性疾患への認知行動療法の適応や、適切なトリアージを考えるうえでも、重要な知見である。

おわりに

——わが国での課題と今後の方向性——

わが国では、うつ病への認知行動療法については診療報酬化されたが、精神病性疾患への認知行動療法については、エビデンスも乏しく、診療報酬化もなされていない。また、病院から地域へのアウトリーチによる支援も、ようやく始まりつつある段階である。しかも、CBTpを施行できる専門家がほとんどいない状況である。

幸いわが国の精神科リハビリテーション分野では、SSTの歴史があり、普及も進んでいる。わが国ではSSTの経験をベースにCBTpを発展させていくことが可能ではないかと筆者は考えている。また、精神病性疾患のクライアントの就労支援の実践では、症状を自己管理するスキル獲得の支援に対するニーズが大きく、ここでもCBTpが活用できると考えている。精神病性疾患のクライアントが就労し始めて間もない段階で、雇用先の企業に訪問し、職場の上司・当事者・支援者の三者で、症状に関するフォーミュレーションと対処方法を共有しておくこと、その後の就労継続支援に非常に役立つ経験が数多くあった。

このように、就労・就学・自立生活などの人生の課題に取り組むための1つの方法としてCBTを活用していくことが大切である。症状のコントロールだけにとらわれすぎず、具体的な生活支援や課題遂行支援も柔軟に取り入れながら、CBTpを進めて行く必要があるだろう。

また、生活環境の正確なアセスメントの成否が、CBTpの成否につながることも考えられる。精神病性疾患をもつクライアントの場合、個別セッション中の言葉のやりとりだけでは、幻聴や妄想という症状の性質上、正確な情報が得られない場合も多い。CBTpを行う際には、可能であればアウトリーチにより、直接生活環境をセラピスト自

身がアセスメントする機会をもつことも重要ではないかと考えられる。

いずれにせよ、まずはわが国でも CBTp のエビデンスを蓄積することが必要である。そのためには、現時点ではバリエーションの大きい CBTp の minimum requirement を固め、それに基づいてマニュアル・プロトコルを作成し、施行できるスタッフを増やしながら効果研究を進めていく必要があるだろう。同時に、CBTp が、クライアントの回復支援に活かせる環境づくりも合わせて進めて行く必要がある。地域の中で、CBTp を提供できる体制をつくり、地域精神保健体制の中に組み込んでいく必要があるだろう。その入り口として、まずは精神病性疾患のクライアントの就労継続支援に、認知行動療法を活用していくことも有望であると考えられる。エビデンスの蓄積と、提供できる環境づくりが、今後のわが国での CBTp が進むべき方向性だと筆者は考えている。言うまでもなく、クライアントのニーズに合わせた、回復支援のための CBTp という視点が不可欠である。

文 献

- 1) Allott, K., Alvarez-Jimenez, M., Killackey, E. J., et al.: Patient predictors of symptom and functional outcome following cognitive behaviour therapy or befriending in first-episode psychosis. *Schizophr Res*, 132 ; 125-130, 2011
- 2) Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. E., et al.: *Cognitive Therapy of Depression*. New York, Guilford Press, 1979
- 3) Birchwood, M., Spencer, E., McGovern, D.: *Schizophrenia : early warning signs*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6 ; 93-101, 2000
- 4) Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., et al.: Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis : systematic review. *Br J Psychiatry*, 197 ; 350-356, 2010
- 5) Chadwick, P., Birchwood, M. J., Trower, P.: *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. John Wiley & Sons, Hoboken, 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) Fowler, D., Garety, P., Kuipers, E., et al.: Cogni-

tive Behaviour Therapy for Psychosis : Theory and Practice. John Wiley & Sons, Hoboken, 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, 2011)

- 7) 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
- 8) Haddock, G., Devane, S., Bradshaw, T., et al.: An investigation into the psychometric properties of the Cognitive Therapy Scale for Psychosis (CTS-Psy). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29 ; 221-233, 2001
- 9) 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)
- 10) Koike, S., Nishida, A., Yamasaki, S., et al.: Comprehensive early intervention for patients with first-episode psychosis in Japan (J-CAP) : study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 12 ; 156, 2011
- 11) Morrison, A. P., Renton, J. C., French, P., et al.: *Think You're Crazy ? Think Again*. Routledge, Sussex, 2008 (菊池安希子, 佐藤美奈子訳: 精神病かな? と思ったときに読む本: 認知行動療法リソース・ブック. 星和書店, 東京, 2012)
- 12) ORYGEN Youth Health Research Centre : *Cognitive-behavioural Case Management in Early Psychosis : A Handbook*. ORYGEN Youth Health, 2010
- 13) Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., et al.: Psychological treatments in schizophrenia : I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med*, 32 ; 763-782, 2002
- 14) Tarrier, N., Harwood, S., Yusopoff, L., et al.: Coping strategy enhancement (CSE) : a method of treating residual schizophrenic symptoms. *Behavioural Psychotherapy*, 18 ; 283-293, 1990
- 15) Wright, J. H., Turkington, D., Kingdon, D. G., et al.: *Cognitive-behavior Therapy for Severe Mental Illness : An Illustrated Guide*. Amer Psychiatric Pub Incorporated, Arlington, 2008 (大野 裕訳: 認知行動療法トレーニングブック. 医学書院, 東京, 2007)
- 16) Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., et al.: Cognitive behavior therapy for schizophrenia : effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull*, 34 ; 523-537, 2008

17) 山崎修道：【統合失調症の就労支援】わが国での実践 デイケアでの就労支援 就労支援ネットワークにおける医療デイケアの役割. *Schizophrenia Frontier*, 10:287-292, 2009

18) 山崎修道：Review of Books Abroad：Cognitive-Behavioural Case Management in Early Psychosis：A Handbook. *精神療法*, 37：653-654, 2011

Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis to Promote Social Recovery

Syudo YAMASAKI

Department of Psychiatry & Behavioral Science, Tokyo Metropolitan Institute

Department of Neuropsychiatry, The University of Tokyo Hospital

When conducting cognitive behavioral therapy for psychosis (CBTp), it is essential that therapists aim for the recovery of patients with psychosis. During the sessions, the therapist helps a person with psychosis understand their symptoms, manages his/her residual positive symptoms, and helps them to cope with distress from the positive symptoms by themselves.

Such CBTp should be designed to achieve the goals of the patient's social life. Recently, the effect of CBTp on residual positive symptoms of drug resistance has been reported repeatedly. Manifestation, cognitive bias, and activators of residual positive symptoms differ considerably between individuals with psychosis.

In the psychiatric rehabilitation field in Japan today, the symptom self-management module is being used. The symptom self-management module is derived from the techniques of group social skills training. However, there are needs for individual cognitive behavioral therapy for psychosis to meet the marked variation in individual needs.

The effect of CBTp by itself on an individual with the initial episode of psychosis is limited. Many individuals with their first episode are teenagers or adolescents. Those patients are usually confronted with the problems of education and employment, which are key developmental tasks in adolescence. In order to meet those needs, a case manager should be assigned to an individual with first-episode psychosis, and CBTp should be implemented within the case management process.

The CBTp has been introduced in various forms for the purpose of recovery support of individuals with psychosis. For the future, not only the accumulation of evidence but also the development of a dissemination system of CBTp are required to meet the individual needs of patients.

<Author's abstract>

<Key words : cognitive behavioral therapy, psychosis, recovery, community care>