

## 特集 統合失調症の認知行動療法 (CBTp)——わが国での現状と今後の展望——

## 精神科入院治療における CBT for Psychosis

菊池 安希子

CBT for psychosis (CBTp) は、エビデンスに基づく介入法として統合失調症治療ガイドラインで推奨されている。しかしながら、一般臨床現場では、無作為割付試験のように、患者が厳密な包含基準を満たし、治療者が CBTp トレーニングを受けているわけではない。本邦の入院病棟において CBTp を導入するためには、症状の扱い方、治療者スキル、プログラム整備における課題に取り組む必要がある。症状を扱う際には、症状について語ることが退院の妨げとみなされない治療関係を築くこと、他のプログラムと矛盾しない妄想形成の心理学的モデルを採用することが役に立つ。治療者スキルの向上のためには、マニュアル化し、研修に使用しやすい集団療法を利用することが勧められる。効率性と再現性の高い集団療法と、個別事例定式化が可能な個人療法を必要に応じて提供できる体制が望ましいと考えられた。

<索引用語：入院，認知行動療法，精神病，ノーマライジング>

## はじめに

認知行動療法は、統合失調症をもつ人々への介入として、推奨される心理的介入の1つである<sup>10)</sup>。わが国でも最近は関連書や研修機会が増えてきたこともあり、徐々に実践が広がりつつある。

統合失調症の認知行動療法 (CBT for psychosis: CBTp) は、数々の無作為化割付試験により、現在では中等度の効果量が認められている<sup>11)</sup>。しかしながら、このようなトライアル (efficacy trial) の対象患者は、研究上の厳しい包含基準を満たし、かつ、研究参加に同意するに足る程度の動機付けがあった者に限られている。つまり、現実の臨床場面の患者像とは必ずしも一致していない。しかも、臨床現場で新たに CBTp を導入しようとする場合、治療者はトライアル・セラピストたちのように専門のトレーニングを受けた者とは限らない。そこで、エビデンスがある程度確立した、それゆえに、再現性が認められるはずの介入法であったとしても、導入の際には、現場に応じた工夫が必要である。

CBTp の提供場所としては、入院、外来または

地域が考えられる。入院は通常、外来では治療できない状態を指し、病状が悪いか安定しない患者が多い。併存症や問題行動などで病像が複雑な者も含まれる。そのため、CBTp を実施する場合、外来に比べると治療導入に時間がかかり、また、事例定式化 (認知行動療法的な見立て) が複雑になることが予想される。本稿では、入院環境下において CBTp を提供する際に配慮すべき点と対応上の工夫について述べたい。

## I. 症状の扱い方についての課題

## 1. 症状について語ることの葛藤

CBTp では、幻聴に対する対処方略を系統的に増強したり、妄想信念の認知再構成をしたりするが、その前提となるのが、症状について安心して語りあえる治療者患者関係である。しかしながら、入院環境では、症状について語ることへの葛藤が生じやすい。

症状について語ることへの抵抗感が、統合失調症に対する破局的なイメージやスティグマに由来する場合は、CBTp の導入で用いられるノーマラ

イジング<sup>5)</sup>が役に立つ。これは、例えば断眠実験や感覚遮断実験などの例をひきながら、精神病のない者であっても、過大なストレスや不眠が続けば幻覚妄想を体験する可能性があることを伝えることによって、精神病体験と正常体験が連続線上にあることを共有し、精神病への破局視を緩和する働きかけである。症状に関連した本人の苦勞に耳を傾けつつ、誰でも体質的な脆弱性を上回るストレスがかかれば発症するきっかけになりやすいこと(ストレス脆弱性モデル<sup>12)</sup>)を共有することもノーマライジング効果がある。

「症状(=医療者が症状と呼ぶこと)について語る→薬が増える→退院が遠のく」と思い込んでいる場合、症状を隠そうとする患者も出てくる。そこで「症状について相談できる→治療が進んでいると評価される→退院が近づく」というイメージをもってもらえるよう、説明するだけでなく、相談行動を折あるごとに褒め、強化する。以前から存在していた陽性症状について、相談できるようになったとたんに病状悪化と間違えられた、ということにならないよう配慮することも重要である。

## 2. 認知行動療法の前提と入院環境の前提との矛盾

### 1) 協働実証主義をめぐる

協働実証主義とは、「患者と治療者が協働する探索者(investigator)となり、治療目標を決め、患者の思考を探索していくこと<sup>1)</sup>」を意味する。言いくるめたり説得したりするのではなく、患者が観察や行動実験を通して自分の思考を検証できるよう、誘導的発見法によって援助することであり、認知行動療法の原則の1つである。前提となっているのは、患者と治療者の関係の対等性である。患者と治療者はそれぞれの専門性を持ちより、患者の主訴/問題を記述し、説明し、解決するための協働した努力を行う<sup>6)</sup>とされる。

しかし、入院環境では、退院判断にCBTp治療者が関わるという現実がある。そのため、患者側からは関係性が対等とは意識されにくい。本人の同意によらない入院の場合は特に、協働実証主義

の前提となる対等性を、可能な限り実現するための工夫がいる。

対応方法には、透明性の確保と、退院判断主体の外在化が考えられる。透明性の確保とは、「どのような状態になると退院に近づき、どのような状態では退院が遠のくのか」の判断基準を明確に伝えることである。症状について語ることの葛藤とも関連するが、退院のためには「症状が消え去る」ことが絶対条件ではないため、「症状がないようにみえる(本当はあっても言わないことを含む)」よりは「症状について医療者に説明できる」方が回復しているとみなされることなどを明確にする。

退院判断主体の外在化の例は、医療観察法指定入院医療機関などでみられる。「医療者は患者と協働して、退院を裁判所に申し立てていく立場であり、退院判断するのは裁判所である」という制度上の枠組みを共有し、「患者は自らの病状や希望についての正確な情報」「治療者は回復のための種々の治療法」という各自の専門性を持ちより、退院に向けた努力を行う。

### 2) 陽性症状の心理学的モデルと医学モデルの矛盾をめぐる

陽性症状、特に妄想形成の心理学的理論は、大きく2つの陣営に分けられる。妄想形成の原因を主として異常知覚体験におく陣営と、主として異常な認知の仕方(推論バイアス、帰属、注意の問題など)におく陣営である。

前者では、妄想は、異常な内的事象(例:幻聴)に対する正常な反応であると捉える。代表的なのはMaherのanomalous experience model<sup>7)</sup>である。Maherは、①妄想形成においてみられる信念形成の認知的プロセスは、正常な信念形成の認知的プロセスと共通していること、②妄想は、他の信念同様、世界に秩序と意味をもたらす本人にとってのミニ理論になること、③出来事が予測不能なときにはそのようなミニ理論が必要であること、④予測不能で矛盾しあう出来事に対しては、妄想的説明であっても安堵をもたらすことを挙げ、環境の観察や内的事象に基づいた信念は、他者からの直接的観察に耐える情報を根拠としてい

ない限り妄想とみなされるとした。

しかし、統合失調症患者の全てが異常知覚体験を想起できるわけではないこと、異常知覚体験は統合失調症に限られるわけではないことなどから、妄想形成の主原因は、異常知覚体験ではなく、体験に対する認知の仕方であると主張する立場もある。情報収集をほとんどせずに結論へと飛躍し、判断に対する高い確信度を示す傾向〔結論への性急な飛躍 (jumping to conclusions) バイアス<sup>2)</sup>や、ネガティブな出来事を他者が自分に対して何かをしていると外的に帰属させやすい傾向 (人的外的帰属バイアス)<sup>3)</sup>が妄想形成に関わっているという研究がその例である。

Morrison<sup>8)</sup>は、陽性症状の多くは、意識に対する侵入的体験 (思考や幻聴など) に対する「文化的に許容されない」解釈、として概念化できると主張した。そして侵入的体験に対する解釈こそが、苦痛と機能障害につながると述べる。異常知覚体験があったとしても、「悪魔にとりつかれた」などと考えず、「今のはずいぶん変な感覚だったなあ。疲れすぎかもしれない」と思えば、その体験に過度の注目をすることもなく、妄想形成にはつながらないと考えるのである。皮膚にできた瘤に対して、「監視装置を埋め込まれた」という患者は統合失調症の診断がつけられやすく、「癌かもしれない」と考える患者では心気症の診断がつく可能性が高くなると述べる (Myin-Germeys ら<sup>9)</sup>が示したように、統合失調症の妄想の確信度であっても揺らぎを示すため、確信度で鑑別できるとは限らない)。

そこで、患者に妄想形成のメカニズムを説明する際に、異常知覚体験を想定した説明をするのか否かは、治療者の理論的立場にまかされることとなる。筆者は、生物学的治療 (投薬、修正型電気けいれん療法など) を提供する医療現場においては、脳内の精神病性変化を反映する異常知覚体験を想定した説明をした方が、疾病教育や服薬指導などとの矛盾が生じにくく、有用だと考えている。異常知覚体験を想定しないと、例えば、実際には服薬が幻聴妄想からの回復に有効であるにも

かかわらず、「解釈だけが問題である」と誤解した患者の服薬拒否を強化する場合もあると考えられるからである。

## II. 治療者スキルの課題

### 1. プログラムの安定的な提供の課題

熱心なスタッフによって認知行動療法が病棟で実施されていたが、そのスタッフの異動と同時に認知行動療法の提供もなくなったという例を聞く。プログラムをできる人材が育っていなかったからである。また、特定の治療者が CBT プログラムを実施していても、他の職種はその内容を知る機会がないために、プログラムの内容と矛盾する介入をしてしまうことがある。例えば、相談スキルを強化しようとしている時期に「依存的にならず自分で考えるように」と突き返す介入がされるなどである。

このような事態を避けるためには、多職種による集団療法の活用が有用である。集団療法は、患者間の力動が治療的に働く、時間あたりの参加者が多く効率がよいなどの利点がある。また、マニュアル化することで再現性を確保しやすく、見学者やコリーダーとして集団に入るなどすれば、他のスタッフが内容に馴染む機会も豊富に得られ、研修効果が期待できる。担当者シフトを組めば、プログラムを実施できるスタッフを増やしていくことができ、スーパービジョンの提供も可能である。実施者を複数確保できることが、プログラムの継続的提供にもつながると考えられる。

### 2. 介入の調整

認知行動療法の実践者が増加するに従い、異なる職種が同時に患者に対して提供することも起こってきた。その結果、アプローチが競合、相殺してしまうことがある。例えば、心理職が幻聴への対処方略の増強を援助している同じときに、作業療法士が本人と問題解決法にとり組み始め、患者は複数のホームワークをかかえて途方にくれてしまう。あるいは看護師が、他人を傷つける事件を起こした患者の内省を促すために事件について

話しあおうとしている同時期に、事件を思い出させる引き金の回避によって生活機能が下がっていると見立てた心理士が、エクスポージャーを行う計画を進めるなどである。このようなことは、患者への負担となり、反治療的な可能性も高い。こうした事態を避けるためにも、多職種チーム会議を通じたケアコーディネートが不可欠である。

### Ⅲ. プログラム整備の工夫

CBTp のエビデンスは個人療法の方が厚いが、集団療法のエビデンスも徐々に増えつつある<sup>11)</sup>。前述したように集団療法は時間効率がよく、再現性も高い。しかしながら、幻聴や妄想の内容は、しばしば苦痛な過去の記憶や劣等感に関係しているため、他の患者のいる場所で検討するにはふさわしくない場合も多い。陽性症状の影響下で起こった他害行為の詳細なども、集団で扱うには適さない。そのような内容は、個人療法の CBTp で扱う方が望ましいと考えられる。

上記のような長所・短所を活かすためには、CBTp の集団療法と個人療法を組み合わせることがよいと考えられる。筆者が関わっている病棟では、CBTp の導入部分で実施されるノーマライジングや認知行動モデルの紹介をパッケージ化した週 1 回、計 5 回の集団プログラム（名称「CBT 入門」<sup>4)</sup>）を実施している。マニュアル化された集団療法の形で実施することで、CBTp の基本的前提を患者だけでなく病棟の他のスタッフにも共有してもらうことが可能になる。個人の症状について語る必要はないため（語ってもよいが）、幻聴妄想について扱うことに抵抗のある患者でも比較的参加しやすい。その後の個別 CBTp の中で症状について詳細に扱う際にも、認知行動療法の枠組みを使うのが初めてではないため、導入しやすくなる。

### おわりに

以上、入院環境下において CBTp を提供する際に配慮すべき点と対応上の工夫について、症状の扱い方についての課題、治療者スキルの課題、プログラム整備の工夫の観点から述べた。認知行動

療法が有効と考えられる患者に、それが提供される機会が増えるためには、認知行動療法の提供が日常化する必要がある。本稿が入院環境で CBTp を提供する際の参考になれば幸いである。

### 文 献

- 1) Beck, A. T., Dozois, D. J.: Cognitive therapy : current status and future directions. *Annu Rev Med*, 62 ; 397-409, 2011
- 2) Garety, P. A., Freeman, D., Jolley, S., et al.: Reasoning, emotions, and delusional conviction in psychosis. *J Abnorm Psychol*, 114 ; 373-384, 2005
- 3) Kaney, S., Bentall, R. P.: Persecutory delusions and attributional style. *Br J Med Psychol*, 62 (Pt 2); 191-198, 1989
- 4) 菊池安希子: 幻覚・妄想の認知行動療法. *精神看護*, 13 (6); 44-51, 2010
- 5) Kingdon, D., Turkington, D.: *Cognitive-Behavioural Therapy of Schizophrenia*. Guilford Press, New York, 1994
- 6) Kuyken, W., Padesky, C. A., Dudley, R.: The science and practice of case conceptualization. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36 ; 757-768, 2008
- 7) Maher, B. A.: Delusional thinking and perceptual disorder. *J Individ Psychol*, 30 (1); 98-113, 1974
- 8) Morrison, A. P.: The interpretation of intrusions in psychosis : An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29 (3); 257-276, 2001
- 9) Myin-Germeys, I., Nicolson, N. A., Delespaul, P. A.: The context of delusional experiences in the daily life of patients with schizophrenia. *Psychol Med*, 31 (3); 489-498, 2001
- 10) NICE : Psychological Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia. National Institute of Clinical Excellence SP., p.90-116, 2002
- 11) Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., et al.: Cognitive behavior therapy for schizophrenia : effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull*, 34 (3); 523-537, 2008
- 12) Zubin, J., Spring, B.: Vulnerability—a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol*, 86 (2); 103-126, 1977

## Introduction of CBT for Psychosis in Inpatient Settings

Akiko KIKUCHI

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

At present, CBT for psychosis (CBTp) is recommended as an evidence-based psychological therapy for schizophrenia. However, introducing CBTp in inpatient settings in Japan is not an easy task, because, unlike randomized controlled studies, patients are not limited to those who fulfil strict inclusion criteria and many of the therapists are not trained in CBTp. In order to introduce CBTp to our inpatient service, assumptions for addressing symptoms, therapists' skill development, and program development plans must be put in place. Discussing symptoms in the therapeutic relationship should not be viewed by patients as an impediment to discharge. Care must be taken so that psychological models for delusion presented to patients do not contradict information given to them through other psychoeducation. In terms of therapists' skill development, the use of a group program is recommended since they can be manualized and make it easier to train and, therefore, aid in continuously securing multiple staff who are capable of leading the group. It is recommended that group CBTp, which is cost-effective and reproducible, and individual CBTp, where case formulation and a tailored approach are possible, both be developed and provided according to patient's needs.

< Author's abstract >

< **Key words** : inpatient, CBT, psychosis, normalizing >

---