

## サイコーシスに対する認知行動療法と リカバリーを目指したチーム医療

耕野敏樹

キーワード：1. サイコーシス 2. 統合失調症 3. 認知行動療法 4. リカバリー

Key words：1. Psychosis 2. Schizophrenia 3. Cognitive Behavioral Therapy 4. Recovery

### 抄 録

近年サイコーシスや統合失調症の治療においてもリカバリーという概念が浸透してきており、精神科医療や精神保健福祉において期待される介入や支援の質も、ただ単に症状を緩和しそれを維持するという多くの人にとって共通する目的から、苦痛を感じている患者がより充実した生活を送れるための工夫というような個別性の高い内容へとシフトしてきている。そこでは、援助者が疾患病理の理解だけでなく、その人の全人的な理解を土台としつつ、患者主体に意思決定していくプロセスが重視されることになる。

認知行動療法は開発当初から協働的経験主義をその基本的な関わり方として重視しており、その他の概念もリカバリーの概念と親和性が高いとされている。リカバリーの過程には多種多様な人と資源が関係する場合が多いため、患者を中心に据えた対話を重視すること、言い方を変えれば、患者の心の状況を中心に据えて支援や治療を整えていくことは、多くの患者が精神障害に関連した苦痛にさいなまれながら生活を送っていることを加味すれば、効率的かつ欠かせない要素であるといえる。認知行動療法はそうした要素を促進する実践として、エビデンスに基づく、医療領域で提供しやすい手法であり、患者のリカバリーを円滑に進めていくことを可能にする介入であることは想像に難くない。特にサイコーシスや統合失調症という疾患は国内では精神科病院が関与することが多いため、サイコーシスに対する認知行動療法（以下Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis略してCBTpとする）による心理社会的な介入は実臨床のニーズに沿った介入となることが期待される。

本稿ではCBTpの治療過程を筆者が経験した症例を提示しながら、リカバリーを目指したチーム医療との連携のあり方やCBTpを導入することによるメリットについて検討したい。前半でまずは理論的な背景について簡単にまとめ、その後症例の紹介をした後に、チーム医療に与えた変化について検討していきたい。尚、症例に関しては、個人が特定できるような情報は適宜改変して提示している。

本論文の内容は第22回日本精神保健・予防学会学術集会で特別企画講演として発表したものを中心にまとめた。

Application Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis to Recovery Oriented and Collaborative Medical Care  
Toshiki Kono

岡山県精神科医療センター、Okayama Psychiatric Medical Center

## はじめに

認知行動療法のうつ病に対する効果は、国内でも有効性について報告がなされており (Nakagawa, 2017)、近年では、うつ病に限らず、全般性不安障害、パニック障害、外傷後ストレス性障害、摂食障害など多様な疾患へと認知行動療法の適応は広がっている。これは、疾患に対する治療という側から考えれば適応が広がっているということになるが、逆を言えば、疾患の種類に関係なく、多くの精神障害を患った人が認知行動療法によって提供される治療的な側面を必要としているということ示唆しているとも言えるのではないか。

本稿で中心的な話題となる統合失調症 (以下では特定の疾患に言及しない場合にはサイコーシスと総称することにする) に関しては、国内の文献などを参考にすれば、Sullivan HSの支持的なアプローチや生活技能訓練 (SST) や心理教育、デイケアなどでの集団療法など、非薬物治療の選択肢はこれまでも多くの報告がある。さらに社会的側面として、訪問看護などの在宅支援や、精神科デイケアや就労移行支援事業所など、サイコーシスをもつ患者が利用できる社会制度も準備されている。そうした制度や支援を活用するに当たって、患者の心理学的な傾向性に配慮した関わりをしていくことは患者が主体的に支援に参加することを援助する上でも役立つ。例えば、精神科病院からの退院を目前にして患者の家族から「確かに治療で幻聴や妄想はなくなったけど、こんな状態で (つまり家で寝てばかりいる状態で) 退院するのは心配だ」、といった訴えがあったり、患者本人から、「確かに楽にはなったけど、これからどうしたらいいのかわからない、こんな病気になってしまったから自分の将来はなくなってしまった」といった相談を受け、支援者が対応に苦慮するような場合がある。こうした事態は、支援者の想定と患者の主観的な体験とその理解とが不一致を起こした状況であると考えられ、リカバリーを目指してチーム医療を行なっていく上で支障になることも多い。

認知行動療法では始めに概念化 (患者の全体像を把握すること) を行い、その上でエビデンスから得られた知見に基づいて、患者の症状の緩和だけでなく患者の価値観を尊重した治療の方向性へと対話を進めていく介入である。こうしたCBTpの知見は、チーム医療を提供する上で不可欠となる患者の内外的な体験を理解し、必要な支援を患者と足並みを揃えて活用していく上で参考になる部分も多い。

## 患者の体験を理解する上で材料となるエビデンス

CBTpは1980年代にTurkingtonとKingdonがサイコーシスの陽性症状に対してBeckのアプローチを用いたところ有効であったとの報告をしたところが始まりだと言われている。1993年には初のランダム化比較試験が実施され (Tarrie,1993)、続いて多数のランダム化比較試験による報告がなされ、そうした報告をさらに集めて評価したメタアナリシスという統計学的手法を用いた解析で、CBTpは陽性症状に対して中等度の効果が期待できるのではないかという報告がなされている (Wtjes and Steel, 2008)。その後の解析では、この治療を受けた患者のうち44.5%の人が軽度以上の治療への反応を示すということもわかっている (Irene and Maniailian, 2018)

そしてCBTpの発展過程では臨床的に指針となる多様な知見が蓄積されている。例えば、サイコーシスのある患者は感情の平板化や感情鈍麻などの症状があり、そうした症状が顕著な場合には支援者が関わっても反応が少なく手応えが得難い場合も少なくない。しかし、Khoury and Lecomte (2012)によって示されていることに基づけば、患者はまるで「感情の平板化」があるように、あるいは感情を体験していないように見えるかもしれないが、実のところは他者に対して一般と同程度の感情を体験しており、ただしそれは多くの場合で言語化されることなく、表情や他の非言語的な表現もなされな

い、ということがわかっている。

Kingdon and Turkington(1991)はCBTpにおいて、サイコーシスの体験をノーマライゼーションすることの重要性を強調している。特に、患者が症状に圧倒され適切に体験を語れないという状況の中で対話する工夫について検討する際には、そうした患者で共通してみられる体験、スティグマの問題を念頭に置いておくといよい。スティグマとは、Gaffman(1963)による古典的な定義に従えば、「深くその人の尊厳を貶めるような特性で、その対象となる人が一般的な全人的な人としての理解から、品位の低い欠陥のある人のように見下されることになる」ことである。こうした定義から発展して、近年では周囲の人から患者が受けるスティグマだけでなく、自己肯定感や自尊心の低下を含むセルフ・スティグマに対する注目が高まっている。サイコーシスを体験している患者においても、こうしたセルフ・スティグマが患者のQOLの低下や抑うつ、不安などに繋がることは少なくない。そのため、患者にスティグマの問題がある可能性を念頭に置き、ノーマライゼーションを意識して面接を進めることは有用だと考えられる。そして幻覚や妄想といったサイコーシスの症状は、「正常な」体験の連続性の極に位置づけられるものとして概念化されるのである。さらにGilbert(2001)の研究の中では、サイコーシスのような否定的な内的状態を維持し、悪化させている思考や行動の非適応的なパターンとして、恥の感覚と自己批判が果たす役割の重要性が示唆されている。Gilbertはこうした問題に対する研究を経て、コンパッションという、人が人を思いやる心理学的状態が及ぼす感情調節機能に注目した新たな治療法を開発している。このように、ノーマライゼーションをしていく過程においては、疾病に関する知識を提供するということだけでなく、治療者が患者を思いやり、治療者がしているようなやり方で患者がサイコーシスで苦しんでいる自分を受けとめ、治療者と協働的に問題解決に進める状態に持っていくという作業が行われていく。そのため、心理教育やノーマライゼーションの過程はサイコーシスを維持している中核的な心理学的問題に対する本質的なアプローチであると言える。

別の観点からは、サイコーシスを有する患者を理解する上で鍵となる心理学的要素として特定の中核的信念の影響(“defeatist belief”と“asocial belief”)が挙げられている。GrantとBeckはこの点について、統計学モデルを利用した検証を行っており、ここではdefeatist belief(敗北者だという信念)が陰性症状と神経認知的機能障害とが相互に関係する上での心理学的な媒介因子ではないかということ提唱した(Grant, 2009)。同じ検証の中では、こうした陰性症状、そして神経認知的機能障害との関連性は陽性症状の影響とは独立したものであることも示唆されている。他にも、GrantとBeckは、統合失調症患者の社会機能の低下を予測する因子として、抑うつや陰性症状などに合わせて、asocial belief(人と関わらない方がいいという信念)が関係している可能性について同様の統計学的解析を用いて提示している(Grant, 2010)。こうした視点は、精神疾患からの回復に向けた治療の力点を、陽性症状などの目立った症状の軽減から神経認知的機能障害や社会機能の低下の軽減へと移し変えた場合には重要になってくる。それは例えば、Brometが統合失調症を有する患者で見られる社会機能や職業機能の低下においては、陽性症状の影響よりも、陰性症状や神経認知的機能障害の影響が強いことを提唱していることも裏付けのひとつである(Bromet, 2005)。つまり、リカバリーを実現していく上では、統合失調症の陰性症状や社会機能の問題に対して注目していくと良いこと、さらには双方に影響を与えている要素として、前述したような非機能的な信念に注目した介入が有効である可能性が示唆されているのである。

ここまでをまとめると、サイコーシスを体験している患者ではその場で感じている感情をうまく表現できなかつたり、表面的には気にしていない様子で見られたりする傾向があり、支援者にとっては

適切な関わり方を見失いやすいかもしれない。その背景には、自分自身を偏見の目で捉えたり、体験する出来事を自分の欠点や敗北を証明する出来事だとして捉えたりして、人との交流を避けるようになっていくことが関係している。こうした心理学的な要素は陰性症状や社会機能低下との関連が陽性症状よりも強く、CBTpで扱われていく中で陽性症状の改善以外の治療効果として期待できる部分である。

こうした理論的な背景を踏まえて、以下では著者が関わった症例を模擬事例として改変し提示し、実臨床での変化や効果について述べる。

#### 症例A：治療開始までの経過のまとめ

Aさんは19歳男性である。同胞1名の第一子長男として出生した。母は介護士、父は短期的な仕事を断続的に行なっている。幼少期の生育歴では特に問題を指摘されたことはなく、中学校までは成績や学校への出席状況も問題はなかった。中学校時代には野球部にも積極的に参加して厳しい練習にも休まず適応していた。勉強が比較的得意であったため、高校では県内の進学校に入学した。高校生活の途中からはミュージシャンに憧れるようになり、友達とバンドを組んで活動するようになっていった。その直後から「自分は他の同級生と違う」という発言を親にするようになり、次第に学校を休みがちになっていった。1年間の引きこもり生活を経て次第に友達と連絡をとらなくなった。母は精神科病院に相談に行っていたが、患者は自分の父親が精神障害の闘病をしていた時期があり、自分が父親と同じようになるのは嫌だと精神科への受診を拒否し続けていた。ある日、自宅で興奮して止まらなくなったことから母が救急車を呼び、警察も協力の上、筆者の勤務する病院に受診し入院となった。受診時には、独語空笑が目立ち疎通がとれず、突発的に興奮し、大きな声で叫び続けるといった状態であった。入院時血液検査や髄液検査など身体疾患の検索がなされたが問題はなかった。その他特記すべき既往歴はなかった。規制薬物の使用やタバコ、アルコールの習慣的使用もない。入院後も「自分はだめなやつだと言われる」「自分の考えていることを読み取られる」といった発言が続き、何時間も自室内で立ち尽くして、部屋に一人でも関わらず大きな声で喋り続けるといった状況が続いた。薬物療法を行うも状態は改善せず、保護室での行動制限も3週間に及んでいた。

#### 治療経過① 急性期症状を伴走しながら治療初期の概念化をする

認知行動療法開始時、Aさんは自室に一人でもかかわらず誰かと会話するように独語していたり、看護師に対して攻撃的な発言をしたりすることが継続して見られていた。幻聴の存在について尋ねても、Aさんは否定した。Aさんは服薬を勧められるたびに、「自分は人格がおかしくなりました。だから、カウンセリングが必要なものであって、薬は必要ない」と繰り返し言い続けていた。拒否の意向は示すものの、スタッフの繰り返しの説得を受け毎日内服は行っていた。なかなか急性期症状が収まらない様子の中で、唯一Aさんの主張がはっきりとしている上記の発言を手掛かりに、治療チームはカウンセリングの要望に答えるべくCBTpの適応について検討した。英国やカナダなどのガイドラインでも、CBTpを実施することは患者のニーズに合わせて提供することが推奨されている。こうした状況から、筆者はまずはじめにAさんと一緒に十分話し合いニーズを整理する必要があると考えた。

話し合いを持つにあたって、まずはAさんの横断的な認知的概念化を行った。Aさんの病室での過ごし方からは、幻聴体験があることが推察された。Escherら (Escher, 2002) によれば、一般的に幻覚

経験だけではサイコーシスには繋がらず、幻覚についての妄想を発達させることがサイコーシス発症の予測因子になるとしている。さらに、Morrison と Baker (2000) によれば、幻聴を体験している患者は、幻聴を体験していない統合失調症の患者よりも侵入思考を経験する割合が高く、その侵入思考を苦痛で、制御できず、受け入れがたいものとして経験していると言われている。こうした知見から、Aさんが繰り返しスタッフ伝えている「自分はパーソナリティ障害である」という発言、そして幻聴体験の背景には妄想が影響を与えている可能性が示唆された。そして、その妄想の背景には、Aさんの中核信念として「自分は壊れている」、「自分は抵抗できない」「自分には仲間ができない」といったものがあるのではないかと仮説を立てた。Beck(2014)は、特定の認知、感情、動機付け、行動といった要素がネットワークとして繋がった状態をモードという概念を提唱しており、その理論の中では自己を存続する上でモードが一定の信念を強固に維持しているという推定がなされている。こうした観点から、Aさんが話している性格的問題、あるいはスタッフにとって陽性症状だけでは説明できない対話の困難さは、幻聴を引き金として上記のような信念に関連したモードが活性化された状態で過ごしていることに起因すると考えると、Aさんの体験を推察しやすく、具体的な対策へと繋げていきやすい。

この仮説に基づいて考えると、AさんにCBTを導入するに当たっては、Aさんの適応的な信念とモードが活性化された状態に誘導する方略が必要だとわかる。それは、病棟スタッフが観察してきたAさんの状態、非適応的な信念が活性化された状態では、サイコーシスに伴う思考障害や陰性症状の影響で、問題の解決を進めるための対話が、インフォームドコンセントも含め、困難になることも予想されるためである。そうした視点で生活歴を見直してみると、Aさんが健康を保っている時にうかがえた特徴(強み)として、家族を大切に、努力家で真面目であるという側面と、音楽を愛好し情緒が豊かな面があるということが明らかになった。

## 治療経過② 治療関係の構築、エンパワメント

初回の面接では、筆者はまず自己紹介をしてAさんの近況を確認していった。その中でその時のAさんの困り事として好きな音楽が聞けないということ、そして、Aさんは和洋の間わず音楽に造形が深いということ聞き取ることができた(実際には室内のドアを叩いたりするため、破損する可能性のある音楽プレイヤーなどの物品を入れることができなかった)。そこで面接中の試みとして、病棟で共有のタブレットを用いてAさんが推薦する音楽を面接の中で一緒に聴くことを提案した。その提案を聞くとすぐさまAさんはタブレットを覗き込むようにして文字入力をし、早口で数曲のポップソングを紹介してくれた。その時Aさんは、その音楽の好きどころ、その音楽が作成された裏話、などを話してくれたのだった。Aさんは音楽を聴きながらリズムに合わせて体を揺すったり、少し歌を口ずさんだりしながらしばらくの時間を過ごし、一緒にその曲の感想を語り合うなどして短い時間(およそ15分ほど)であるが、保護室に戻る必要なく時間を過ごした。そこで筆者は、音楽の説明をしている時のAさんの様子は普段病室で過ごしている様子とずいぶん違って見えるということをフィードバックした。Aさんは、自分はいま人とコミュニケーションがとれないと話し、筆者からは音楽を通じてAさんと交流できたこと大変感銘を受けたことを伝えた。次の面接でもAさんが好きな曲を紹介してもらえないかと依頼すると、Aさんはその提案に関しては少しはにかんだ表情で承諾した。

その後の3回のセッションでは、上述したやり取りを繰り返した。Aさんは次第に積極的に筆者と会話するようになり、その中には病棟のスタッフとうまくコミュニケーションを取りたいのだけれどどう

したらいいのか、という相談もあった。事実Aさんが病棟で過ごしている様子として、スタッフに対して怒りをあらわにして怒鳴ったり、自室内で独り言を続けたりしている様子というのは継続して観察されていた。ただし、CBTpの中では筆者に理解してもらえている雰囲気を感じ安心できること、その時にはコミュニケーションもいくらかうまくいくのだとAさんは述べた。筆者はCBTpについて海外での実績なども合わせてAさんに説明し、CBTpを活用して問題を一緒に解決していくことを勧めた。こうしたインフォームドコンセントを経て、AさんはCBTpを受けることに同意した。Aさんは「自分には他の人にあるべきものがないからこの治療を受けて、そういった部分を改善したい」と話した。薬物療法に対して抵抗感を示すこともなかった。面接の頻度は週に1回、40分程度とした。

### 治療経過③ 感情、考え、行動に分けて状況を理解する

5回目以降の面接では、病棟看護スタッフにも入ってもらい、CBTpにおける取り組みとその意味合いについて治療スタッフと共有しながら面接を進めた。面接での様子を見ていた病棟のスタッフがAさんと一緒に音楽を聞く活動を病棟生活に取り入れるようになり、最終的に音楽プレイヤーを自室で聞くことができるようになった。そうするとAさんは音楽を聞いたり、机で書き物をしたりして過ごすようになり、自室で独り言をいっている様子がずいぶん減ったということが観察された。しかし、突発的に感情的に激高し、病棟スタッフに怒りをぶつけるという場面は単発的に観察されていた。

面接の中では、話している最中に生じるAさんの気持ちをフィードバックし話題にしていくよう筆者は心がけた。また、そういった状況を認知モデルにそって整理することで、自分に生じている状況を理解しやすいよう援助した。Aさんはつらい感情が続いている時があることを自覚するようになり、筆者はそうした場合の基本的な対処法について、それをリストアップした書面とともにAさんに紹介した。さまざまな技法がある中で、Aさんは注意を再焦点化する技法として、マインドフルネスの技法や、感情を鎮める技法として、コンパッションマインド・トレーニングに関心を示した。筆者からはこうした技術は、自転車に乗る練習やスキーの練習と同じで、初めは効果が感じられなかったり、うまくいかなかったりすることも多いであろうが、少しずつ続けていると効果を実感できるようになる上に、一度覚えると様々な場面で活用できるようになる、とあらかじめ伝え、初めは面接中に一緒に練習し効果を体験してもらい、短時間から徐々に実生活での活用を増やしていくようアドバイスした。

Aさんは、人とすれ違う時に相手の人が自分に対して悪意を向けていると感じたり、時には「どうせ何もできないくせに」といった揶揄するような「つぶやき声」が聞こえたりすることがつらいと話した。さらに、「つぶやき声」は過去の対人関係の失敗を走馬灯のように思い出すことへとつながり、結果自分が取り返しの付かない欠陥人間だと改めて確信し、恐怖感から日常的に人目を避けているのだった。ついには、周囲の敵意の影響を受けて、自分の考えを周囲の人に「操られる」ように感じ始めるとのことであった。このようにAさんは面接が進むにつれて、以前であれば否定していたつらい体験を徐々に語るようになっていった。

CBTpの中では幻聴体験を疾病が患者の頭の中で起こしている問題として取り扱わずに、つらい感情が認知の強度としての、状況や出来事と位置づけられている。このように患者を主体に幻聴について整理することによって、幻聴に対する患者の反応を検討しやすくなる。Aさんの場合には5回目以降の面接で上述のような技法を用いた問題の解決へと取り組み、落ち着いて「自分の判断で」行動できること、人目を避けずに看護師に相談することで病棟生活における問題が解決できることなどを練習

し体験していった。このような取り組みを経て、幻聴や周囲の敵意からなすがままであるという自己の認識が、実際に体験してみるとどうだったのかと、実験的に確かめながら適応的な考えや行動へと修正していった(行動実験)。9回目の面接が終わった頃にはAさんは隔離処遇の解除となった。

#### 治療経過④ 価値観の同定とリカバリーに向けた準備

こうした取り組みを続けていく中で、Aさんは自分で作った曲を披露したり、憧れのミュージシャンの尊敬すべき点について熱意を持って語ったりするようになった。そこで筆者は改めて、目標やAさんの将来像について話し合うことにした。こうした話し合いを行う際に、目標の同定とともに、患者が重視している価値観を同定すると役立つと言われている。Acceptance Commitment Therapyの価値観という概念を活用すれば、HayesとStrosahl(1999)は価値観を「世界中の人々が望むような言語的に理解可能な人生の結果」と説明している。そういった意味では目標が結果に言及した言葉だとすれば、価値観とは人生を通じて追求していくような、行動を選択する上での指針であるといえる。Aさんの価値観の同定のため、憧れのミュージシャンはどのようなところがAさんの共感を呼ぶのかということや、両親の尊敬できる場所、意義を感じる活動について話し合った。そうした中でAさんが「人へのやさしさ」を重視していること、「能力を高める」ための活動に取り組んでいる時には意義を感じていることがわかった。そうして、Aさんの価値観に沿った活動に時間を費やすことが今後のAさんにとって大切であること共有した。短期目標としては「外を一人で歩けること」「ひとりでカラオケに行けること」、退院後「人前で演奏できること」「その演奏を両親に見てもらおうこと」が中期的目標として挙げた。長期的な目標としてはミュージシャンになること、をAさんは掲げた。

#### 治療経過⑤ 価値観に沿った生活を送る上での阻害因子に取り組む

Aさんが病棟で過ごす上では、余暇活動中に他患者と喧嘩になったりするようなこともあった。そこで、Granholm(2016)のソーシャル・スキル・トレーニングなどを参考に、アサーションやコミュニケーションの練習をAさんと一緒に行った。そうする中で、喧嘩になりやすかった相手と交流を持てるようになったり、問題を病棟スタッフに相談できたりするようになった。こうしたAさんの変化はAさんの治療チームから暖かく受け入れられ、退院に向けた支援についてチームで協働的に話し合う機会も増えていった。その話し合いの中でAさんが語ったことは、いつかミュージシャンになりたいという夢を持ち続けているが、少なくともすぐには実現できるとは思っていない、ということであった。同時に、仕事につくことにつながるよう活動をしていって両親を安心させてあげたい、今できることは夢が少しずつでも近づく、何か簡単な活動を日常生活で取り入れることだ、という意向を家族に伝えたのだった。それを受けて音楽活動を取り入れている就労継続支援B型事業所がAさんの住む地域の近くにあるということで利用することとなった。また、Aさんの目標の一つである、「一人でカラオケに行けること」を実現に近づけるためにデイケアのカラオケを利用してもらったり、スタッフと一緒に外で過ごしたりする練習を取り入れていった。Aさんは歌が上手だということで、デイケアのカラオケでも他の利用者などから注目されるようになった。

この時にもAさんの幻覚や妄想は継続していた。ただし、以前はAさんの話題のほとんどがその内容に関するものであったが、次第にその影響は限定的になりCBTpの面接の中だけで話す程度へと軽減していった。このような状況を受けて、家族と治療の進捗状況を共有した上で、約半年間の入院を経て退院することとなった。

## 治療経過⑥ 地域での認知行動療法の実践を支援する

Aさんは入院前と異なり、家族との交流が保たれ、決まった曜日にはB型事業所に通い、自宅ではギターや歌の練習ができた。また、Aさんの音楽への熱意に共感したB型事業所のスタッフがAさんとバンドを組んで演奏の予定を調整してくれたりしてくれるようになっていった。CBT pの面接では、人に対して劣等感を抱くようになった経緯について、ライフチャートをもとに話題にしていった。Aさんの回想によれば、小学校4年生までは自分の感じたままに振る舞っていて、自分のしたことに疑いを持つことはほとんどなかった。しかし、父親の精神的不調をたびたび目撃する中で、他の家庭と自分の家庭が何か決定的に違うのではないかという疑いが芽生え始め、「自分は欠陥があるのではないか」という考えが事あるごとに気になるようになっていった。この時に、数ヶ月不登校になり精神科に家族が相談に行ったことがあった。中学校では野球部に入り、両親などからみれば、一見活発に活動していたように見えていたのだったが、Aさんが回想する中では、実はその頃に野球部の先輩達が厳しく、その人達からいじめや暴力を受けるなどしていたということだった。そうした中で、Aさんによれば「自分は欠陥品である」という自分自身への疑いは次第に確信へと変わっていったという。他の友人はその厳しい先輩達から逃げるなどして距離をとっていたところを、Aさんは「欠陥品である」自分を正そうと、先輩達の命令に合わせて過ごすことで馴染もうとしていたのだった。勉強を頑張っており成績が良かったため高校は県内の公立進学校に入学した。高校での人間関係では、Aさんから見れば他の同級生がのびのびと自分の意見を主張できているように映った。その一方、自分はいつも他者からの評価に怯えて先輩たちに合わせるということだけに囚われて自分の考えに従って行動することができない、と常に考えていた。そうして、自分には同世代の人と交流するために必要なコミュニケーションができない、自分は欠陥品だという確信が頭から離れなくなっていった。次第に自分を批判するような「声」が聞こえ始め、日常生活の些細な行動を「声」によって揶揄されるようになっていった。

こうしたライフチャートによる主観的な体験の経緯を確認する中では、音楽に出会ってバンド活動ができたことや、友達に出会えたことなど肯定的な体験についても同時に確認していった。こうした過去の肯定的体験を再確認することによって、現在作業所で特定のスタッフや利用者とバンドを組んで音楽を披露していることが、生活の支えになっており、自分の価値観に沿って行動できていることにつながっているのだということへのAさんの自覚が促された。

CBTpの面接の中で対話を重ねていくうちに、Aさんは批判する「声」が言う内容がどこに行っても一様に同じであるということに疑問を抱くようになった。そこでAさんと筆者は「声」の認知モデルにしたがって面接の中で「声」を聞いた時のAさんの体験と一緒に検討した。その中でAさんが気づいたことには、批判してくる「声」はいつも「お前は結局自己中心的だ」と言ってくるのであるが、それは例えばAさんが尊敬しているミュージシャンであったとしても、演奏をしていない時や、日常生活でささいな用事で道を歩いている時には、気を抜いて自己中心的に振る舞っているときもあるはずだと考えるに至った。それとは対照的にAさんは、自宅でギターの練習をされていて気分転換に軽食を買いに近所のコンビニに行っている時でさえ、そうした批判を受けてつらい思いをしているのだった。さらによく検討を重ねてみると、「声」が言ってくることは、「自己中心的」「欠陥品」「負け犬」など漠然とした具体的でない表現で批判してきていることにAさんは気がついた。それまで受けてきたCBTpの中でコミュニケーションに関して色々議論を重ねてきて、そこでAさんが結論づけたことのひとつが、相手の立場に立って考えないと適切なコミュニケーションやアドバイスはできないということ



だった。そういう観点から「声」が批判してきている内容を吟味してみると、言われる側の立場に具体的に配慮した発言がない「声」の批判というのは自分にとって役に立たない発言であるということに気がついた。Aさんにとってはその発見は、Aさんと「声」との関係を捉え直す重要な機会となり、それ以降Aさんは「声」を聞いたときには、「声」が言うてくることは、あまり自分にとって意味をもたないのではないかと疑うようになり、以前のようなつらい感情を体験することは少なくなっていった。そうして「声」に対する対処を話し合う中で、実は一日中「幻聴（あれは幻聴だったと思うとAさんは語るようになった）」を聞いていたのだということをAさんは筆者に打ち明けた。筆者は勇気を出して伝えられたことや治療を続けてきたことに対して賞賛の言葉をAさんに伝えた。現在ではAさんが活動できる範囲も少しずつ広がってきており、再発予防に向けて良い状態を維持するための計画を話し合っているところである。

### 認知行動療法の介入とチーム医療における役割

ここまで記述したように、認知行動療法では症例の概念化という患者の全体像の理解に基づいて、定期的な頻度で、一定の形式で対話を重ねていくことになる。サイコーシスを体験している患者は、他者との交流に困難を抱えている場合も多く、CBTpのように一定の頻度で対話する場所が保証されていることや、話す内容が具体的でわかりやすく、その方法が明示されていることは、リカバリーの入り口となる安定した治療関係の構築につながる。さらに、こうした認知行動療法のセッション構造は、効果的に問題を解決したり、考えをまとめたりしていく上で有用な方法でもあるため、患者が主体的にリカバリーを促進していく上でも役立つ。また、今回の症例報告では具体的には言及していないが、現在の精神科医療の前提としてある治療チームでの症例検討会や、CBTpを含めた治療経過の共有が、患者にとって必要な支援を検討する上で役に立ったことは言うまでもない。そうした取り組みに加えてCBTpにおける症例の概念化や治療を実施することで、それがチーム医療を進めていく上でのロードマップとなり、家族、病棟のスタッフや地域援助事業者が足並みをそろえた介入を行うことができた。

近年BeckがCognitive Therapy for Recoveryとして提案している介入の中では、患者の問題解決を行なっていく認知行動療法の面接の中で、患者の適応的なスキーマを引き出し、それを問題解決へのリソースとして活用していく。この治療については個人精神療法のみならず、精神保健従事者に対する教育への有用性の報告が見られるようになっており、今後CBTpがチーム医療で果たす役割も増えてくることが期待される(Nadine Changら,2013)。

### まとめ

振り返ってみると、Aさんは現在も幻聴体験や被害関係妄想が継続しているため今後さらに薬物療法の調整や、場合によっては治療抵抗性統合失調症薬のクロザリルの投与の検討なども必要かもしれない症例であるともいえる。ここでは本稿の趣旨を鑑みて薬物療法の検討についてはあえて言及していないが、統合失調症をはじめとして精神障害に関する生物学的な基盤に関する知見が多く報告されている昨今の現状からも、生物学的な疾患の理解と対応は欠かせない側面である。その一方で、近年John F Nash (映画「ビューティフル・マインド」のモデル)やEleanor Longden (心理学の研究者で自身のサイコーシス体験をメディアで報告している人物)などリカバリーをした当事者の体験を知れる機会も増えてきている。そうした報告を参考にすれば、リカバリーには上述したような薬物療法など

による症状の緩和以外に、支援者との繋がり、生活基盤の安定、社会への参加など様々な要素が複雑に関係していることがわかる。そして、これらは従来の医学モデルで扱っている変数とは独立したものである場合も少なくない。そうした中で当事者の心の状態とは、リカバリーに関わる様々な変数の中心にある、あらゆる要素のハブともいえる要素であるといえる。認知行動療法は、実証的な研究に基づいた手法を用いて患者の心のコンディションを「自ら」整えていく方法を提供するものだといえ、リカバリーの道程をより円滑に進めることができると筆者は考えている。尚、本稿では第3世代の認知行動療法など様々な学派の認知行動療法を個別のリカバリーの実現に向けて統合して活用している。各学派の位置付けに関しては、図1を参照していただきたい(Wright et al., 2014)

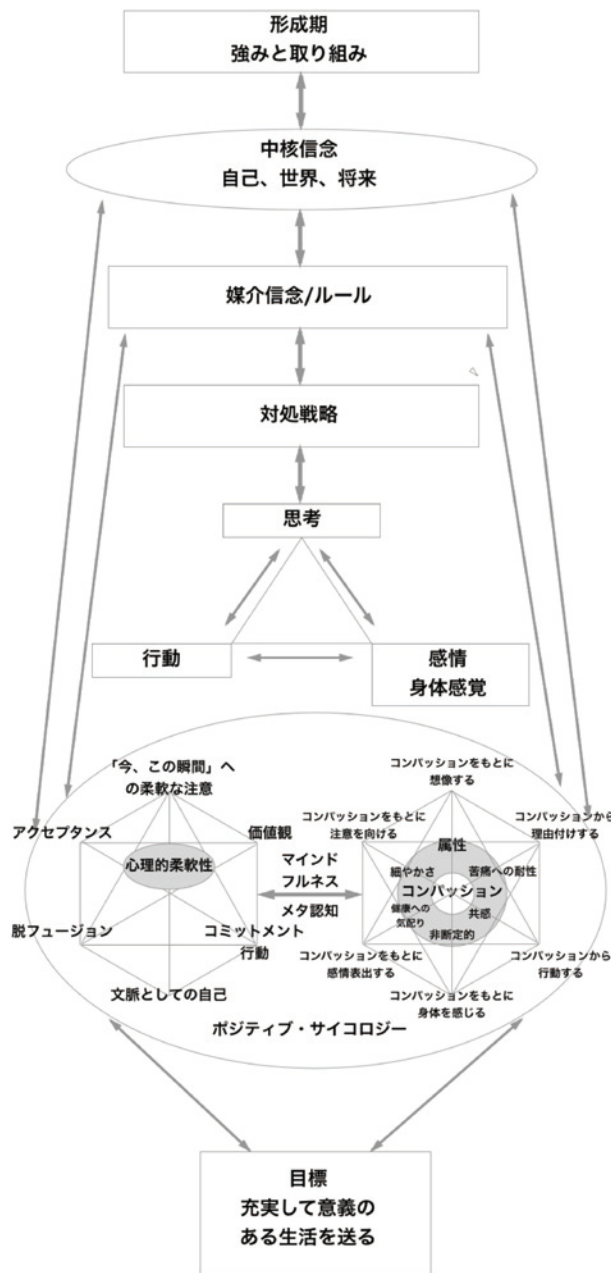


図1

## 【参考文献】

- 1) Beck AT, Haigh EA: Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review Clinical Psychology*: 1-24, 2014.
- 2) Beck AT, Rector NA, Stolar N : *Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy*. Guilford Publication, New York, 2011 (大野裕 監訳: ベックの統合失調症の認知療法. 岩崎学術出版社, 2018)
- 3) Bromet EJ, Naz B, Fochtmann LJ, Carlson GA, Tanenberg-Karant M: Long-term diagnostic stability and outcome in recent first-episode cohort studies of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 31 (3): 639-649, 2005.
- 4) Chang NA, Grant PM, Luther L, Beck AT: Effects of a recovery-oriented cognitive therapy training program on inpatient staff attitudes and incidents of seclusion and restraint. *Community Mental Health Journal* 50, 415-421, 2013.
- 5) Escher S, Romme M: Formation of delusional ideation in adolescents hearing voice. A prospective study. *American Journal of Merdical Genetics* 114: 913-920, 2002.
- 6) Gilbert P : *Depression: The evolution of powerlessness*. Lawrence Erlbaum, Hove, 1992.
- 7) Gilbert P: *The compassionate mind. A new approach to life's challenges*. New Harbinger, Oakland, 2009.
- 8) Gilbert P, Birchwood M: An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine* 31: 1117-1127, 2001.
- 9) Goffman E: *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Penguin Books, London, 1963.
- 10) Granholm EL, McQuaid JR: *Cognitive-behavioral social skills training for schizophrenia*. The Guilford Press, New York, 2016.
- 11) Grant PM, Beck AT: Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 35(4): 798-806, 2009.
- 12) Grant PM, Beck AT: Asocial beliefs as predictors of asocial behavior in schizophrenia. *Psychiatry Research* 177: 65-70, 2010.
- 13) Hayes SC, Strosahl K: *Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change*. Guilford Press, New York, 1999. Irene B, Maximilian: Responserazes in patients with schizophresia and positive symptions receiving cogntive behavioral therapy asyentiontic revien and single group mota analysis, *BMC psychiatny* 18: 380, 2018
- 14) Khoury B, Lecomte T: Emotion regulation and schizophrenia. *International Journal of Cognitive Therapy* 5: 67-76, 2012.
- 15) Kingdon DG, Turkington D: Preliminary report: The use of cognitive behavior therapy and a normalizing rationale in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 179: 207-211, 1991.
- 16) Morrison AP, Baker CA: Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A comparative study of intrusions in psychosis. *Behavior Research and Therapy* 38: 1097-1107, 2000.
- 17) Nakagawa A, Mitsuda D: Effectiveness of supplementary cognitive-behavioral therapy for

- pharmacotherapy-resistant depression: A randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 78(8): 1126-1135, 2017.
- 18) Tarrrier N, Beckett R, Harwood S, Baker A, Yusupoff L, Ugarteburu I: A controlled trial of two cognitive behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients. I. Outcome. *Br J Psychiatry* 162: 524-532, 1993.
  - 19) Wright NP, Turkington D: *Treating Psychosis*. New Harbinger Publications, Oakland, 2014.
  - 20) Wykes T, Steel C: Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin* 34(3): 523-537, 2008.