ARMS CBTにおける治療のポイント

西山志満子

キーワード：1. 精神病発症危険状態　2. 認知行動療法　3. 思春期　4. 対人関係　5. ライフコース
Key words：1. ARMS　2. CBT　3. adolescence　4. interpersonal relationship　5. life course

抄　録

思春期は第二次性徴の発現により心身ともに大きく変化する時期に相当する。自己像が確立し、自立心が芽生え、大人に反抗的となる一方で、他者からの評価に敏感で傷つきやすく、不安定な精神状態に陥りやすい。この思春期を含む時期は精神疾患の好発期にあたり、精神病発症危険状態（At Risk Mental State：ARMS）の出現時期は10代から20代の若者に多い。そのため、ARMSの病態を理解するには、精神症状ばかりでなく、発達段階の特徴を把握し、クライエントが抱える問題の全体像をみることが有効である。また認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy：CBT）へのモチベーションを維持し自立心を育むために、進路を検討する際には可能な限り本人の希望を尊重することが切要である。

ARMSの若者が抱えている悩みは多岐にわたる。孤独や孤立感は共通していても、被害関係念慮や被注察感から人を遠ざける、あるいは引っ越しや職場の配置転換などの環境変化により周囲の人と馴染めずにいるなど、その背景要因はさまざまである。従って、クライエントの体験をCBTの理論の枠組みに無理矢理はめ込もうとするのではなく、理論と個別性の両側面から理解していく必要がある。

さらに、ARMSの若者はストレスに脆弱で、微弱な精神病症状などから不登校となる、あるいは休学・退学する、職場環境や人間関係に馴染めず、休職・退職する者が少なくない。彼らのリカバリーを支援するために、病院と当事者の関係だけではなく、家族、担任、養護教諭、あるいは職場の上司などとの連携が重要である。

本論文の内容は第21回日本精神保健・予防学会学術集会のシンポジウム3「早期介入における心理社会的治療をステップアップするためには？」において発表したものを中心にまとめた。

Significant Viewpoint of Cognitive Behavioral Therapy for At Risk Mental State
Shimako Nishiyama
富山大学大学院医学薬学研究部神経精神医学講座、Department：Neuropsychiatry University of Toyama Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences
［2019年4月より］富山大学保健管理センター（五福キャンパス）、Health administration center, Gohuku Campus University of Toyama

はじめに

精神病の早期発見・早期介入研究の進展を背景に、前方視的な精神病発症リスク状態を意味するARMSの概念が提唱され、ARMS研究はこの20年で大きな発展をとげた（Yung and McGorry, 1996; McGorry et al., 2009; Ruhrmann et al., 2010; Stafford et al., 2013; Woods et al., 2013）。ARMSの治療では、精神病への移行を予防することが重要な目的の一つとされるが、発症予防が唯一の目的ではなく、現在の症状や問題に伴う苦痛を緩和し、社会的、学業的、職業的機能障害の予防や回復を目指すことも重視されている（Schmidt et al., 2015）。ARMSの治療には、まだエビデンスとして確立したものはないが（Davies et al., 2018）、オーストラリアを始め、イギリス、アメリカ、カナダ、イタリア、ドイツなどは治療ガイドラインを制定しており、わが国においても、2017年に早期精神病の診療プランと実践例をまとめた予備的ガイダンスが公表された（水野ら, 2017）。ARMSの状態では精神病症状が出現しつつあるが、顕在発症には至っておらず、精神病へ移行しない場合もあるため、National Institute for Health and Clinical Excellence（NICE）（NICE, 2013; NICE, 2014）やEuropean Psychiatric Association（EPA）（Schmidt et al., 2015）のガイドラインでは、いずれも治療上の留意点として、①抗精神病薬による治療を第一選択肢としない、②発症予防を目的とした抗精神病薬の投与を推奨しない、②個人向けのCBTを心理教育や家族教育とともに推奨する、の3事項をあげている（表1参照）。

	NICE ガイドライン [9,10]	EPA ガイダンス [16]
アセスメント	・ARMSの対応経験を有するコンサルタント精神科医または訓練を受けた専門家が実施 ・構造化され検証されている評価ツールを使用し、遅延なく行う	・トレーニングを受けた専門家（精神科医、臨床心理士or同等のメンタルヘルス専門職）が実施 ・専門家がいない場合は電話などでアドバイスを受ける
心理的介入	・個別のCBT ・場合により家族介入の併用	・第一選択としてCBT
抗精神病薬	以下に該当する場合、抗精神病薬を提供しない ・ARMSの状態 ・精神病発症リスクの軽減または予防目的	・心理的介入の効果が無効で、重症で進行性の場合、成人患者には少量の第二世代抗精神病薬を追加 ・発症予防目的に長期の抗精神病薬投与は推奨されない
その他の介入	・不安障害、うつ病などの併存疾患には、推奨されている介入を提供	・併存精神障害（うつ病、不安障害など）に対して、それぞれの疾患ガイドラインに沿った治療を提供
フォローアップ	・症状および機能の変化について最長3年間は定期的にモニタリング	・症状について定期的にモニタリングを行う

表1　ARMSの早期介入の治療指針

CBTでは心理検査などのように特別な用具を必要としない。治療者の頭の中にCBTのノウハウがインプットされていれば、目の前のクライエントとの対話によって治療が進められる。ケース・フォーミュレーション[1]などを書き出すためのペンと紙があればそれに越したことはないが、例え手元に

[1] ケース・フォーミュレーション：クライエントの問題の発現および維持要因などに関する仮説の図式。「事例定式化」あるいは「事例概念化」とも訳される。

なくともセッションを行うことは可能である。CBTは侵襲性が少なく、副作用の心配もなく、静かで落ち着いた所であれば場所も選ばない、治療者の身一つで実施できる手軽さを備えているが、精神療法の基本に習熟し、CBTにおける専門的知識と技量を有し、さらに十分な経験を積んでいなければ、エビデンス・ベースドの治療として定評のあるCBTを提供したことにはならない。本稿では、CBTの中でもARMSの時期に行うCBTにおいて留意すべき治療ポイントを紹介する。

1. 思春期の発達段階の把握

思春期・青年期は精神疾患の好発時期にあたり（Häfner et al., 1994）、精神疾患の診断基準を満たす者のうち、約半数は10代半ばのうちから症状が認められる（Kim-Cohen et al., 2003; Kessler et al., 2005）。そのためARMSのクライエントは思春期の若者が多く、CBTを行ううえで思春期の発達段階に精通しておくことは必須である。

思春期は子どもから大人への移行期にあたり、心身のダイナミックな変化の途上にあり、他者との交流や関係性、環境が大きく変化する時期である（WHO, 2009; Sawyer et al., 2018）。第二反抗期の訪れとともに、慣習や権威像に対する反抗、内閉性、ときに暴力といった言動が出現するが、これらは自立していく過渡期にみられる一過性の不適応状態ともいえる。

心理社会的な変化は脳の構造、機能の変化と並行している。15歳頃すなわち思春期には大脳辺縁系が成熟する（Giedd, 2016）。大脳辺縁系は脳の深部にあり、感情の整理、意欲、生命維持、本能行動に関与しており、危険な行動に走り高揚感を感じるのはこの部分である。さらに副腎から分泌される性ホルモン群がこの時期に大脳辺縁系で活性化しており、感情爆発を起こしやすい状況を作り出している（Dahl, 2004; Dahl and Forbes, 2010）。また腹側線条体はドーパミン・システムの成熟と並行して思春期に顕著な発達をとげ、報酬への感受性の高まり、リスクのある行動の選択、動機づけられた行動を促進する（Galván, 2013 for review）。思春期は扁桃体と前頭前野の機能的・構造的結合に顕著な変化が生じる時期でもある。これらの結合の増強は感情刺激における扁桃体の高反応性と同時に発達する（Tottenham and Galván, 2016）。一方、前頭前野は意思決定、計画、衝動統制に関する働きを担っているが、この部位が成熟を迎えるのは25歳頃である（Giedd, 2016）。

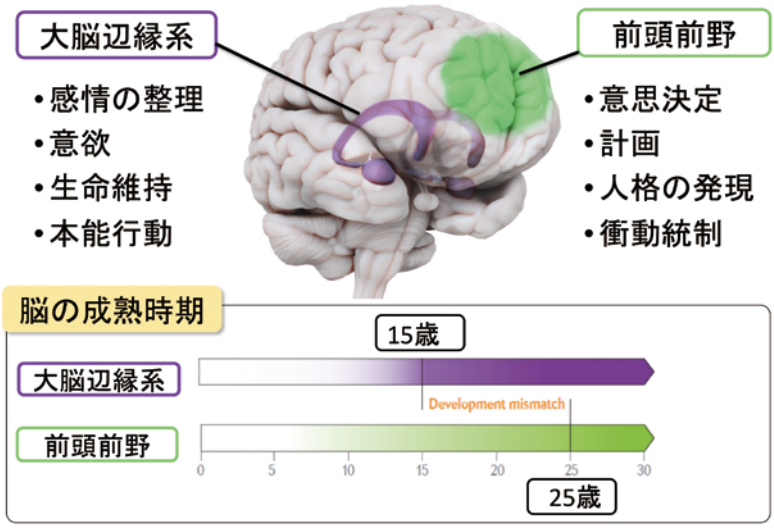

図1　過敏で暴走しやすい思春期の脳（文献5を一部改変）

すなわち、思春期では感情に敏感でスリルを求める脳は成熟し、衝動性を制御する前頭前野の回路は完成しつつあるが、前頭前野がまだ未成熟であるために、抑制がきかず、危険で無謀な選択を好むのである（図1参照）。問題となる言動を全て精神症状の1つとして捉えようとするのではなく、こうした思春期の特徴を反映していないかという視点をもつことも重要である。

2. セッション内における良好な対人関係の体験

ARMSの若者達はさまざまな事情から対人場面で苦しんでいる。元々大人しく内向的な者が多く、人と打ち解けるまでに時間がかかり、学校でいじめにあうことが多く、クラスの中で孤立しがちで孤独を感じやすい。クラスに馴染めず、また教室内のざわめきが耳につくため、休み時間になるとイヤホンをつけて音楽を聴く、教室を抜け出して人気のない美術室や階段などに腰かけて授業開始のチャイムが鳴るまで時を過ごすなど、まわりから声をかけられにくい状況を作り出すため、交友関係を結ぶ機会が失われていく。家に帰ってもスマートフォンやパソコンのゲームに興じ、家族との会話も少ない。内気なうえに対人交流が乏しい生活をしていると、余計に人とコミュニケーションをとることに苦手意識を感じ、対人場面を避け孤立するという悪循環にはまっていく。

また多くが思春期の若者であるため親の保護下で生活しているが、支配的な親からの圧力に萎縮している、あるいは依存しすぎるあまり自己主張できずにいる者もいる。幼少期からこの関係性の中で暮らしていると、それが当たり前となり、歪んだ家族関係に疑いを抱かず、あるいは親に逆らう気力を失い、親の望む進路を選択する。しかし、何とか進学・就労を果たしても、彼らのキャパシティを超える環境についていけず、休学・休職を経て進路変更を迫られても、どこか他人事で、自分の人生を自分で選択し歩んでいくことを放棄しているようにみえる。

さらに被害関係念慮などによる他者への恐怖や怒りから、対人場面を回避していることもある。休み時間などにクラスメイト達が談笑している姿をみて、「周りから悪く思われている」「こっちをみて笑っている」と考え、不安になり、机に突っ伏して休み時間が終わるのを待つ。外界が見えないため人の目を気にせずに済むというメリットから、この対処法を繰り返すうちに、個人的な被害的解釈を否定する外界の情報をもシャットアウトすることになり、被害関係念慮に対する確信を強めていくという悪循環に陥ってしまう。

このような経験を背景に持つクライエントとのセッションでは、彼らが「この人に心を開いても否定されない、傷つかない、一緒にいると安心する、人と話をするのも悪くない」と思えるような関係性を心がけている。セッション内での良好な対人経験が、実生活における人間関係の現状と向き合い、再構築していく力となっていく。部屋に入ってきても俯きがちで溜息ばかりつき、長い沈黙の後に何か言いかけて「話すの面倒なので、やめておきます。」と言われてしまう時もあるが、治療者自身がクライエントの長い沈黙に耐えられずに「CBTの構造を保とう」、「何とかクライエントの反応を引き出そう」と焦り、本筋から離れた話題を振ったり、自分の考えをまくしたてると、ラポールが形成されないばかりか、クライエントとの関係がぎくしゃくとしたものになり、望ましいCBTの構造からかけ離れていく。1回のセッションで無理に完結しようとすると事態は悪化する。次のセッションで堰を切ったように自分の悩みや問題に感じていたことを話し出すこともある。終結までのセッションの全体像を頭に思い描きながら、各セッションの構成を考えつつ、柔軟に進めていく必要がある。厳しい現実と向きあい、時に傷つきながらも、新たな関係性を確立していこうとする彼らを、彼らの歩みに合わせて支えていくのも治療者の役割である。

3. インテーク面接、アセスメント

CBT導入前のインテーク面接は、約1時間かけて行う。親の前では本音が言えないクライエントもいるため、クライエントと家族それぞれ個別に実施する。彼らが語る内容だけでなく、外来で声をかけ挨拶を交わすときの表情、声色、面接室に入り着席する行動に至るまで、治療者の情報収集は既に始まっている。主治医から紹介を受けると、クライエントの初診や診察時の情報に一通り目を通し、頭に入れたうえで、一旦その情報を脇に置き、クライエントや家族と対面して得た印象や情報を新たに取り込んでいく。以下にARMS CBTのインテーク面接の参考になると思われるケースを紹介する。

「自分の服に火をつけ火傷を負う」「刃物を隠し持つ」などの奇異な行動から当初はARMSを疑われた不登校の若者の面接を担当した。待合で声をかけるとすくっと立ち上がり「よろしくお願いします。」と丁寧に一礼し、入室後、「どこに座りましょうか。」と部屋の中を見回す様子に、実年齢より大人びた印象を感じながら、ラポールの構築も兼ねて生活状況などの聴取を始めた。家族の年齢を尋ねると、「きょうだいの年齢はわかるが、あとは関心がないのでわからない。年代もどうなんでしょう。」と首を傾げた。両親と10数年一緒に暮らしてきて、正確な年齢を言えなくとも年代ぐらいはわからないものだろうかといくらか違和感を覚えつつ、続いて食事状況を聞くと、「朝食は親が作ったものなので食べない。」と冷たく言い放ち、その様子に、これは普通ではないと感じ、『親が作ったものなので』とはどういう事なのかと少し掘り下げた質問を投げかけると、その質問を皮切りに、親が入ってきた部屋にあった物には触れない、触ったとしても念入りに手を洗う、風呂に入る、部屋の中の本を突発的に燃やしたくなる、ベッドの片隅に蜘蛛が巣くっているが同じ理由で部屋の物を触りたくないので掃除をしない、学校にはある程度関心はあるが、親が通る玄関を使いたくないので行きたくないなど、親への過剰な嫌悪感が露わとなった。「理由はないが、嫌いだから嫌い。」「親には『干渉してくれるな』『勝手に部屋に入ってくれるな』とLINEで送っているが効果はない。」と言いながら、「ダイレクトに言うと傷つけるかなと思って自分がどう嫌がっているかまでは伝えていない。」と親を気遣う発言もみられ、親への感情的両価性が認められた。自傷などの奇異にみえる行為についても、「普通に生きていたら病気になるし、痛いところも出てくるし、頑張らないでいい感じに終了できないかなと思って。」「ファンタジー系の見過ぎで、もっとすぐにぱっと燃え広がって死ねると思った。」「ファンタジーの世界はいい。魔法を使えば簡単に問題を解決できてしまう。」と説明しつつ、「本当の苦労をしていないからこんなことを考えるのかもしれない。」と分析していた。表面的な立ち居振る舞いは大人と同等に洗練され、親の感情を気遣い、客観的に自分を分析する視点をもちながら、内面では厭世観、衝動性、親への理由なき激しい嫌悪感といった未成熟さが共存している。このようなアンバランスさは、子供から大人へと成長する途上にいる思春期の特徴にみえるが、一方でファンタジーへの傾倒や特定の親に対する過剰な嫌悪感から自閉スペクトラム症（ASD）の可能性も考えられる（吉川, 2017）。思春期・青年期の若者へのインテーク面接では、発達歴も丁寧に聴取し、ARMSで説明可能なのか、ASDの特性はみられないか、典型的な発達経過を辿っていると判断可能なのかなどを照合することが肝要である。CBTでは主に現在の問題に焦点を置くが、こうした情報はフォーミュレーションの作成にも役立つ。また本ケースのようにインテーク面接だけで心の整理をつけ、部屋を片付け、高卒認定の試験に向けて準備を進めるなど、再出発にむけて一歩を踏み出す場合もある。

4. 問題の包括的理解

人はこの世に誕生してから死を迎えるまで、ライフステージごとに対人関係や環境が変わりゆく。

特に思春期・青年期では、進学により、それまでの対人関係や環境に大きな変化が生じ、ストレスを感じやすい時期である。思春期・青年期に多いストレスイベントとして、受験や就活、進学や就労、引っ越しによる環境や対人関係の変化、いじめ、学校での実習やゼミ、家庭内での不和などがあげられる。これらは、通常の人でも感じるストレスイベントだが、ストレスに脆弱な彼らには多大なストレスをもたらしうる。症状だけにとらわれるのではなく、その背景にある問題全体、すなわち、ストレスイベントや生育環境、パーソナリティなどに目を配りながらセッションを進めていく事も大切である。

あるクライエントは、中学生の頃から時々「自分が悪く言われているのではないか」「教室にいるとみられている感じがして怖い」「ふとした時に自分の考えが勝手に近くにいる人達に伝わっている」と感じるようになり、一時期、不登校となったが、無事に短大まで進学した。しかし実習が本格的に始まると上記の被害関係念慮がほぼ毎日1時間近く出現し、実習を休むようになり、当科を受診した。本人は「実習で疲れていたのかなと思う。」「風邪をひいて休んだのでその分の課題や、やることが増えて疲れていたのかも。」と追想し、本人、家族、学校側が単位のことなども含めて話し合い、休学する方針となった。実習に行かなくてもよいことが決まってからは不安や微弱な陽性症状も軽減し、アルバイトをするまでに回復した。

このように、環境調整だけで症状が改善する場合もあるため、CBTの導入前あるいは想定されうるストレスイベント前にセッションで話題にあげ、早めに対策を講じる必要がある。

5. 治療の柔軟性

個人CBTでは、通常、週に1回、1回50分、16セッション前後を行うことが推奨されている。クライエントが困っているのは日常の生活場面のため、毎回アクションプラン（ホームワーク）を決め、セッションで話し合った問題への対処方法を生活場面で実践し、スキルの定着をはかる。しかし、ARMSのCBTでは理想通りにいかないこともしばしばある。なかなか治療構造通りに進まないときは、セッションに柔軟性をもたせ、徐々にCBTの枠組みに近づける工夫をする。

多くのクライエントは疲れやすく、記憶力や注意力の低下などからセッション時間が長いと内容を十分把握できない。そのため易疲労性や認知機能障害を認めるクライエントの場合は、1セッション20～30分と短時間から始め、本人が理解しやすいように具体例をあげながら分かりやすくかつ簡潔に、以前話した内容であっても繰り返し説明する。またセッションの内容、心理教育、アクションプランなどを後で見返すことができるように資料の配布、シートの作成など、形として残すことを心がけている（西山ら, 2018；西山ら, in press）。セッションの間隔は基本1週間とされている。しかし、クライエントが通学している場合、病院が学校から離れていると平日の日中（遅くとも16時まで）に来院するには学校を早退しなければならならず、毎週同じ曜日、同じ時間でセッションを組むと特定科目の出席日数が不足するので困るという相談もある。その場合は曜日をずらしたり、2週に1回で対応する。クライエント1人では通院できず、共働きの両親が送迎している家庭では、父親と母親、あるいは近所に住む祖父母が交代で送迎され、週1回を維持できる場合もあるが、種々の事情から片親のみが送迎する家庭では、頻繁に会社を休むあるいは早退することは難しいと言われ、2週に1回のペースで行うこともある。CBTではスキルの定着を図るために、セッション内で決めた課題を次のセッションまでに実生活で実践してくることが求められる。しかし、クライエントの中にはアクションプランをしていない、あるいは実践しても記録してこないことがある。このような場合には、次のセッションでアクションプランの実践を阻む要因をクライエントと一緒に検討することになるが、早く構造化さ

れた治療に乗せようと治療者が焦ると、クライエントに批判的な眼差しを向け、問題点を指摘することでクライエントのモチベーションを削ぎ、協力的実証主義とは程遠いセッションになってしまう。セッション数は16回前後とされているが、速やかに回復する者もいれば、週1回で行っていてもなかなか回復しない者もいる。セッションを導入する前に、クライエントおよびご家族におおよそのセッション数を説明するが、回数に重きを置きすぎると、クライエントが「もう○回まで終わったのにまだ良くなっていない。」と焦りを感じてしまう。それは治療者自身にも当てはまる。目標もなく、だらだらと続けないために回数の目安は必要だが、治療目標の達成の程度も終結の目安となる。

ARMSの若者が抱えている悩みは多岐にわたる。孤独や孤立感は共通していても、背景要因はさまざまである。①幼少期より人と交わるのが苦手で、自閉スペクトラム症の特徴を併せ持つ者や、②過去に受けたいじめの恐怖から人を信用できない、いじめによるトラウマを抱えている者、③人と交流する状況に極度の恐怖を感じ、社交不安障害の併存診断がつく者、④被害関係念慮や被注察感から人を遠ざける者、⑤過去に親しかった友人と離別した経験から、また失うのではないかと不安で人と親しくなれない者、⑥元々内向的で、引っ越しや職場の配置転換などの環境変化により、周囲の人と馴染めない者もいる。こうした要因が単独ではなく、複数該当する場合もある。そのため、クライエントの体験をCBTの理論の枠組みに無理矢理はめ込もうとするのではなく、理論とクライエントの個別性の両側面から理解していく必要がある。

6. 家族、主治医、治療者（セラピスト）、関係者間の共通理解・連携

6.1　主治医との共通理解・連携

心理士がCBTを担当する場合、主治医との連携は必須である。抗不安薬や抗うつ薬など薬物療法を受けているクライエントの場合、主剤が確定し、CBTを実施している期間中は、基本的に処方が変更されないことが望ましい。クライエントの中には、感情曝露を避けて薬に頼ろうとし、不安が高まる場面と向き合わず、薬を飲んで不安を取り除こうとする。不安が下がらなければ「薬の量が少な過ぎる。」「他の薬がよいのでは。」と主治医に薬の変更を求め続け、CBTに身が入らず、思うような効果が得られない。CBTを行うタイミング、薬物療法との組み合わせ方など、治療方針について事前に主治医と話し合う必要がある。また、セッションが終盤に差し掛かり、社会復帰の方向性として復学、就労、あるいは社会復帰施設の利用などを考えていく際に、主治医と治療内容や方針を共有していなければ、セッション内で決めた進路と診察でクライエントが得た助言が一致せず、クライエントを混乱させてしまうことにもなりかねない。忙しい臨床業務の中で、毎回、主治医とクライエントに関する改まった話し合いの場を設定するのは難渋するが、外来の隙間時間や、外来後、医局に戻ってからの立ち話といったスモールディスカッションを重ねることで、主治医とコンスタントに情報を共有し、クライエントに対する理解や治療の方向性を共有することができる。

6.2　家族との共通理解・連携

本人よりも親の方がCBTの導入に熱心で、時に過剰な期待を抱いている場合がある。主治医から「CBTを希望している」と紹介があれば、まずは本人、家族と個別に面接したうえで3者による面接時間を設け、家族面接は、セッションとは別に、その後も必要に応じて行う。親の前では「CBTを受けます。」と言っていたクライエントが、一人になると、「親が受けろと言ったから。」「自分としてはどちらでも。」「やってみてもいい。」と、動機づけが十分とはいえないことがある。あるいは元々内向的で被害関係念慮に苦しむ休学中のクライエントが、治療目標として「人が自分にネガティブなイメージを

持っているという思い込みを改善したい」をあげても、親の方は「CBTで自信をつけて、誰とでも話せるようになって、4月から復学できれば。」と意気込んでいることもある。クライエントと親それぞれに個別面接を行うことで、誰にとっての悩みや希望なのかかが明確となり、その後のCBTにおいてクライエントの主体性が尊重される。

また、家族がクライエントの目標を応援しているようにみえても、家では家族の希望を押しつけていることもある。非常に成績優秀で、志望校への現役合格に向けて勉強に明け暮れていたクライエントが、いつしか進学よりも順位にこだわり、「1番でなければ」という考えがプレッシャーとなって勉強が手につかなくなり、不登校を経て休学し、留年が決まった。「笑いものにされている」という思いが強く、「絶対に下の学年と一緒に授業を受けたくない」といい、独学で受験勉強を進めていたが、焦燥感から思うように捗らない。そこでフォーミュレーションを作成してみると、「これまで勉強のできる自分を認めていた→勉強ができないと自分をすごく責める→病気について嘆き、絶望し、勉強のできない自分の弱さから目を逸らす→現状から逃げ出し、全てを投げ出して死にたいと思う→騒いだり泣いたりする→勉強ができない」という悪循環に気づき、「泣いたり騒いだりしているのは、この現状を受け入れられないから。病気が治れば騒がなくなり、予備校に通えるようになって勉強できると思っていたが、予備校に通って受験勉強が捗れば騒がなくなるのでは。」と思い至り、「親に相談してみる。」と晴れやかな顔で部屋を後にした。しかし、それから数セッション後、再び表情が曇りがちとなり、「親に『毎日休まず1日8時間以上勉強できなければ、とても予備校には通えない。』と言われた。今はそんなに勉強ができていないし、長い間、学校に通えていなかったのだから、親の言う通り予備校にも通えないと思う。『まずは保健室からでも学校に通う練習をしてみては。』と親に言われた。でも、なかなか行けない。」と言いつつ、学校に通う事を目標にあげる。セッションが進展しないため、親面接の時間を設けて話を聞いてみると、「やはり高校ぐらいは卒業しておいて欲しいという思いがある。4月から学校に通わせようと思う。担任の先生からは、次の学期から休まず通えば卒業できると聞いている。保健室登校からでも始めて。」と胸の内を明かされた。このように、表面上はクライエントの考えた道を支持しているようにみせながら、実際には親の希望する道へ誘おうとしている場合がある。

日々傍にいる家族だからこそ、良きにつけ悪しきにつけクライエントへの影響力は絶大であり、家族から得る情報は時に非常に有益となる。アクションプランを実践してきても目に見える効果がなかなか現れず、セッションの内容も希薄なものになりがちで、クライエント自身も「CBTをやってもよくならない。」と不満を漏らし、この治療は本人に合っていないのだろうか、それとも本質的な問題に焦点があたっていないのだろうかと悩むケースに遭遇したが、母親の話から、クライエントが挫折を味わった進路を今まさに順調に歩んでいる同胞の存在が明らかとなった。次のセッションで、同胞の存在を話題にあげてもよいかクライエントに尋ねると、頷きながら「特に気にしていなかったので言わなかった。」と弁明していたが、同胞に対する思いをぽつりぽつりと語って以降、行動面での改善が認められるようになった。家族からの情報提供のおかげで、クライエントが抑圧し回避していた思いにフォーカスがあたり、治療が進展したよい例である。

6.3　関係者との共通理解・連携

クライエントが学生あるいは就労者の場合、教育機関や職場の上司などとクライエントの社会復帰の進め方について方針を共有し、連携しながらクライエントを支援していくことは、クライエントが円滑に社会復帰を果たすうえで不可欠である。あるクライエントは、部活動推薦により本来の学力以上の高校に進学し、片道1時間以上かけて電車通学をしていた。しかし、4月半ば頃より「人が大勢い

る中にいると悪口を言われている気がする。視線も感じるので怖くて電車に乗れない。」と訴え、親の送迎で通学するようになり、「教室から人の声が聞こえると自分の悪口を言われているんじゃないか。」と怯えて教室に入れず、疲れ果てた表情の父親は「学校側から、『このままでは出席日数が足りず留年になる。退学するか、定時制に移るか考えて欲しい。』と言われたが、どうしたものか。」と頭を抱えていた。被注察感や被害関係念慮による恐怖、通学時間、学力的なことを考慮すると、現在の学校で卒業を目指すことはクライエントに多大なストレスがかかるだろうと考え、クライエントも選択はしないだろうと思いつつも、念のため「留年して今の学校を卒業する」という選択肢も含め、通信制、定時制への編入、高卒認定の取得など複数の選択肢を提示し、本人自身の希望を尋ねてみると、黙ったまま俯いていたが、しばらくすると顔をあげ、「憧れの学校に入学できた。留年してもいいから今の学校を続けたい。」と、こちらの目をみてはっきり意思表示された。寡黙であまり自分の考えを言わないクライエントだっただけに、驚きとともに、治療者が思い込みで判断することの危険性を再認識した。学校側からの希望もあり、本人、家族、担任、養護教諭、治療者による会議を開き、それぞれの立場から意見を出し合ってみると、担任は「もっと強く言えば教室に入れるのではないか。」と考えており、養護教諭は「本人の負担が少しでも軽くなる進路の方がいいのでは。」と心配していた。しかし、クライエントの思いを知ると、本人の選択した進路をサポートしていく方針で意見が一致した。治療者から担任、養護教諭に本人の抱える症状、学校で観察されやすい症状、声のかけ方などの対応方法を説明し、今後も必要に応じて関係者会議を開催することとなった。クライエントはCBTを受け、1年の留年後、卒業を果たし、サポートセンターの利用を経て、週5のアルバイトを継続している。

おわりに

ARMSにおける治療のエビデンスが確立されていない現状において、CBTは抗精神病薬と比べて制約が少なく、治療の第一選択として推奨されている。エビデンス・ベースドのCBTを実施するには、マニュアルに即した治療を提供するCBT特有のテクニックを習得していることは勿論であるが、特にARMS CBTでは、思春期特有の発達的特徴やストレスイベントを心得、症状だけではなくクライエントが抱える問題の全体像に目を向け、機能低下に配慮した柔軟な治療スタイルが求められる。ARMSの若者達が症状とうまく付き合いながら自分の希望する進路を歩んで行けるように、病院と本人・家族の関係にとどまらず、教育機関や保健・福祉機関、就労先の関係者などと連携を図っていくことがより一層望まれる。

利益相反

演題発表および本稿に関連して開示すべき利益相反はない。

【引用文献】

1） Dahl RE : Adolescent brain development: A period of vulnerabilities and opportunities. Ann NY Acad Sci 1021: 1-22, 2004.

2） Dahl RE, Forbes EE: Pubetal development and behavior: Hormonal activation of social and motivational tendencies. Brain Cogn 72 (1): 66-72, 2010.

3） Davies C, Loannidis J, Radua J, Stahl D, Provenzani U, McGuire P, Fusar-Poli P: Lack of evidence

to favor specific preventive interventions in psychosis: a network meta-analysis. World Psychiatry 17 (2): 196-209, 2018.

4) Galván A. The Teenage Brain: Sensitivity to Rewards. Curr Dir Psychol Sci. 2013; 22:88-93.

5) Giedd JN: The amazing teen brain. Scientific American Mind special edition 93-97, 2016.

6) Häfner H, Maurer K, Löffler W, Fätkenheuer B, an der Heiden W, Riecher-Rössler A, Behrens S, Gattaz WF. The epidemiology of early schizophrenia. Influence of age and gender on onset and early course. Br J Psychiatry (supplement) 23: 29-38, 1994.

7) Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters E: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-Ⅳ disorders in the national comorbidity survey replication. Arch Gen Psychiatry 62: 593-602, 2005.

8) Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R : Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. Arch Gen Psychiatry 60: 709-717, 2003.

9) National Institute for Health and Care Excellence: Psychosis and schizophrenia in children and young people. The NICE guideline on recognition and management. Clinical guideline 155: 1-51, 2013.

10) National Institute for Health and Care Excellence: Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical guideline 178: 1-58, 2014.

11) 西山志満子, 住吉太幹, 樋口悠子, 鈴木道雄: 認知行動療法により症状および社会認知機能の改善とともに神経認知機能が改善したUltra High Risk for Psychosisの1例. 日社精医誌 27(2): 123-132, 2018.

12) 西山志満子: Ultra High Risk for PsychosisへのCBTp. 金剛出版, in press.

13) McGorry PD, Nelson B, Amminger GP, Bechdolf A, Francey SM, Berger G, Riecher-Rössler A, Klosterkötter J, Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Nordentoft M, Hickie I, McGuire P, Berk M, Chen EY, Keshavan MS, Yung AR : Intervention in individuals at ultra-high risk for psychosis: a review and future directions. J Clin Psychiatry 70: 1206-1212, 2009.

14) 水野雅文、鈴木道雄、松本和紀、下寺信次、岸本年史、川崎康弘、中込和幸：早期精神病の診療プランと実践例―予備的ガイダンス2017― Treatment plans and implementation for early psychosis: Preliminary guidance 2017: 1-128. www.jseip.jp/doc/早期精神ガイダンス2017.

15) Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas RKR, Heinimaa M, Linszen D, Dingemans P, Birchwood M, Patterson P, Juckel G, Heinz A, Morrison A, Lewis S, von Reventlow HG, Klosterkötter J: Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk. Arch Gen Psychiatry 67: 241-251, 2010.

16) Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger L, Blakemore S, Dick B, Ezeh AC, Patton G. Adolescence: a foundation for future health. Lancet 379: 1630-1640, 2012.

17) Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RK, Riecher-Rössler A, van der Gaag M, Meneghelli A, Nordentoft M, Marshall M, Morrison A, Raballo A, Klosterkötter J, Ruhrmann S: EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. Eur Psychiatry 30: 388-404, 2015.

18) Stafford MR, Jackson H, Mayo-Wilson E, Morrison AP, Kendall T: Early interventions to prevent

psychosis: systematic review and meta-analysis. BMJ (18) 1-13, 2013.

19) Tottenham N, Galván A : Stress and the adolescent brain: Amygdala-prefrontal cortex circuitry and ventral striatum as developmental targets. Neurosci Biobehav Rev 70: 217-227, 2016.

20) Woods SW, Addington J, Cadenhead KS, Cannon TD, Cornblatt BA, Heinssen R, Perkins DO, Seidman LJ, Tsuang MT, Walker EF, McGlashan TH: Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: finding from the north American prodrome longitudinal study. Schizophr Bull 35 : 894-908, 2009.

21) World Health Organization: Strengthening the health sector response to adolescent health and development. 1-11, 2009.

22) 吉川徹: 若年発症の統合失調症と自閉スペクトラム症―併存例の診断と治療―. 児童青年精神医学とその近接領域 58 (1): 60-64, 2017.

23) Yung AR, McGorry PD: The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. Schizophr Bull 22: 353-370, 1996.