

統合失調症の症状への認知行動療法の動向と展望

白石裕子*, 則包和也

香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科

Consideration of the Trends and Views of the Cognitive-behavioral Therapy to the Symptoms of Schizophrenia

Yuko Shiraishi, Kazuya Norikane

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences

Abstract

Historically, treatments for severe mental illness such as schizophrenia have been thought of as solely a biological preserve. However, over the last decade there have been very positive advances in the development of non-drug or psychosocial treatments. Psychosocial treatments can be divided into three general categories. These are: (1) family intervention; (2) cognitive-behavioral therapy for psychotic symptoms; and (3) early monitoring of signs and early intervention. In Particular, cognitive-behavior therapy was first used by Beck in the treatment of depression and over the years has also come to be used in treating a various psychiatric disorders, including obsessive-compulsive disorder and developmental disorders. A number of cognitive-behavioral treatment methods for schizophrenia have been described such as: 1) cognitive therapy with a normalizing rationale, 2) focusing, 3) coping strategies enhancement, 4) comprehensive cognitive-behavioral therapy.

In this paper we briefly review recent studies on these methods, their effects and the history of cognitive-behavioral therapy. Furthermore, we examine directions in the practice of cognitive behavior therapy by nurses based on documents from Japan and other countries in order to determine their application to the field of nursing

Key Words: 社会心理的治療 (psychosocial treatments), 認知行動療法 (cognitive-behavioral therapy), 統合失調症 (schizophrenia)

*連絡先: 〒761-0123 香川県木田郡牟礼町大字原281-1 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 白石 裕子

*Correspondence to: Yuko Shiraishi Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences, 281-1 Hara, Mure-cho, Kita-gun, Kagawa 761-0123, Japan

I. はじめに

近年、精神障害者に対する社会心理的治療への関心が高まっている。従来、精神障害の治療は、精神科医による薬物療法および精神療法を中心に行われてきた。歴史的には、統合失調症のような重篤な精神疾患への治療は、生物学的な治療だけであると考えられ、精神障害者の薬物治療は1950年代のクロルプロマジンの開発から一挙に精神科治療における主役となった。しかし、精神障害のもたらす社会・心理学的な影響は症状の軽減だけでは消失せず、いわゆる精神障害者の生活障害となっており、社会的な問題となっている。そこで、この10年で、非薬物治療や社会心理的治療が飛躍的に発展してきた。社会心理学的治療への関心が近年高まっている背景として Barrowclough ら¹⁾は、(1)統合失調症のストレス脆弱モデルが広く受け入れられた。(2)近親者の EE (Expressed Emotion: 感情表出) が統合失調症の成立に影響していること。(3)薬物がすべての精神症状や再発を撲滅することはできないこと。(4)メンタルヘルスにおける消費者運動の盛り上がりにより新しいサービスを求められていること、などをあげている。また、Tarrier ら²⁾は、社会心理的治療は一般的に(1)家族介入、(2)精神症状への認知行動療法、(3)初期症状のモニタリングと早期介入の3つのカテゴリーに分けられるとしている。これらはいずれも統合失調症患者への社会心理的治療介入としての有効性が報告されているが³⁾⁴⁾、その中でも、精神症状への認知行動療法は、Beck⁵⁾によるうつ病患者の治療に始まり、近年では、強迫性障害、発達障害など、様々な精神疾患に試みられており、特に統合失調症患者の特徴的な精神症状の一つである妄想や幻聴などに対する認知行動療法の取り組みが盛んに行われるようになってきた。

ここでは、認知行動療法の歴史や方法、臨床における実践などを国内外の文献からレビューし、統合失調症患者への認知行動療法の適応と看護実践の可能性について考察したい。

II. 認知行動療法の歴史

認知療法は認知心理学の発展とともに登場してきたが、認知療法を本格的かつ洗練したものに高めたのは Beck である。Beck は、1960年代に、主に軽症うつ状態の患者の精神療法の一技法として「認知療法: cognitive therapy」を開発した。彼は、認

知療法を「認知を変え、また認知プロセスを変えることによって、すでにある障害や、あるいはそこに想定されている障害を修正しようとする方法である」と定義している。Beck が認知療法に取り組み始めた1960年代には、この治療法の適応はうつ病や神経症(パニック障害や恐怖症など)に限られると考えられていた。しかし、近年では、様々な精神疾患への適応が試みられ、一番適応が困難だと考えられていた統合失調症への認知行動療法が進められている。認知療法と行動療法とは本来独立して発展してきたが、今日ではそれらが統合されて発展してきている認知への介入と、行動療法家により展開されてきた行動変容の際の認知への介入との大きく二つの源流に分けられている。統合失調症においては、従来は行動療法の立場からの認知への介入が主であったが(社会技能訓練: Social Skills Training 等)、最近になって統合失調症に特有の認知障害(幻聴や妄想等)に対する直接的治療介入も試みられるようになってきている。これらの治療は、はじめは、多くの統合失調症患者が薬物療法を行っているにもかかわらず経験する持続する頑固な妄想や幻聴といった慢性精神症状から来る患者の苦痛を軽減するために開発された。幻覚や妄想の治療において種々の認知行動療法的介入を使用した数多くの事例研究と事例の継続研究がこの2、30年の間に出版されてきたが、1980年代後半までは、精神障害者への認知行動療法の効果についての研究は激増しなかった。その後、1990年代に入って、様々な認知行動療法の実践とその評価が報告されることとなった。

III. 認知行動療法の方法

認知行動療法には、1) 正常類似体験・比較説明法(normalizing rationale)を用いた認知療法、2) フォーカシング、3) 対処法の増強、4) 包括的認知療法などの方法が挙げられる。ここでは、それぞれの方法とその効果についての代表的な研究を挙げていきたい。

1) 正常類似体験・比較説明法を用いた認知療法

Kingdon⁶⁾らは、統合失調症の認知療法の理論的背景として、統合失調症に関する説明には、患者が納得できる説明を行う必要がある。患者が自分の精神病理体験を自ら解釈すること、そして患者の解釈が多種多様であることを治療者は知っておくべきである、と指摘している。

また、従来「統合失調症の患者を教育プログラ

ムに参加させるのは無謀だ」という悲観的な前提が幅をきかせていた背景には、統合失調症の治療にあたる専門家が、統合失調症に対して破局視 (catastrophization) や過度の一般化 (overgeneralization) という誤った認知を行っていたことが一役かっていた疑いが強い。多くの統合失調症患者の認識能力は十分保たれており、治療やリハビリテーションに「統合失調症に関する説明プログラム」を組み込む必要性と有用性は高いのである、と述べている。

こうした理論的背景から、Kingdon らは、正常類似体験・比較説明法を開発した。この方法は、正常人でも、過大なストレスがかかったり不眠が続くとおこる幻覚妄想体験 (正常範囲に属すると考えられる体験) を例に挙げながら精神病体験を説明する方法である。Kingdon らはこの方法を用いることで、精神病体験と正常体験の連続性を説明できるし、統合失調症のスティグマも減らせる、と解説している。そして、64名の統合失調症患者を対象に「正常類似体験・比較説明法」や「脱破局視技法」を実施し、「症状軽快」「服薬コンプライアンス改善」「社会適応の向上」などにつながったと報告している。しかし、治療の背景には、①総合病院の一診療科、②24時間体制でケアを行えるホステル、③その他の入所施設、からなる充実した地域サービスセンターの存在や、地域内には、危機介入アパート、ソーシャルサポート・グループ、患者援助組織なども設立されており、こうした認知療法が行えるには、整備された地域サポートシステムの存在が不可欠であることを Kingdon は指摘している。

また、Romme⁷⁾ らは、幻聴を体験している患者自身が症状出現の原因を知る重要性を指摘し、原因を知ることで幻聴への対処が容易になる場合が多いと述べている。彼は、そのような考えから、「聞こえる声*を本当に聞こえるものとして受け入れ、声のことを人に話すということを学び、声のせいで生じる不安を軽減すること」を目的にヨーロッパで、ヒアリングヴォイシズ研修プログラムを開発し、普及に努めている。この研修プログラムは、理論的研修プログラムと実践的研修プログラムの2種類があり、声が聞こえている人と専門職関係者の両者のために作られ、日本でも佐藤らが研修を主催している。

2) フォーカシング

Bentall⁸⁾ らは、幻聴の認知のモデルを示した。このモデルでは、幻聴のような自己派生の出来事と外部からの刺激との区別は、メタ認知のスキルであると考えられている。そして、区別の他の形式と同じように、自己派生の出来事と外部からの刺激との区別は、区別されようとしている出来事の特質と個人の信念や期待の機能と考えられている (心理学の用語で“top-down”なプロセス：概念から表層構造を推論する)。これらの信念と期待は、どんな出来事が公的、または個人的な領域で起こりやすいかについての個人的な知識や、世界を操作している動因 (causal agencies) となるもの (例えば、魂、テレパシーなど) についての基本的な仮説を反映している、と述べている。それゆえ、幻覚症状のある人は、自己派生の出来事を自己のものであると正確に捉えることに失敗し、さらにその人のもつ信念や期待がこのプロセスの役割を演じるという仮説を挙げ、患者が徐々にそれらの幻聴を自分自身のものであると再認識するための援助法を開発していくことが重要であると主張した。

彼らはこれまで幻聴に関する治療として報告されてきた心理学的アプローチを (i) 幻聴の症状を持つ人が、それらの声から注意をそらすことを強調したテクニック (例えば、ウォークマンを聴いたり、読書を用いたもの) ; (ii) それらの声に焦点をあてて患者を力づけるテクニック (例えば、フォーカシング) ; (iii) 不安の軽減に関するテクニック。の3つの主なグループに分けることを提案している。そして、それぞれについて検討し、(i) については、幾人かの患者については有効であるが、幻覚を含めた認知障害 (自己派生の出来事を外部からのものだとして誤認すること) の根本的な解決にはなっておらず、永続的な利点はないとし、Nelson ら⁹⁾ の、20人の慢性的な幻覚症状を持つ患者を対象にした研究で、注意をそらすテクニックの利点は一般的に短期間のものではあったとの報告をあげている。そして、Bentall らは、注意をそらすテクニックとフォーカシングテクニックの効力の関連性をテストするために、持続的に幻聴がある患者6名を用いて研究を行った。フォーカシング治療の目的は、幻聴が自分本来のものであるという再認識をすることで、幻聴やそれにま

*Romme は、物理的な音源がなくても声が聞こえていることを、精神医学的な幻聴 (Auditory Hallucination) と呼ばずに、そのまま声が聴こえること = Healing Voices と呼んだ。

つわる苦痛の頻度を軽減することである。研究は、幻聴に対する認識が患者の固着した信念からではなくなり、幻聴に支配されていた思考や感情が再構成されることで、治療の目的が達成できるようにデザインされた。治療は、セルフモニタリングテクニックや、患者に、幻聴を自己派生のものであると再認識できるよう促すテクニックや、幻聴による不安を脱感作したりするものを混合したものを含んでおり、その他のいくつかの要素がこの研究のために特別に開発された。具体的な方法として、患者に1週間での幻聴の頻度と、幻聴による苦痛、幻聴による人生上の障害、患者は幻聴を自分の思考であると信じているか（患者の態度）についてのアセスメントと、寝る前に毎晩幻覚日記を書くことが指示された。もし、一日のうちに幻聴が聞こえているなら、患者は聞こえる長さ（“短時間”～“一日中ずっと”）、騒がしさ（“非常に弱い”～“非常に騒がしい”）、苦痛の程度（“非常に楽しい”～“非常に苦痛”）、敵意（“非常に友好的”～“非常に敵意あり”）について幻聴に関する9段階スケールの回答を求められた。患者は、また日常の活動についての信念を書く事を求められた。

最初のセッションでは、患者は、アセスメントの測定に習熟し、フォーカシングのアプローチとその理論についての説明を受けた。次のセッションでは、患者は自らの声にフォーカスを当て、より注意を向け、それらの性質や内容、そのときに感じる思考や感情を報告するように指示された。

その結果、Bentallらは、6名の患者中3名が、幻聴が聞こえる時間が短くなり、幻聴による苦痛が軽減したと報告している。さらに、このフォーカシングテクニックによるアプローチはすべての患者にとって有効なのではなく、さらに研究を続け、現在のアプローチの改善や新しいアプローチの開発が必要であることを提言している。

3) 対処法の増強

Falloonら¹⁰⁾は、患者が体験している頑固で顕著な精神症状についてのよりよい理解は、これらの侵入的な出来事に対して患者が自然にとっている対処方法が、潜在的な特殊なマネジメント法を発掘する手助けになるのではないかと考え、持続的に幻聴症状がある40名の統合失調症患者に彼らの幻聴に関する対処法をインタビューし、分類を行っている。

その結果、彼らが用いている幻聴に対する自己

対処法は、行動の変化、生理的覚醒度の変化、認知的対応行動の3つに大きく分けられた。そして、患者が第一選択として最も頻回に用いていたのは①対人接触を増やす、②リラクゼーションや睡眠、③幻覚に対する注意を減らすであった。これらの3つの対処法の組み合わせは、適応良好群（幻聴による日常生活の障害が少ない群）の14%に比べて適応不良群（幻聴による日常生活の障害が多い群）が38%と、より多く用いていた。また、対人接触は、適応不良群ではより頻回に過剰に用いられており、適応良好群はしばしば少ない対処法しか用いていないが、自分にとって有効性の高い特殊な方法を用いていた。そして、注意をそらすことを組み込んだリラクゼーションは、全ての対処法の中で最も頻回に用いられるものである事が証明された、と報告している。

日本でも、江畑¹¹⁾¹²⁾が、都立松沢病院で、持続性幻聴のある統合失調症患者51名に自己対処機制を調査した結果を、Falloonと同じ方法で分類し、最も多かった自己対処機制は、認知的対応行動（84%）、行動の変化（67%）、生理的覚醒度の変化（29%）であったと報告している。

最後にFalloonは、高い効果が得られる上質な対処法がこの研究によって明らかにされることを願ったが、それは実現されなかった。しかし、常識的な対処法としてコンセンサスを得ることが確認された幾つかのものは、自己コントロール方法の体系的な応用に対して提供することで、統合失調症の症状管理の為の治療的レパートリーとして加えられることが望ましいと述べている。

また、この方法を用いたものとして、「浦河べてるの家」¹³⁾で行われている実践が有名である。ここは、統合失調症患者が暮らすグループホームを兼ねた作業所であり、様々なユニークな取り組みを行って、各方面から注目を浴びている。彼らは、自分たちの妄想や幻聴を、「幻覚妄想大会」を行って、どれが一番面白かったかを競ったり、自分の妄想や幻聴に名前をつけ、それらの対処法をみなで考えたりするなど、様々な試みを行い、実際に再発防止の効果を上げている。

4) 包括的認知療法

Garetyら¹⁴⁾は、統合失調症で薬物治療に抵抗性のある妄想や幻覚などの陽性症状のある患者を、一般的な治療を受けているグループ7名（対照群）と、認知行動療法を受けているグループ13名（治療群）での比較研究を行っている。彼らは、

治療のゴールを, 1) 慢性的な精神症状の経験から来る苦痛と日常生活の妨害を軽減する, 2) 精神障害についての知識を増やし, 自己規制できる動機付けを養う, 3) 機能不全の感情や, 絶望や否定的自己イメージ, 心理的恐怖感からくる自己敗北的な行動を軽減する. の3つに設定し, 認知行動療法として, 11~22のセッションを6ヶ月にわたって実施した. そして, これらのゴールを達成するために, 様々な異なったテクニックを用いて, 包括的認知療法を行っている. 彼らは, その中でも有効な手順として【認知行動的対処法】, 【再ラベリングと心理教育】, 【目標設定と絶望の乗り越え】, 【妄想の信念の修正】, 【機能不全な前提の修正】, をあげている. その結果, 治療群の方が, Beck Depression Inventory (BDI: ベックうつ病質問紙) でのうつ得点及び, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS: 簡易精神症状評価尺度) での精神症状の得点が有意に減少した, と報告している. そして, Garety らは, 治療群の一番顕著な特徴として, 妄想に対する信念が減少したことを挙げているが, この研究ではそのような信念が変わるかどうかを調査したに過ぎないため, 変化を長時間持続させるための要因を今後の研究で明らかにしていくべきである, と述べている.

IV. 認知行動療法の看護領域への適用

山内ら¹⁵⁾は, 認知療法の看護領域への適用について, 看護師による心理的ケアの利点として, 患者に接する時間をもっとも長い職種であること, 病棟での様々な生活場面に関わっていることなどを利点として挙げている. 一方で, 病室以外に患者と接する場がなかなかない病棟構造, 夜勤などが組まれていて不規則な勤務時間, 特定の患者に一定の時間を用意しにくい業務内容, 医師など他職種との関係の中での主体性の制限などの様々な問題から, 現実的には特別な治療構造を作るには制約がある, と述べている. そして, 看護領域での心理的ケアの技法に求められる条件として, 次の4点を挙げている. ①多くの看護師にとって理解しやすいものであること, ②患者にとっても受け入れやすいものであること, ③日常の看護業務を大きく変えずにその中で行えること, ④その場で生じた問題をそのつど扱え, 短期間である程度の成果が期待できることであり, さらに加

えれば, 患者の病棟内での生活などを通して行動面に焦点を当てたものであるほうが望ましい, としている.

これらの見地から認知療法を検討すると, コンセンサスを重視しそこからの思考のずれに注目するため比較的的理解しやすい, 患者の生き方や思考様式を積極的に操作するのではなく, 患者自身のもつ健康的な側面を引き出し育てることを重視するので患者にも抵抗が少ない, 過度に特殊な治療構造を要さず, 各病棟・各患者の特性に応じて柔軟に適用することができるなどの点から看護領域にもっとも応用の可能な技法のひとつであると思われる.

日本における認知行動療法の看護師による取り組みは, 始まったばかりであり, まだまだ認知度は低いと言わざるを得ない. しかし, 欧米, 特にイギリスでは, 保安施設に限らず認知行動療法をはじめとする心理学的介入が盛んに行われており, 看護師に向けた行動療法や, 認知行動療法の資格取得コースが設けられている. 下里は¹⁶⁾, Anger control Therapy が行われているトニーヒルズユニットを紹介し, ここでのプライマリーナースとしての受け持ち患者に対するケアを紹介している. この方法は, 基本的には攻撃的行動や逸脱行動に対しての負のフィードバックを与えることにより, 行動修正を図ろうとするものである. 施設内にとどまらず, 地域ケアの現場においても認知行動療法的介入が期待されており, 例えば, ロンドン大学の精神看護部門では主に地域の精神保健チームが実践で認知行動療法的介入が行えるようにするための実践的なプログラムが組まれている.

カナダの England ら¹⁷⁾は, 幻聴のある患者の異常な感覚による認識を継続的にアセスメントするための幻聴体験調査票を作成し, その項目内容の重要性に対する精神科看護師の意見を調査している. そして, 幻聴体験調査票は, 看護師が, 幻聴のある人に対して, 幻聴にうまく対応するのを支援するためのより具体的で意味ある選択肢の特定を容易にするという実践的な意味をもつものであると研究の方向性を示している.

V. 認知行動療法の今後の展開

統合失調症患者の精神症状への認知行動療法の歴史, 方法などについてのレビューを行った. 様々な

方法が開発され、薬物療法だけでは改善しない症状の改善が報告されている。従来、統合失調症患者の主症状である幻覚や妄想に対する看護者の対応として、教科書的には「否定もせず肯定もせず」という態度が有効であると教えられてきた。しかし、そのようなあたらず触らずの対応では、患者自身の認知は変化せず、看護者が、患者自身でその症状に対処するための援助が行えないことになってしまう。患者自身の対処能力を向上させ、症状のセルフマネジメントを行えるように援助することは、精神医療が病院や施設から地域主体と変化している今日では、特に重要な看護援助になると考えられる。今後、認知行動療法の理論やスキルの獲得と、臨床での実践能力の開発に向けて、一層この分野の研究を進めていきたいと考えている。

VI. 文献

- 1) Barrowclough C, Tarrier N (1990) Social functioning in Schizophrenic patients. I. The effects of expressed emotion and family intervention. *Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 25: 125-129.
- 2) Tarrier N, Barrowclough C, Haddock G, McGovern J (1999) The dissemination of innovative cognitive-behavioural psychosocial treatments for schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 86: 569-582.
- 3) McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, & Jackson HJ (1996) EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr. Bull.*, 22: 305-326.
- 4) Tarrier N (1991) Some aspects of family interventions in schizophrenia I. Adherence to intervention programmes. *Br. J. Psychiatry.*, 159: 475-480.
- 5) Beck AT (1970) Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behav. Ther.*, 1: 184-200.
- 6) Kingdon DG, Turkington D (1994) "Cognitive-Behavioural Therapy of Schizophrenia". 1st ed, The Guilford Press, London. [原田誠一訳 (2002) "統合失調症の認知行動療法", 日本評論社, 東京, p11-15, 156-160.
- 7) Romme M, 佐藤和喜雄訳 (2003) 体験中心的アプローチに向かうヒアリング・ヴォイシズ, ヒアリング・ヴォイシズ研修プログラムの実際. *臨床心理学研究*, 41, 2-12.
- 8) Bentall R, Haddock G, Slade P (1994) Cognitive Behavior Therapy for Persistent Auditory Hallucinations From Theory to Therapy. *Behav. Ther.*, 25: 51-66.
- 9) Nelson HE, Thrasher S, & Barnes TRE (1991) Practical ways of alleviating Hallucinations. *Br. Med. J.*, 302, 307.
- 10) Fallon I, Talbot R (1981) Persistent auditory hallucinations Coping mechanisms and implications for management. *Psychol. Med.*, 11: 329-339.
- 11) 江畑敬介 (2004) 幻聴への自己対応規制. *精神医学レビュー*, 31: 38-44.
- 12) 江畑敬介 (2004) 患者さんはこんなふうに対処している. *精神看護*, 172: 32-36.
- 13) 浦河べてるの家 (2002) "べてるの家の非援助論", 医学書院, 東京, p98-104.
- 14) Garety, P. Kuipers, L. Fowler, F. Chamberlain, F. Dunn, G. (1994) Cognitive behavioural therapy for drug-resistant psychosis. *Br. J. Med. Psychol.*, 67: 259-271.
- 15) 山内慶太, 小口恵子, 大野裕 (1996) 認知療法の看護領域への導入について, "認知療法ハンドブック-下巻-" (大野裕, 小谷津孝明編), 星和書店, 東京, p165-177.
- 16) 下里誠二 (2004) 看護師の心理学的介入. *精神看護*, 31: 65-69.
- 17) England MR, Rubenstein L, Tripp-Reimer T (2003) Relevance of Cues for Assessing Hallucinated Voice Experiences. *Int. J. Nurs. Terminol. Classif.*, 143: 78-95.

受付日 2004年10月27日