

このマニュアルは、日本医療研究開発機構（AMED）の課題番号 21dk0307096 の支援を受けて作成されたものです。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13

複製不可

統合失調症/精神症の認知行動療法

(CBT for psychosis: CBTp)

マニュアル

(パブリック・コメント用)

MED 障害者対策総合研究開発事業（精神障害分野）

各精神障害に共通する認知行動療法の

アセスメント、基盤スキル、多職種連携のマニュアル開発に関する研究

課題番号：21dk0307096

(研究開発代表者 藤澤 大介)

序文－本マニュアルの用法について

1. はじめに

認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy: CBT）は 1970 代のうつ病への適用から始まり、その後にもさまざまな精神疾患向けにマニュアルが開発されてきた。個別の精神疾患に向けられた CBT の多くは、その疾患を特徴付ける症状に焦点を当てることで発展してきた。

1990 年代から主に統合失調症の人々を対象に適用されてきた CBT も当初は特に幻覚や妄想などの精神症症状（psychotic symptoms）に焦点が当てられた。また、英語圏ではさまざまな理由から schizophrenia よりも psychosis という用語で統合失調症圏の精神疾患を総称して用いることも多い。こうした背景もあり、統合失調症を中心とした精神症圏の人々に用いられる CBT は CBT for psychosis (CBTp) として発展してきた。

CBTp を用いたランダム化比較対照試験における対象者の診断は統合失調症が大半を占めており、本マニュアルにおいて想定している主な対象者の診断も統合失調症を想定している。一方、CBTp は、基本的な治療の原理や構造、用いられるスキルは一般の CBT と共有しており、統合失調症に特化して用いられるものではなく、統合失調症圏の診断がつく人々に広く適用可能である。

CBTp の効果検証では、これまで客観的な症状評価を効果の指標として用いることが一般的であった。一方、実際の臨床現場では、医学的な意味での症状のみが直接的な治療の標的として扱われるとは限らない。特に、統合失調症圏の人々においては、その人の個人としての困り事の解決、生活上の目標、あるいは、パーソナルリカバリーを含めたより広い意味でのリカバリーを指向して治療や支援を組み立てていくことの重要性が認識されている。本マニュアルにおいても、精神医療におけるリカバリー概念を基本的価値として理念に据え、CBTp はその人のリカバリーに資する手段として用いるものとする。

2. 本マニュアルによる CBTp を受ける対象者の診断名

本マニュアルが主に想定する対象疾患は、国際疾病分類の第 11 回改訂版（ICD-11）における、統合失調症または他の一次性精神症群に該当する人々で、統合失調症、統合失調感情症、統合失調型症、急性一過性精神症、妄想症、他の特定される統合失調症または一次性精神症などが含まれる。

3. 本マニュアルを適用する治療環境

本マニュアルは、外来において個人セッションで行う CBTp を想定している。治療の構造的な枠組みや記載内容についても、外来において定期通院が可能な、比較的安定した患者を対象とすることを想定している。但し、病状の安定性や重症度は相対的なものであり、適用法の工夫によって本マニュアルをさまざまな病状の患者に適用することは可能である。

また、CBTp は適用の仕方によって、外来、入院、アウトリーチ、個人、集団など、さま

1 さまざまな環境や設定で実施することができる。後述するようなセッションの時間や頻度、全体
2 の回数などについても、CBTp を実施する環境や設定に応じた修正は可能である。この点に
3 ついては、本マニュアルの [第VI章 その他] においても触れられる。

4. 本マニュアルにおける CBTp の構造

- ・ 個人 CBT として、セラピストと対象者が 1 対 1 でセッションを行うことを想定する。
- ・ 1 回のセッションの時間は 40-50 分程度、毎週から 2 週に 1 回の頻度で、合計 16 回以上、最長で 25 回程度で実施されることを想定する。
- ・ ブースターセッションは、実施施設や対象者の個別的な状況に応じて検討可能である。

5. 本マニュアルを実施するセラピストの要件

12 本マニュアルを使用する治療者は、統合失調症を含めた精神症圏の精神疾患に対する臨
13 床経験がおおよそ 3 年以上ある専門職の利用を想定する。さらに、一般的な CBT について
14 の基本的な知識やスキルを持つことが求められる。具体的には、「認知行動療法の共通基盤
15 マニュアル」で求められるスキルを実施することが可能であり、実際に構造化された CBT
16 を事例に適用し、スーパービジョンを受けた経験があることが望ましい。

6. 認知行動療法の共通基盤マニュアルとの関係

19 CBTp は、一般的な CBT と原理や用いるスキルは共有しており、これを統合失調症圏に
20 適用したものである。このため、上述した通り「認知行動療法の共通基盤マニュアル」で求
21 められる知識とスキルをもつことが、本マニュアルに沿って CBTp を行うための要件とな
22 る。このため、本マニュアルは、「認知行動療法の共通基盤マニュアル」で解説されている
23 内容については、最小限の記載にとどめ、統合失調症圏への適用に際して必要性、有用性、
24 重要性があると考えられる点を強調する形で解説されている。

1 本マニュアルの用語について

2

3 本マニュアルでは、「認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy: CBT）」「治療者」「患
4 者」という用語を採用しているが、この使用法は「認知行動療法の基盤マニュアル」に沿っ
5 たものである。特に、「治療者」、「患者」については、本マニュアルでの便宜的な使用であ
6 り必ずしも医療機関における「治療」の提供者・受領者を指すものではない。本マニュアル
7 での「治療者」は、文脈に寄り、「支援者」「セラピスト」「プロバイダー」などに置き換え
8 られる。「患者」は「クライアント」「ユーザー」「当事者」などに置き換えられる。

9 本マニュアルで用いられる CBT の専門用語はできるだけ、「認知行動療法の基盤マニ
10 ュアル」と統一させて同じ用語を使うようにした（例：ファーミュレーション（formulation）
11 ⇒症例の概念化）

12 本マニュアルでは、psychosis は従来の訳語である精神病ではなく精神症と表記した。但
13 し、抗精神病薬などの用語はそのまま精神病という用語を残した。

14 本マニュアルは、対象者が統合失調症であることを前提に記載されているが、多くの箇
15 所では、統合失調症は精神症に置き換え可能であり、適切であれば、統合失調症以外の人々
16 にこのマニュアルを適用することは可能である。

17

目次

1	
2	
3	はじめに 本マニュアルの使用方法
4	本マニュアルの用語について
5	
6	第 I 章 CBTp の概略
7	I-1. CBTp の概略
8	I-2. 統合失調症・精神症の基礎理解
9	I-3. CBTp のモデル
10	I-4. 治療の概略とリカバリーモデル
11	I-5. 病期に応じた CBTp
12	I-6. セッション構造の特徴
13	I-7. CBTp を実践する上で必要なスキル
14	I-8. 多職種連携について
15	
16	第 II 章 概念化と治療計画・CBTp への導入
17	II-1. CBTp 導入までのプロセス
18	II-2. 事前の情報収集とアセスメント
19	II-3. 概念化と治療目標
20	
21	第 III 章 初期セッション（1-3 回目）
22	III-1. 初回セッションの進め方・丁寧な関係作り
23	III-2. 目標設定
24	III-3. 認知行動療法を患者に導入する（socialization）
25	III-4. 心理教育
26	
27	第 IV 章 認知・行動的なスキル：症状に基づいた介入
28	IV-1. 幻覚
29	IV-2. 妄想
30	IV-3. その他の症状
31	
32	第 V 章 認知・行動的なスキル：技法に基づいた介入
33	V-1. ノーマライジング
34	V-2. 行動活性化
35	V-3. 段階的課題設定
36	V-4. 問題解決
37	V-5. 認知再構成（1）思考の同定

このマニュアルは、日本医療研究開発機構（AMED）の課題番号 21dk0307096 の支援を受けて作成されたものです。

- 1 V-6. 認知再構成（2）思考の修正
- 2 V-7. 行動実験
- 3 V-8. リラクゼーション
- 4 V-9. 対処方略増強法（CSE）
- 5 V-10. マインドフルネス
- 6 V-11. ト라우マ反応への介入
- 7 V-12. スティグマへの対応
- 8 V-13. スキーマへの介入
- 9 V-14. 再発予防計画づくり
- 10 V-15. 終結とブースターセッション

11

12

第VI章 その他

- 13 VI-1. 入院患者への適用
- 14 VI-2. 陰性症状・認知機能障害が強い患者への適用
- 15 VI-3. 薬物療法との関係
- 16
- 17 引用・参考文献
- 18 編著者・執筆者一覧

パブリック入用原稿

引用・転載不可

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13

14
15
16
17

第 I 章 CBTp の概略

パブリック入用原稿用紙・転載不可

I -1. CBTp の概略

1. 統合失調症への認知行動療法

Aaron Beck が妄想に対して認知療法を用いた例を 1950 年代に報告 (Beck, 1952) しているように、極端に不合理な信念をもちやすい統合失調症は、当初から認知療法家の興味を強く引いていた。しかし、他の精神疾患に対する技法ほど発展せず、80 年代までは認知療法の中心的話題にならなかった。統合失調症の陽性症状に関する認知心理学的研究が進み、90 年代の英国で各種テキスト（たとえば、Fowler ら, 1995; Chadwick ら, 1996; Kingdon ら 1994）が出版され、大規模な治療効果研究も行われるようになった。数々のメタ分析によって、幻覚、妄想、敵意のような陽性症状への有効性が明らかにされたため、NICE ガイドラインで統合失調症に対する有効な心理社会的治療法として推奨されるに至った(菊池, 2021)。英国では幻覚や妄想のような陽性症状、あるいは精神症を対象とした理論と実践が発展し、全体として”Cognitive Behavioral Therapy for psychosis (CBTp)”とよばれている。精神症に向けられた CBT であることが明記されているが、精神症の中でも主に統合失調症を対象とした治療法として開発されてきた経緯があり、本マニュアルでも統合失調症を主な対象として想定している。

CBTp の主要構成要素は表 1 に示すように一般的な CBT とほぼ同じである(菊池, 2021)。また、英国における研究・臨床グループに共通する治療指針は、表 1 の 7 つの項目に再発予防を加えたものである。再発予防のために、長期間にわたるブースターセッションを設定したり、コミュニティでの支援に CBTp を用いたりする試みもされている。

2. 工夫と適用

認知行動療法は一般に、短期間で患者の問題を解決し、適応度を高めるよう工夫されるが、統合失調症の場合はうつ病などよりは長期になることが多い。病的体験へのこだわりや認知機能の低下が原因となって、対話の内容に堂々巡りが生じることもある。患者の集中力の低下を考慮して 1 回のセッションを短時間にしたり、妄想的信念を否定せずにその思考の中で適応度を上げる工夫をしたりする必要がある(Fowler ら, 1995)。また、病識が低下している患者や強制入院中の対象者がいることから、表 1 の「1. 明確で協働的なゴールに焦点をあてる」ことができるように、ラポール形成に十分な時間をかけることが強く求められる。

CBTp は強固で体系化された妄想をもつ人や重度の思考障害をもつ人には適用できない可能性がある。総じてこのような患者は病識が欠如、あるいは低下しているので、精神療法を希望しないことが多い。しかし、自らの症状や精神疾患を認めなかったり、精神療法を拒否したりしても、患者はなにがしかの困りごとを抱えているものであり、それらの問題解決のために CBTp を展開するという方法は残されている。CBTp の第一義的目的は症状を軽減することではなく、表 1 の「7. 苦痛を減らし、生活の質を高めること」であり、本マニュアルでも強調されているように、患者のリカバリーを促すために行われることを忘れてはいけない。

1

2 表1. CBTpの主要構成要素（菊池, 2021）から引用）

<ol style="list-style-type: none">1. 明確で協働的なゴールに焦点をあてる2. ノーマライゼーション3. 認知モデルに基づく個別のケース・フォーミュレーション4. 認知または行動を変化のターゲットにする5. 新しい学習を通して変化を起こす（モニタリング、誘導的発見、検証を通して変化を促進する）6. 変化のための戦略はセッションの中でも外でも実行する7. 苦痛を減らし、生活の質を高めることを治療の目的とする

3

4

パブリック入用原稿 引・転載不可

I - 2. 統合失調症・精神症の基礎理解

1. 統合失調症と精神症

本マニュアルが主に想定する対象疾患は、ICD-11（国際疾病分類 第 11 版）における、統合失調症または他の一次性精神症群に該当する人々で、統合失調症、統合失調感情症、統合失調型症、急性一過性精神症、妄想症、他の特定される統合失調症または一次性精神症などが含まれる。

これらの疾患は、持続性幻覚、持続性妄想などの陽性症状、思考の統合不全、行動の著しい統合不全、させられ体験・被影響体験、感情鈍麻ないし平板な感情や意欲低下などの陰性症状、精神運動性の障害などによって示される現実検討における有意な不全と行動上の変化で特徴づけられる。一方、陽性症状を含めた上記の症状は診断非特異的でさまざまな精神疾患にも出現しうる。しかし、気分障害や物質使用などの他の精神疾患による二次性の精神症は本マニュアルが想定する精神疾患には含まれないものとする。

統合失調症では上述した精神症状の複数の領域に障害が起こるが、その中でも持続性幻覚、持続性妄想、思考障害、させられ体験・被影響体験は中核症状と考えられている。ICD-11 は 1 ヶ月以上ほとんどの期間症状が持続することを診断の要件としている。統合失調症の生涯罹患率は 0.30-0.87%、統合失調感情障害は 0.32%、妄想性障害は 0.18%とされている(Lieberman ら, 2018)。

2. 経過

統合失調症と他の精神症は、急性発症する場合もあるが、多くは、社会的孤立、学業や社会機能の低下、非特異的な精神症状、弱い陽性症状などを示す前駆期を経た後に顕在発症する。しかし、前駆期は後方視的にしか確認できないため、前方視的に精神症の発症リスクが高まった状態はアットリスク精神状態（At-Risk Mental State: ARMS）と呼ばれ、弱い陽性症状などの臨床的特徴により規定される。ARMS の一部には、慢性的にさまざまな精神症状や行動上の問題が続くために統合失調型症と診断される者も含まれる。

生涯で初めて明らかな精神症症状が持続する状態は、初回エピソード精神症（First Episode Psychosis: FEP）と呼ばれる。FEP 時の診断はその後の経過で変わることがあり、初回エピソードで統合失調症と診断された場合でも、その約 1 割は後に別の診断に変わることがある(Fusar-Poli ら, 2016)。また、他の精神疾患と診断されていた事例が統合失調症や他の一次性精神症を後に発症する場合もあり、精神症の特徴を伴ううつ病や双極症と診断された FEP の約 1 割は後に統合失調症に移行する(Fusar-Poli ら, 2016)。

統合失調症の初回エピソードは、慢性期と比べると短期予後は良好で、完全寛解し安定的に経過する者も比較的多い。しかし、残りの多くは、急性期が過ぎた後にも、さまざまな程度に、複数の症状が残存する。また、その後の経過の中で、精神症エピソードが再発し複数のエピソードが繰り返されたり、症状が慢性的に持続したりする者も多く、長期的には慢性経過を辿る者が多くを占め、自殺のリスクも高い。

1

2 3. 統合失調症の症状と併存診断

3 ICD-11 によれば、一次性の精神症は陽性症状（思考障害も含む）、陰性症状、抑うつ症
4 状、躁症状、精神運動症状、認知症状などの症状を示す。これらの症状の組み合わせや重症
5 度は一人ひとりで異なり、経過の中で変化する。また、このほかにも、強迫症、社交不安症、
6 パニック症、全般不安症、心的外傷後ストレス症など不安やストレスに関わる精神症状を併
7 存することも多い。これらは、顕在発症前から存在することもあれば、顕在発症に伴って、
8 あるいはその後に出現することもある。また精神症では、過去に虐待やいじめなどさまざま
9 な逆境体験を経験した者が多く、中には、自身の精神症状や強制治療に関連した恐怖の体験
10 などが後にトラウマ性の症状として持続することもある。注意欠如多動症や自閉スペクト
11 ラム症などの発達症は、さまざまな精神疾患を後に併存しやすいが、統合失調症を含めた一
12 次性の精神症を後に発症するリスクも高い。就学前や学童期に事例化していなかった発達
13 症の特性を持つ人達が、後に統合失調症を発症する場合もある。

14

15 4. 診断におけるカテゴリーと次元（ディメンション）

16 現在の精神疾患の診断体系はカテゴリーで分類されているが、診断カテゴリー間の境界
17 に厳密な意味での科学的根拠は乏しい。現実には、一人に複数の診断カテゴリーにまたがる
18 病態が存在することがあり、診断カテゴリー間の境界や健常と異常との境界には連続体的
19 なスペクトラムとしての性質がある。このため、カテゴリー分類を補う形で、次元的（ディ
20 メンショナル）に精神症状の内容や重症度、精神疾患のステージ、機能の重症度を捉える方
21 法が用いられる。

22 統合失調症または他の一次性精神症群の臨床実践においても、これらの中の診断カテゴ
23 リーを固定的な疾患単位として捉えるのではなく、カテゴリー的な側面と次元的な側面を
24 ハイブリッドに用いて、相互補完的に利用することが役立つ。そうした点からは、プロトタ
25 イプとしての疾患モデルやそこから得られるエビデンスを利用するための手段として診断
26 は重要であるが、実際の臨床では、診断を道標の一つとして利用しながらも、一人ひとりの
27 症状や問題を生活や環境を含めた全体像として概念化し、これに基づいて治療計画を立て
28 ることが必要である。

I -3. CBTp のモデル

1. はじめに

Aaron Beck の認知モデル（1976）によれば、人は、出来事をどのように解釈（認知）するかによって、その後の感情や行動や身体感覚が変わる。影響は一方的ではなく、解釈（認知）の結果として生じた感情や行動や身体感覚は、解釈（認知）にさらに影響を与える。また、解釈（認知）は、背景にある中核信念や生活体験によっても影響される。この認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy: CBT）モデルはその汎用性の高さゆえに、数多くの精神疾患に適用されている。当初、うつ病や不安障害に適用されて効果を実証されてきた CBT モデルが、統合失調症の病状の理解や治療にも適用されるようになってから 30 年近くが経過した。本稿では、統合失調症の CBT モデルを概説する。

2. CBTp のモデルと他の精神疾患の CBT モデルの共通性

統合失調症の症状についての CBT モデルは複数あり、一見すると異なるモデルに見える。しかし、要素を見れば、どれも「A 状況に対して、どのように B 考えるかによって C 結果（感情や行動や身体感覚など）が変わる」という認知モデルの基本骨格を維持している。この基本骨格をもとに、要素を分解して示したり、研究で判明した関連因子やメカニズムを強調するように描き出したりしたのが、各種の統合失調症の症状モデルである。図 1～3 に代表的な CBTp のモデル図を挙げた。

引き金のところに、異常知覚体験が入るところが他の障害の CBT モデルと異なるという印象を与えることがあるが、主観的体験が、「A 状況」に含まれるのは統合失調症だけではない。たとえば、パニック障害を例にとるとわかりやすいかもしれない。ある種の身体感覚への注目が破局的解釈につながり、症状が維持される。統合失調症の CBT モデルは、不安障害の CBT モデルと相似であると指摘される所以である。

モデルの基本骨格が同じであることは、介入のやり方にも共通要素が多いことにつながる。実際、CBTp の要素についてのデルファイ研究（Morrison & Barratt, 2010）によれば、基本要素は他の精神疾患の CBT 介入と変わらないという結果であった。

3. CBTp モデルと他の精神疾患の CBT モデルの違い

CBTp モデルの構成要素は CBT モデルと同じであるものの、各要素に関連したメカニズム（モデルや認知バイアス等）は異なる。CBTp 実践にあたっては、メカニズムを理解しておくことが心理教育時の説明や、認知再構成を促すソクラテス的質問の際に役に立つ。発症や症状に影響を与えると言われるメカニズムには、たとえば、「ストレス脆弱性モデル」、「結論への性急な飛躍（Jumping to Conclusions; JTC）」、「人的外的帰属バイアス」、「不安が高いと妄想確信度は高まる傾向」「敗北者信念が陰性症状を維持させる」などがある。

4. CBT モデルの使い方：誰のために描くのか、描かないのか

1 定型的な CBT では、症状発現・維持の仕組みを CBT モデルに沿って患者に説明する
2 「Socialization to the CBT model (CBT モデルに慣れる)」と呼ばれるステップが含まれる。
3 しかし、研究トライアルなどのプロトコルに定められている場合は別として、臨床における
4 CBTp モデルの使われ方は一様ではない。

6 1) 患者とモデルを共有するのしないのか

7 CBT である以上、「認知が感情に影響を与える」ことは必ず扱う。しかし、CBT モデル
8 を描き出すかは、ケースバイケースである。治療者の理解のために描いて共有しない場合も
9 あれば、治療の初期から患者と共有することもある。陰性症状への介入のように、描き出す
10 ことが初期の治療導入を損なう可能性が高ければ、もっぱら治療者側の理解のためにモデ
11 ルを使うことになるだろう。

13 2) 患者と共有する際にモデルをどう描くのか

14 CBT モデルは、症例の概念化と介入計画のために使用する。大事なのは、わかりやすく、
15 介入ターゲットを強調するような描き出し方を工夫することである。たとえば、治療者がモ
16 リソンの陽性症状モデル（図 2）を使ったとしても、患者との間ではシンプルな A-B-C モ
17 デルを使うにとどめ、終結まで図 2 のモデル図は共有しないかもしれない。使う用語も、例
18 えば「認知」ではなく「考え」といった日常用語だけにすることもできる。

19 ターゲットを強調する例は、命令幻聴の CBT に見ることができる。患者が対処だと思っ
20 ている行動が、非適応的認知を強化する安全行動になっている場合は、その行動をやめる方
21 向にもっていくために、単独要素として描き出すことが役に立つ。

23 5. CBTp モデルと技法の区別

24 Beck (1976) のモデルに基づく CBTp モデルは、第 3 世代 CBT のモデルとは異なる。
25 しかし、第 3 世代 CBT の「技法」には、介入に役に立つものが多い（例、マインドフルネ
26 ス）。それどころか、CBT 以外の心理療法にも、介入として役立つ技法がある。治療が行き
27 詰ったときに、症例の概念化を更新するためには、治療者の側でモデルと技法を区別してお
28 くことが肝要である。この区別が出来ていれば、英国で発展した CBTp と、米国で発展し
29 たりカバリーを目指す認知療法（Recovery-Oriented Cognitive Therapy: CTR）が、介入方
30 略においてはかなり趣を異にしている、基本モデルにおいては依然として共通している
31 ことが明確になると思われる。

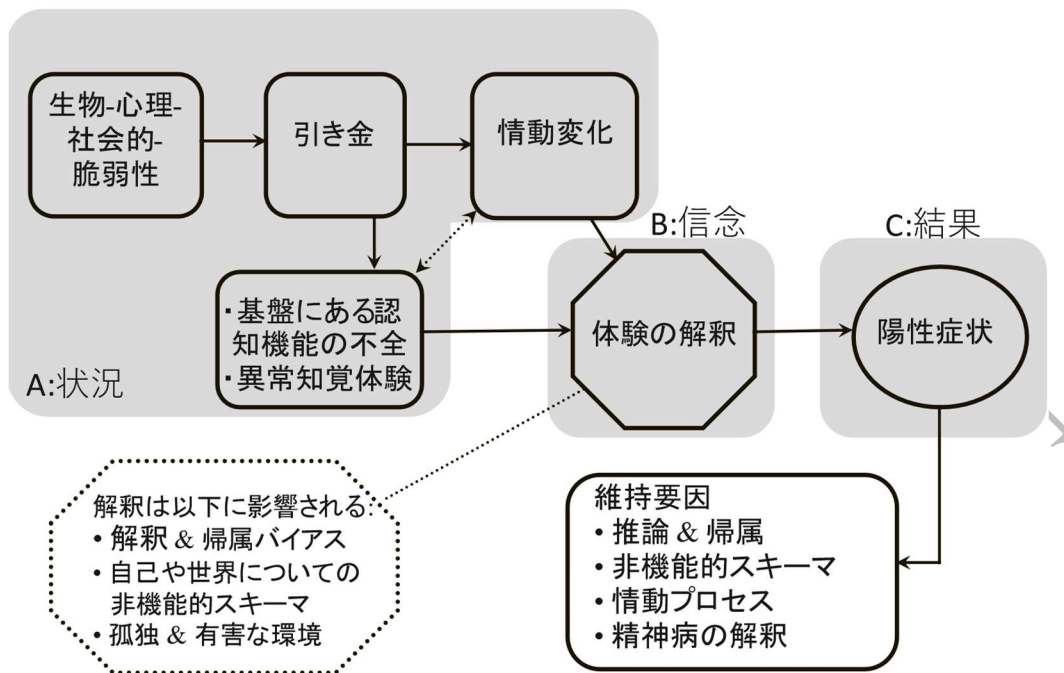


図1. 陽性症状の認知モデル(Garety et al 2001; 2007)

注:灰色部分とA-Cは筆者が追加

1
2
3

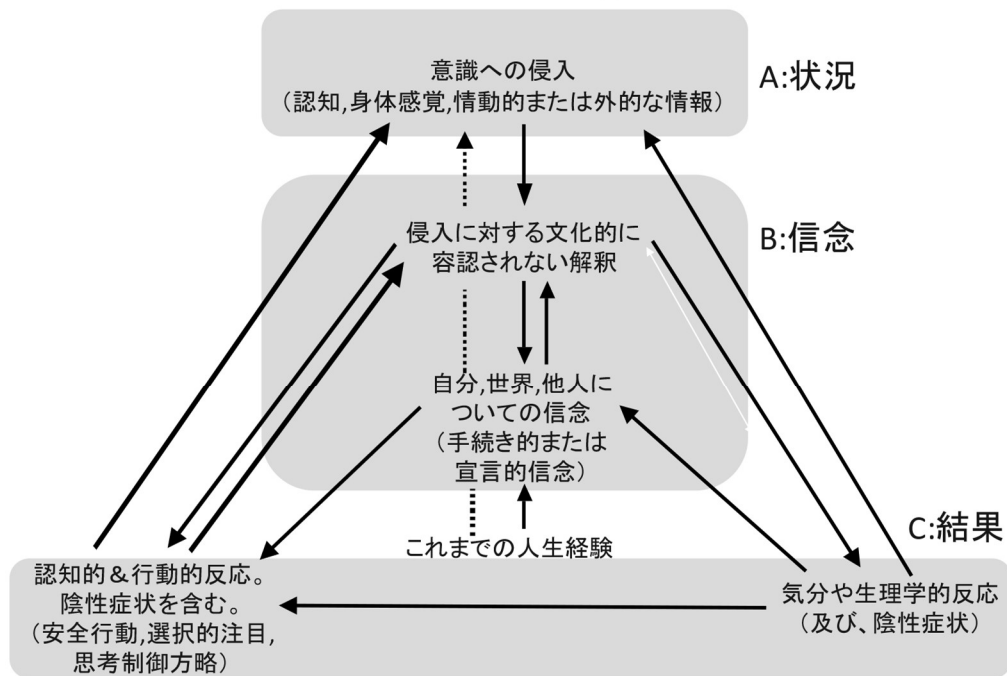


図2. 精神病の認知モデル(Morrison, 2001)

注:灰色部分とA-Cは筆者が追加

4
5

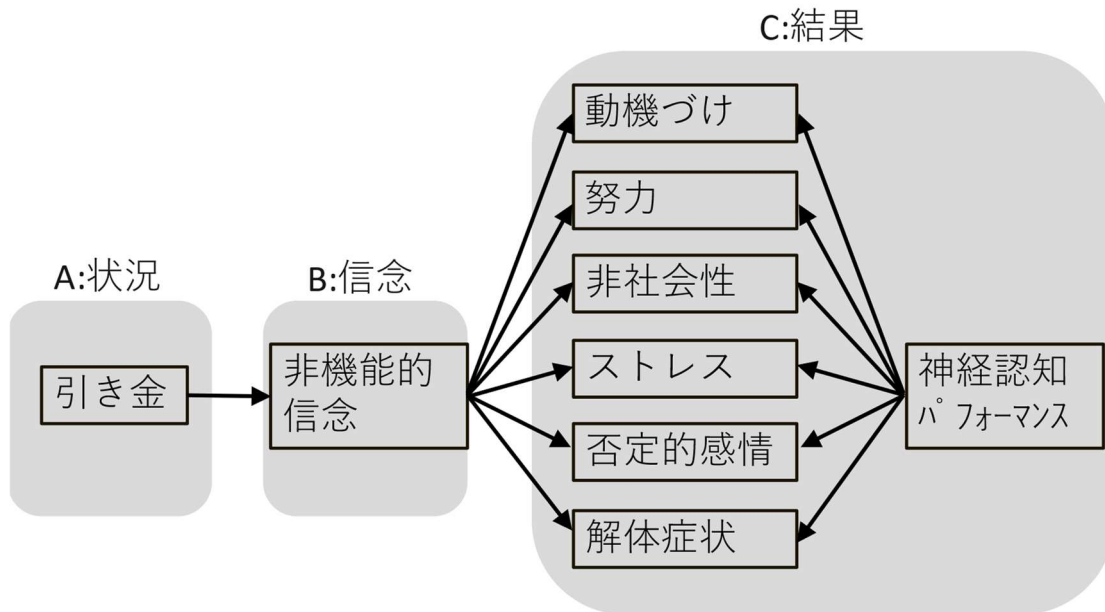


図3. 神経認知障害の認知モデル(Beck et al., 2018)

注:「引き金」及び、灰色部分とA~Cは筆者が追加

1
2

パブリック用原稿

I - 4. 治療の概略とリカバリーモデル

1. 治療の概略

統合失調症または他の一次性精神症群の精神疾患に対する治療では、一般の医学モデル同様に、症状を標的とした治療戦略が用いられることが標準とされており、その症状は大きく、陽性症状（思考障害も含む）、陰性症状、抑うつ症状、躁症状、精神運動症状、認知症状に分類されている。急性期では、これらの症状の緩和を目的とした治療として抗精神病薬が使用されることが一般的である。また、急性期における効果だけではなく、特に統合失調症や統合失調感情障害では寛解後の再発予防効果が高いことから、継続的な抗精神病薬治療が標準治療として推奨されている。また、他の症状に対して、抗精神病薬以外の向精神薬が用いられることもある。

統合失調症または他の一次性精神症群の精神疾患、特に、統合失調症や統合失調感情障害の中には、長期に社会的な機能に障害が残ったり、再発を繰り返したりする者も多いため、長期的な視点から心理社会的な治療や支援を行うことが必要となる。本人や家族に対する心理教育、家族への支援、就労支援、経済的な支援、住居に関わる支援などが、一人ひとりのニーズに応じて提供される。このためには、医師、看護師、心理士（公認心理師）、作業療法士、精神保健福祉士、薬剤師、その他の支援者を含めた多職種が連携して治療や支援に当たることが求められる。

一方、近年は、慢性期だけではなく、初回エピソード、あるいは、そのリスク状態である ARMS の時点から、包括的な心理社会的支援を提供することの重要性も強調されており、海外を中心に実践が進んでいる。

2. リカバリー概念

これまで統合失調症の治療は、客観的に評価される精神症状の軽減や制御が重視されてきた。しかし、患者が苦しんでいるのは、幻覚や妄想などの陽性症状だけとは限らない。うつや不安などの情緒的な問題、低い自尊心やスティグマ、低い社会的な役割や立場、生活の質の低下など、多岐にわたる問題に苦しんでいる。そこで、統合失調症に対する支援は、単に症状の軽減を目指すのではなく、より広範な領域を含んだ概念であるリカバリーを指向することが強調されるようになってきた。

リカバリーは、臨床的リカバリーとパーソナルリカバリーに分けることができる（Van Eck ら, 2018）。臨床的リカバリーは疾患の寛解を意味し、主に症状や機能の改善によって示される。これに対しパーソナルリカバリーは、満足のある生活や希望の実現などを包含する概念で、個人の主観や価値観が反映され、当事者一人ひとりにとってのプロセスであり、ゴールであると考えられている。臨床的リカバリーとパーソナルリカバリーは、相互に関連し、共通する要素もあるが、それぞれがリカバリーの異なる側面を表し、相互補完的な関係にあると言える。

1 3. CBTp とリカバリー

2 Beck の CBT の原理は、リカバリーの原理との共通性や親和性が高く（Beck ら, 2021）、
3 また、リカバリーに向けた支援の方法として実践の場で活用されてきた。Morrison ら(2010)
4 は、CBTp を当事者一人ひとりのリカバリーに結びつけていくために、CBTp を提供する際
5 の原理や理念の重要性を強調している。CBTp をリカバリー指向的に用いることは、一人
6 ひとりの価値に基づいた生活、人生の歩み方を優先することであり、これを具体的に実現す
7 るための手段として CBTp を適用することである。この場合、症状の軽減そのものは必ず
8 しも第一優先の治療目標となるとは限らない。

9

10 4. リカバリーに向けた治療・支援に CBT を適用する

11 上述の通り、統合失調症の治療では、薬物療法に加え、多職種が連携した心理社会治療
12 が重要な治療選択肢であり、近年はこの治療目標にリカバリー、特に、パーソナルリカバリ
13 ーを指向することの大切さが強調されている。

14 このため、本マニュアルにおける CBTp は、当事者の苦痛の軽減や問題の解決、あるい
15 は、人生において達成したい目標に向けられるものであり、症状の軽減はこれらの目標を達
16 成するための手段として位置づけられる。また、CBTp は、リカバリーを指向するさまざま
17 な治療や支援の一環として用いられるべきものであり、CBTp 単独で統合失調症の治療を
18 行うものではない。したがって、本マニュアルで適用される CBTp は、その他に提供され
19 る治療や支援の目標や計画に沿って提供される。

20

21 ※Beck ら（2021）は、従来の CBT を発展させ、重篤なメンタルヘルスコンディションを
22 来す精神疾患を主な対象とする治療法としてリカバリーを目指した認知療法（Recovery
23 Oriented Cognitive Therapy: CT-R）を開発した。CT-R では、従来の CBT で用いられてい
24 る技法も多く使われているが、CT-R は特に慢性に重度の課題を有している人たちのリカバ
25 リーに焦点を当てており、従来の CBT の枠を超えた原理や技法も多く採り入れられている。
26 このため、本マニュアルと CT-R とは、基本原理や技法など多くの点で共通点はあるが、異
27 なる点もあることに留意する必要がある。

I -5. 病期に応じた CBTp

1. 統合失調症の病期

統合失調症の病期は、長期縦断的には、リスク期、初回エピソード精神症、慢性期/寛解期に分類できる。また、個々の精神症エピソードは、前駆期、急性期、回復期に分類されることが多い。CBTp はいかなる時期においても適用可能だが、導入にあたっては、患者の病期の特徴を踏まえて適用を工夫することが役立つ。

2. 長期縦断的な病期と CBTp

1) リスク期

リスク期は、近い将来に精神症を顕在発症するリスクが高い精神状態で、アットリスク精神状態（At-Risk Mental State：ARMS）などと呼ばれ、多くは弱い精神症症状で特徴付けられる。ARMS から精神症エピソードに発展するのは 10 年間で約 1/3 であり、この状態に統合失調症の発症を前提とした治療を行うことはふさわしくない。

ARMS からの顕在発症を予防する有効な治療法はまだ確立されておらず、当事者のニーズに応じた心理社会的なサポートを中心とし、必要に応じて最小限の向精神薬治療を行うことが一般的である。ARMS においても CBT は有益と考えられている。

若者が多くを占めるためその心性に合わせて治療関係を構築し、治療動機を維持することが大切である。病状は浮動的で変化しやすく、多様な現実問題を抱えることが多いため、当事者のニーズに応じた問題解決的なアプローチが有用である。また、ARMS では精神症症状のみならず、診断横断的にうつや不安、あるいは現実的な困りごと（例：学校に行けない、家族と関係が悪いなど）が治療標的となることも多い。予後を悲観しない姿勢、当事者の不利益を最少化する態度が求められる。

2) 初回エピソード

初回エピソードでは、初めて精神医療に接する者も多く、精神医療関係者との継続的な治療関係や協働的な関わりを持つことに慣れず、治療の導入に苦労することがある。治療関係の構築と維持には特に細心の注意を払う必要がある。若年者が多く、この場合若者心性への配慮が求められる。

患者は初めての精神症エピソードや精神医療での体験に傷ついたり、戸惑ったりすることがある。自身に起こったこと/起こっていることを適切に理解し受け入れることはすぐには難しいことが多い。初回エピソード精神症は、慢性期と比べるとその後の経過や予後は多様であり、回復していく患者の割合が高い。診断に伴う負の側面が強調されるような情報提供や疾病教育を押しつけないように留意する。

患者の中には精神症エピソードの体験により失われた日常生活での社会的役割や人間関係を早く取り戻そうと焦ったり、回復のペース以上に高い目標を掲げたりすることがある。治療者は患者のリカバリーに向かう動機を尊重しながら、多職種と協働で必要なケースマ

1 ネジメントを含めた現実的な問題解決の支援についても関与することが役立つ。

2

3) 寛解期・慢性期

4 初回エピソード後に再発予防や残遺する精神症状や機能障害の継続治療が行われること
5 は多いが、CBTp は持続性の問題への介入法として用いられることが多い。一方、この時期
6 の患者の課題も多様であり一括りにはできない。長期寛解を維持した後に再発する者、持続
7 性の陽性症状に苦しむ者、繰り返す再発のために社会的役割や人間関係から切り離される
8 体験に疲れ果て絶望感を抱く者、期待を挫かれ失敗する経験を反復するなかで敗北者の信
9 念が形成され、デモラリゼーションをきたして者もいる。あらゆる症状や問題は固定したと
10 捉えられ、心理的治療は諦められている場合もある。

11 しかし、CBTp の効果が確認され、エビデンスが最も確立されているのは、まさにこの
12 時期である。比較的病状が落ち着いており、症状や問題が患者と治療者とで共有されやすい
13 場合には、特に効果が期待できるだろう。一方、重篤な状態が持続している場合には、一般
14 的な CBT の枠組みや限定された期間内での介入効果には限界があるかもしれない。しかし、
15 このような場合でも、多職種と連携した包括的な治療の一環として CBTp を適用すること
16 は有用な選択肢となる。

17

3. 単回エピソードにおける病期と CBTp

18 CBTp は病状が落ち着いた回復期に行われることが一般的である。一方で回復期の患者
19 の個別性も高く、急性期から位相が変化していく途中経過の者、陽性症状や陰性症状が反復、
20 持続している者、すっかり寛解し安定を保っている者もいる。この時期においても個別性に
21 合わせて CBTp を実施する方針に変わりはない。

22 CBTp は急性期にも適用可能であるが、著しい興奮や病状が不安定な場合には、薬物療
23 法を含めた他の治療が優先される。CBTp を行う場合も、こうした他の治療が十分に行われ
24 ている環境で実施する。その他、急性期が長引き、回復期への移行が遅れている場合、CBTp
25 の適用はより積極的に検討されるべきだろう。

26 リスク期における治療は前述したが、再発リスクが高まっている状態に CBTp が行われ
27 ることもある。危機介入的なアプローチ、再発予防に準じたアプローチなども検討される。
28 また、過去の体験から再発を過度に恐れている場合には不安症やトラウマに対する治療ア
29 プローチが役立つ場合もある。
30

I - 6. セッション構造の特徴

統合失調症では、患者一人ひとりの病像の違いには幅も大きく、病期によっても治療の
力点は異なる。患者の症状の特徴、理解力、病識の程度、コミュニケーションの特徴、そ
の他にも存在する多様な問題に合わせて、標準的な認知行動療法の構造を柔軟に適用でき
るように工夫する。

1. セッションの進め方

他の精神疾患と同様に、統合失調症に対して認知行動療法を効果的に実施するために
は、明確なセッション構造を保つことが役立つ。典型的な要素としては、チェックインと
ブリッジング（橋渡し）、ホームワークの振り返り、アジェンダの決定、アジェンダにつ
いての話し合い（治療ターゲットを同定し介入する）、ホームワークの決定、セッション
のフィードバックなどという要素がある。

治療者はセッションにおける構造の大切さをわかりやすい言葉で説明し、治療者と患者
がこの構造の中でお互いに役割をもち、協働的に関わることができるように工夫する。セ
ッションが繰り返し一貫した流れで繰り返されることで、患者が安心感を持てるようにす
る。

2. CBTp で配慮すると良いこと

1) 面接構造が「形式的」で「押しつけられている」と誤解されないようにする

統合失調症においては、妄想や幻覚、あるいはセルフスティグマ、さまざまなトラウマ
性の体験など、その内容を治療者が把握するには時間がかかるような主観的な体験が患者
に存在する場合が多い。また、治療者が気づかないうちに、患者が面接中に実際にそうし
た体験をしている場合もある。治療者は、患者の体験を患者の立場に立って推測し、面接
構造が「形式的」だと受け取られたり、治療者から「押し付けられている」という誤解を
与えたりしないよう配慮する。

治療者には、セッション構造の各要素のつながりが患者にとって自然に感じられるよう
にガイドしていくための工夫が求められる。治療者は、セッション構造のどこに取り組ん
でいるのかを患者と適宜確認し、セッションの各ステップに対する患者の関わりを認めて
言葉にし、その貢献を評価する（例「分かりました。今日のセッションでは、昨日あなた
に聞こえてきた、そのひどい声について少し詳しく教えていただくことで良いですね？あ
なたが取り組んでみたいことを教えていただいたおかげで、今日のセッションで取り組む
アジェンダを決めることができました。ありがとうございます。では、これから 20 分く
らいの時間をかけて、できれば、その時がどんな感じだったのか、一緒に見取り図のよう
なものを作れたら良いなと思っています。よろしいですか？」）。

セッションの途中で患者が不安定になるなど患者の精神状態によっては、患者の気持ち
を和らげるための時間をとるなどして、一時的に構造から逸脱することも許されるだろ

1 う。治療者は、患者が理解しやすい言葉を一貫した様式で繰り返し用いることで、治療の
2 構造に患者が自然に慣れていくようにする。

3 4 **2) 協働的な関係**

5 面接構造を保つためには、患者との協働的な関係を築くことが大切になる。例えば、普
6 段から互いに面接のフィードバックを行ったり、感想を率直に言いやすい関係作りをして
7 おいたりすると、幻聴などの影響で対立関係が生じるおそれがある状況でも、アジェンダ
8 としてその問題を取り上げたり、話し合ったりすることができる。患者によっては、激し
9 い感情を体験していても、それをうまく表現できなかつたり、コミュニケーションが難し
10 かつたりするために、治療者が理解できない場合もある(Wright ら, 2014)。治療者の推測
11 を踏まえつつ患者からのフィードバックを求めると面接は協働的に進められ、構造に沿っ
12 た面接が進めやすくなる（例「大丈夫ですか？何か気持ちが大きく動くようなことが思い
13 浮かんだりはありませんでしたか？人によっては何か嫌なことが頭の中に浮かんできたり、
14 声のようなものが聞こえたりする時に、辛い気持ちになって動揺することがあります。人
15 と話している途中でそういうことがもしも起こったら、とても慌てたりするかもしれません
16 ね。お辛いようでしたら、無理にはお話ししなくても大丈夫ですよ。）。治療者と患者
17 が相互に純粋な関心を持ち合う関係性を築くよう工夫する。

18 19 **3) アジェンダ設定における工夫**

20 アジェンダ設定はCBTpにおいても重要であるが、特に初期のセッションでは、患者
21 がアジェンダをうまく案出できないことはしばしば経験される。そうした場合には、協働
22 的な関係性を保つ工夫を施しながら、現在の状況を整理し、治療者の意見を丁寧に説明し
23 た上で、治療者からアジェンダを提案するという配慮があってよい（Morrison ら,
24 2004）。必要に応じて治療者から複数のアジェンダを提案し、患者に選択権を委ねること
25 で患者の関与を引き出すことも良いだろう。患者の状態に合わせて、アジェンダにあらか
26 じめ短時間の休憩を含め、緊急事態のために面接時間の延長を含めたりすることもある。
27 協働的であるということは、患者がすべてを決めるという意味ではない。治療者は常に症
28 例の概念化を念頭において、アジェンダ設定をガイドしていくことはCBTpにおいても重
29 要である。

30 31 **4) 1回のセッションで扱う内容は少なめに**

32 統合失調症の場合には、他の精神疾患におけるCBTと比べ、1度のセッションの中で
33 扱える内容や量には限りがあることも多い。1回のセッションで扱う内容を増やすと、結
34 果的に治療効果は薄れてしまうかもしれない。CBTpは、他の精神疾患に対するCBTと
35 比べると、一度に扱う内容はシンプルで、扱える量も少ないこともしばしばで、進捗はゆ
36 ったりに見えることもある。しかし、十分に治療効果を引き出すためには、患者の理解の

このマニュアルは、日本医療研究開発機構（AMED）の課題番号 21dk0307096 の支援を受けて作成されたものです。

- 1 ペースに合わせてじっくりと取り組むことが必要である。このことは、CBTp では少なくとも 16 回以上のセッションが必要とされる理由のひとつである。
- 2
- 3

パブリック用原稿 引・用・転載不可

I - 7. CBTp を実施する上で必要なスキル

CBTp でも、一般的な CBT に求められる基本スキルの習得は重要であり、治療者は CBT の基本スキルに繰り返し慣れ親しんでおく必要がある。CBTp ではさらに、統合失調症にこれを適用するための知識と治療的な態度も含めたスキルが必要となる。ここではこうしたスキルのうち特に重要だと考えられるものについて解説する。

1. 関係づくりと信頼構築を優先する

良好な治療関係は効果的な CBT に欠かせない要件である。しかし、統合失調症においては、さまざまな症状（例；陽性症状、陰性症状、コミュニケーションの障害）、スティグマやトラウマ体験、過去の体験に伴って形成された否定的な認知（例；敗北者の信念、無能力感）などの影響を受け、人と安心したつながりをもつことに深刻な問題を抱えることがしばしばある。

このため、CBTp では、治療者と患者が相互に尊敬と信頼を抱き合い、協働的に治療に取り組む関係を構築し、これを維持することは特に重要なスキルとなる。どんな症状や問題を抱えている患者であったとしても、治療者は、温かく、受容的で、安心感のある態度を示し、先入観のない中立的な立場をとることが求められる（Beck ら, 2009; Morrison, 2017）。

2. 統合失調症/精神症の体験へのノーマライジング・アプローチ

統合失調症／精神症に関わる患者の体験の正当性を認め、患者の体験を「正常」な体験からの連続体の中に位置づけて理解するノーマライジング・アプローチ（V章参照）を適切に実施するための知識とスキルは重要である。治療者は、一般人口における精神症あるいはこれに類似する体験についての疫学、統合失調症の症状形成に関わるリスク要因（例；孤立、不眠、強いストレス、トラウマ出来事、逆境体験）、治療者の臨床経験に基づいたリカバリーの例、精神症体験の肯定的な側面（例；被害的になることは、実際に危険な状況では役に立つこと）などについて、患者の知識、実際の体験、体験についてのとらえ方、スティグマなどに配慮しながら適切に説明するスキルをもつ必要がある。

3. 人中心のアプローチ

CBTp は、患者の個人としての現在の苦痛や困りごとに焦点を当てる、人中心のアプローチであり、事前に準備された教材や素材を型通りに施行する治療法ではない。治療では症状の軽減に取り組むことも多いが、その目的は、患者の苦痛の軽減や問題の解決、目標の達成に向けられるべきである。ノーマライジング・アプローチに認められる、患者のものの見方や捉え方の正当性、正確性、有用性を評価する視点は、リカバリーを指向する価値観にも一致する。CBTp で実施する一つひとつのスキルを有効に活用させるためには、患者の強み、望み、価値観を治療に結びつけ、活用する。

1

2 4. 患者の視点を尊重しながらも必要に応じて中立的な態度を示す

3 妄想をもつ患者に対して、患者の視点を全面的に認める態度は短期的な信頼関係の構築
4 には寄与しても、長期的には妄想を強化する方向に作用する。治療者は、率直な態度でお
5 互いに共有できる事実と、事実としては分からないままのこと、意見や立場が異なること
6 などを整理して確認し合うようにする。起こったことと起こらなかったことを先入観をも
7 たずに正確に見極めようとする態度で、特定の出来事とその経緯について注意深く質問す
8 るコロボテクニック（Fowler ら, 1995）は、こうしたことに役立つ有用なスキルの一つ
9 である。

10

11 5. 患者が抱える問題に応じて柔軟に技法を適用する

12 治療者は、CBTp の原理に則りながらも、当事者一人ひとりの特徴に合わせてペース配
13 分を調整したり、セッションの内容や順序を変更する工夫を行うなど、マニュアルを柔軟
14 に適用するスキルが必要である。

15 たとえば、認知機能障害や思考障害が強い患者では、質問によって患者の理解を引き出
16 すよりは、協働的な関係を維持しながらも、簡潔に教え込むように情報を提供することが
17 よいことがある（Fowler ら, 1995）。また、妄想をもつ患者に対して、十分な準備のない
18 ままに患者の信念に対し現実に基づいた合理的な情報を提供し直面化させてしまうこと
19 は、逆に患者の妄想を強化したり、患者を治療から遠ざけたりするなど有害に作用する
20 ことがある。治療者は「妄想的範囲内の働きかけ」のテクニック（Fowler ら, 1995）を用
21 いて、症状の消失ではなく、患者の苦痛の軽減や不適応的な行動を減らすための方略を協
22 働的に探す。

23

24 6. スキルの評価

25 英国国立医療技術評価機構（NICE, 2014）ガイドラインでは、CBTp を実施する治療
26 者は適切なレベルの技能を持ち、治療中にはスーパーバイザーからのスーパービジョン
27 （SV）を受けるべきとされている。毎回のセッションを録音/録画した上でスーパービジ
28 ョンを受ける機会を確保することは難しいが、できるだけ SV を経験することが推奨され
29 る。録音/録画を用いた SV が難しい場合でも、口頭や書面で SV を受けたり、数回分を
30 まとめるなどして限られた時間の中で SV の機会を確保するなど、治療者の置かれた環境
31 下で可能なスーパービジョンの機会を検討する。SV を受ける機会が限られる場合でも、
32 治療者は、自身のセッションを録音/録画し、面接内容を振り返ることも役立つ。

33 治療セッションが、どの程度 CBTp の原則に沿っているかを評価する際には、認知療
34 法尺度(Cognitive Therapy Rating Scale: CTRS) などの標準的な CBT 向けの尺度が用いら
35 れることもあれば、CBTp に特化した尺度が用いられることもある。

I - 8. 多職種連携について

1. CBTp における多職種連携について

統合失調症の治療では、入院環境でも外来診療でも多職種連携は必須だが、CBTpにおいても同様である。多職種の連携により単一職種では網羅できない視点が補完され、患者の状態に合わせた CBTp を安全かつ確に実施していくことが可能となる。

外来診療で実施する個人 CBTp を念頭に置いた本マニュアルという性格上、主治医（担当医）と CBTp 治療者との連携に焦点を絞って解説する。現状ではどのような職種も CBTp 治療者になりうるが、一般的には心理職が担当することが多い。外来に CBTp に関わる専門枠がある場合には、主治医の他に CBTp 専門枠の担当医（管理医）を置く必要がある。

2. 多職種連携による個人 CBTp の流れ

1) CBTp の開始まで—紹介経路

CBTp が実際に開始される前に、患者は CBTp の必要性を理解したり、受け入れるために必要な情報をもつ必要がある。主治医が必要な情報を提供する場合、患者自身や家族が調べる場合、あるいは、関わりのある支援者や知人から患者が情報提供を受ける場合もある。

患者と主治医が CBTp の必要性を認識し、CBTp の実施を希望した場合に医師から CBTp を担当する治療者にインテーク面接のオーダーが出される。施設によっては他の医療機関から紹介される場合もある。この場合は、専門枠として、インテーク面接を兼ねた CBTp の初診枠を設置し、医師による診察を行うこともある。

2) インテーク面接

インテーク面接は CBTp を担当する治療者が実施する場合が一般的だが、主治医や管理医が実施することもある。インテーク面接を CBTp 治療者とは別に医師が実施する場合には、医師によるインテーク面接に CBTp 治療者も陪席することが望ましい。重要なことは、主治医や担当医師と CBTp 治療者とが患者の問題および生活歴・病歴、CBTp により改善を期待している内容について情報を収集し、医師と治療計画を共有することである。

3) CBTp 開始後

CBTp 治療者は毎回のセッションにあたり、主治医もしくは管理医にセッションの内容について情報提供を行う。その際、①本人が抱える問題、②用いた CBT アプローチ、③アプローチの結果、④概念化修正のポイントなどの要点を伝えることが推奨される。情報はカルテで共有したり、要点を簡潔に網羅できるフィードバック用シートを用いたりする。可能であれば、医師はセッション後に診察を行い、計画通りに治療が進行しているのかを患者からの情報で確認することが望ましい。

1 CBTp 治療者はセッション実施中に患者の、①希死念慮が強い場合、②治療の進展を妨
2 げるような行動が続く場合（ホームワークの不履行など）、③生活を送るうえで致命的な
3 問題がある場合（失職など）など、治療において重要な優先事項が認められた場合には、
4 速やかに医師と情報を共有し、医師と治療方針を共有する。場合によってはCBTp の中断
5 や中止が検討されることもある。

6

7 4) CBTp 終結時

8 CBTp の終結が近づいたら、医師との情報共有を事前に行い、終結についての確認を行
9 う。終結後のブースターセッションの計画が検討される場合には、その計画についても話
10 し合う。治療環境が許せば、CBTp 終結時の医師の診察に CBT 治療者が同席し、CBT の
11 経過をフィードバックする。その後も治療を担当する医師や多職種に対しては、患者から
12 の同意を得た上で CBT サマリー用シートを用いて、外来で使える再発予防のポイントな
13 どについて情報を共有することができる。主治医と管理医が異なる場合には、主治医に
14 CBTp のサマリーについての情報提供を行う。主治医が他施設にいる場合、サマリーは郵
15 送や FAX、あるいは、リモート会議システムを用いて情報共有を行ったりする。

16

17 3. 多職種連携を広めるために

18 統合失調症の治療は CBTp 単独で行われるものではなく、多職種や他の支援サービス
19 とも連携した包括的な治療や支援の一環として行われる。CBTp 治療者は、CBTp の枠組
20 みで実施できることを整理し、CBTp の治療中や終結後に利用できる多職種による支援や
21 他のサービスについて患者と相談したり、多職種と役割分担をすることで包括的な支援が
22 行えるように心がける。

23 CBTp を介した多職種での連携を深めるためには、定型のシートやツールを作成して
24 CBTp の治療内容を共有することも役立つ。また、CBTp 治療者と担当する医師だけでは
25 なく、治療会議やケースカンファレンスなどを介して CBTp についての情報提供をするこ
26 とも多職種連携を促すために有用である。現在のところ CBTp は診療報酬の加算対象とな
27 っておらず、CBTp を実際に利用できる環境は限られている。しかし CBTp のアプローチ
28 はさまざまな機会や現場において多職種が共有できる普遍的な要素を含んでおり、職場全
29 体が CBTp についての理解を深め、さまざまな形で CBTp に基づいたアプローチが実施で
30 きる環境づくりのために、継続的な働きかけを実施していくことも大切だと考えられる。

1 表1 各回終了後に主治医にフィードバックする際のツールの例

CBTフィードバック用シート		
××年××月××日		
セッション5回目	QIDS :	ID :
アジェンダ		
CBTアプローチ	<input type="checkbox"/> 行動活性化 <input type="checkbox"/> 認知再構成法 <input type="checkbox"/> 問題解決技法 <input type="checkbox"/> アサーション <input type="checkbox"/> その他 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">()</div>	
アプローチの結果		
HW		
患者さんからのフィードバック		
次回の予定		
その他、主治医に伝えたいこと		
主治医からの申し送り		

2
3
4

1 表2 1 クール終了時に主治医にフィードバックする際のツールの例

サマリーシート

年 月 日、氏名

症状の変化 *BDI, QIDS等の得点を記載	CBT開始時	CBT終了時
CBT開始時に抱えていた困りごとが解決したか	困りごと 解決の程度	
再発の引き金になる状況・問題は？		
再発の初期症状は？		
困りごとに対する対処プランは？ *学んだCBTスキル等、今後、使えそうな対処プランを記載		
困りごとを解決するためのキーパーソンは？		
その他の申し送り事項		

2
3
4

パブリック用原稿

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

第Ⅱ章

概念化と治療計画：CBTp への導入

II-1. CBTp 導入までのプロセス

1. CBTp 導入までのプロセス（図1：赤太枠内を参照）

CBTp に興味はあっても「難しそう」「自分のことを分かってもらえるか不安」などと敬遠し、治療開始に至らない患者は多い。そのため、まずは CBTp を紹介して動機づけを高め、その上でインテーク面接を実施し、患者と一緒に CBTp 導入を決定するというプロセスが大切である。

慎重にこのプロセスを踏むことは、患者の治療に対する安心感・期待・CBTp への準備性を高めることにつながり、通常治療から CBTp への橋渡しを安全に進めることが可能となる。また、面接者にとっては情報収集と関係構築のための有益な機会ともなる欠かせないプロセスである。

2. CBTp の紹介と動機づけ

通常治療内の適切なタイミングで以下のやりとりを行う。患者の反応を見ながら、複数回に分けたり、あいだを開けたりしながらやりとりを行い、患者の動機が高まった状態になってからインテーク面接に進めるのが望ましい。この段階は、通常治療の中で主治医が行うのが一般的かつ自然であるが、必要に応じて通常支援で普段関わりのある多職種が関わることもある。この段階で実施すべき内容を表1にまとめた。

表1. 患者への事前の説明と動機づけの概要

- ・CBTp に関する簡単な情報提供（治療の枠組み、具体例を用いた基本理論の説明など）
- ・患者の困りごとの解決や目標とする生活に CBTp がどのように役立つのかを説明
- ・患者の変化への期待を確かめつつ、動機を高める働きかけを行う
- ・安全な治療環境を明示

3. インテーク面接

1) 事前の準備

インテーク面接のスムーズな進行のためには、事前の情報収集で得られた精神医学的／心理学的／社会的情報を総合的に確認・整理しておくこと、治療の焦点となる可能性が高いいくつかの症状や問題領域を事前に把握しておくこと、さらには、患者の認知機能や対人コミュニケーションの特徴、ストレングスをつかんでおくことが望ましい。これらの作業を踏まえて、大まかな話題や流れを想定し、時間の長さやセッティングに工夫を施したインテーク面接を計画する。

CBTp に関する患者の理解を促すためには、患者が気にかけている症状や問題領域、目標とする生活に向けた CBTp の活用例や例え話を準備しておくことが役立つ。患者の興味、関心、希望に着目することで、治療に対する患者の期待や動機づけの強化が促される。可能であれば、事前の情報に基づいて患者に関する大まかな概念化と治療計画を想定しておく

1 と良い。

2 CBTp 治療者が決まっている場合には、その者がインテーク面接を担当することが望ま
3 しい。

4

5 2) インテーク面接の具体的な流れ

6 ① 導入

- 7 ・ 初対面の場合には自己紹介をし、問題解決と目標達成に協力したいという面接者の姿
8 勢を伝える。
- 9 ・ 互いの合意の上で進行するという基本姿勢を伝える。内容の守秘について説明し、抵抗
10 感や緊張感にも配慮する。
- 11 ・ 面接の目的、時間の長さ、大まかな話の流れを説明して合意を得る。患者の希望や必要
12 に応じて枠組みを調整し、面接中の変更も可能であることを伝える。
- 13 ・ メモを取る場合には予め知らせて了承を得ておく。

14

15 ② 患者からの情報収集

- 16 ・ 治療を受けようと思った経緯を確認する。
- 17 ・ CBTp のイメージを述べてもらい、理解度を把握する。
- 18 ・ 現在困っている症状や問題、可能な場合はこれまでの対処方法を確認する。
- 19 ・ 治療後に期待する変化や目標、治療への意欲を把握する。
- 20 ・ 精神疾患および、薬物療法や精神科治療の必要性に関する患者の解釈を把握する。
- 21 ・ 一般的な受理面接情報（生育歴、病歴、家族構成、社会状況、性格傾向等）は、現在の
22 問題の関わる領域に絞った聴取に留める。それ以外は事前の情報収集、または治療開始
23 後の聴取によって補完するのが望ましい。

24

25 ③ インテーク担当者からの情報提供

- 26 ・ CBTp の一般的説明：CBTp の対象となる症状や問題、効果について一般的説明を行
27 う。
- 28 ・ CBTp 治療概要の説明：治療内容を簡略かつ具体的に紹介する。②で述べられた患者
29 の問題を参照するなどして認知行動モデルの活用例を説明し、患者の問題解決や目標
30 達成に CBTp が貢献する可能性に触れる。
- 31 ・ 面接構造の説明：面接時間・治療期間・回数の大まかな見通し、ホームワークや治療者
32 との協働作業の必要性を伝える。
- 33 ・ CBTp の実施に伴って、心理的、場合によっては身体的な負荷を伴う可能性と、その際
34 の対応やその準備について確認する。

35

36 ④ 面接内容の共有

- 37 ・ 面接内容を要約し、疑問や誤解がないかを確認をする。

- 1 ・ 面接者の対応やコメント、情報提供に対して「どう感じたか」質問し、フィードバック
2 を得る。
- 3 ・ 上記の「要約」「反応の確認」は面接内容の区切りが良いタイミングで適宜行うように
4 心がける。

5 方針の相談と決定

- 7 ・ 患者・治療者・主治医でよく話し合い、患者の合意に基づいて開始決定するものである
8 ことを伝える。
- 9 ・ 人によってさまざまな反応が起こりうる（例：開始希望、やりたくない、家族に相談し
10 たい、保留、もう少し詳しく話を聞いてから決めたい等）。率直な反応が大切であるこ
11 とを事前に伝えておく。
- 12 ・ 現時点での患者の考えを確認し、返答に応じた対応を取る。開始に至らない場合でも、
13 患者の意志表示を丁寧に扱った上で面接を閉じる。

3) 留意点

16 インテーク面接において網羅的かつ詳細に情報収集・情報提供をする必要はない。ここで
17 特に大切すべきことは、①患者にとって重要で価値の高い問題や目標の大枠を見つけて焦
18 点を当てる、②CBTp 治療に対する期待につなげる、の2点である。そのためには、問題や
19 目標を丁寧に確認し、それらの解決や達成に CBTp がどのように役立つかをわかりやすく
20 伝えることが最も役立つ。

21 2) の面接内容は順番に進むこともあるが、患者の語りにあわせて②、③、④を行きつ戻
22 りつすることも多い。また、症状や認知機能などの影響のために、まとまった時間の面接を
23 続けることが難しい場合も多い。必要な場合には、インテーク面接は複数回に分けて行う。
24 面接時間や面接回数、扱う話題は患者に合わせて柔軟に調整する。

25 インテーク面接は治療開始決定の前段階に位置づけられる面接だが、既に患者との関わり
26 りは始まっている心積もりで対応する。特に最初期の対応は、患者の治療に対する構えや印
27 象に影響を与えるため、本マニュアル関連箇所（II-1『CBTp に必要な臨床スキル』IV-1『初
28 期セッションの進め方・丁寧な関係づくり』）を参照して治療関係の構築への十分な配慮を
29 心がける。

4. インテーク面接から CBTp 導入まで

32 患者の意向を確認し、開始希望の場合には主治医との連絡体制を整えて CBTp 導入をす
33 る。「希望しない」「判断保留」などの場合には患者の意思表示を丁寧に扱い、必要に応じて
34 動機づけやインテーク面接を追加する、時期を改めて CBTp 開始を提案する、などの対応
35 を行う。

このマニュアルは、日本医療研究開発機構（AMED）の課題番号 21dk0307096 の支援を受けて作成されたものです。

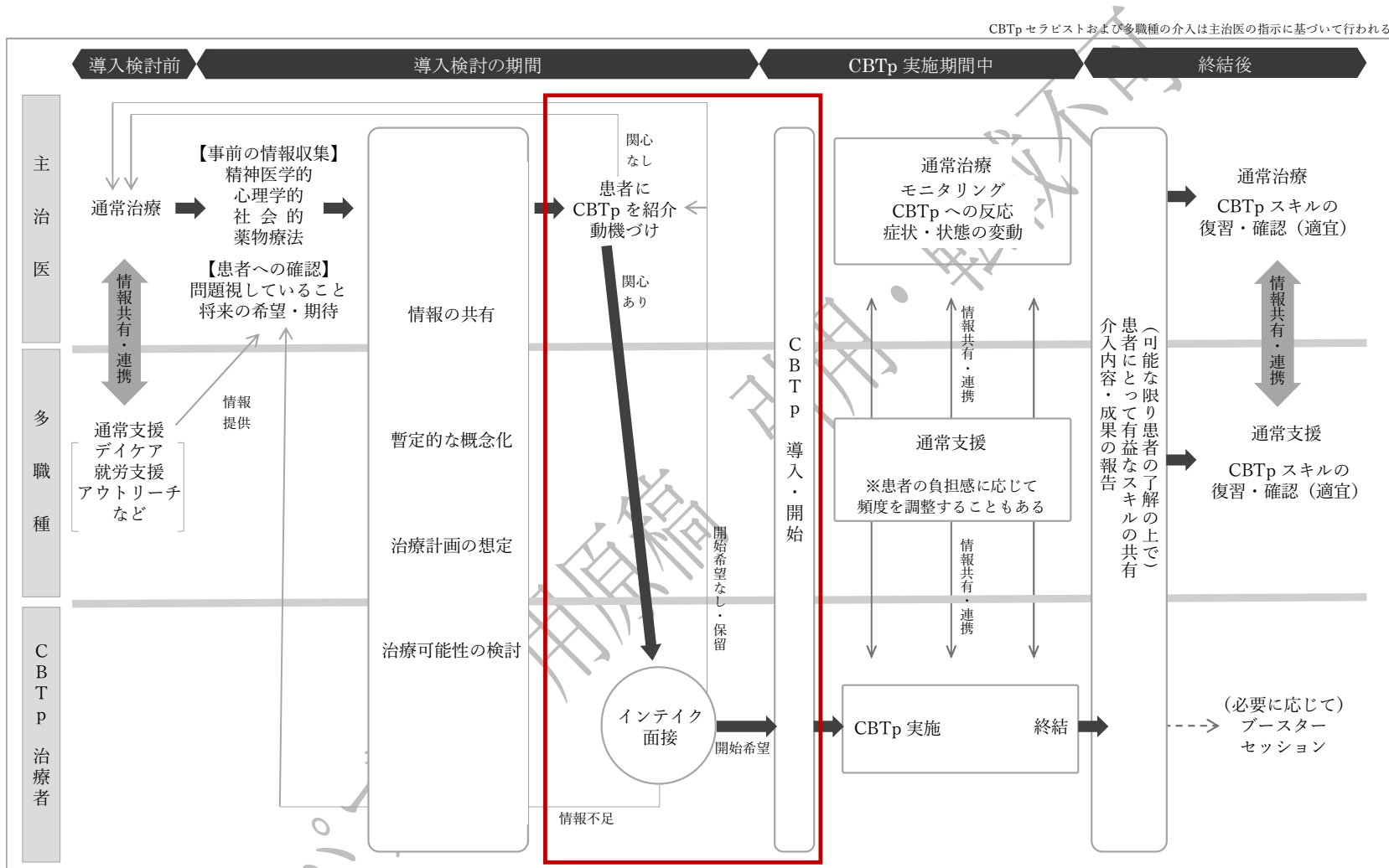


図1 CBTpの全体的な流れと関係者の役割
(スムーズな導入時には太矢印のルートをとる)

II-2. 事前の情報収集とアセスメント

1. 事前の情報収集とアセスメントとは？

CBTp の導入を検討するために事前に行われる情報収集とアセスメントであり、インタビュー面接の前の段階で行われる。CBTp の導入を検討するためには、対象となる患者の病歴や特徴を知る必要があり、その上で CBTp が治療法として適切なのか、もし治療をしたらどのような課題や目標に取り組むことになりそうなのか、患者は CBTp に関心を持ちそうなのか、いつの時期に実施するのがよいのかなどについて可能な範囲で事前に情報を収集し、必要に応じたアセスメントを行う。CBTp の導入の見込みがありそうであれば、この段階から CBTp についてのソーシャライゼーションを開始し、治療動機を高める方向で協働的に関わっていくことが望ましい。

2. いつ行うのか？

インタビュー面接より前に行われる。患者には、精神疾患に対する治療が始まって以降の情報が蓄積されているはずであり、主治医以外にも、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、心理士など多職種との関わりがあるかもしれない。このような事前に集められているさまざまな情報を用いて CBTp の導入の可能性が検討される。多くの場合、通常の診療の枠組みの中で検討が開始されるが、多職種での治療会議のような場がある場合には、そうした場で検討されるかもしれない。あるいは、主治医と多職種との日常の情報交換の中で検討が開始されることもある。その治療施設が CBTp を実施できない場合には、CBTp を実施できる医療機関に紹介するための情報収集が必要となる。

3. 具体的な内容

1) 誰が行うのか？

CBTp を治療全体の枠組みの中で位置づけていく医療側の舵取りの役割は主治医にある。主治医との治療は CBTp の前、途中、その後も継続されるため、治療全体を包括的に見通した上で CBTp を治療の中に位置づける。治療施設が多職種で構成されている場合には、元々関わりのある多職種が CBTp 導入の可能性について検討したり、主治医の指示で必要な情報収集やアセスメントを実施することもある。治療環境が許すのであれば、チーム医療として多職種での検討を行い、治療会議のような場で患者本人を交えた話し合いを行うのもよい。

2) 収集すべき情報について

事前の情報収集では、必ずしも網羅的にすべての情報を集めなければいけないわけではない。通常診療の枠組みで得られる情報を整理し直し、CBTp の導入を検討する上で必要であれば、追加の情報を、直接患者に聞いてみたり、あるいは、関係する多職種から集めたりする。

表 1 に一般に必要なと思われる情報収集項目のチェックリストを提示した。多くは既にこ

1 れまでの治療に基づいて診療録に記録されている情報である。CBTp の導入を検討するこ
2 とを契機に、改めて病歴を確認したり、新たに必要と思われる情報を聞き取る。

3 CBTp の導入に当たっては、患者の現在の目標と問題を改めて確認しておくことは重要
4 である。CBTp は、患者の目標の達成や困っている問題の解決に役立つものであるべきで、
5 CBTp を実施する目的についての見通しを立てる必要がある。但し、この段階での目標や問
6 題は暫定的なものであり、実際にはインテークや CBTp の開始後に更新されていく。

7 患者の治療についての関心や動機は重要であり、この段階から主治医や関係者は、患者
8 が理解できる言葉で少しずつ CBTp についての情報を提供し、患者がこうした治療に関心
9 があるのか、どの程度の治療動機がありそうなのかを確認していく。

10 また、治療構造について、患者に予め情報を与えておくことも大切であり、セッション
11 の時間、頻度、実施期間に関わる負担、スケジュール確保や通院負担、交通費や通院費用な
12 どの経済的負担についても確認する。

13 その他にも、過去のトラウマに関わる体験、過去の治療に関わる体験、自殺や暴力のリ
14 スク、病識、患者のストレングス、患者が既に実践している対処法、服薬態度、家族の状況、
15 利用できる社会資源などについての情報も収集しておくことが推奨される。

16 このように、多方面から集めた情報をもとに、実際の CBTp の導入が可能かどうかを検
17 討していく。事前の下準備が丁寧に行われていればいるほど、その後のインテーク面接から
18 CBTp 導入後の流れもスムーズに進みやすくなる。

19

20 3. アセスメントツールの利用

21 患者の症状や機能を客観的に評価する目的で構造化面接や複数の評価尺度が用いられる
22 ことがある。用いられる可能性のある代表的な尺度のリストを表 2 にまとめた。CBTp の導
23 入についての検討を行ったり、治療のアウトカムに用いたりするために使われることもあ
24 る。こうしたツールを利用する場合には、患者の負担にならないように注意する必要がある。

1 表 1. 情報収集項目チェックリスト

- 臨床診断
- 一般事項（年齢 性別 病前性格 精神科初診日 入院既往の有無/回数）
- 現症
- 既往歴（ほかの精神疾患の併存 身体疾患）
- 家族歴
- 生育歴・生活歴（家族関係 神経発達課題 職歴 トラウマに関わる体験）
- 現病歴
- 薬物療法・服薬態度
- 利用できる社会資源
- 家族の状況
- リスク評価（自殺リスク・暴力リスク）
- 社会機能
- 患者のストレングス
- 患者の現在の問題と目標
- CBTp に対する患者の関心、動機、理解の程度

2

3

1 表 12 アアセスメントツール

2 アセスメントツール

	検査	内容
診断 症状全般	SCID-5-RV	主要な DSM-5 診断を行うための半構造化面接。60-90 分。
精神症 症状	BPRS	16 項目からなる他者評価尺度。7 点法。所要時間 15-20 分。
	PANSS	統合失調症の全般的な精神状態についての他者評価尺度。7 点法。陽性症状 7 項目、陰性症状 7 項目、総合精神病理 16 項目からなる。10-15 分。
	SAPS	34 項目からなる他者評価尺度。6 点法。幻覚/妄想/奇異な行動/形式的思考障害が含まれる。15-20 分。
	SANS	30 項目からなる他者評価尺度。6 点法。陰性症状（情動の平板化・情動鈍麻/思考の貧困/意欲・発動性の欠如/快感消失・非社交性/注意の障害）の評価。15-20 分。
	PSYRATS	幻聴・妄想の苦痛度の測定する他者評価尺度。4 点法。幻覚・妄想の強度を点数化。15-20 分。
	VCS	命令幻聴の頻度/特定された個々の命令への服従・抵抗のレベルを測定する他者評価尺度。5 点法。
	VPDS	強さ、自信、尊重、有害性、優位性、知識量を含む声の要素に関して、最も支配的な声と聞き手の間の主観的で相対的な力の格差を測定。5 点法。
抑うつ 症状	CDSS	統合失調症の患者の抑うつ症状を、陰性症状と重複なく評価可能な他者評価尺度。
	BDI-II	21 項目からなる DSM-IV における過去 2 週間の抑うつ症状の重症度を評価可能な自記入式質問票。5-10 分。
	HRSD	21 項目からなる抑うつ症状を評価可能な他者評価尺度。10-20 分。
社会機能 全般機能	PSP	社会的機能を評価のための他者評価尺度。セルフケア/社会的に有用な活動/個人的・社会的関係/不穏な・攻撃的な行動の 4 領域の重症度を点数化。15 分。
	GAF	DSM-IV-TR における全般機能の他者評価尺度。症状の重篤度/社会的・職業的な機能を各々 0~100 点で評価。5 分
不安症状	SAD	28 項目からなる不安症状の評価が可能な自記入式質問票。2 点法。治療による変化を測定可能。
	LSAS-SR	社交場面に対する恐怖感/不安感の程度と回避の程度を評価可能な自記入式質問票。4 点法。5-10 分。

1 評価尺度略語一覧

略語	正式名称	日本語名
SCID-5-RV	Structured Clinical Interview for DSM-5- Research Version	DSM-IV第I軸障害のための 構造化臨床面接
BPRS	Brief psychiatric Rating Scale	簡易精神症状評価尺度
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale	陽性・陰性症状評価尺度
SANS	Scale for assessment of Negative Symptoms	陰性症状評価尺度
SAPS	Scale for assessment of Positive Symptoms	陽性症状評価尺度
PSYRATS	Psychotic Symptom Rating Scales	精神病症状評価尺度
VCS	Voice Compliance Scale	幻聴コンプライアンス尺度
VPDS	Voice power differential scale	幻聴との力関係尺度
CDSS	Calgary Depression Scale for Schizophrenia	カルガリー抑うつ尺度
BDI-II	Beck Depression Inventory – Second Edition	ベック抑うつ質問票
HRSD	Hamilton Rating Scale for Depression	ハミルトン抑うつ評価尺度
PSP	Personal and Social Performance Scale	個人的・社会的機能遂行度 尺度
GAF	Global Assessment of Functioning	機能の全体的評定尺度
SAD	Social Avoidance and Distress scale	社会的回避・苦痛尺度
LSAS-SR	Liebowitz Social Anxiety Scale - Self Report	自記式リーボウィッツ社交 不安尺度

2

II-3. 概念化と治療計画

1. CBTp における症例の概念化とは

統合失調症では、複合的な問題が横断的にも縦断的に絡み合うことが多く、生物-心理-社会的要因を包括的に評価し、治療に活かすことが求められる。このため、患者の全体像を見渡すための概念化は他の精神疾患以上に多層性や複合性をもつ。特に CBTp の導入を検討する場合には、患者の全体的な治療の枠組みの中に CBTp を位置づけることが必要であり、より包括的な観点から概念化を行い治療の作業仮説を立てておく。

CBTp は他の CBT と同様に症例の概念化に基づいて行われる。CBTp においても、症例の概念化は患者と共有されることが多く、概念化に取り組むことは CBTp の治療効果を高めることが示されている。概念化を患者と共有することにより、協働的経験主義に基づいた治療関係の構築が促され、患者の自己理解が深まる。

2. いつ、誰が行うのか？

広義の症例の概念化は CBTp 導入前から既に始まっている。CBTp は治療手段の選択肢の一つであり、主治医はこの治療法を選択するための目的や仮説をもつことが必要であり、CBTp の枠に留まらない包括的な概念化を行う。

インテーク面接の段階では、治療者と患者が CBTp 開始の合意形成を行うためにも暫定的な症例の概念化は必要である。ただし、この段階での概念化は、粗いスケッチのような暫定性の高いものでよい。

CBTp セッションが開始されてからは、最初のセッションから症例の概念化が始められる。ここからの概念化は CBTp のモデルに基づき、CBTp 治療者が患者と協働的に作業を進めていく。患者との共有は、患者が理解できる範囲のなかで、少しずつ進められていく（I-2. CBTp のモデルを参照）。治療初期では、関係づくりや問題・目標の共有が優先されることも多く、症例の概念化を作成し、患者と共有するまでには時間を要する場合もある。症例の概念化はその後に情報が増えることによって随時更新されていく。症例の概念化は絶えず仮説として検証されるべきものであり、治療者は柔軟な姿勢で必要な修正を患者と一緒に取り組んでいく。

3. 具体的な内容

1) 治療目標と症例の概念化

何について症例の概念化を行うかは治療目標により選択される。そのため、症例の概念化の前に問題リストを作成し患者と優先順位をつけるなどして話し合う。このように患者の“困り感”に寄り添う形で症例の概念化が作成されることで、患者の動機づけを高めることができる。

2) 患者に合わせて協働的に進める

1 症例の概念化は患者が理解し、了解していることを確認するために、焦ることなく、患者
2 の目標やニーズ、その時点での患者の優先事項、患者の治療段階、患者の認知機能障害や限
3 界などを考慮する。

4 患者との協働作業を意識し、患者自身の言葉を用いて、患者が理解しやすい言葉で説明す
5 る。治療者は、患者の反応を確認しながら概念化の内容と患者の理解を確認する。

7 3) 症例の概念化の作成

8 ① 横断的概念化

9 共有された問題と目標に関連した最近の具体的な特定の状況について、出来事－認知（自
10 動思考）－気分－反応（行動・身体）という点から、これを維持している循環を含んだ横断
11 的な概念化が作られる。この作業を患者と協働的に行うことは認知モデルへのソーシャ
12 ルイズにも役立つ。

14 ② 縦断的概念化

15 人生史を含んだ縦断的な概念化は、患者の人生早期からの体験を含んだものとなる。縦
16 断的な概念化は、治療の選択肢の一つであり、CBTp において必ず扱わなければならない
17 ものではない。一般的に治療の中間以降に行われるが、事例によっては治療初期に行われ
18 る場合、終盤に行われる場合、まったく行われない場合もある。過去の困難を扱うことは、
19 強い苦痛を伴う可能性があるため、縦断的概念化を行う際には、患者にそのようなリスク
20 を説明し、同意を得てから行うべきである。治療者は、セッション中の患者の感情の動き
21 をモニターし、セッション後にフィードバックを得ることが重要である。治療者は、縦断
22 的な概念化を行うことの治療的な意義や方略を確かめた上で実施する。

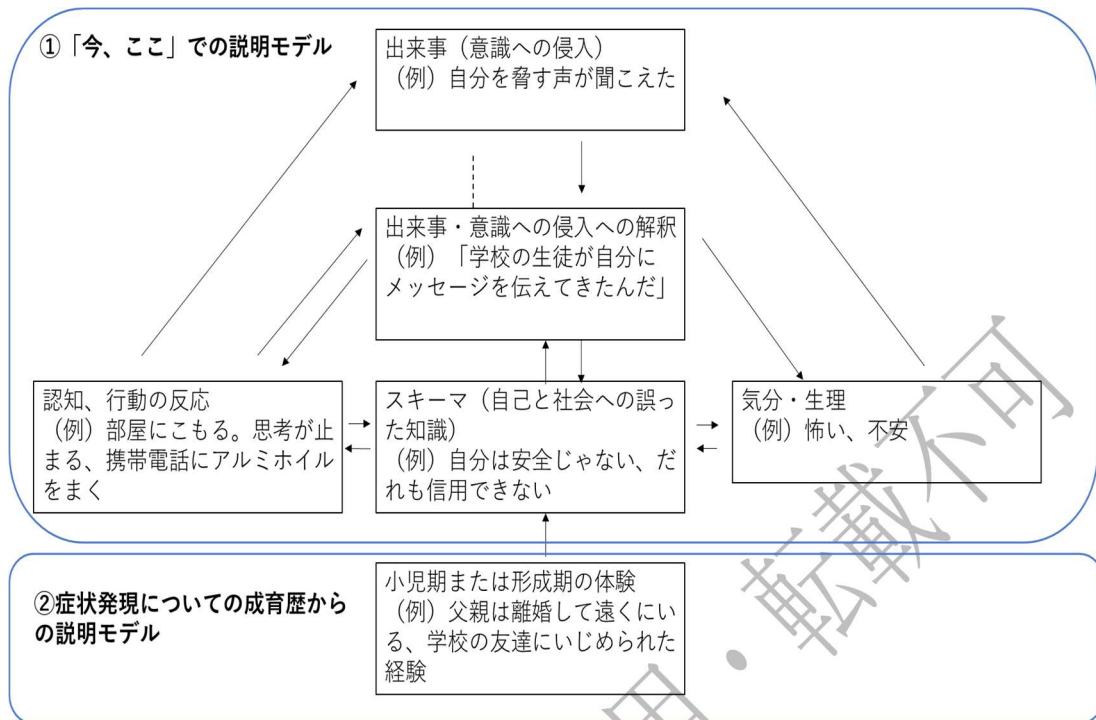
24 3) 症例の概念化と認知モデル

25 統合失調症の症例の概念化には、CBTp の認知モデルを用いることが症状や問題の理解
26 に役立つ（I-2. CBTp のモデルを参照）。複数の認知モデルの中で、どのモデルを利用する
27 かは治療者の任意であり、特定のモデルにこだわる必要はない。また、患者の問題が非精神
28 症性の問題である場合には、その問題に特有の認知モデルを用いることもある（例：社交不
29 安、パニック発作など）。また、特定のテンプレートを用いずに、患者が理解できるシンプ
30 ルな認知モデルを手書きで作成することでもよい。

32 4. Morrison による精神症の認知モデルの紹介

33 CBTp の代表的な認知モデルである Morrison のモデル（2001）をここで紹介する。この
34 モデルでは、出来事（「幻声」の意識への侵入）についての解釈があり、精神症的であるか
35 否かは出来事の解釈が文化的に容認されることであるか否かが関わるとされている。この
36 モデルは、パニック、強迫、社交不安、うつ病などの他の精神疾患の認知モデルで同定され
37 た要素を統合しているため、こうした問題への取り組みにも適用可能である。「今、ここ」
38 でを扱う横断的な概念化と、成育歴を含んだ縦断的な概念化が統合されている。

1



2

3

4

5

図. Morrison(2001)の精神症認知モデル

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

第Ⅲ章 初期セッション（1 - 3 回目）

III-1. 初期セッションの進め方・丁寧な関係作り

1. 治療関係の構築

CBT では協働的経験主義に基づく治療関係を重視するが、CBTp では特に明確に治療関係構築に焦点を当てる必要がある。統合失調症では、うつ病や不安症の多くとは異なり、患者と治療者が治療目標を共有し、協働作業にとりかかること自体が困難な場合も多い。CBTp では全体を通じて治療関係の構築と維持に注意を払わなければならないが、特に初期セッションでの配慮や工夫がその後の関係に影響するため大切である。以下に示すように、初期セッションで重要な4つの点を解説する。

1) 治療者への信頼の欠如や誤解への対処

患者は「治療者は懲罰的で支配的だ」と考えていたり、症状について話すことで薬が増えたり入院になることを恐れていたりすることがある。それは、過去の治療における辛い経験に基づくことも多い。患者の中にはパーソナリティ障害のような強い対人不信を持つ人もいるため（Fowlerら, 1995）、治療関係上の問題が生じた場合は、速やかに、積極的に対処すべきである。

したがって、初期セッションでは、治療者とCBTpセッションに対して患者が安心感をもつことが目標になる。患者が安心して話せるようになるまで、治療者は急がず治療関係づくりに時間をかける。各回のセッションの終わりには、患者の治療への協力に感謝の意を示すべきである。

CBTp では治療関係の問題も協働的経験主義に基づいて処理する。つまり、生じている問題を「患者と治療者が一緒に取り組む課題」として設定し、互いの知識や経験を出し合って対処することが求められる。

2) 患者の多様性に配慮した治療目標設定

患者一人ひとりとはそれぞれ異なり、他の人と全く同じ症状を呈する患者はいない。一見すると同じような症状に見えても、その発生プロセスは異なる可能性がある。CBTp の目的は、症状の消失ではなく患者のQOL向上やリカバリーである。したがって初期セッションでは、協働的経験主義に基づいて患者の体験を共有し、一人ひとりに合わせた目標を立てることが重要になる。この目標を前提に、詳細なアセスメントと症例の概念化を丁寧に行うことは、有効なCBTpにとって必須のプロセスである。目標を共有する際は、患者に希望を与え、困りごとがCBTpで取り扱い可能であることを明確に伝える。

病識が乏しく障害の受容が難しい患者や、強制入院中の患者でも、共有できる目標を設定することは可能である。例えば、CBTp治療者が医師でないときは、診断について協働的経験主義に基づいて検証することから始めると、共有可能な目標設定に役立つことがある。また、治療者は陽性症状への介入が必要だと考えても、患者にとっての困り感や目標を優先させることもある。

1 3) 症状を含む患者の苦悩や苦痛への共感

2 幻聴や妄想に対して治療者が共感することは難しい。例えば、「組織的な集団に狙われて
3 おり、いつも買い物に行くときに変装しなければいけないし、毎回時間や店を変えても、必
4 ず尾行される」と言われたときに、治療者は「そんなことはないし、変装する必要はない」
5 と言いたくなる。しかし、患者を傷つけ、信頼関係を損なってしまうため、初期セッション
6 でそうした単純な反論は百害あって一利なしである。

7 共感が難しい問題への対応の工夫は2つある。

8 ①統合失調症の症状が正常な心理的体験との連続体上にあることを、治療者自身が実感
9 を伴って理解する。それによって、患者の体験をまったく理解できない異質／病的なもの
10 として捉えることを防ぐ。

11 ②協働的経験主義に基づく治療関係を十分意識して患者と関わる。治療者はCBTの専門
12 家だが患者のすべてを知っているわけではない。患者のことは患者自身が最も理解してい
13 るという前提のもとに、患者から教えてもらう姿勢を示すことが大切である。また、「仮に
14 そういう体験をすれば、怖いだろうし、変装せざるを得ないと考えるのも無理はない。そし
15 て、そのような生活の大変さはわかる」というフィードバックを患者に伝える。

16 ただし、理解したふりはすべきでない。例えば患者から「あなたも組織的なストーカーな
17 んていないと思っているでしょう？」と問われたときは、「こんなことを言うとあなたを傷
18 つけてしまうかもしれないと心配なのですが、正直なところまだよくわかりません。なので、
19 もう少し詳しくお話を聞きたいです。しかし、あなたが恐怖を感じて外出しづらく、外出し
20 なければならないときも色々な工夫を強いられて、大変だなと思いました。それを一緒にな
21 んとかしたいです」と率直に伝える。

22

23 4) 柔軟な対応

24 CBTpでは、治療全体も1回のセッションも、構造化を強く意識せず、構造化と非構造化
25 の両方のテクニックを用いるべきである。また、キャンセルについては、3回に1回キャン
26 セルがあったとしても治療効果があることはわかっている。治療者は欠席に対して寛容で
27 あると同時に、その理由について率直に話し合い、面接の実施方法についても可能な限り柔
28 軟に対応する。面接時間についても当初の設定は患者の状態に応じて変更してもよい。

29 治療者側の都合ややりやすさを押し付けるのではなく、初期セッションから常に患者に
30 合わせて柔軟に対応することが、その後の治療方針や患者のモチベーションに大きな影響
31 を与える。

III-2. 目標設定

1. 目標設定の原則

患者自身が目指すリカバリーに向けた具体的な目標（例：就労や進学など）を阻む問題、生活の質を高め、苦痛を和らげる問題を治療のターゲットとするのが理想的である。複数の問題が同定された際には、患者にとっての優先順位や、限られたセッションで現実的に達成可能かどうかも含めて検討を重ね、合意を得る。但し、合意形成を急ぐ余りに患者-治療者関係が損なわれることがないように、患者のペースに合わせて慎重にステップを踏んでいく。

2. 具体的な内容

1) いつ行うのか？

一般の CBT と同様に初回または 2 回目までに設定することが原則である。しかし、CBTp では、さまざまな理由から目標設定が完了するまでに時間がかかる場合も多い。初期のセッションでは治療関係の構築や維持を重視して、患者と治療者の双方が合意できるような、大まかで暫定的な目標になることもしばしばある。合意された目標は毎回のセッションで見直されるので、不信感の強い患者に対しては、関係構築が進み、患者の不信感が和らいだ際に改めて目標を追加、修正する。

2) 目標設定の進め方

① インテーク面接の時点で、治療者は収集された情報を基に、患者の苦痛を持続させる病的体験、認知機能の問題、家族問題など、ターゲットとなる問題を想定し、治療仮説を既に立案している。ABC モデルに基づく症例の概念化が行われていれば、思考 (B) や行動 (C) がどのように改善されるとよいかについて、協働的に探ることができる。

② 症例の概念化が不十分であれば、この段階でこれを作り上げ、リカバリーを阻む問題を同定する。患者の理解に合わせて治療仮説を説明することで、患者自身が問題解決の優先順位をつける手助けにもなる。

③ 同定されたそれぞれの問題を治療目標に置き換える。その際、すでに長期的なリカバリーイメージがあれば、それに向かって、問題がどのように変わるとよいか検討を重ね、治療目標に落とし込む。リカバリーイメージが漠然としていたり、非現実的である場合は、同定された問題がどのように変わるとよいか、それらが解決できると何ができるようになるのかを治療目標としてもよい (表 1)。

3) 目標設定のトラブルシューティング

対人緊張や不信感が強いために、上記のプロセスを経ても治療目標の合意を得ることに苦労することはしばしばある。また、被害的な思考が強固で (あるいは、他責的思考に伴う怒りの感情が強くて)、他者の行動変容を望む患者に対しては、ソクラテス式問答法を用いて、他人の行動変容には多くの時間や困難が伴うことや、治療者が直接的にアプローチ

1 できる存在は患者（もしくは近親者）であることを伝え、共有しようとしている目標が、
2 限られた時間とセッションで達成可能で現実的なものであるか否かを検討する。治療者と
3 良好なコミュニケーションがとれるようになること、自分を客観的に理解できるようにな
4 ることを最初の治療目標としてもよい。

5 治療者自身の柔軟性やコミュニケーションの取り方、友好的な関わりは、患者の不信感
6 を和らげる治療モデルとなり得る。セラピストの柔軟な姿勢が治療同盟の礎となり、今後
7 の介入をスムーズにする。

8 表2、表3は目標設定の手順およびポイントである。

9

10 表1. 問題を目標に置き換える（例）

問題	治療目標
仕事をできるための体力がない	毎日30分のエクササイズができるようになる
隣人が勝手に家のものを動かすので外出できない	週1回、ジムやお気に入りのカフェに通えるようになりたい
身体がだるくて料理が全くできない	夕食のおかずを1品作れるようになる
声がうるさくて全然仕事に集中できない	声が静かな状況や対処法を探してコントロールできている時間を増やす
自分の境遇が情けなくて友だちに会えない	友だちを食事に誘う

11

12 表2. 目標設定の手順

1. 問題リストの作成
2. 問題の優先順位をつける
3. 優先順位の高い問題を目標に置き換える
4. 目標を現実的な内容に落とし込む

13

14

15

16

17

18 表3. 目標設定のポイント（SMART）

3. 具体的な（Specific）
4. 測定可能な（Measurable）
5. 達成可能な（Achievable）
6. 現実的な（Realistic）
7. 限られた時間の中で（Time limited）

19

20

21

22

23

24

25

26

<ワークシート>

27

・目標設定シート、目標設定シート(例)、目標設定のポイント

1 目標設定シート

わたしのリカバリーイメージ			
治療目標	達成度 (%) ※		
①			
②			
③			
追加・修正			
④			
⑤			
目標達成までのステップ①			
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
目標達成までのステップ②			
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
目標達成までのステップ③			
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
目標達成までのステップ④			
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
目標達成までのステップ⑤			
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

2

※達成度は初期、中期、終了時に評価

1 目標設定シート(例)

わたしのリカバリーイメージ 仕事をしながら友人や家族とのプライベートタイムも楽しんでいる		
治療目標	達成度 (%) ※	
① 友人を食事に誘えるようになる	20%	
② バイトの面接に応募する		
③ 家族に手伝ってほしいことを伝えられるようになる		
追加・修正		
④ バイトの面接を受ける		
⑤		
目標達成までのステップ①		
LINEで気に入るカフェがあると伝えてみる		<input type="checkbox"/>
相手の反応がいまいちの時に「自分のせい」「自分つまらない人間」という考えに反論する		<input type="checkbox"/>
間が持たないときの話題をいくつか準備しておく		<input type="checkbox"/>
友だちの近況を引き出す方法をセラピストと練習して実践する		<input type="checkbox"/>
目標達成までのステップ②		
求人誌を手に入れて働けそうなバイトをいくつかピックアップしてみる		<input type="checkbox"/>
履歴書を書いてデイケアスタッフに見てもらう		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
目標達成までのステップ③		
励ましてほしいという自分の気持ちを素直に伝えてみる		<input type="checkbox"/>
バイトが始まったら今までのように料理ができないので、そのときは食事を食べにいつでもよいか聞いてみる		<input type="checkbox"/>
してくれたことには「ありがとう」といえるようになる		<input type="checkbox"/>
してほしいことには「ありがたいけど自分を信じて見守ってほしい」といえるようになる		<input type="checkbox"/>
目標達成までのステップ④		
面接場所に行く練習をする		<input type="checkbox"/>
バイトで聞かれそうな質問と回答を準備する（特に履歴書の空白期間について）		<input type="checkbox"/>
デイケアスタッフに模擬面接を依頼する		<input type="checkbox"/>
リラクゼーション呼吸法を毎日練習する		<input type="checkbox"/>
目標達成までのステップ⑤		
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

2

※達成度は初期、中期、終了時に評価

3

目標設定のポイント

1. 具体的な (Specific)
2. 測定可能な (Measurable)
3. 達成可能な (Achievable)
4. 現実的な (Realistic)
5. 限られた時間の中で (Time limited)

III-3. 認知行動療法を患者に紹介する（socialization）

1. 認知行動療法を紹介する（socialization）

CBTp においても患者の主体的取組は大切であり、患者に認知モデルを紹介し、その概念や構造を理解して、慣れてもらうことは重要である。しかし、統合失調症に伴ういくつかの困難のために理解力に制限があったり、協働的なやりとりに慣れるまでに時間がかかったりすることもある。このため、一人ひとりに合わせて言葉を選んだり、扱う内容を限定したり、ペース配分を遅らせるなどの工夫が必要となることも多い。こうすることで、患者は CBTp において自分が果たす役割を認識することができ、自らが治療に主体的に関することを理解し、協働的に治療に取り組む意欲も高まる。

2. いつ提供するのか？

初回セッション以降、患者の理解のペースに合わせてながら、随時継続する。可能であれば、インテークやその前の段階から、少しずつ患者が慣れるように情報を提供する。

3. 具体的な内容

1) 一般的な枠組みについての説明

1 回のセッションの時間、全体の回数と頻度などの基本的な枠組みについて説明する。一般的な CBT の構造に一致した形での提供が原則である。しかし、患者によっては、関係づくりを優先したり、その時の状態に合わせて構造を柔軟に修正することが必要となる場合もある。

2) CBT のセッション構造の説明

患者がセッション内で必要とされるプロセスやスキルを学び、セッション間で実際にこれらを利用するために、明確な構造を保つことは役立つ。目標の合意、アジェンダの設定、症例の概念化、ホームワークなどの有用性を、本人にわかりやすく説明する。さらに、言葉で説明するだけでなく、セッションを繰り返す中で、一貫した形でセッションを進めることで、患者は少しずつ CBT の進め方に慣れていく。

説明する際には、患者が理解しやすい言葉を一緒に探すことが大切であり、できるだけ一貫した言葉の使用法を心がける。患者が理解でき、納得できる言葉が共有されたら、これを繰り返し用いる。

3) アジェンダとホームワーク

① アジェンダ設定

アジェンダ設定は毎回のセッションを構造化し、治療の方向性や優先順位を明確するために用いられる。すなわち、前回のセッションとのつなぎ・振り返りを行い、その回のセッションで行う目標を患者と定める。

1

2 ②アジェンダ設定のポイント

3 本人の困りごとを中心におく。この困りごとと、共有された問題や目標、そして症例の
4 概念化との関連を確認し、必要に応じて治療者からアジェンダの提案や修正を働きかける。
5 この場合も、本人の意見を尊重しながら協働的に行う。

6 患者の能力に合わせて、1回のセッション内で達成可能なゴール設定にする。大きな問
7 題は小さなステップに分けて、1回のセッションできるものにする。

8 できるだけ具体的で簡潔な表現を用いる。必要に応じてアジェンダやセッションの流れ
9 を紙に書くなどして、セッションがアジェンダに沿って行われるように工夫する。

10 アジェンダ設定中、あるいは、セッション中に患者が不安定になることもある。このよ
11 うな場合、まずは共感的、受容的に対応し、患者が落ち着いた段階で「このようなことはよ
12 く生じるのですか？」などと働きかけて、患者の困りごとであることを確認した上で、その
13 回、あるいは次回以降のアジェンダとして扱うこともできる。

14

15 ③ホームワークの設定

16 CBTp においても、ホームワークはきわめて大切であり、患者が積極的にホームワーク
17 に関与することが、治療の効果を引き出す。ホームワークでは、セッションでの内容を実生
18 活で検証し、認知や行動の修正を促し、患者の能動性や達成感を高め、患者と治療者のチー
19 ムワークを強化し、エンパワメントを推し進めることが目的となる。ホームワークが患者の
20 目標の達成や問題の解決において重要であることは、初期のセッションでしっかりと話し
21 合う。

22

23 ④ホームワーク設定のポイント

- 24 ・ ホームワークは初回セッションから設定する。特に最初は、手につけやすい、達成可能
25 な小さなタスクにして、成功体験を持たせるように工夫する。
- 26 ・ 前回のホームワークの振り返りは必ず行い、できたことのポジティブな側面を引き出
27 す。
- 28 ・ 新たなホームワークの設定は、セッションの最後に十分な時間（およそ10～15分）を
29 確保して実施する。
- 30 ・ ホームワークは、患者と治療者が協働的に決定する。「次の面接までに何をしたら役立
31 ちそうですか？」のように、患者に意見を求めることから始める。意見がなかなか出て
32 こない場合でも、いくつかの選択肢を検討し、患者の好みや意見を採り入れ、患者本人
33 がホームワークの設定に関与し、治療に参加する感覚を育てる。
- 34 ・ そのホームワークを行う理論的根拠を明確に確認する。ホームワークは患者にとって
35 有意義なものでなければいけない。
- 36 ・ ホームワークを行う際の障壁について検討する。例えば、行動実験などの場合には、不
37 安が高くなり過ぎないように課題を調整したり、うまくいかない場合の対処方法も計

- 1 画に含めておく。
- 2 ・ ホームワークを忘れないようにメモや写真を活用したり、リマインダーの設定など
- 3 ホームワークを思い出すための方法を決めておく。

パブリック入用原稿 引・転載不可

III-4. 心理教育

1. 心理教育とは

CBTpにおいて心理教育は、患者と共有された問題や目標の達成との関連において、症状の背景を認知モデルで理解したり、精神疾患としての統合失調症について適切な知識を得たり、ノーマライジングを図るための手段として用いられる。心理教育は、患者の統合失調症についての知識や理解度、精神疾患についてのとらえ方や態度、病識の程度に応じて説明する内容を工夫する。患者の体験を一般の人々の経験との連続体として捉える、ノーマライジングすることに重点を置くことが特徴である（Lukens, E. P.ら 2006）。

2. いつ行うのか

治療の初期（1回目から3回目）に行うことが一般的であるが、症状を標的として介入する場合や、さまざまな技法と組み合わせる場合などに、適宜実施される。

3. 具体的内容

1) 疾病教育として心理教育を行う場合の目的

- ① 疾病としての統合失調症への理解を促し、症状や問題を疾患によるものとして外在化し、対処可能なものであるという認識を得る
- ② 患者自身の体験をノーマライジングする
- ③ 絶望感やスティグマを緩和する
- ④ 再発予防が患者本人の価値観と一致することを確認し治療動機を高める

2) 他の技法と組み合わせて実施される場合

心理教育は、ノーマライジング、ソーシャライゼーション、症状への介入、症例の概念化、再発予防など、さまざまな技法と組み合わせて実施される。

3) 心理教育を実施する手順

- ① 患者の統合失調症についての知識や理解度、疾患についてのとらえ方や態度、病識について確認する。
- ② 本人の問題解決や目標達成に心理教育が役立つ可能性を検討する。
- ③ 心理教育への動機づけを行い、アジェンダとして共有する。
- ④ 患者の知識、理解度に応じた心理教育を実施する。
- ⑤ 回復可能性、ノーマライジング、ストレングスへの注目などを強調する

4) 説明の例

① 統合失調症の概要

統合失調症は誰でもかかりうる病気です。有病率は0.7%（1000人のうち7人が罹患す

1 　　る）といわれています。統合失調症になるリスクは誰にでもあるのですが、なりやすさのリ
2 　　スク（脆弱性）は人によって違っていて、遺伝を含めた生物学的な体質のようなものと、成
3 　　長してくるまでのさまざまな環境の影響でなりやすさのリスク（脆弱性）に差が出てきます。
4 　　リスクがあっても統合失調症にならずにすむ人もいますが、心理・社会的なストレスが
5 　　長くかかったり、強くかかったりすることで精神症の状態になってしまうのです。これを素
6 　　因—ストレス（脆弱性—ストレス）モデルと呼びます。

7 　　統合失調症に関連する遺伝子はたくさんあり、誰でも少しはもっていると考えられてい
8 　　ます。一卵性双生児（同じ遺伝子を持つと考えられる）が2人とも発症する一致率は48%、
9 　　二卵性双生児では17%です。このことは遺伝の重要性を示唆しますが、遺伝のみが決定的
10 　　な要因とは言えず、ストレスを含めた環境的な要因も大きいことがわかります。

12 ② 精神症の状態とは

13 　　健康な状態では、人は現実の世界と適切に接触することができ、さまざまな物事を適切
14 　　に知覚し、現実に合わせて考えることができます。しかし、精神症の状態になると、これが
15 　　困難になり、普通とは異なる知覚性の体験（例：正体不明の声）をしたり、普通ではない強
16 　　い思い込みが生じてしまい、他の人たちとの関係がうまくいかなくなってしまう（例：
17 　　自分をおとしめる陰謀が計画されている）。このために自分が苦しくなったり、周囲の人た
18 　　ちとうまくいかなかったり、人を避けて引きこもることもあります。この状態では脳のド
19 　　パミンという神経伝達物質が出過ぎてしまい、神経が高ぶったり、過敏になったりしやす
20 　　くなります。このため、心身を休め、抗精神病薬などの薬を用いた治療を行うことが役立つ
21 　　です。

23 ③ 幻覚とは

24 　　実際には存在しないものが聞こえたり、見えたりすることを幻覚といいます。音の幻覚
25 　　を幻聴といい、最も多いのは人の声です。見えないはずのものが見える場合には幻視、臭
26 　　を感じる場合は幻臭、体の感覚の場合は体感幻覚といいます。一般の人々の中にも、こうし
27 　　た幻覚やこれに似た体験をする人は意外に多く存在することが（10数パーセント）知られ
28 　　ています。また、統合失調症以外の精神疾患でも、出てくることがあります。

30 ④ 妄想とは

31 　　ほかの人にはなかなか信じてもらえない内容の考えを強く信じる場合、それは妄想の可
32 　　能性があります。しかし、一般の人々も、ひどくショックなことがあったり、怖い思いや辛
33 　　い体験が繰り返されたり、孤立して人と話す機会が少なくなったりすると強い思い込みを
34 　　もつことがあります。妄想も強いストレス、不眠、孤立、過去のトラウマ体験などと関連し
35 　　て起こりやすくなると考えられています。

36 　　実際に起こっていること以上に、自分が人から危害を加えられていると確信する場合、
37 　　これは被害妄想と呼ばれます。嫌な思いをしたり、怖い体験をしたりすると、誰でも自分が

1 被害にあうのではないかと恐れる気持ちになります。被害妄想ではこれが強く過剰にな
2 ってしまいます。その他にも色々なタイプの妄想がありますが、いずれの妄想も、普通の人
3 にでも起こる可能性のある内容です。しかし、これが極端になってしまうと、周りの人や社
4 会とうまくやっていくことが難しくなったり、その考えにとらわれることで自分も辛くな
5 ってしまったりするため、治療が必要になるのです。

6

7 ⑤ 再発予防について

8 統合失調症は、精神症の状態（精神症エピソード）を少なくとも1度経験した人に人につ
9 られる可能性のある診断名です。精神症のエピソードは治療を行うことで時間とともに回
10 復することがほとんどです。しかし、一旦良くなった後にも、再発するリスクがあり、再発
11 を繰り返して悪循環が起こると、精神症の状態が治りにくくなったり、回復が遅れたりしや
12 すくなります(Wiersma, D.ら 1998)。このため、統合失調症の治療では再発予防が重要となり
13 ます。

14 これまでの研究結果からは、抗精神病薬を続けて服用していることが再発のリスクを低
15 下させることに役立つことが繰り返し報告されています。抗精神病薬を長期に服用した方
16 が、再発リスクが減り、回復にも役立つ人が多いのです。抗精神病薬を服用していない場合、
17 再発のリスクは服用している人の約5倍になるという研究報告もあります(Robinson, D.ら
18 1999)。

19 ストレスへの対策も再発予防に役立ちます。特に、回復の途中にある時には、ストレス
20 には少しずつ慣らすように気をつけ、焦って無理をしないことが大切です。強いストレスが
21 かかる場合には、少し立ち止まって解決のための対策を立てたり、周りの人と相談したりす
22 ることが必要です。楽しみ、リラックス、体を休めるための時間を意識的にもつことも大切
23 です。

24 再発は以前に症状が悪くなったときと同様のパターンを繰り返すこともあります。この
25 ため、病状が悪化する時のサインを把握して、その対策を再発予防計画として CBTp の中
26 で扱うことが一般的です（⑭再発予防計画づくり参照）。

27

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

13
14
15
16

第IV章 認知・行動的なスキル ：症状に基づいた介入

IV- 1. 幻覚

1. 基本的な治療の考え方と流れ

1) 幻覚のアセスメント

幻覚に対する CBTp では治療効果を精神病症状評価尺度（Psychotic Symptom Rating Scales PSYRATS）で測定することが多い。幻覚には、幻聴、幻視、幻臭、体感異常などがあるが、統合失調症では幻聴、なかでも声が聞こえる幻声が特に多い。

PSYRATS には、幻声の物理的特徴である頻度、持続時間、大きさと、幻声の内容、幻声による苦痛や生活への影響といった QOL 関連項目が含まれる。また、病識（幻声と認識しているか、実際の人物などが発していると認識しているか）や、幻声のコントロール可能性などの認知的要素も含まれている。

2) 治療目標と介入標的

CBTp の目標を患者と協働して決める際は、幻覚を消去することではなく、苦痛を緩和し、生活への影響を減少させて、意味ある活動に取り組める時間を増やすことを目標にする。これを達成するために、協働的に問題に取り組めるような治療関係構築が当初の課題となる。

幻声による苦痛や生活の障害度を理解するためには、幻声のコントロール可能性が重要な指標となる。幻声をコントロールできないと考えるほど苦痛が強くなり、生活への影響も大きくなる。幻声が全知全能（「自分の情報が筒抜けになっており、相手は思いのままにどんなことでもできる」）だとする認知は、幻声による苦痛や問題行動の強力な持続要因となりうる。

3) 重要な認知への介入

幻声の全知全能性の認知を変化させる手続きとして、幻声の頻度、持続時間、大きさのような物理的特徴を、患者自身がコントロールできる感覚を持つことが重要である。そのためには対処方略増強法（CSE：V章参照）が役立つ。CSE では患者自身の工夫や、治療者と患者と一緒に考案した対処法に加えて、薬物療法や環境調整も活用する。

また、心理教育によって幻声に関する適切な情報を提供し、ノーマライゼーション（V章参照）によって幻声体験の普遍性を伝えることも、幻声のコントロール可能性を高め、全知全能性の認知を低めるために役立つ。

4) 認知再構成と安全行動への介入

幻声のコントロール可能性が高まると、治療者への信頼感や治療関係も強まり、幻声の正体の再検討、つまり認知の再構成に取り組めるようになるため、認知を同定して認知再構成法（V章参照）を導入する。

また、幻声から危害を加えられることを恐れ、幻声の命令や指示に従うことで安全を確保

1 しようとする安全行動をとると、幻声の正体や全知全能性についての認知を修正する機会
2 が失われる。このように、不安症状と類似するメカニズムが存在する場合は、幻声の命令や
3 指示に従うことと従わないことのメリットとデメリットを紙面に書き出しながら分析（損
4 益分析）し、介入への動機づけを高める。また、安全行動に対して行動実験で介入したのち
5 に認知再構成を行うという手続きをふむこともある。

6 7 **2. 注意すべき点**

8 **1) トラウマ反応としての幻覚**

9 過去のトラウマへの反応として幻覚が生じることもある。この場合は、幻覚をトラウマの
10 再体験として捉えた心理教育を行う。過去の逆境体験を想起させる刺激や状況に触れるこ
11 とがトリガーとなり、過覚醒状態になると、記憶が意識に突然侵入することを伝える。その
12 うえで、過去の体験と現在の安全な状況の違いを明確に認知し、安全・安心を感じられる環
13 境を確保、維持することを目指す。なお、過覚醒状態で情緒的反応が強い場合には、リラク
14 セーション法（V章参照）も用いる。

15 16 **2) ネガティブなスキーマ**

17 失敗体験の積み重ねによって、ネガティブな自己評価が強化され、自分は劣った存在だ、
18 ダメな人間だという中核信念（スキーマ）が形成されてしまっている患者もいる。このスキ
19 ーマは幻声の全知全能性の認知と強く結びついている。

20 段階的課題設定（V章参照）によって達成感を得られる体験を積み重ねたり、行動活性化
21 によって気分を改善したりすることを通して、ネガティブなスキーマの活性化を防ぐ。強固
22 で非機能的なスキーマが持続する場合には、スキーマに特化した介入（V章参照）も検討す
23 る。

24 25 **3) 知的能力の低さと衝動コントロールの不良**

26 知的能力の低さ、認知機能の障害、衝動的で快楽主義的な行動をとりやすい傾向などがあ
27 ると、患者の欲求を満たすような指示をする幻声が聞こえ、その声に従うことで社会的な問
28 題が生じる場合がある。このような素因や傾向があっても、協働的経験主義に基づくアプロ
29 ーチや行動療法的技法を積極的に試みるが、それらが役立たないこともある。その場合、患
30 者の自己管理能力に適した見守り体制を作る必要があり、たとえば主治医や施設長などの
31 患者の行動に対して責任をもつ者の指示に沿った行動を学習することが目標とされること
32 もある。つまり、幻声よりも現実の声の方が強く、有益だと認知することを目指す。主治医
33 や管理者は、論理的一貫性を持ち、倫理的にも正当な指示を行いつつ、患者に段階的課題設
34 定を行い、適度に欲求を満たすことができる調整を行う。

35



- 1
2 図1 幻聴の認知行動モデル (Chadwick ら, 1996 をもとに作図)
3
4 表1 幻覚・妄想への対処法と使用率 (TARRIER, 1987) (ニコラス・タリア, 2008 から転載)
5 1. 認知的対処法 40%
6 a) 注意転換 (注意を別の刺激に向ける。気晴らしなど) 12%
7 b) 注意狭小化 (特定の仕事に集中するなどして、注意の範囲を狭める) 12%
8 c) 自己教示 (頭の中で、ある行動をとれと自分に命令したり、その出来事の原因を再
9 帰属する) 16%
10 2. 行動的対処法 36%
11 a) 非対人活動のレベルを上げる (運動や散歩などの気晴らし活動を始める) 8%
12 b) 対人活動のレベルを上げる (人との会話を始めるなど) 16%
13 c) 対人活動のレベルを下げる (対人関係から身を引いたり、回避したりする) 12%
14 3. 生理的対処法 20%
15 a) 向精神薬を増量する、アルコールを飲む 12%
16 b) リラックスする 8%
17 4. 感覚的対処法 (テレビの音量を上げて、幻聴をかき消すなど) 16%
18

IV-2. 妄想

1. 妄想への認知行動療法の目的

一般に妄想は文化的に容認されない強い信念で、本人は強い確信性を持っている。CBTpは妄想のために患者が経験している苦痛や生活障害の程度を軽減させることを目標としており、結果として患者のリカバリーに役立つことが多い。

2. 治療関係作り

妄想を抱く患者にとって妄想の内容は真実であるにもかかわらず、周りの人に打ち明けても信じてもらえず、対処する術もないために一人で辛さを抱え込んできた人も少なくない。だからこそ、治療者は患者の話を積極的に傾聴し、力になろうとする姿勢を示すことが大切である。患者は現実にはあり得ないことも語るため、治療者からは「そんなことは無いだろう」という反応が生じがちだが、その人の誤った信念に挑むのではなく、その人の抱えている恐怖や不安に目を向け、共感的に接することが重要になる。こうした姿勢が治療的協力関係を確立させ、治療に対するモチベーションを高めることになる。

3. 治療標的

治療者は患者が苦痛を感じた日常生活の場面について、ソクラテス式問答法（Socratic dialogue）を用いて「ABCモデル」の枠組みで、困難な状況を概念化する（V章参照）。多くの患者は出来事（A）に関する思考（B）を事実と混同しているため、出来事（A）について詳しく尋ね、事実と思考（B）を区別できるよう働きかける。また出来事（A）についての推論（B）が感情的・行動的結果（C）に影響していることを例示し、<出来事（A）について、なぜそう思ったのか（C）>など質問して思考（B）を引き出す。患者が思考（B）に不都合を感じたなら、その思考が治療標的となる。また非機能的思考記録（DTR）は、困難な結果（C）を生み出す非機能的思考（B）のパターンを明らかにするのに有用である。

4. 問題点のアセスメントと目標設定

患者の問題点は、感情的な苦痛や行動の障害（C）に示される。「ストーカーをされているので怖くて外に出づらい」と感じている患者に対して、<もし、ストーカーをされなければどうしたいか>と質問をすることで、患者にとって意味のある目標が見いだされる。CBTpの**目標設定**（III章参照）を行うことで治療への動機づけも高まり、目標が達成できたかどうかで治療成果も明確になる。

5. 妄想的信念のアセスメント

妄想の影響力を評定するには精神病症状評価尺度（Psychotic Symptom Rating Scales PSYRATS）が有用である。この尺度は信念を信じている程度「確信度」、信念について考える時間や頻度「持続時間」「占有度」、信念を考えた時の辛さ「苦痛の程度」「苦痛の強さ」、

1 信念による支障の程度「生活障害度」の6項目から構成されている。妄想の重症度を知ること
2 ができ、CBTp 前後に実施することで治療効果が測定できる。

3

4 6. 症例の概念化

5 「妄想はいかに形成され、なぜ維持されているか。妄想が活性化するきっかけ、治まる
6 きっかけは何か」。これら問いにまつわる症例の概念化から効果的な介入法が引き出せる。

7 「ABCモデル」により、症状に先行する出来事（A）から患者の心理的脆弱性の手がかりが
8 得られる。症状を引き起こす解釈（B）では「結論への飛躍」（Garetyら、1997）など認知バ
9 イアスや「心の理論の問題」が認められるかもしれない。

10 妄想には安全行動が維持要因として関わることもある。「外出するとストーカーされる」
11 という妄想のある患者が、身を守るために引きこもり続けると、その考えが事実か否か確か
12 める機会もなく妄想が続いてしまうという不安症の認知行動モデルに類似した状態となる。
13 こうした悪循環に気づいて、これを断つことができれば、妄想を変化させるきっかけとなる。
14 また患者が「デイケアではストーカーは現れない」と言えば、妄想が治まるヒントも見つかる。
15 妄想の背景に複数の要因から形成された中核信念（自己や他者、世の中に対する見方）
16 が存在していることがある。生物-心理-社会的要因を含めた包括的で統合的な症例の概
17 念化に基づいた視点があると妄想が活性化する引き金も理解しやすくなる。

18

19 1) 行動的アプローチ

20 安全行動をとるために活動性が乏しい患者には行動活性化（V章参照）を用いる。例え
21 ば、「ストーカーがいなければやりたい」活動のために外出を試み、快感情が生じたなら、
22 そのことに目を向けてもらう。外出中にも感情的苦痛や、行動障害の問題が辛いならば、短
23 期的でも有効な方法（リラクゼーション（V章参照））を提案し実践を促す。限られた対処
24 法で失敗を繰り返す患者には問題解決技法（V章参照）で幅広く効果的な対処法を検討し、
25 実践に移せるよう対処するためのカードを（Wrightら、2010）作成したり、必要に応じソ
26 ーシャルスキルの練習も行う。

27

28 ・認知的アプローチ

29 出来事（A）について特定の考え方（B）以外に別の可能性（代替的説明）がないか検
30 討するために、治療者はあらゆる可能性を考えるように働きかける。

31 妄想が自尊心を保護していると考えられる場合は、自尊心を傷つけないアプローチも検
32 討する。妄想が複数ある場合は、最初は核となる妄想ではなく、苦痛が少なく出現頻度の多
33 い妄想から検証を進める。患者に検討したい思考（妄想）を確認して表1に記入してもらい、
34 気分を0～100で評価してもらう。精神疾患は健康な状態と連続しているというノーマライ
35 ジング（V章参照）に基づいた説明を行い、その思考をどの程度信じているのかについて0
36 ～100で評価してもらう。

37 例えば（表2）、前出の「外出すると、組織の人にストーカーされる」について、そう考

1 える根拠を問う。患者が思考を支持する根拠として挙げた「自分が乗る電車の同じ車両に、
2 いつもきまって2人のスーツ姿の男が乗ってくる」を共有したのち、さらに質問し、今度は
3 思考を支持しない根拠=反証「いつもより遅い電車に乗ったら、2人の男は乗ってこなかつ
4 た」を引き出す。

5 患者のなかには、合理的な思考が難しい場合もあるので、治療者が合理的な思考を提案す
6 ることもある。代替的説明が難しい場合には、行動実験（V章参照）を用いる。例えば、<
7 ストーカーなら、あなたが別の車両に移動すれば、2人も別の車両に移るはず>という仮説
8 を立て、実験で検証した結果を記入する。考えられるさまざまな可能性をリストにし、最後
9 に当初の思考についての確信度を評定してもらおう。表3、表4のように複数の可能性を要約
10 し、バランスの取れた思考を検討する。バランスの取れた思考と、当初の思考それぞれの確
11 信度と気分を再評価した結果を記入してもらおう。

12 合理的な思考が難しい場合には、パイチャート（V章参照）でそれぞれの可能性が事実
13 である確率がどれくらいかを視覚化することで、別の可能性もあることへの理解が進む。当
14 初の思考の確信度が変化しない場合には、当初の思考とバランスの取れた思考との損益分
15 析をしてもらう。他の可能性があることだけで不安が和らぐ場合も多い。

16 17 7. 再発予防に向けて

18 治療が奏功すると、患者の社交性や活動性が上昇するとされ、セッション終了時にはそ
19 うした変化が認められるかもしれない。治療後も良い状態を継続し、もし再発のリスクが生
20 じたなら、危険サインと対処法について話し合い、整理しておくことも大切である（V章参
21 照）。

1 表1：空欄の思考の根拠リスト（Morrison ら（2008）を転載）

思考：外出すると組織の人にストーカーされる	確信度： % 不安： %
思考を支持する根拠	思考を支持しない根拠
あなたは今、この思考をどのくらい信じていますか？ % あなたは今、どの位不安に感じていますか？ % これは事実でしたか？ それとも単なる思考でしたか？	

2

3

4 表2：思考の根拠リストの例（Morrison ら（2008）をもとに作成）

思考：外出すると組織の人にストーカーされる	確信度：90% 不安：90%
思考を支持する根拠	思考を支持しない根拠
自分が乗る電車の同じ車両に、いつもきまって2人のスーツ姿の男が乗ってくる	いつもより遅い電車に乗ったら、2人の男は乗ってこなかった
2人とも筋肉質で、威圧感がある	車両を変えても2人ともついてこなかった
2人とも、時々こちらを見ている	デイケアまでついてきていない
あなたは今、この思考をどのくらい信じていますか？ 60% あなたは今、どの位不安に感じていますか？ 65% これは事実でしたか？ それとも単なる思考でしたか？ 思考	

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

- 1 表3：空欄のバランスのとれた思考を見つけるための根拠の要約（Morrisonら（2008）
2 を転載）

思考を支持する根拠	思考を支持しない根拠
バランスの取れた見方：	
バランスの取れた思考に対する確信度： %	
もとの不安な思考に対する確信度： %	
現在の不安： %	

- 3
4

- 5 表4：バランスのとれた思考を見つけるための根拠の要約の例（Morrisonら（2008）を
6 もとに作成）

思考を支持する根拠	思考を支持しない根拠
自分の乗る電車の同じ車両に、いつもきまって2人のスーツ姿の男が乗ってくる。2人とも筋肉質で威圧感がある。2人とも時々こちらを見ている。	いつもより遅い電車に乗った時に2人の男は乗ってこなかった。車両を移っても、2人ともついてこなかった。デイケアまではついてきていない。
バランスの取れた見方： 2人とも毎朝、同じ電車の同じ車両に乗ってきて、時々こちらを見て監視しているように感じていたが、遅い電車では会わなかったし、車両を移ってもついてこなかった。それに、デイケアまでついてきている様子が無かったので、2人とも都合のいい時間に座れる車両に乗っていただけだったのかもしれない。筋肉質な体格に警戒したが、学生時代、小柄な体型を大柄なクラスメートにからかわれて以来、自分の体型にコンプレックスを感じていたため、相手の体格に圧倒されたのかもしれない。筋肉質な会社員だっているだろう。	
バランスの取れた思考に対する確信度：70%	
もとの不安な思考に対する確信度：40%	
現在の不安：40%	

- 7

IV-3. その他の症状

ここでは陽性症状以外でよく見られる症状とその背景要因、介入選択の方針について概説する。複数の背景要因が重複する場合も多いため、アセスメントは多角的かつ慎重に進めるようにする。該当する介入技法は画一的・網羅的に使用するのではなく、患者が受け入れやすく、変化のために必要な技法を適宜選択して用いるのが良い。介入の効果は定期的に見定め、必要に応じて技法の変更、再アセスメントおよび方針の転換など、柔軟な態度で対応することが大切である。

1. 陰性症状：意欲低下、思考や興味関心の狭まり、活動性の低下などに関連する症状

1) 症状の表れ方

思考・感情・行動の各要素が量的にあるいは質的に低下した状態として表れ、統合失調症においてこれらの状態が見られると一次的の“陰性症状”と括られてしまい心理介入は諦められることもしばしばある。しかし、症状の背景には生物学的要因以外の“二次性”の要因も存在し、認知行動モデルでの説明や理解で可能な場合には CBTp が適用可能となる。

2) 背景要因・影響要因

①**一次性陰性症状**：脳構造の神経生物学的変化に誘発されると想定される症状。ただし、その多くは以下に述べる二次性の要素と混合していることが多く固定的ではない。

②**二次性陰性症状**：慢性持続する生物学的要因以外によって引き起こされ、多様な要因によって引き起こされる。以下に代表的な要因について触れる。

A：精神症状や認知的要因に関連

・陽性症状：陽性症状への対処やこれに関連した回避などで、例えば、「監視されている」という信念のため人を避けて外出しない、人や外の刺激、自身の行動に伴って誘発される非難性の幻聴を避けるために行動を抑制するなど。

・不安やトラウマ性の症状：社交不安に伴う安全（保障）行動や回避、パニック発作に関連した回避行動、特定の空間や環境を恐れる広場恐怖、トラウマ性の回避・麻痺症状など。

・抑うつ症状に関連：意欲低下、興味関心の喪失、引きこもり、集中力や判断力低下、倦怠感、過眠など。

・否定的認知/信念：スティグマ、恥、敗北主義的信念、楽しみや成功に対する期待の低さなど。

B：薬物療法の副作用に関連：神経遮断薬による鎮静、欲動低下、認知機能低下など。

C：環境的影響に関連：施設症などと呼ばれるが、施設入所等の保護的で刺激の乏しい環境に長期間置かれることで無気力で自発性が乏しくなることや、現実には危険な状況に置かれて外的刺激や感情刺激から身を守るために接触を避けることなど。

3) 介入の流れと用いる介入技法

【第1段階】症状の出現・維持に影響を及ぼす要因の把握、治療目標の明確化

- ・アセスメント：2)の「背景要因・症状の増悪や軽快に関連する影響要因」を検討・把握し、症例の見立てと概念化を行う。
- ・問題と目標の共有：問題となる生活上の出来事を患者から引き出し、具体的目標に結び付ける。

【第2段階】症例の概念化とモデルの共有

- ・心理教育：病態に合わせた心理教育を行い、CBTpによる介入効果の可能性を共有する。陰性症状に関連した患者の認知に対して働きかけたり（例：「やる気が出ないのは自分の怠惰や弱さのせいではなく、症状によるもので、治療によって改善する可能性がある」）、患者の病態に合った情報を提供したり（例：急性期後の疲弊状態の場合に「自然な経過の中の1つ」「消耗したエネルギーを取り戻すための休息のための状態」）する。
- ・ノーマライジング：陰性症状のなかには、健常な人や他の精神疾患でも起こりうる連続体上にある症状も含まれていることについて説明する（例：「意欲を保ち続けるのは誰にとっても難しい」「多くの問題を抱えてしまうと、どこから手をつけて良いかもわからず何もしたくなくなる」「頑張っても報われないとやる気を失う」「ストレスが強い時には身を守るためにシャットダウンをする機能が人には備わっている」など）
- ・認知行動モデルを用いた説明と共有：症例の概念化に基づいて問題や症状を共有する。患者が理解できるやり方で、具体的な日常生活での例を用いて、認知－感情－行動の相互関係について話し合い、理解を促し、共有化を図る。ここで用いるモデルに基づいて次の第3段階での介入が行われる。
- ・目標の再共有：目標達成への希望を持たせ、治療への意欲を高める。

【第3段階】介入技法を用いて治療を展開

① 意欲や活動性の低下を直接介入の標的にする方略（表1）

選択指針	病像の中心が意欲や活動性の低下にある場合 (背景要因が「抑うつ症状」「意欲低下につながる思考や信念」「要因の不明確な意欲低下の持続」に該当する場合など)
目的	意欲やリソースの再建
認知行動モデルの例	<pre> graph TD A[出来事 外出に誘われる] --> B[認知] B --> C[何をしても楽しめない] B --> D[感情] D --> E[落ちこみ 絶望] F[行動 断って自室で寝る] <--> D </pre>
介入技法	【行動的介入】 【認知的介入】

<ul style="list-style-type: none"> ・行動活性化 ・活動スケジュールリング ・段階的課題設定 <p>※介入の中心は行動的介入となることが多い</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「意欲低下につながる否定的認知／信念」に関する認知再構成（本稿内 3-1) および 3-2)を参照)
--	---

注意) 陰性症状が持続している場合、従前の生活で行えていたことを活動目標に設定するのではなく、現在の生活の中で価値を見出せる新たな活動目標を立てる。活動を増やすことと並行して、活動成果を基に意欲低下につながる否定的認知（例：「どうせうまくいかない」など）に関する認知の修正を図っていく。

1

2 ② 関連する他の要因を標的とする方略（表2）

選択指針	陽性症状および不安やトラウマ性の症状が関連する場合など、意欲や活動性低下を活性化する他の要因が想定される場合	
目的	関連する他の要因に対する恐怖反応や回避行動を減らし、意欲や活動を引き上げる	
認知行動モデルの例		
介入技法	<p>【行動的介入】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リラクゼーション ・マインドフルネス ・苦手な状況への段階的なエクスポージャー 	<p>【認知的介入】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・破局的認知の同定（落ち着いた環境下で） ・代替的認知を作り出す練習 ・行動実験

3

※関連事項として、症状に基づいた介入（IV章参照）、トラウマ反応への介入（V章参照）、不安症の認知行動マニュアルも適宜参照

5

6 4) 補足

7

ここでの主な目的は自信を回復することである。したがって、患者に過度のプレッシャーを与えないように配慮し、症状の重症度に応じて目標のレベルを調整する。『非常に簡単ではあるが確実に達成できる目標』の設定と達成をゆっくりと繰り返すことが必要となることも多く、時には活動量を減らして休息する提案を治療者から行うことも大切となる。

11

特に『意欲や活動性低下を直接介入の標的にする』場合には年単位で目標に向かうことが必要となることもある。その場合、CBTp 介入期間中には技法に馴染んでもらい、「自分で

12

1 使える」という感覚を育てるようにする。CBTpの介入期間後、ブースターセッションで定
2 期的に確認と修正をしたり、主治医を含めた多職種と継続的に取り組むことを検討したり
3 する。

4 家族からの活動の促しがプレッシャーとなり、これが逆効果になることも多い。家族に理
5 解を促して長期的視点で協力できる関係性を作るように促す。薬物療法や環境による二次
6 的影響が想定される場合には、医師を含めた多職種と連携して対応を検討する。

7

8 2. 会話・コミュニケーションに関連する症状

9 1) 症状の表れ方

10 他者からは「話が脱線しやすい」「おかしな言葉の使い方をする」「怒りっぽくなる」な
11 ど質的な変化として、あるいは、「会話が乏しい」「会話に集中していない」「人とのコミュ
12 ニケーションが少ない」など量的な変化として観察されたりする。これらは、連合弛緩や思
13 考の貧困といった（形式的）思考障害として評価されたりすることもある。内的体験として
14 は、例えば、「間違っただけを話して相手を怒らせてはいけない」「自分にはうまく出来ない」
15 「自分は理解されていない」など、会話やコミュニケーションに関連したさまざまな認知が
16 認められ、こうした認知と関連した不安や恐怖などの否定的感情を体験していることも多
17 い。

18

19 2) 背景要因・影響要因

20 会話・コミュニケーションに関連する問題は幅広い場面で観察され背景要因も多彩であ
21 り、要因をひとつに特定できることは少ない。複数の理論モデルが併存するが、以下は治療
22 的な観点から便宜的に分類している。実際の患者にはこれらの要因が混合していることが
23 ほとんどである。

24 ①陽性症状に関連：幻聴や妄想の影響として生じる（例：被害妄想で猜疑的となり攻撃的言
25 動を取る、命令性幻聴に従って言葉を発さないようにする、など）

26 ②社交不安症状に関連：社交不安に関わる認知や安全行動の影響で生じる（例：他者から「変
27 に思われる」ことが不安で社交場面を回避する、目を合わせずに話す、過剰に愛想良く振
28 る舞う、準備を万全に整えないと会話できない、相手の会話を反芻する、自分の発話内容
29 を事前に反芻する）

30 ③過去のトラウマ体験の影響：虐待、いじめ、家族や親しい友人との関係破綻、医療を受け
31 ることや精神症状などに関連したトラウマ体験により、他者に対して不信感、被害感を抱
32 くことが影響して生じる。会話中にフラッシュバック、トラウマを想起する出来事の回避、
33 麻痺症状や解離が起こることもある。

34 ④抑うつ症状に関連：意欲低下や活動性の低下に伴って対人接触が少なくなる。

35 ⑤対人関係技能の乏しさ：従前の対人関係様式や、対人交流に乏しい生活様式に起因する対
36 人関係スキルの乏しさからくるもの。若年発症者では、経験不足のためにスキルが未発達
37 の場合もある。

- 1 ⑥（形式的）思考障害：思考に関わる脳の機能に直接関連していると想定されるが、純粹に
2 この要因だけを取り出して評価することは難しく、多くは他の要因と関連して表出され、
3 観察される。一般には連合弛緩、脱線、思考途絶、的外れ応答、思考の貧困、会話心迫な
4 どとして観察される。
- 5 ⑦認知機能障害：注意や記憶などの認知機能障害の影響によって、文脈を追えなくなったり、
6 話題が移ろいやすくなったりすることがある。
- 7 ⑧社会的認知の問題：表情・情動・身振りなどの社会的サインの知覚誤認、相手の意図の推
8 測（心の理論）や社会的文脈の理解の誤りなどの問題により、社会的場面の認識にずれが
9 起こったり、適切な行動選択がしにくくなったりする。

10 3) 介入の流れと用いる介入技法

11 【第1段階】症状の出現・維持に影響を及ぼす要因の把握、治療目標の明確化

- 12 ・アセスメント：2)の「背景要因・症状の増悪や軽快に関連する影響要因」を検討・把握
13 し、症例の見立てと概念化を行う。複数の背景要因が重複する場合もあるため慎重に進め
14 る。
15 ・問題と目標の共有：問題となるコミュニケーション上の出来事を患者から引き出し、具体
16 的目標に結び付ける。この際、従前の対人関係様式や対人スキル、患者自身の望むコミュ
17 ニケーションのレベルを十分に考慮し、無理のない目標設定をする。

18
19
20 【第2段階】症例の概念化とモデルの共有

- 21 ・心理教育とノーマライゼーション：背景要因に応じた情報提供を双方向的に進め、ノーマ
22 ライゼーションを適宜行う。トラウマ体験が想定される場合には、介入初期からの直面化
23 は大きな心理的負荷を与える可能性が高いため、患者の自覚度に合わせて徐々に心理教
24 育することが望ましい。
25 ・認知行動モデルを用いた説明と共有：症例の概念化に基づいて問題や症状を共有する。会
26 話・コミュニケーションの問題について具体的な場面での例を用いて、出来事－認知－感
27 情－行動の相互関係について話し合い、理解を促し、共有化を図る。
28 ・現実の患者の症状には複数の要因が混合していることが多い。モデルの正誤よりも患者に
29 理解しやすく、協働的に取り組めるモデルを作成することが大切である。
30 ・目標の再共有：目標達成への希望を持たせ、治療への意欲を高める。

31
32 【第3段階】症例の概念化に基づいた介入

33 第2段階で用いたモデルに基づいて介入が行われる。表3には個別的な要因に着目し
34 た介入技法を整理したが、実際にはこれらの技法を症例の概念化に基づいて適宜組み合
35 わせて使用する。

1 表3. 個別的な要因に着目した介入技法の整理

背景要因・影響要因	使用しうる主な介入技法
① 陽性症状	症状に基づいた介入（V章参照）を参照
② 社交不安症状	<p>社交不安症の認知行動マニュアルを参照</p> <p>※急激な直面化や曝露は行わず、患者の理解や反応を見ながら必要な要素を適宜実施する</p> <p>※認知の内容が妄想的で確信度が高い場合や、強い恐怖が伴う場合には、上記①も考慮に入れて治療を組み立てる</p>
③ 抑うつ症状	前項1【第3段階】①（意欲や活動性の低下への介入）を参照
④ 過去のトラウマ体験	トラウマ反応への介入（V章参照）を参照
⑤ 対人関係技能の不足	<p>社会技能訓練（SST） ポジティブな対人交流体験の蓄積</p> <p>※本表内①②で用いられる技法も適宜活用</p>
⑥（形式的）思考障害	<p>思考障害についての心理教育とノーマライジングを行い症状の共有を図る。思考障害が実際に起こっている場面での症状への気づきや自覚を促し、行動的技法や認知的技法を検討する</p> <p>【行動的技法の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・思考障害が生じていることに意識を向けさせる（例：脱線したら合図する、ロールプレイの実演やビデオの確認を通して自覚を促す） ・対話をしやすくする工夫と練習を行う（例：一度に話す文章の長さを短くする、思考障害が生じたら一旦クールダウンする、短く明確な会話の手本を示して練習する） ・思考に繋がりを持たせ、伝えたいことを明確にする手助けをする（例：思考の混乱を図示して見せる、思考同士の関係性をゆっくり考えて整理する） <p>【認知的技法の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・思考障害に先立つ思考・イメージ・感情・信念を同定する（例：「変なことを言ったら病気がばれる」「流暢に話さないと皆から嫌われる」などに伴う恐怖） ・上記に伴う認知の歪みと代替的視点を想定し、可能な場合には認知を見直すための行動実験を計画する
⑦ 認知機能障害	次項 3-3)を参照
⑧ 社会的認知の問題	<ul style="list-style-type: none"> ・社会的認知に働きかける別プログラム（「メタ認知トレーニング」「Social Cognition and Interaction Training (SCIT)」）を参考にすることが役立つ場合がある

2

3

1 3. その他の症状や問題への対応

2 1) 無価値感および自尊心の低下

3 自己価値観や自尊心の低下が慢性化する背景には、病気へのスティグマや恥、症状に対す
4 る無力感や屈辱感、対人関係上の問題、トラウマなどが関連していることがある。介入選択
5 肢を以下に示す。

- 6 ・有意義で満足の得られる活動を見つけ、行動活性化や活動スケジュールリングなどの行動的
7 介入を行う（V章：行動活性化、段階的課題設定を参照）
- 8 ・症状に対する対処スキルの習得によって自己効力感を強化する
- 9 ・病気へのスティグマや恥の感覚を和らげる（V章：ノーマライジング、スティグマへの対
10 応を参照）
- 11 ・自尊心の低下に影響を及ぼしている認知や信念を特定し、上記の実証的体験から得られる
12 情報を反証として活用しながら、ゆっくりと丁寧に認知再構成を試みる

13

14 2) 絶望感および希死念慮への対応

15 本マニュアルは外来通院中で比較的状态がコントロールされている患者が対象ではある
16 が、衝動的に強い絶望感や希死念慮が生じることもある。希死念慮に対する一般的な対応や
17 休養に加え、以下に示す CBT 的介入も一助となる。

- 18 ・リスクアセスメントを行い、リスクに応じて担当医と情報共有を図る。
- 19 ・絶望感や希死念慮に理解と共感を示し、「重要な問題」として直接的に扱う態度を示す。
- 20 ・生きる理由を具体的に同定することを試みる。
- 21 ・直近で達成可能な現実的目標を設定し、「苦悩ばかりではない」「楽しいこともある」など、
22 これから先の変化の可能性を確認できるような簡単な行動活性化を計画する
- 23 ・絶望感につながる認知や信念を特定し、患者の長所やリソースを確認しながら慎重に認知
24 再構成を試みる
- 25 ・患者と協力して自殺を予防するための安全予防策を計画する。計画内容は書き出して、
26 時々見直すようにする。

27

28 3) 認知機能障害がある場合のセッションの工夫

29 患者によって障害レベルに違いはあるものの頻繁に見られる症状である。セッションで
30 行う内容への集中を促し、セッションのスムーズな進行に役立つ工夫を以下に示す。

- 31 ・複数のモダリティを利用する（話して聞かせる、ノートやホワイトボードに書いてみせる、
32 患者に書かせる、など）
- 33 ・治療専用ファイルを作り、セッションの要点は資料にまとめ、自宅で復習できるようにす
34 る
- 35 ・セッションを録音し、重要な部分を一緒に聞き直したり、聞き直しをHW課題として設定
36 する
- 37 ・サマライズとフィードバックを多めに行い、重要な点は簡潔に繰り返し確認する

- 1 ・ 構造化を明確にし、セッションの進行プロセスを明示しながら進める
- 2 ・ 記憶を深く探らせるようなソクラテス的質問の多用は控え、直接的で指示的な質問に置き換える
- 3
- 4 ・ 家族にもセッションに参加してもらう

パブリック用原稿 引・転載不可

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

13

14
15
16

第Ⅴ章
認知・行動的なスキル
：技法に基づいた介入

V-1. ノーマライジング

1. ノーマライジングとは

ノーマライジングとは、患者の体験は、奇妙で理解不能なものではなく、多くの人に共通する体験の連続体上にあり、正常で健康だと思われる人々にも出現する可能性があることを患者に示すものであり、このことによって、精神症状の体験に付随する苦痛や不安、スティグマをやわらげ、安心や希望を育む。体験や症状の特殊性や強烈さに圧倒され、絶望感や孤立感が強くなりがちな患者に対して、体験の普遍性を強調することで苦痛を減弱する目的で行われる心理教育的アプローチである。

これまでの研究によって、患者の体験の一部は一般の人々にも体験されていることが明らかにされており、こうしたエビデンスをもとに心理教育を行う（Ⅲ章参照）。

2. いつ、誰に提供するか？

ノーマライジングは、あらゆる患者、治療のあらゆる段階で有用であるが、特に、治療初期やスティグマの強い患者には大きな役割を果たす。統合失調症になる前から統合失調症について詳しく知っている患者は少ないであろう。患者は、メディアやインターネットなどの情報、あるいは身近な人々についての体験などを通して、偏った知識や印象を持っていることがあり、そうしたことを考慮にいたした上で積極的にノーマライジングを行う。

3. 具体的な内容

1) パンフレットや書籍を用いてノーマライゼーションを行う

ノーマライゼーションに基づいた心理教育に役立つ本やパンフレットを用いる方法がある。特に、初学者の場合、これらを用いて患者と話し合うのがよいであろう。資料を一緒に読みながら、「ここにはこう書いてありますが、あなたはどう思いますか？」のように問いかけることで、患者と治療者が協働的に話を進めることができる。ノーマライゼーションに活用できる書籍やパンフレットについては参考文献を参照されたい。

2) 患者の話す内容に合わせてノーマライゼーションを行う

慣れてくれば、面接の中で柔軟に患者の話に添って治療者が社会精神医学や認知心理学研究の知見を紹介することもできる。

① ストレス脆弱性モデル

ストレス脆弱性モデルとは、環境由来のストレスと個体側の反応性、脆弱性との関係で、精神的破綻が生じるかどうかが決まるという考え方である。ストレスが非常に強ければ、個体側の脆弱性が小さくても精神障害が起こるし、逆に脆弱性が大きければ、ストレスが小さくても破綻が生ずる。精神障害を考える場合、あらゆる場合にストレスと脆弱性との両方を視野に入れて考えなければならない。

説明の例

誰でも自分の耐えられるストレス以上のストレスを受けると、精神疾患になる可能性があります。これをストレス脆弱性モデルと言います。つまり、精神疾患（統合失調症やうつ病など）は誰でもなる可能性があるのです。

お酒が飲める人と飲めない人がいるのと同じで、ストレスに強い人と弱い人がいます。これは心が弱いという意味ではありません。その人が本来持っている体質です。どんなストレスに弱いかも人によって異なっています。

また、強いストレス状況下では、誰でも統合失調症の症状のような体験をすることがあります。例えば、1964年に、米国の17歳の男子高校生が断眠記録264時間12分を樹立しました。断眠を開始して4~5日後には神経過敏となり、疑い深くなりました。また、白昼夢も認められました。同様の実験では、断眠開始後、壁に人の顔が急に現れたり、物の表面が渦を巻いて見えるというようなことが起こりました。

1

2 ② 連続体モデル

3 連続体モデルでは、健康な人が経験する空耳のような経験や、科学的に証明されていない
4 オバケや生まれ変わりを信じていることから、統合失調症の症状としての幻覚や妄想をス
5 ペクトラム（連続体）として捉える。

6 また、

一般人口への調査でも、幻聴や妄想に似た体験を持つ人は多くいることがわかっています。Sidgewick(1894)によると、17000名のうち、幻覚を経験したことがある人は10%、聴声を経験した人は4%でした。また、Tien(1991)によると15000名のうち、幻覚を経験したことがある人は、13%いました。また、そういった体験を病気や障害と呼ぶかは、幻聴や妄想の内容や確信度ではなく、本人の苦痛度や日常生活への悪影響で判断するという考え方があります。

7

8 3) 認知行動療法の心理教育を行うことがノーマライジングに役立つ

9 認知行動療法はうつ病の心理療法として開発され、うつ病や不安症、不眠症、摂食症、統
10 合失調症などの多くの精神疾患に効果があることが実証されて広く使われるようになって
11 きた。また、健康な人のメンタルヘルスの維持向上にも役立つと言われている。そのように
12 多くの人の困難に役立つ方法が自分の困りごとにも適用できると知ることがノーマライゼ
13 ーションにも役立つと考えられる。

V-2. 行動活性化

1. 行動活性化とは

行動活性化は行動実験を通じて気分を変容させる方法として、主にうつ病の認知行動療法で用いられるが、CBTp においても、心理社会的要因によって生じる二次的な陰性症状（陽性症状を避けるための意図的な活動性の低下や心理社会的なひきこもり）や抑うつが目立つケースにおいて導入され、治療の初期に行われることが多い。

2. 行動活性化を用いる目的

CBTp では、就労や異性の友人作りのような目標を挙げつつも、症状に阻まれて、実現までの見通しを持ってないケースが多い。そうしたケースに、行動活性化の手法を用いて、日常の活動を振り返り、楽しみや満足のいく活動を見出し、さらに計画、実践を繰り返すことで、目標達成への意欲を高めることができる。患者にとって価値のある活動を明確にすることで、目標達成に向けたプロセスを進めるための計画を具体化でき、実践、成果を積むなかで、自信につなげることができる。

3. 行動活性化の方法

1) 基盤となる関係性

手法を用いるにあたっては、患者とその生活に関心を持ち、主体性を尊重する治療者側の姿勢と関係形成が必須である。

2) 日常的な活動の振り返り

変化に向けた作業を進めていくうえでは、患者の能力に合わせて、ホームワークや治療ペースの調整を考慮する。うつ病での行動活性化では、日常の活動性を振り返るために活動記録表をつけてもらうのが一般的だが、多くの統合失調症の患者にとって細かい記録は負担となりがねない。簡便な記録（1日のみか、午前・午後の主な活動と、活動の「楽しみ」「達成感」について10点満点で評価した記録）、あるいは面接中の質問（“最近楽しかった活動はありましたか？”“時間が経つのが早く感じられたのは、何をしている時でしたか？”）から「楽しみ」や「達成感」の高かった“快活動”を見つけ、そこに注目する。

3) 活動計画

次に、快活動に費やす時間を増やすための活動を計画する。ターゲットとなる活動は、患者にとって意味があると感じられており、達成可能なものであることが望ましい。“以前取り組んで楽しかった活動で、近いうちに取り組んでみたいことは何ですか？”といった質問を行ったり、たくさんの選択肢をだして、やり遂げられそうと思える選択肢を一緒に見つける。取り組む活動を見つけたら、そうした活動を1日のどこか、あるいは1週間のどこかに取り入れる計画を立てていく。

1 活動計画の実践を成功しやすくするためには、“活動を妨げるかもしれない問題があれば、
2 対処法を考える”、“実現可能と感じられるように活動を細分化する”、“小休憩や報酬を予定
3 する”といった工夫も重要である。活動計画の実践が難しそうな場合には、面接時間内に行
4 動リハーサルを実施し、行動スキルの訓練とフィードバックを提供する。敗北主義的信念
5 （日頃から失敗経験を重ねて気持ちが落ち込み、上手くいくと期待する気持ちが弱くなる）
6 が強い場合には、実行する自信や成功する可能性を低く捉えがちであるので、活動前に気分
7 の観察や、楽しさの予想をしてもらうことが、活動後の振り返りで認知の正確さへの気づき
8 をもたらす。患者が、失敗を致命的な結果ととらえないように、「データを集めることが大
9 切なので、まずは実験的態度でやっていくことが重要」ということを伝えておく。

10 11 4) 実践の結果の振り返り

12 ホームワークを出した次の面接では必ずその結果について話し合い、治療者は、患者の努
13 力を誉める。実践できたこと、どのようにして取り組んだか、活動した時の気分や、習得し
14 たスキル、自分についてどのように感じるようになったかなどについて関心をもって取り
15 上げる。たとえ、実践ができなかった場合でも、その理由について話し合うことで、活動に
16 関連する認知や行動パターンを確認し、修正していく機会としていく。また、敗北主義的信
17 念の強い患者では、活動後に、気分の変化や実際の楽しさを振り返ることで、“どうせでき
18 ないし、やっても無駄だ”という認知の的確さについても取り上げることができるだろう。

19 20 5) プロセスの繰り返し

21 2) から4) のプロセスを繰り返すことにより、順次、計画と行動への動機づけと努力を
22 高めることができ、意欲を保ちながら成功体験を積み、自信を高めながら目標達成に向けた
23 ステップを進めることが可能である。

V-3. 段階的課題設定

1. 段階的課題設定とは

段階的課題設定とは、患者の持つ目標や希望、行動などについて、本人が最終的にその問題を達成できるようにステップ化し、行動しやすくすると同時に達成したという正のフィードバックにより患者の自己否定的な認知や自尊心の低さにアプローチする技法である。統合失調症では、成功体験が乏しかったり、過去に多数の失敗体験を繰り返していたり、過度に高い目標を掲げて、逆に行動に移しづらくなったり、失敗しやすくなったりすることもしばしばであり、段階的課題設定を必要とする場面は多い。

2. 具体的内容

1) どんな時に用いるのか

患者は何らかの課題に向き合う時に、行動に移せない、行動しても失敗してしまう、目標が今の段階では難しいと感じる、あるいは、心的なプレッシャーを強く感じてしまうことがある。このように、患者が目標を達成できない時、具体的には、患者の陰性症状が強く日常生活の行動を起こすことが難しい場合、患者が担当する役割をこなすことができない場合、患者に目標や希望はあるがそのための行動をとることに失敗してしまっている場合、あるいは、そうした目標や希望が現在の患者の状態では達成が難しいと治療者側が評価する場合などに取り入れることが多い。段階的課題設定は、その他の技法に取り組む際にも、広く用いられる。

1) 段階的課題設定の方法

①課題や目標の段階的設定

患者と治療者が相談しながら、患者の持つ課題や目標を患者が実行できる（できそうな）ものに段階的に設定し、患者の行動生起につなげる。この時、患者自身が持つ目標であることを前提とし、本人が達成可能な段階を設定すること、そして目標に対して報酬や休憩を設定すること、治療者を含め共に取り組むことができる協力者がいることが段階的課題設定を実行する上で重要な要素である。

② 障壁を取り除く

目標達成の前に障壁がある場合はそれを取り除く働きかけも重要である。障壁は現実的なものである可能性もあるし、認知的なことである可能性もある。心的なプレッシャーを生じさせる認知の場合はそれにアプローチする必要がある。

③達成可能性の評価

課題の達成可能性については患者と今の状態や認知について具体的に相談をしながら決定する。

1 **④ステップを踏む**

2 共有された最初のステップを達成する試みを行い、それが達成出来たら患者は次のステッ
3 プに移行する。つまり、ステップが達成された成功体験をもち、次のステップを行うことを
4 繰り返して課題を進めていく（ステップバイステップアプローチ）。達成可能な課題を段階
5 的に実施していくこと、そして患者が成功の経験を即座にそして明確に自身へフィードバ
6 ックすることができ、この体験が自分自身への信頼へとつながり、変更が困難に思える自己
7 否定の自動思考の変化に寄与し、本人のリカバリーの促進につながる。

8

9 **2) トラブルシューティング**

10 **①行動に移すことができない場合**

11 段階的に課題を設定したが行動できない場合、患者自身の動機や認知に原因があること
12 や、課題設定が達成可能でないことがある。動機の場合、設定された課題や目標が患者の希
13 望とはずれていたり、本当に望んでいるものではない可能性があるため、再度本人の目標に
14 ついて話し合う必要がある。また、課題設定の段階が高い場合は、遂行できなかった結果を
15 フィードバックし、協働的にアセスメントを進め、その上で再度課題を設定し直す。

16

17 **②課題設定に関連したネガティブな認知がある場合**

18 患者は課題達成についてネガティブな認知を持つことがある。こうした認知を背景に、非
19 現実的な目標を希望する場合もある。治療者はオープンな姿勢を保ち、患者の主体性を大事
20 にしながら話を進め（フォーミュレーションにおける問題点を意識するための治療者の工
21 夫参照）、その中で課題達成に対する本人の認知の歪み（喜びへの期待が低い、「努力する価
22 値がない」と考えているなど）が見つかった場合には、その認知にアプローチする。

23

24 **3) 段階的課題設定における最初のステップ**

25 段階的課題設定においては、本人が成功を体験することが重要である。しかし、特に最初
26 の段階で失敗してしまうと動機の低下や自己効力感の低下が生じやすい。特に CBT への希
27 望が強い場合には失敗による影響が大きくなることも多い。そのため、患者の自信につな
28 がり、その後に行動の意欲につなげる目的で設定される第一段階（ステップ）は患者が十分に
29 達成可能であることが大切である。

30

31 **4) ポイント**

32 患者の目標や主体性を大事にしつつ、協働して段階を決定できることにより、自己への否
33 定的認知や自尊心の改善につながることもある。行動だけではなく認知面への注意と配慮
34 が必要である。

35

V-4. 問題解決

1. 問題解決とは

問題解決技法（Problem-solving technique）は、「日常生活で個人が問題に直面した際に、ステップを踏んで問題を整理し、有効な解決策をいくつか考え、その中から最も有効な策を見つけ出し、問題に対処するための取り組み」を指す。

統合失調症においても、ここでいう問題（problem）、すなわち、「こうありたい」「こうしたい」という理想と現実ギャップがありすぎる、あるいは目の前の現実に圧倒され、有効な解決策を取ることができない状態に陥ることはしばしばある。

治療者は統合失調症に特有な症状や課題に配慮しながら、ブレインストーミングでできるだけ沢山の解決策を考える促しや手助けを行い、その中からポジティブな結果（利益、ベネフィット）を最大にし、ネガティブな結果（コスト、リスク）を最小にするような最適な解決策を協働的に選び、問題に対処する（目標を達成する）取り組み（コーピング）を実行する手助けを行う。

2. 具体的な内容

問題解決法の7つのステップは「認知行動療法の基盤マニュアル」、目標設定のポイントについては本マニュアルの第三章で、課題設定については「段階的課題設定」（V章参照）において解説されている。ここでは導入の見極め、ゴール設定の工夫について、平井ら（2020）をもとに、統合失調症への適用を例にあげて解説する。

1) いつ行うのか

統合失調症では、日常生活上のさまざまな現実的問題に直面することは多い。多職種との連携ができる場合には多職種と役割分担した上で現実的問題に取り組むが、他の精神疾患におけるCBTよりも、CBTpの治療者がケースワーク的な助言や支援を手伝う機会が増えることもしばしばである。

一方で、そうした現実的問題は、特有の症状や課題と複雑に絡み合っていることも多く、実際には、症状や課題に対する取り組みと、現実的問題に対する問題解決とは、行きつ戻りつしながら進められることも多い。一般的には治療の初期に取り組まれることが多いが、治療を通して患者のニーズに応じ適用される。

2) 導入の見極め

問題解決法を直接適用するには、患者のセルフモニタリングの能力が必要となる。しかし、陽性症状や陰性症状、認知機能障害により問題や状況を適切に認識することが難しい場合、問題解決法をそのまま適用しようとしても実践に至らずに終わってしまう。

事前のアセスメントで患者の症状や理解度を把握し、現実検討力が不十分と考えられる場合には、先に他のスキルを実施することが推奨される。例えば幻聴に支配されている、あ

1 るいは妄想の占有度が高い状態では、問題解決法の前に認知の再構成（V章参照）や行動実
2 験（V章参照）を行う。

3

4 3) ゴール設定が高すぎる場合

5 症状が安定し始め、就学や就労など社会復帰を目指すために問題解決を導入する場合、
6 「最良の結末」を目標に掲げることがある。本人の望み通りに学校生活や仕事をこなすこと
7 ができればそれに越したことはないが、休学や休職によるブランク、回復期に入ったものの
8 十分な寛解には至っておらず、ストレス脆弱性により症状悪化のリスクが想定されるなど、
9 さまざまな事情から実現が難しいことがある。現状からあまりにかけ離れた理想を追い求
10 めていると、目標に到達しない焦りや失敗が度重なることによる自信喪失、自己嫌悪など、
11 負のループに陥る。

12 このようなときは「症状が再燃して、学校（あるいは仕事）を辞める」といった「最悪
13 の結末」を想定することが、高すぎる理想と折り合いをつける助けとなる。あえて最悪の結
14 末を考えてみることで、最良の結末を見直すきっかけとなり、「現実的な目標」に焦点を向
15 けやすくなる。さらに、「最悪の結末」をもたらす解決策を検討する中で、有効な解決策の
16 ヒントが出てくる。例えば「症状が再燃して、学校を辞める」という結末をもたらす“解決
17 策”として「病気だと思われたくないので薬を飲まない（あるいは通院しない）」「寝る前に
18 嫌なことを思い出したくなくてスマホでネットサーフィンする」などを出してみる。そして
19 その後に、このような結果に陥らないための策を具体的に考えてみると、最善の状態に至る
20 方法を導きやすくなる。

V-5. 認知再構成法（1） 思考の同定

1. 思考の同定とは

統合失調症の思考の特徴は、「嫌がらせを受けている」「馬鹿にされている」等の被害的内容を含み、こうした思考が困難感や生活障害を生じさせ、ひいては生活の質を低下させる結果となる。また、患者の多くはかつて家族（支援者）に相談したものの信じてもらえない体験を持つことが多いため、治療者は、患者が妄想内容を出表することへの抵抗感があるという前提で関わる必要がある。たとえ患者自身が思考を妄想症状と位置付け、客観的な語り口で話されたとしても、それは相当に勇気のいる行動であり、苦痛が表出された際には労いと感謝と共に、苦痛に対して共感的に関わることに留意する。こうしたプロセスを経て治療関係が形成されれば、自然と患者から妄想的信念やそれにまつわる困難感について語られるだろう。

2. 具体的な内容

治療者は患者の苦痛・生活の質（QOL）を阻害する思考に着目しながら、ABCモデルに基づき困難状況を概念化する。

統合失調症の患者の多くは、出来事が事実であると確信している点に、妄想的信念の同定の難しさがある。ソクラテス式問答法を用いて出来事（A）と結果を何度も行き来する。例えば、「どのような状況でそれが起こって、結果的にどのような不利益があったのか」のように尋ねる。この時点では出来事と思考を区別することなく、患者の思考が確実に推論であったとしても、事実であるかもしれない可能性を考慮して共感的姿勢を保持する。また、「いつ」「どこで」「誰と」「どのような状況」で、それが起こったのでしょうか」というように、出来事（A）と思考（B）を区別できるよう働きかけを行う。患者が安心して語れるようになるまで、繰り返し、急がずゆっくりとこのステップを繰り返す。患者自身が自発的に思考を問題視している場合は、長々とアセスメントせず、次のステップに進む。

1) 思考（妄想的信念）を探索する

ABCアセスメントを行うなかで、Bを思考として協働的に探索するのが困難である際は、日常的な出来事で例示することを推奨する。例えば、先行する出来事（A）「夜中に階下で物音がする」に随伴する推論（B）が「強盗かもしれない」だとすると、感情（C）は恐怖となり、身を隠すという結果となる。一方、先行する出来事（A）に対して、推論（B'）が「飼い犬が外に出たいのかも」となれば、感情（C'）は心配となり、飼い犬の様子を見に行く真逆の結果（行動C'）となる。

出来事 (A)	夜中に階下で物音がする (A)	
思考 (B)	強盗かもしれない (B)	飼い犬が外に出たいのかも (B')
感情的・行動的 結果 (C)	恐怖、身を隠す (C)	心配となり、飼い犬の様子を見に行く (C')

1

2 **2) 思考の同定**

3 例示を参考に、出来事 (A) が直接的に結果に影響しているのではなく、出来事(A)の推
4 論が思考 (B) となっている ABC モデルを患者の問題に当てはめて説明する。つまり、
5 「その出来事について、なぜそう思ったのか (理由)」「その出来事について、どのような
6 意図を感じたのか」などの質問から思考 (B) を引き出す。被害的 (迫害) な意図を同定
7 した際には、患者が発症以前に逆境体験を経ている可能性に留意する。場合によっては資
8 料を提示しながら、トラウマイベントを乗り越える術として必要な思考であったというノ
9 ーマライジング、さらに乗り越えてきた苦勞に寄り添うなかで強みにも着目するなど、レ
10 ジリエンスの視点で関わる。加えて、トラウマ時点の脅威は過ぎ去っている現在であって
11 も、中立的な出来事に対して、さまざまな意図を感じてしまうことは自然であるという点
12 もノーマライズし関わる。患者自身が思考 (B) にデメリットを感じていれば、これまで
13 保ってきた思考の修正の必要性について検討を始め、思考 (B) を治療対象として外在化
14 させる。

15

16 **3) 非機能的思考記録表の作成 (Dysfunctional Thought Record: DTR)**

17 出来事 (A) (体験を含む) と思考(B)のつながり、さらに結果 (C) は思考 (B) から生
18 じるという ABC モデルを強化する。そして、患者の非機能的思考 (B) を明らかにする。
19 その際、DTR の使用は有効である (表 1)。さらに、非機能的思考 (かたより思考) の一
20 覧を参考しながら、似たパターンを探索する (表 2)。

21

22 表 1. 非機能的思考記録表 (DTR) の一例

出来事 (A)	思考 (B)	結果 (C)
<ul style="list-style-type: none"> ・ いつ ・ どこで ・ 誰と ・ どのような状況 (何をしていた?) 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 感情 ・ 行動
夕方 17 時頃、自室で本を 読んでいたら、「自殺し る」という声が聞こえた。	亡くなった母親が自分を呼 んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自責感、恐怖 ・ 布団をかぶる

23

24

1 表2. 統合失調症患者に特徴的な非機能的思考の一覧

- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- ・全か無か思考：極端に考える思考の傾向のこと。
 - ・過度の一般化：一度の経験で、出来事を常にそうであるものとしてみなす傾向のこと。
 - ・自己関連付け：非現実的な責任感を感じたり、状況における自分の役割を拡大視する傾向のこと。
 - ・硬直したルール：過度に高い基準や期待を持つ人は、自分自身や他者に無理なルールを設定する。
 - ・破局視：出来事のネガティブな側面を拡大したり誇張したりする傾向のこと。
 - ・肯定的要素の無視：出来事のポジティブな側面を見過ごしたり、ネガティブな側面に着目したり、ポジティブな出来事をネガティブに要素に入れ替えてしまうこと。
 - ・未来の先取り：まだ起こっていない出来事について、その結果を先に想像すること。
 - ・結論への飛躍（ $2+2=5$ の思考）：十分に情報収集せずに結論付けてしまうこと。

15 <ワークシート>

- 16 ・気持ちリスト、思考記録表、かたより思考一覧
- 17

1 気持ちリスト

2

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 悲しい | <input type="checkbox"/> 動揺 |
| <input type="checkbox"/> 恥ずかしい | <input type="checkbox"/> 猜疑心 <small>さいぎしん</small> |
| <input type="checkbox"/> 心配 | <input type="checkbox"/> 恐怖 |
| <input type="checkbox"/> 情けない <small>なさ</small> | <input type="checkbox"/> 落ち込んだ |
| <input type="checkbox"/> 罪悪感 | <input type="checkbox"/> みじめ |
| <input type="checkbox"/> 不安 | <input type="checkbox"/> 腹の立つ |
| <input type="checkbox"/> 不快感 | <input type="checkbox"/> 怯え <small>おび</small> |

- 1 気持ちにはあなたのところとからだを守る役目があります。いわば門番です。門番は危険を
- 2 知らせる仕事をしています。危険を知らせても、その危険を察知する相手がいなければ役に
- 3 立ちません。門番本来の役目を果たすためには、あなた自身の協力が不可欠です。まっすぐに、
- 4 そっと離れた場所から自分の気持ちに気づくこと。ひとりでは難しい場合は、治療者や
- 5 協力者と一緒に取り組んでみましょう。

思考記録表

出来事 (A) ・ いつ ・ どこで ・ 誰と ・ どのような状況 (何をしていた?)	思考 (B)	結果 (C) ・ 感情 ・ 行動

<かたより思考一覧>

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 全か無か思考 | <input type="checkbox"/> 破局視 |
| <input type="checkbox"/> 過度の一般化 | <input type="checkbox"/> 肯定的要素の無視 |
| <input type="checkbox"/> 自己関連付け | <input type="checkbox"/> 未来の先取り |
| <input type="checkbox"/> 硬直したルール | <input type="checkbox"/> 結論への飛躍（ $2+2=5$ の思考） |

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

1. 全か無か思考

極端に考える思考の傾向のこと。実際には、白と黒にきれいに分かれる状況はほとんどありませんが、グレーとみることがなかなか難しいことがあります。私たちは状況を「どちらも」というよりは、「いずれか/または」として捉えようとする傾向があるようです。

例：「彼は絶対に悪魔だ」

2. 過度の一般化

一度の経験で、出来事を常にそうであるものとしてみなす傾向のこと。

例：「1回運転ミスをした。わたしは実に運転下手だ」

3. 自己関連付け

非現実的な責任感を感じたり、状況における自分の役割を拡大視する傾向のこと。起こったことのすべてを自分に関連付けるかもしれません。

例：「誰も楽しめていないのは私のせいだ」

4. 硬直したルール

過度に高い基準や期待を持つ人は、自分自身や他者に無理なルールを設定する。

例：「常に時間に間に合うべきだ」

5. 破局視

出来事のネガティブな側面を拡大したり誇張したりする傾向のこと。ものごとの本来の姿からかけ離れて大げさに捉えてしまうのはよくある思考のエラーです。

例：「プレゼンでつまずいた。自分はもうクビになる」

6. 肯定的要素の無視

出来事のポジティブな側面を見過ごしたり、ネガティブな側面に着目したり、ポジティブな出来事をネガティブに要素に入れ替えてしまうこと。

例：「彼から素敵だといわれた。わたしのことを可愛そうと思っているからそういったのだ」

7. 未来の先取り

まだ起こっていない出来事について、その結果を先に想像すること。

例：「どうせうまくいきっこない」

8. 結論への飛躍（ $2+2=5$ の思考）

十分に情報収集せずに結論付けてしまうこと。

例：「彼女が電話をしてこなかったのは彼女が私の事を悪い人間だと思っているから」

V-6. 認知再構成（2） 思考の修正

1. 思考の修正とは

出来事（病的体験を含む）について、ある特定の解釈に留まらずに別の可能性を引き出すこと（代替的説明）、いくつかの説明のうち、どの可能性が問題解決を効果的に推進する原動力になるかという観点から、思考の妥当性を吟味するプロセスを構造的に提供する。

治療者はソクラテス式問答法を用いて、患者が出来事に対するすべての可能性を考えられるよう努める。妄想的な思考を扱う際は、心理的リアクタンスに留意する。中核的かつ永続的な信念の場合（例えば、「私には価値がない」）、妄想的思考とは位置付けられないものであっても信念を強化することにつながるため、患者にとって重要性の低い思考から検証する。練習期間と位置付けて、困難感を伴わない日常的な出来事に伴う思考から挑戦するのが望ましい。

また、妄想的思考に自尊心の保護機能があるとアセスメントされる場合（「暴力的な父の中身はロボットだ。本当の父は組織に監禁されている」）、問題解決的視点からアプローチするなど（家族教育、家族以外の受容的な関係性の構築）、柔軟にストラテジーを変更する。

2. 具体的な内容

思考記録の取り組みを通して、どの思考に挑戦したいか検討することができる。最終的なターゲットは治療目標を阻み、かつ没入度や苦痛度が強い妄想的思考とするが、初期段階では出現頻度の多い思考が適している。陰性症状の強い患者に対しては、対人スキル訓練などの行動的アプローチと併せて、無力感につながる非機能的思考にアプローチすると成功体験につながりやすい（「どうせ話しかけても無視される」）。

以下の1）は思考をつかむ段階である。ここまでは思考記録表を通して練習を繰り返しているため、修正の段階では2）以降に焦点をあてる。

1) 検証する信念と気分を同定する

すでに作成された思考記録表の中から、<まずは練習なので取り組みやすいものから始めましょう>と伝えたいうえで、患者がどの思考にチャレンジしたいか確認するとよい。ここからの介入に際しては、治療者の観点と患者の意向を重視する協働的姿勢が特に重要となる。気分については、その強さを「0」～「100」で評価してもらう。

2) 確信度の概念を説明する

病的体験は正常のプロセスと連続体にあるというノーマライジングの視点を改めて提示する。その思考を「正しい」か「間違っているか」で判断せず、信じる度合い（＝確信度）で評価してもらう。

1

2 3) 思考の根拠と反証を探る

3 思考そのものではなく、その思考を支持する根拠にアプローチする。例えば、「外出す
4 るたびに組織から監視される」という思考であれば、〈なぜ組織から監視されているのか
5 〉ではなく（「私は過去に過ちを犯した要注意人物なのでマークされている」）、〈いつ、
6 どのような状況でそう感じたのか〉、〈何を根拠にそのように感じたのか〉を明らかにす
7 る。必要であれば、出来事につながる推論＝自動思考となる ABC の図式を改めて明確化
8 する。思考を支持する根拠が共有されたら（「家を出るときはいつもヘリコプターが頭上
9 を旋回している」）、続いて思考を支持しない根拠（＝反証）、つまり例外を探るプロセス
10 に導入する。

11 反証を探る際は、患者自身が別の可能性に気づけるよう、ソクラテス式問答法を用いた
12 り、資料『反証探しのための質問一覧』を眺めたりすることも有用であろう。しかしなが
13 ら、重度の思考障害を有する患者にとって導かれた発見法は、質問の意図を上手につかめ
14 ないことによる混乱や不全感につながる点に留意しなければならない。このような患者に
15 対しては、時に治療者からより筋道の通った別の可能性を提示してもよい（信頼のおける
16 他者から聞いた情報など）。

17 新たに検討された別の可能性を列挙したのち、最後に患者の当初の思考を書き込み、確
18 信度を評定する。いくつかの可能性が挙げられたら、それらについてパイチャート技法を
19 用いて視覚化する。

20

21 4) 代替的信念（代わりの思考）を検討する

22 パイチャートを眺めてバランスの取れた思考を検討する。そして、当初の思考と新たな
23 思考のどちらが、目標達成に有効か（役に立つか）、無効か（役に立たない）を確認す
24 る。

25

26 5) 確信度と気分の再評価

27 検証する思考の確信度と気分を再評価する。どれが真実であるかは誰にもわからないこ
28 と、患者の当初の思考も含めてどれも真実である可能性に気づいてもらう。

29

30

31 <ワークシート>

32 ・反証探しのための質問一覧、思考の見直しシート、思考の見直しシート（例）

33

このマニュアルは、日本医療研究開発機構（AMED）の課題番号 21dk0307096 の支援を受けて作成されたものです。

反証探しのための質問一覧

□その思考の意味を明確にしてみよう

- 「もっと正確にいうとするならどういえばいいだろう」
- 「例をあげてみよう」

□その思考の前提や証拠をよく調べてみよう

- 「前提として考えていることに間違いはないだろうか」
- 「ほかにどんな前提が考えられるかな」
- 「それが正しいと、どのようにして判断したのだろう」
- 「その前提が正しいか間違っているかは、どうしたら示せるだろう」

□その思考を裏付ける証拠が間違っていないか、十分か（結論への飛躍）

- 「なぜそれが起きるのか？」
- 「なぜそうだとわかるのか」
- 「その原因は何だと思うか」
- 「それが間違いだといえそうな理由や証拠は思いつきますか」
- 「なぜそうだと見えるのか」
- 「その思考のことを裏付ける証拠として何があるか」
- 「問題を探し求めているだろうか」
- 「自分自身の内的な感覚に惑わされていないか」

□別の視点や立場を探る

- 「いつもの思考とは違う別の考えをした場合に、新しい考えの筋道は通っているかな」
- 「別な角度から眺める方法はあるだろうか」
- 「いつもの思考と新しい思考を比べるとどうだろう。どっちがしっくりくるだろう」
- 「いつもの思考と新しい思考の強みと弱みはなんだろう」

□その思考の影響や結果を考えてみる

- 「そのように信じていると、今までよりもいづらかでも目標に向かって行動できそうか」
- 「そう考えるとどんな気持ちになるか」
- 「そう考えたときの影響は？」
- 「その考えは今まで学んだ内容に当てはまるかな？矛盾するかな？」

□目標を阻む思考の連鎖を崩してみる

- 「証拠にあいまいなものはないかな」
- 「不正確な記憶に基づくものはないかな」

□脅威レベルを下げる

- 「私は脅威レベルを過大視していないだろうか。そこまで警戒する必要はあるだろうか」

□原因帰属

- 「出来事のすべてを他人のせいにして責めていないだろうか」
- 「運や状況のせいだと考えられないだろうか」
- 「相手がそのような行動する別の理由はないだろうか」

1 思考の見直しシート

検証する思考 気持ち (%) : 確信度 (%) :	
支持する証拠	支持しない証拠
パイチャート	別の可能性
代わりの思考	
確信度の再評価(%) :	
気持ちの再評価 :	

1 思考の見直しシート

検証する思考 組織から見張られている 気持ち（％）：恐怖（100％）、不快感（100％） 確信度（％）：100％													
支持する証拠 <ul style="list-style-type: none"> ・出かけるときはいつも頭上をヘリコプターが旋回しているから ・家の周りが監視カメラだらけだから ・近所の人と必ず目が合う 	支持しない証拠 <ul style="list-style-type: none"> ・家にいるときでもヘリコプターの音がする ・よくよくみると、旋回しているのはスタジアム上空のことが多い ・近所の学童が事故にあっただけで、PTA で監視カメラの設置の要望があったと保健師からきいた ・目の合わない人もいる 												
パイチャート  <table border="1"> <caption>別の可能性の割合</caption> <thead> <tr> <th>可能性</th> <th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>報道ヘリコプターなのか</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>監視しているのはスピード違反</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>子どもを守るためにカメラがある</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>目が合うのはたまたま</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>組織から見張られている</td> <td>15%</td> </tr> </tbody> </table>	可能性	割合	報道ヘリコプターなのか	25%	監視しているのはスピード違反	25%	子どもを守るためにカメラがある	25%	目が合うのはたまたま	10%	組織から見張られている	15%	別の可能性 <ul style="list-style-type: none"> ・報道ヘリコプターなのか（25％） ・監視しているのはスピード違反（25％） ・子どもを守るためにカメラがある（25％） ・目が合うのはたまたま（10％） ・組織から見張られている（15％）
可能性	割合												
報道ヘリコプターなのか	25%												
監視しているのはスピード違反	25%												
子どもを守るためにカメラがある	25%												
目が合うのはたまたま	10%												
組織から見張られている	15%												
代わりの思考 見張られているときもあるかもかもしれないが、よくよく観察すると別の可能性もありそうだ。													
確信度の再評価（％）： 70％													
気持ちの再評価： 少しほっとした													

V-7. 行動実験

1. 行動実験とは

行動実験とは、患者の妄想的信念をはじめとする不適切な信念と、それによってもたらされる不安や恐怖などの脅威感情を鎮めるために行われる安全行動の影響について、実生活の中で系統的かつ客観的に検証する方法であり、「現実検討」とも呼ばれる。

患者が問題に対処するために行っていることが、実際には問題を持続させ、時には悪化させてしまうことがある。短期的には安心を感じさせてくれるものの、長期的には不適切な信念を増強する行動を安全行動という。仮説検証により、患者に苦しみをもたらしている信念と、その信念を維持・強化する要因となっている安全行動との関係性を行動と観察を通して明らかにし、代替思考、代替行動を見つけることが行動実験の目的である。

2. 具体的な内容

1) 導入のタイミング

患者が「対抗することなどできない」「私は変わることができない」「私は自分の人生を制御することができない」などという思い込みが強いときには、治療の最初期から簡単な行動実験を取り入れる。小さな行動上の変化を何度も体験することで、患者は「制御できない」という思い込みから解放され、認知の再構成がしやすくなる。

認知の再構成までスムーズに進み、適応的な信念を導き出すことができても、ストレスに曝され、脅威の感情に苛まれていると、不適応的な信念を支持する証拠に注意が向きやすく、新たな信念に自信がもてず、懐疑的になることがある。このような場合には、行動実験を通して現実場面で情報を収集し、その情報を利用して自分自身の信念を評価する。

2) 行動実験の前に行うこと

患者とともに症例の概念化を行い、「苦痛をもたらす信念、その信念に起因する成育歴、信念に付随する不快な感情、その感情を落ち着かせるために行っている安全行動、保護手段としてはじめた安全行動がもたらす悪影響」、という一連の悪循環のシステムを共有する。また、不適応的な信念を支持する根拠、反証の根拠を特定し、どのような時に不適応的な信念に反証できなくなるかを明らかにしておく。

3) 行動実験のプロトコル

① 行動実験にあたり、患者が確かめたいと考えている信念、有効だと信じている行動（安全行動）を明確にする。実験をデザインするときには、状況の改善を妨げており、現実生活の中で検証可能な信念にする。例えば、患者が「自分を蔑む幻聴の主は存在する」「秘密組織に狙われている」と固く信じているとき、これをそのまま検証に持ち込むと難渋することがある。実験で証拠が見つからなかったとしても、患者が「実験の仕方に問題があった」「もっと時間をかけて別の方法を試したら見つかったはずだ」と主張するため、治療者との間で

- 1 膠着状態が続き、実験をしている意義を見出せぬまま終わってしまう。そのため、患者と実
- 2 験計画をたてる場合、「聞こえてくる声を私はコントロールできない」など直接検証できる
- 3 信念にする。
- 4 ② 実験の公平性を担保するために、どのような証拠があればその信念を支持するのか、あ
- 5 るいは支持しないのかについて実験前に話し合うが、支持すると患者が考える証拠を検証
- 6 する方法もある。検証する信念が決まったら、その確信度を 0-100%のスケールで数値化す
- 7 る。
- 8 ③ 実験計画を立てたら、あらかじめ起こりうる問題、その問題に対処するための戦略、そ
- 9 の戦略をとることで予想される結果を考えておく。
- 10 ④ 実験遂行後、実際には何が起きたのかについて観察した結果を記録し、最初の信念に対
- 11 する確信度を再評価する。
- 12 ⑤ 最後に今回の実験を通して学んだこと、新たな気づき、当初抱いていた信念に代わる思
- 13 考や行動（代替思考、代替行動）を検討する。

14

15 表 1. 行動実験プロトコル

16

17

18

19

20

21

22

23

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 検証する信念、普段の安全行動2. その信念に対する実験前の確信度3. 信念を検証するための実験方法、起こりうる問題、対処戦略4. 実際の結果、信念に対する確信度の再評価5. 代替思考／代替行動 |
|---|

行動実験シート

検証する信念：声のいう通りにしなければ、家族が不幸になる

普段の安全行動：朝の洗面から入浴に至るまで声の指令に従って生活し、一つでも間違えると心の中で謝りながらやり直す)

信念に対する確信（0-100%）：実験前 100%

実験後 30%

信念を検証するための実験	起こりうる問題	問題に対処するための戦略	予想される結果	実際の結果	この実験から学んだこと (代替思考、代替行動)
「〇〇しないと家族に災いがふりかかる」という声が聞こえてきたら「ご心配ありがとうございます」と心の中で返しつつも指図は受けず、自分がしていることを優先する。	<p>声に従わないことで家族に何か悪いことが起こってしまうのではないか。</p> <p>家族と離れて一人暮らしをしているため、実験の結果を直接観察することができない。</p>	<p>2週間後の春休みの帰省時に集中して取り組む。</p> <p>家族に何が起きるかを観察する。</p>	<p>両親の喧嘩がエスカレートし、関係が悪化する。</p> <p>弟は両親の言い争う声に気が散って勉強に集中できず、受験に失敗する。</p>	<p>2人の喧嘩は、父親がお酒を飲み過ぎて母親が注意することから始まっていた。喧嘩した翌日は何事もなかったように2人で仲良く話していた。</p> <p>弟は塾の自習室で勉強をしていて、影響を受けていなかった。受験は再来年だと言っていた。</p>	<p>声の言う通りにしなくても、家族の身に何も起きなかった。</p> <p>弟の受験は2年後だった。塾で勉強していたし、失敗すると結論づけるのは早すぎた。</p> <p>情報が不足している中で、何もすることがない暇な時間があると、余計な心配をしてしまうことがわかった。</p>

V-8. リラクゼーション

1. リラクゼーション法とは

リラクゼーション法は、不安・緊張が高い場合に、自己制御を目的に導入する技法である。ストレスマネジメントが奏功すると、支援者への信頼感が高まり、協働的な取り組みが促進されるという好循環も期待できる。

1) CBTp においてリラクゼーション法を使用する目的

主な使用目的は、以下の3つとなる。

① 治療関係の構築のため（面接場面での不安を和らげるため）

例：被害的思考から、不安や怒りが高まり、治療場面でも緊張状態が持続しているとき

② 症状緩和のため（現在のストレスを軽減するためのコーピングスキルとして活用）

例：過覚醒状態が持続し、入眠困難が問題となっているとき

③ 再発予防のため（苦手な場면을克服するためのコーピングスキルとして活用）

例：対人ストレスが高く、精神病症状の誘発リスクをもつ方が、新たな環境に入るとき

2) 注意すべき点

リラクゼーションが不快な状態からの回避や逃避の手段となりうることに注意する。リラクゼーションが安全行動になってしまい「問題となる認知」が持続してしまうことがある。

2. 具体的な内容

リラクゼーション法には、言葉を用いて自己暗示や注意集中によってリラックス状態を得る自律訓練法や瞑想法のような心理的（認知的）アプローチと、筋肉の緊張と弛緩を行い、身体全体をリラックス状態に導く身体的アプローチがある。

アプローチ方法	メカニズム（治療原理）と効果	具体的な技法
1. 心理的（認知的）	自己暗示や注意集中によってリラックス状態を得る	自律訓練法 呼吸法・瞑想法
2. 身体的	緊張と弛緩によって筋肉を緩め、リラックス状態を得る	漸近的筋弛緩法 バイオフィードバック

実施上の手続きはつぎのような流れとなる。

1) 動機づけ

現在の問題と関連させて、技法導入の提案を行う。

例：「不安が強く、緊張している様子なので、少し力を抜くことができれば、気持ちにもゆとりが出てきます。簡単なリラクゼーションの方法を試してみませんか？」

1 治療者への不信感が高い場合には、自尊感情を傷つけないように配慮し、ごく簡単に治療
2 原理を説明するとよい。

3 例：「ご存知かもしれませんが、力を抜くためには、あえていったん力を入れてから抜くほ
4 うが、リラックスしやすいのです」

5

6 2) 教示方法

7 各技法の具体的な教示方法は、基盤マニュアルを参照する。ただし、統合失調症の方に実
8 施する際に CBT は、本人が自分で選択できる幅のある選択肢を提示し、安心感が得られる
9 ような配慮を重視することが望ましい。

10 例：「目を閉じた方がリラックスできるなら、閉じてください。閉じる方が不安なら、目は
11 あけたままにしてください」「いつでも自分の判断で中止してよいです」など

12

13 3) 治療効果の判定

14 「効果がない」と早急に結論づける患者がいる。そのため、開始時の状態（生理面・心理
15 面）を測定し、数値化をしてもらい、比較できる準備を行うことがよい。

16 例：「今の緊張度合いは、0-10 で言うとどれくらいですか？」

17

V-9. 対処方略増強法（CSE）

1. 対処方略増強法（CSE）とは

幻聴や妄想を経験している人は、自分なりに症状を改善させたり苦痛を減らしたりしようと工夫していることが多い。これを症状対処行動と呼ぶ。適応的で効果的な症状対処行動の学習を支援する方法としてタリアらによって開発されたのが、対処方略増強法（CSE）である。

2. 具体的な内容

CSE は 1) 治療関係の構築、2) アセスメント、3) 症例の概念化、4) 対処方法増強法の導入、5) 症状対処後の技法というステップで進む。

1) 治療関係の構築

統合失調症では治療関係構築への配慮が特に重要である。この段階では、症状対処行動は正常なプロセスであると伝えられ、患者と治療者が共有できる治療目標に向かって、CSE に一緒に取り組むことが提案される。

2) アセスメント

CES に役立つアセスメントとして、タリアらは半構造化面接法「先行要因対処面接法」を開発した。この面接法は表 1 に示す 5 つの側面からなる。

表 1. アセスメント法 先行要因対処面接法

1. 症状の特徴（それぞれの症状ごとに聞く）

○形式的な特徴 ①頻度、②重症度、真性幻覚か偽幻覚か、③幻聴の物理的特徴、④出現と消失のパターン

○内容的な特徴 ⑤幻聴の内容、⑥幻聴の影響力、全能性があるか、⑦解釈と信念

2. 症状に伴う感情の変化

① どんな感情か、②身体的反応、③認知的反応、④行動的反応

3. 症状に先行する出来事と社会的文脈

① 外的な先行要因、②内的な先行要因、③外的な先行要因と内的な先行要因の関係、④先行要因の自覚

4. 症状による結果

① 回避行動、ひきこもり状況、孤立、安全行動の有無、②症状に誘発された行動、妄想に基づいた行動、妄想を守る行動、スキーマと一致する行動

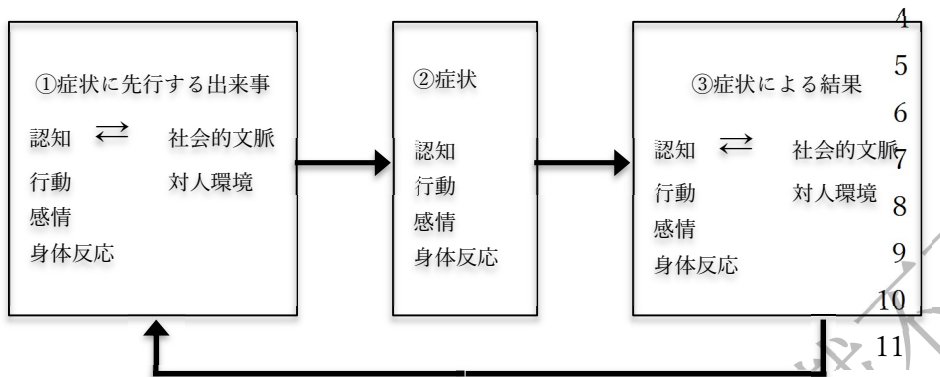
5. 症状に対する対処方法

① 生理的対処法、②認知的対処法、③行動的対処法、④効果、⑤適切か不適切か、

⑥ 実施の際の促進要因、妨害要因

1 **3) 症例の概念化**

2 アセスメントで得られた情報を、患者とともに検証できる形に図式し、治療に生かす。
 3 多くの場合、下記の図1のように、時系列に添った図式を作成する。



12
13 図1. 症例の概念化の枠組み
14

15 **4) 対処方法増強法の導入の手順**

- 16 ・ すでに有効な対処行動が確立されている症状を1つ選び、その対処行動を強化するよ
17 うに働きかける。
- 18 ・ 新しい対処法を紹介する。新しい対処法は、一緒にロールプレイやシミュレーション
19 を用いて習得する。細かい段階に分けて一つひとつ練習する。
- 20 ・ 最初に「症状の始まりに気がつくこと」を練習する。
- 21 ・ 次に、安全な治療室とは異なる現実場面でも実践する準備として、治療室内で何度も
22 何度も繰り返してトレーニングする（過剰学習）。
- 23 ・ 対処行動を取ることを邪魔する要因があれば、それに対する工夫を一緒に考える。
24 このようにして、1つの症状に対して複数の対処ができるようにする。複数の対処法
25 を用いた方が苦痛は減弱するからである。常に患者に対して、あらゆる機会をとらえて
26 症状への再帰属や再解釈を促す。

27 具体的な症状対処行動を表1に示す。

28
29 **5) 症状対処後の技法**

- 30 ・ (般化が苦手な患者に対して) 同じ対処法を応用できる複数の場面で練習し、その共
31 通点を一緒に探す般化訓練
- 32 ・ 自尊心を高める方法
- 33 ・ 自殺リスクを減らす方法

34 再発予防としては、前駆症状をレベル分けし、それぞれのレベルでの対処を検討する行
35 動計画と行動リハーサルが用いられる（V章、再発予防を参照）。CSEは、治療関係の
36 構築にはじまり再発予防に至るまで、どの段階もスモールステップに分けられ丁寧に行わ
37 れなければならない。

表 2. 症状対処行動の例

1	
2	認知的対処
3	注意転換法・・・注意を別の刺激に向ける
4	注意狭小化法・・・特定のものや作業に集中する
5	自己教示法・・・頭の中である行動を取れと自分に命令する
6	再帰属法・・・その出来事の原因を再帰属する
7	行動的対処法
8	気晴らし法・・・散歩や運動、読書など非対人活動
9	現実検討法・・・実際に行動して、出来事の別の説明や解釈を比較検討する
10	対人活動のレベルを下げる・・・一人になれる場所に移動するなど
11	対人活動のレベルを上げる・・・人との会話を始める
12	生理的対処法
13	覚醒度を下げる・・・リラクゼーション法など
14	
15	
16	

パブリック入用原稿 引用

V-10. マインドフルネス

1. マインドフルネスとは

マインドフルネスとは「評価することや判断することなしに今この瞬間に起きていることに対してははっきり気づくこと、心や身体への気づきを養い“今ここ”で生きるということ」（Kabat-Zinn, 1990）とされている。本章では、マインドフルネスの体系的なプログラムではなく、CBTp で用いられる技法のひとつとしてマインドフルネスを紹介する。マインドフルネスは一般に、呼吸や身体感覚を注意・観察の中心に置き、それ以外に意識に浮かんだものを先入観で判断せず観察する瞑想を行う。マインドフルネスの瞑想の詳細については、他書を参照のこと。

2. 具体的な内容

1) 何のために提供するのか

CBTp においてマインドフルネスを実践する目的は、幻覚・妄想やストレスなどによる苦悩の緩和（Chadwick, 2006; Chadwick ら, 2005）である。①脱中心化の獲得、メタ認知の獲得、②注意を転換する能力を育てる、③条件づけられた行動を解除する、の3つの要素が苦悩緩和の機序とされ、マインドフルネス瞑想によって獲得される（佐渡, 2018）。また、同じ作用機序により、ストレスへの気づきの向上、抑うつや不安の軽減、ありのままを受け入れる態度によるポジティブ感情の増加などが期待できる。

対象と反応に気づき、自動的に行動するのではなく、行動を意図的に選ぶことを意識する。不快な体験に回避、反芻、心配、対立等が条件付けられていると、それらの方略を自動的に使用して、苦悩（ストレス）が生じる。その方略を意図的にやめて、新しい対処方略としてマインドフルネスを提示する。

2) 注意すべき点

統合失調症の患者に対しては次の点に注意する（Chadwick, 2006; Chadwick ら, 2005）。

- ① 治療者は、自身もマインドフルネスを実践していることが望ましい。
- ② 治療者は患者がマインドフルネスを適切に理解しているか確認し、誤解があれば明確に訂正する。よくある誤解は、「マインドフルネスは、妄想をなくすものである」「リラックスするのが目的である」「宗教の目的の実践」などである。マインドフルネスはメンタルヘルスを回復・維持するための方法のひとつであること、抱えている問題への新たな関わり方であり、対処方略のひとつであることを強調する。
- ③ マインドフルネスの実践は10分以内にする。治療者はガイドを頻繁に行うことで患者が現実との接点を保ち続けるよう工夫する。
- ④ マインドフルネス瞑想のホームワークは必須ではない。
- ⑤ 何日間にも渡る瞑想やヨガ、長時間の瞑想と感覚・睡眠・飲食の剥奪との組み合わせは、精神病性エピソードの引き金になったり、精神病に対する脆弱性を高めたりする

1 と考えられており、禁忌である。

2 実践する前に、マインドフルネスに対する患者の適合度を確認する必要がある。例え
3 ば、実践の前に内容を説明し、数分程度のマインドフルネス瞑想を経験してもらい、拒否
4 感が強くないかを確認する。

5

6 3. 架空事例による実践手続きの説明

7 ○架空事例：自動思考の脱中心化が、認知的な介入では難しいAさんの事例

8 境界知能であるAさんは、特定の誰かが咳払いをしていると、自分に嫌がらせをしてい
9 るのだと固く信じ、強い苦痛を感じていた（何がその人を苦しめているのかを特定す
10 る）。そこで治療者とAさんは、

11 「咳払い（出来事）→「自分への威嚇行為（思考）」→「怒り（感情）」→「咳払いでやり
12 返す（行動）」

13 と概念化し、認知再構成法でこの体験を検討した（苦痛が発生し持続する機序を概念化す
14 る）。しかし、知的能力の問題のために、認知再構成法では苦悩が緩和しなかった。そこ
15 で、思考や感情への脱中心化を体験的に促すマインドフルネスの技法を治療者は試みた
16 （症例の概念化の中でマインドフルネスがどのように役に立つのかを位置づける）。

17 Aさんは、呼吸瞑想中に浮かんでくる「思考」「感情」等に入り込むのではなく、判断
18 せず、ただ思考として優しく眺め、再び呼吸に優しく戻る、という作業を繰り返した。す
19 ると、「あいつが自分に嫌がらせをしている」という思考や、「咳払いは嫌がらせ」という
20 思考が頭に浮かんでいることに自然と気がつくようになった。そして、その思考が頭に浮
21 かぶたびに、「怒り」感情が生じることに気づくことができた。

22 こうした練習を繰り返すたびに、咳払いが実際に聞こえても聞こえなくても、どのよう
23 な思考が生じやすいか体感できるようになり、その思考から距離を置くことができるよう
24 になった。「そのような考えが頭に浮かんでくるけど、ただの思考ですね」と治療者に話
25 せるようになり、嫌がらせが実際にはないことを知り苦痛が緩和され、自分に対してもあ
26 りのままでよいことを実感できるようになった。

V-11. トラウマ反応への介入

1. トラウマ反応への介入とは

統合失調症者はトラウマ出来事に暴露されたり、幼少期に逆境体験を経験する割合が高く、患者によっては精神症の体験、あるいは、強制治療を含めた治療中の体験が、トラウマとして体験されることもある。心的外傷後ストレス症（PTSD）の併存は約 12%にあるが（Achim ら, 2011）、統合失調症ではそのほとんどが見逃されてしまう（Lommen ら, 2009）。PTSD の診断を満たさないまでも、トラウマ体験を有し、そのことに対する反応（トラウマ反応）を示す患者は多い。統合失調症では、患者にトラウマ体験やトラウマ反応がある可能性を前提に、トラウマインフォームドな関わりをもつことは重要であり、CBTp の枠の中で可能な介入を検討する。

2. いつ、誰に提供するのか？

トラウマインフォームドな関わりは CBTp の開始前からその後のセッションを通じてあらゆる患者に対し継続的に行う。患者の現在の症状や苦痛がトラウマ反応による影響が強かったり、セッション中にもトラウマ反応が繰り返される場合など、取り組む課題としての優先順位が高い場合、トラウマ反応への介入を検討する。一般的には治療の後半に行われるが、必要な場合には治療初期から取り組まれる。

3. 具体的な内容

1) トラウマ出来事をアセスメントする

人生史をアセスメントするなかで、トラウマ体験が背後に隠れている可能性のある出来事（例；幼少期の逆境体験、生命・身体の危険を脅かされる出来事、精神症エピソードや治療に関わる辛い体験など）についてスクリーニングする。但し、この時点で回避や強い感情的な反応が表出されるなどのトラウマ反応が示されることはしばしばであり、特に重度の問題がある場合には何らかの反応が必ず示される。しかし、回避が強いために、通常のスクリーニングではトラウマ体験が見逃されたり、患者は重要を部分を語らないことも多い。治療者は、患者との治療関係が十分に構築されていない段階で、無理にトラウマ体験を引き出すことはせず、患者が安心して自身の体験を語るような信頼関係の醸成に努める。

2) トラウマ反応の影響をアセスメントする

トラウマ反応は、一般には再体験、回避・麻痺、過覚醒、解離などとして表出され、なかには感情調節障害、否定的自己概念、対人関係障害など複雑性 PTSD の病態を示す者もいる。統合失調症の症状がこれらの症状の影響を受けている場合（例：幻聴としてトラウマ加害者の声が聞こえる、特定のタイプの人物に強い被害的信念を抱く）、あるいは、統合失調症の症状よりはトラウマ反応として見なすことがふさわしい場合（例：怒声を聞く

1 と固まってしまう、頻繁なトラウマ体験のフラッシュバック）など、患者の症状、言動、
2 行動にトラウマ反応の影響があるのか否か、もしあれば、どんな時に、どの様に、どの程
3 度起こるのかをアセスメントする。

4 3) 安全・安心な環境

6 トラウマ反応がある場合には、患者が、現在も実際に危険を脅かされる環境にあるのか
7 否かを確認する。現実生活の中で危険や脅威を感じる出来事（例：家族が威圧的で暴言を
8 吐く、職場でのハラスメントなど）がある場合には、可能な環境調整や問題解決に取り組
9 む。現実での解決がすぐに難しい場合でも、患者が安心できる場所や環境を一緒に探した
10 り、治療環境の中にそうした環境を探し、利用することを話し合うことも良い。患者から
11 同意を得た上で、主治医や多職種ともトラウマにかかわる情報を共有し、治療環境全体を
12 安全、安心な場所にする。

4 4) 安心できる治療関係

15 CBTp の基本スキルである、人としての温かみ、受容・共感的で、安心感のある態度を
16 示すこと（Beck ら, 2009; Morrison, 2017）は、トラウマ反応を示す患者では殊に重要であ
17 る。治療者は患者が表すさまざまなトラウマ反応に理解を示し、患者にとって安心のでき
18 る関係作りを心がける。セッションで起こるトラウマ反応に対処するために、必要に応じ
19 てグラウンディングやリラクゼーションのスキルを学んでもらう。

4 5) トラウマに焦点化された心理療法の検討は後回しに

22 トラウマ歴があったとしても、トラウマに焦点化した心理療法（例：持続暴露療法、認
23 知処理療法、EMDR）をすぐに行うことは極めて稀である。PTSD を併存する場合、こう
24 した心理療法が効果を示すことはあるが、実際には、こうした治療を受ける環境が身近に
25 なかったり、あったとしても患者がそうした治療を望まないことは多い。もし治療の機会
26 があり、患者の希望と適応がある場合には、CBTp とは別の枠組みでこれを実施したり、
27 専門機関に紹介する。

4 5) 心理教育

30 トラウマ体験を共有できたら、まずはそのような強度のストレスが、患者に与えた影響
31 の可能性について情報提供することが一般的である。トラウマ体験という強いストレスが
32 かかることによって、不眠になったり、何度も思い出してしまったり、落ち込んだり、自
33 分が悪いと思ったり、何も感じなくなったりしてしまったりするなど、広汎な影響がある
34 ことを心理教育する。ストレス脆弱性モデルと絡めて説明することがよい場合もある。こ
35 の心理教育は、「それだけ大変なことがあれば、誰でも不調になりうる」というノーマラ
36 イジングとしての役割も果たす。辛い体験を経験してきた患者が、これまでの人生を生き
37 抜いてきたことをねぎらい、治療者と体験を共有できていることを肯定的に評価する。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

6) トraumainフォームドな関わりでセッションを継続する

トラウマ反応がある場合には、トラウマ反応への一般的な介入を行う（表1）。介入は、患者と共有された問題の解決や目標の達成に関わる範囲に焦点を当てることが原則である。CBTpで適用するさまざまなスキルには、トラウマ反応と関連する暴露的な要素が含まれることも多い。治療者は患者に合わせてトラウマインフォームドな形でスキルを柔軟に組み合わせる。

患者の中には、感情を言葉にすることに困難を伴い、特に、否定的な感情に触れること自体に強いトラウマ反応を示す者もいる。この場合には、トラウマに伴う感情の影響についての心理教育を行い、患者が安全に安心して感情に触れ、言葉にできるように取り組むことから始める。

統合失調者のトラウマ反応へのアプローチの例		
共通する要素	① トラウマ歴の聴取 ② トラウマ症状のアセスメント ③ トラウマの心理教育 ④ フラッシュバック時の苦痛軽減のための安定化・グラウンディング（例：安全な場所を思い浮かべる、現実にある物などを3つ見つける、足をしっかり踏みしめる、呼吸法等）を一緒に行う。	
	症状	介入
症状に応じた介入	認知のゆがみ （例：「世界は危険だ」「人は裏切る」）	認知再構成法 スキーマへの介入 行動実験
	過覚醒 （例：ドキドキする、不安が強い）	深呼吸、リラクゼーション、
	回避・麻痺・解離 （例：ぼーっとしやすい、忘れやすい、傷ついている感覚に触れられない）	心理教育、行動実験

13

V-12. スティグマへの対応

1. スティグマとは

スティグマは、パブリックスティグマとセルフスティグマとの 2 つに分けられる。パブリックスティグマは否定的態度、否定的な信念・ステレオタイプ、差別行動の 3 つの要素から構成される。一方、セルフスティグマは、これら 3 つの要素が患者自身に学習されることによって、精神疾患であることについての恥の気持や、非難、絶望、罪悪感、差別の恐れを患者自身が感じている状態と定義される。

スティグマ化した考えを持つ人々は、「統合失調症はコントロールできず」、「受け入れがたいもの」、そして「危険なもの」と考えることがある。患者が自身に対してこうしたスティグマを抱く場合（セルフスティグマ）、患者はスティグマにより社会的に排除されるのではないかという不安を抱き、それは援助希求や支援サービスの利用を妨げる要因となる。さらに、社交不安や恥ずかしさを強く経験し、自尊心の低下や行動の制限が起こるかもしれない。そのため、スティグマ、特にセルフスティグマを軽減することが重要となる。

2. 具体的な内容

1) どんな時に用いるのか

患者の課題や目標を阻む要因としてスティグマが大きく作用している場合、これと関連した苦痛が強い場合などにスティグマの軽減が検討される。心理教育やノーマライジングの一環として治療初期に行われる場合もあれば、中核的な問題として治療の後半に行われる場合とがある。

2) スティグマへの介入法

① スティグマのアセスメントと症例の概念化

最初に、患者のスティグマについて、共感的な態度で、ソクラテス式問答を行いながら、過去のどのような情報や体験が、あるいは、患者自身の精神疾患の体験が、現在のスティグマの形成や維持に関連しているのかをアセスメントする。その上で、協働的に症例の概念化を試みる。人によっては過去のトラウマ的な体験がスティグマの形成に関わっている場合もある。

② 心理教育

患者の知識や心理状態に合わせる形で、精神疾患に関連した知識をバランス良く適切に持てるように働きかける。パンフレットなどの媒体を用いる場合や、ノーマライジングを目的とした情報を資料や文献に基づいて提供したりする。別項で解説されている、心理教育、ノーマライジングと同様の内容をスティグマに配慮して実施することになる。

③ 認知的な介入

1 セルフスティグマを強く持つ人々は、「自分を全くコントロールできない」「自分は責任
2 を担う能力がない」など自己に対して否定的な考えをもつことがあり、これらの認知に焦点
3 を当てて認知再構成法を行うことが治療選択肢の一つとなる。

4 Corrigan ら（2011）は認知再構成法を基にしたセルフスティグマへのアプローチを6つ
5 のステップに分けている（下津, 2019）。この6つのステップを行うことで、セルフスティ
6 グマについて疑問を持てたり、セルフスティグマの関連する認知の修正につなげられるこ
7 とがある。その他にも、症例の概念化に基づいて認知再構成、行動実験、ロールプレイ、ト
8 ラウマ反応への介入などを必要に応じて検討する。

9 表. セルフスティグマへの6ステップアプローチ(Corrigan ら, 2011; 下津(2019)から引用)

ステップ 1	考えと感情に分ける
ステップ 2	その考えの根拠について検討する
ステップ 3	そのあなたの考えについて、友人だったらどのように考えると思 うかを考える
ステップ 4	これまでとは別の、より正確で、批判的ではない自分自身に対する 考えを作り出す
ステップ 5	これまでのあなたの考えのメリットとデメリットについて検討し てみる
ステップ 6	具体的で詳細なアクションプランを作成する

10 ④ 認知面への介入を積極的には行わない場合

11 認知の修正が困難であったり、修正が妥当でないセルフスティグマも存在する。例えば、
12 セルフスティグマが中核信念と深く関わっている場合、短期的にこれを修正することは困
13 難になることがある。この場合、中核信念への介入を含めた検討が必要であり、症例の概念
14 化を深めたり、段階的に課題を扱っていくことが必要となる。認知的な介入による短期的な
15 変化を焦らず、その他にできるアプローチを先に検討することが良い場合もある。

16 また実際に他者からの差別的言動や態度を直接経験し、現在もその脅威に晒らされてい
17 る状況の場合、認知の修正は妥当でないことがある（例：理解のない家族やパートナーが差
18 別的言動を繰り返す場合など）。この場合には、本人の過去の辛い体験に支持的に共感する
19 とともに、現実的な脅威に対して対処するための問題解決的なアプローチを検討したりす
20 る（例：家族から離れて一人暮らしを目標にするなど）。

21

22 ⑤ その他の働きかけ

23 患者が孤立した状況から人々とのつながりを持てる状態へと支援することが役立つ可能
24 性がある。利用できるピアグループがある場合には、ピアグループで同じような体験をして
25 いるピアと関りが持てることが、スティグマの軽減やエンパワメントにつながるることがあ
26 る。その他にも、デイケアやショートケアに参加したり、外部の支援サービスを利用したり
27 することで、他の患者とのつながりを経験することができるかもしれない。

V-13. スキーマへの介入

1. スキーマへの介入とは

スキーマとは、認知の最も深いレベルにある認知のことで、患者にとってはあまりに当たり前で、意識されていないことが多い。多くのスキーマは、子どもの頃からの経験によって形成される。スキーマは、状況によって活性化され、柔軟な考え方や自由な行動を妨げる。

2. 具体的な内容

1) どういう人にどういう時に提供するか？

通常の CBT の進め方として、認知的介入が必要な場合、まずは、自動思考を同定したり修正したりすることに焦点が当てられる。その後、必要に応じて、背景にあるスキーマについて検討していく。したがって、治療の中盤から後半に提供する。ただ、患者によってはスキーマを扱わなくても、治療目標が達成される場合もあり、全例でスキーマに介入する必要はない。

スキーマは、患者の生活歴やトラウマ体験と深く関係している場合があり、慎重に扱う必要がある。しっかりとした治療関係ができており、日常生活の困りごとやストレスなどへの対処がある程度、できるようになっているなど、スキーマへの介入の準備が整った後での導入が望ましい。

2) 介入の手順

スキーマへの介入は、心理教育の後、大きく 2 つのステップに沿って実施される。1 つ目のステップはスキーマの同定、2 つ目のステップはスキーマの修正である。

①心理教育を行う

スキーマへの介入は、苦痛や困難を伴うことが多い。そのため、スキーマとはどういうものか、スキーマの同定がなぜ大切なのかなど、しっかり心理教育をし、同意と覚悟を持って取り組む必要がある。

②スキーマを同定する

以下にスキーマの同定に役立ついくつかの方法を提示する。こうした方法により治療者がスキーマかもしれないと考えたことは、仮説として患者に提示する。例「これまでのモニタリングを振り返って共通点を見ていくと、あなたが『自分には価値がない』と感じているように思えるのですがどうでしょうか？」。

A. 症例の概念化を利用：CBTモデルを用いたストレス状況や症状の分析の中で、繰り返し出てくる自動思考からスキーマを類推する。例えば、仕事の場面でも、家族との場面

- 1 でも「私は受け入れられていない」「私は必要とされていない」といった自動思考が繰
2 り返し出ているようであれば、「私は愛されない人間だ」というスキーマと関連してい
3 るかもしれない。
- 4 B. **症状の内容を分析**：妄想や幻聴の内容を分析することで、スキーマを理解できる場合が
5 ある。症状をスキーマの隠喩だととらえることも有効である。例えば、マフィアに追わ
6 れているという妄想は、「この世は危険に満ち溢れている」というスキーマと関連して
7 いるかもしれない。
- 8 C. **質問紙の利用**：自己評価質問紙をスキーマの同定に役立てることもできる。非機能的態
9 度尺度やヤング・スキーマ質問紙などである。ただし、スキーマ質問紙は非常に侵襲的
10 でもあるので、宿題でやってくるというような課題にせず、セッションの中で丁寧に扱
11 うなど実施の仕方は慎重に検討した方がよい。また、早期不適応的スキーマ（脚注1）
12 の一覧を見ながら、患者に当てはまるものがあるかどうか話し合うことも役立つ場合が
13 ある。
- 14 D. **生活歴の振り返り**：生活歴を振り返ることでスキーマが同定できることがある。患者に
15 とって重要な出来事（幼少期や学生時代のこと、初めての病的体験、入院やその後の治
16 療、人間関係における困難など）を体系的に振り返る方法がある。スキーマの起源は、
17 幼少期から形成され、病的体験以前にすでに現れているといわれている。しかし、初回
18 の病的体験や入院その他、患者にとって大きな出来事によってスキーマが生じることも
19 ある。それぞれの時期に患者がどう感じ、どう考えていたかを話し合うことによって、
20 非機能的思考が明らかになり、スキーマが浮かび上がる。
- 21 E. **下向き矢印法**：スキーマを明らかにする CBT 技法の中で役立つものの1つに下向き矢
22 印法がある。（参考：表1）この手法では、状況や自動思考に患者がどのような意味づ
23 けをしているかを、問いかけながら探っていく方法である。この下向き矢印法を使用す
24 る場合には、患者を追い詰めないように慎重に行う必要がある。「もし～だったら if-
25 then」型の質問を使用して、より深いレベルの認知処理過程を明らかにしていく。「そ
26 れがもし本当だとして、どうなると思うのか」「もしそうだと、それはあなたにと
27 ってどういう意味を持つのか」等の質問をしていく。

28
29 表1) 下向き矢印法の例

患者：会社で上司が私だけ残して、同僚と食事に行ったんです。
治療者：それはどういうことですか？もう少し教えて下さい。
患者：私だけ、上司に誘ってもらえないんですよ。
治療者：もし、あなたが上司の方に誘ってもらえないとしたら、それはあなたにとってど ういうことなのでしょう？（下向き矢印法）
患者：私は上司に好かれてないんです。
治療者：もし上司があなたを好ましく思っていないとして、それはあなたにとってどうい う意味をもっているのでしょうか？（下向き矢印法）

患者：私は誰にも愛されない人間なんです。（スキーマ）

1

2 ③スキーマの修正

3 スキーマを修正するためには、まず、スキーマが活性化されたことに気がつけるように
4 なる必要がある。何かストレスがかかったり、苦痛を感じた時に、同定したスキーマが活
5 性化しているか観察する練習を繰り返すと気が浸けるようになる。

6 次に、認知再構成法やスキーマを維持することのメリット・デメリット分析、スキーマ
7 に反する体験の記録、適応的なスキーマを持っている人をロールモデルにするなどを行
8 い、より適応的な「新しいスキーマ」を構築する。

9 認知再構成法を行う際には、知的レベルだけでなく、感情レベルで理解することが必要
10 である。そのために、新しいスキーマを支持する知的レベルの自分と、古いスキーマを信
11 じる感情レベルの自分が対話を行うという、「理性と感情のロールプレイ」を行うことも
12 有用である。

13 そして、「新しいスキーマ」を持った人のように振る舞ってみるという行動実験を繰り
14 返す。古いスキーマではなく、新しいスキーマを信じているかのように振る舞うとした
15 ら、具体的にどんな言動となって表れるかを事前にイメージし、リハーサルを行い、実際
16 に行動してみるのである。

17 CBT の技法を用いる場合、認知再構成法をスキーマに対して行うことでスキーマを修
18 正することができる。この場合、自動思考に対して行うよりもより徹底的に、感情も伴っ
19 て、実施することが重要である。時間も十分に掛ける必要がある。

20

21 （脚注1）「早期不適応的スキーマ」とは、Young, J. E.が境界性パーソナリティ障害
22 （BPD）向けに認知行動療法やゲシュタルト療法、対象関係論などをもとに構築した統合
23 的な心理療法であるスキーマ療法（ST）の概念で、人生の早期に形成され、当初は適応的
24 でありえたが、後にその人を生きづらくさせるスキーマのことであり、認知行動療法のス
25 キーマと重なる概念である。また、統合失調症の患者の中には、パーソナリティ障害でみ
26 られるような強い対人不信を持つ人もおり、しばしば過去のトラウマと被害体験を背景と
27 する強い不安を有していると言われ、統合失調症の患者の自分や他者に対する非機能的ス
28 キーマに対しては、ST も役に立つと考えられている（ファウラーら、2011）。詳細は参考
29 文献を当たりたい。

V-14. 再発予防計画づくり

1. 再発予防計画づくりとは

統合失調症の再発を完全に防ぐことはできないが、備えることはできるという考え方に
基づく技法である。精神症性症状の増悪の早期警告サイン（注意サイン）を同定し、適切な
対処計画を立て、再発の予防や症状悪化に伴う二次障害の最小化を目指す。また、対処可能
性を高める計画は、患者の自己コントロール感を高め、メンタルヘルスの維持向上およびリ
カバリー促進につながる。

2. いつ、誰に提供するのか？

再発予防を取り扱うタイミングとしては、薬物療法、環境調整、心理社会的アプローチ
などによって臨床的な問題となっていた症状や行動がある程度おさまり、落ち着いて話が
できる状態がよい。

一般的には治療の終盤で扱うことが多いが、再発予防が本人の課題と優先される場合や、
新たな社会生活に入りストレス負荷が予想される場合などには、より早い段階で実施され
ることもある。

なお、計画づくりの際に対処方法の不足が明らかになった場合には、対処戦略増強法に
移行することが望ましい。病識の有無は問わないが、ストレス—脆弱性モデルにもとづき臨
床的な問題意識を共有し、動機づけを行うことは不可欠である。

3. 具体的な内容

1) 導入

まずは、現在の状態と今後の目標を関連させて、技法導入の提案を行う。導入例「ずい
ぶん落ち着いてこられたので、そろそろ再発の予防を考える時期に来ていると思います。ご
自身としてはいかがですか？」「これからの新しい生活を始めるにあたって、注意すべきポ
イントやその時の対処法をまとめておくことは役に立つと思いますが、一緒に作ってみま
せんか？」などがある。

そして、技法導入に同意されれば、別紙「注意サイン表」を示し、次のような説明を行
う。説明例「ここでは、注意サイン表と呼んでいますが、自分の良い状態、注意の状態、危
険な状態を整理し、それぞれの状態での対処方法を一緒に整理したいと思っています。」

2) アセスメント段階

再発予防の計画づくりの前提として、以下の情報を探索し、同定する。患者の認知機能
に配慮しながら、話題にあがったものから順次紙面に書き込んでいく。書き込む主体は治療
者でも患者でもよいが、概念的な整理は治療者の役割となる。

A 素因（性格・特性）

精神状態によって大きく変化しにくい基本的な行動パターンや興味関心の傾向、認知特性

1 などを同定する。強み・弱みのいずれの性質となることもありうる。

2 **B 再発の誘発要因（ストレッサー）**

3 患者の情動が変動しやすい苦手なストレスやテーマを同定する。各個人によって異なる
4 ことに配慮し、探索することが必要となる。どんなストレスに対して反応しやすいかという
5 情報は、良い状態を保つための環境調整を行う上で重要である。また、自身に必要な社会的
6 スキルを身につけることによって適応力を高める努力を行うこともありうる。

7 **C 再発の注意サイン（早期警告症状）**

8 ストレスに対する個人の反応として生じる注意サインは、認知行動モデルに基づいて、
9 認知、生理、感情、行動の各要素から探索し、患者の言葉を用いながら同定する。注意サイ
10 ンは自己対処が可能な状態を想定し、同定する。

11 **D 悪化のシナリオ（状態像の階層化）**

12 注意サイン表では、状態を大きく3段階に分け、悪化のシナリオを同定する。良い状態
13 のサインを青信号、注意の状態を黄信号、危険な状態を赤信号として、信号機のメタファー
14 を使って段階づけることが理解しやすい。注意サインと対比しながら、良い状態、危険な状
15 態を同定していく。なお、危険な状態、あるいは問題となる行動は、各ケースの問題に合わ
16 せて同定する。そのため、何を「再発」と捉えるかは、患者と治療者がよく吟味し、合意す
17 る必要がある。

19 **3) 再発予防計画づくり段階**

20 悪化のシナリオを同定したところで、注意サイン表の各段階に応じた対処方法や社会資
21 源の活用をあげていく。対処方法を一通り挙げたところで、患者の希望をもとに、リカバリ
22 ーの視点から目標を記載する。目標は注意サイン表全体と十分に関連づいているか検討し、
23 必要に応じて、追加修正を行う。

24 再発予防計画は、状態悪化を防ぐだけでなく、良い状態を保つための行動や環境調整も
25 重要である。再発のリスクが高まった状態での対処行動には、不適切なものもある。悪循環
26 に陥らないためには、この不適切な対処（主に回避行動）を明確化し、拮抗する別の行動を
27 対処行動に含めることは重要である。

28 作成した注意サイン表は、ホームワークとして、日常生活で活用し、追加や修正がない
29 か確認してもらう。このような作業を通して、共同的に作成し、活用していくことを促す。

31 **4) 活用段階**

32 作成した計画は、ホームワークとして、内容を確認し、日常生活で活用してもらう。注
33 意サイン表は、多様な治療者と共有できるように、橋渡しを行うことも重要である。患者が
34 適切にモニタリングを行い、対処を実行し、必要な情報を随時更新できるようになれば、活
35 用度は十分である。

記入例

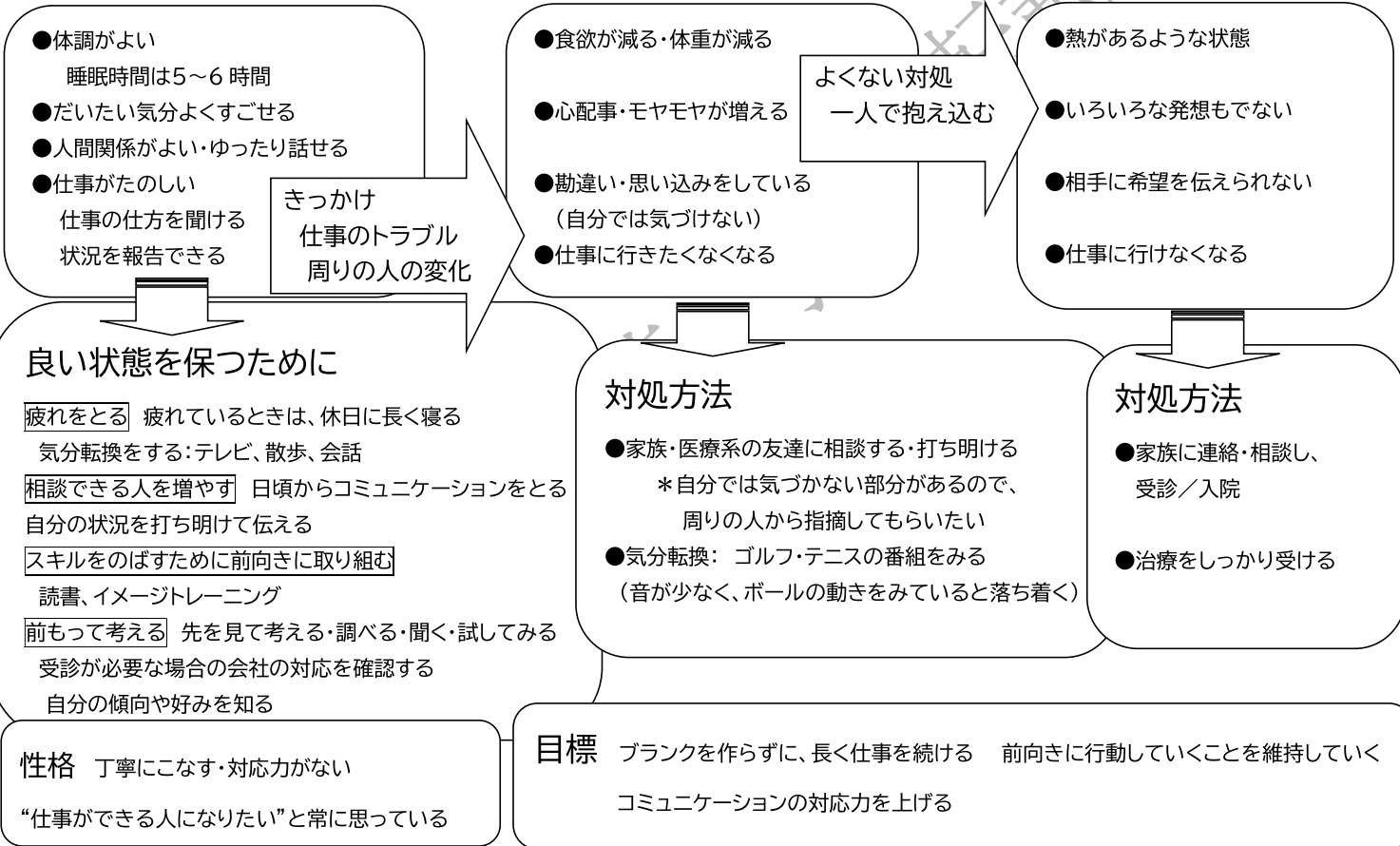
2020年 〇月 〇日 作成

注意サイン表

青信号

黄信号

赤信号



V-15. 終結とブースターセッション

1. 終結とブースターセッションとは

CBTp はあらかじめ定められた回数で終結することが原則であるが、統合失調症の治療自体は CBT で完結するわけではない。定められた回数の中で患者が基本的なスキルを身につけ、症状や問題をコントロールできるようになることは理想的であるが、実際には、いくつかの問題が積み残されたままになることもある。治療者は、CBTp の終結に向けて、今回の治療でどこまでを扱えるのかを想定し、患者が安心感をもって CBTp を終結することができるように準備する。CBTp の終結後にも、患者が自らの目標の達成や困難の克服のために、主治医や多職種 of 支援者と協働しながら、主体的に取り組んでいく感覚を養っていくことが大切である。終結とブースターセッションは、患者が CBTp 終結後にも続けていく治療に向けた橋渡しの役割がある。

2. いつ実施するのか

終結に向けた準備は早期から行っていくが、治療者と患者は、セッション全体の中でどこまで取り組み、何を終結後に課題と残すことになるのかを少しずつ整理していく。

終結に向けたセッションは最後の 2～3 回ほどをかけて実施することが多い。セッションの目的は 2 つあり、一つはセッション全体を振り返り、これまで学んできたことやスキルをまとめることであり、もう一つは、CBTp 終結後の治療や支援、生活や将来への見通し・方向性について計画することである。治療環境の中で許容されるのであれば、CBTp の終結後にブースターセッションを 1～数ヶ月に 1 回、複数回と追加することも推奨される。

3. 具体的な内容

1) サマリー／治療の振り返り

- ・治療の終結に向けて、CBTp で実施した内容を振り返る作業を行い、今後の生活にどのように活かしていくのかについて話し合いを行う。この作業のまとめはサマリー、あるいはグループプリントとして紙にまとめて残すことができるようにする。
- ・まとめは治療者が一方的に行うのではなく、できるだけ患者が自分の言葉で話すことができるように進める。まとめの内容はできるだけ簡略にし、長い表現は使わないようにする。できるだけ、図や表を用いて視覚的にまとめるとよい。
- ・まとめた内容を「誰かに伝える」計画を立て、行動として試すこともよい。例えば、家族や主治医に伝えることを計画する。実際に伝える段階まで行かなくとも、セッションの中でロールプレイをしたり、イメージトレーニングをしたりすることも有用である。
- ・学んだスキルを復習したり、思い出するためのリマインダーとして、カード、写真、録音などを使うことも良い。
- ・治療の終結後に、定期的に見直しを行う計画を立てたり（例：週に 1 回は確認する）、治療中にルーチン化されたモニタリングを継続したりすることを確認することもある。

1

2) 主治医／多職種への橋渡し

3 ・患者と相談した上で、主治医や多職種に伝えておきたい情報、知っておいて欲しいスキル、
4 特に強調して伝えたい内容などを確認する。その上で、治療者が主治医や多職種と情報
5 共有を行う。

6 ・サマリーやブループリントは、主治医や関係する多職種とも共有する。

7 ・治療者は主治医、多職種の関係者とともに、CBTp を振り返るための時間をとり、患者の
8 治療内容の振り返りを行うとともに、治療者としてできたところを確認し、関係者間で
9 認め合い、共有する。治療者が治療においてできたところを確認し達成感を持てるよう
10 にすることと、チームとして治療に取り組んでいるという感覚を持てるようにする。

11

3) ブースターセッション

① ブースターセッションの設定

14 CBTp で一度学んだスキルであっても、日常生活の中でこれを定着させることに苦勞し
15 たり、新たな状況で適応の仕方に悩んだりすることがある。また、セッションの終結という
16 状況に、すぐに慣れることが難しい患者もいる。このような場合に、CBTp で学んだことを
17 具体的に復習したり、新たな状況への適応を検討したり、CBTp が終結する状況に少しずつ
18 慣れていくために必要に応じてブースターセッションを行う。回数や時期については一定
19 の定めはないが、1ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後などと少しずつ間隔をあけていくことが多
20 い。

21

② ブースターセッションで扱うこと

23 ブースターセッションは、CBTp で学んだスキルや方略が、機能しなくなっていないかど
24 うか、非機能的な方略に戻っていないかどうかを再チェックするよい機会となる。CBTp 終
25 結後の環境の変化やストレス状況で、症状悪化へと進まないように未然に防ぐ役割もある。
26 また社会生活に順応しており、患者がさらなるステップアップを目指そうとしているとき
27 は、新たな目標に向けたスキルの活用について検討する場となるかもしれない。

28

③ ブースターセッションの事前準備

30 ブースターセッションの時間を有効に活用するために、実施日時を事前に決めておき、患
31 者に質問リスト（表1）を渡し、あらかじめ何について話し合うと有意義か考えてきてもら
32 うとよい。

このマニュアルは、日本医療研究開発機構（AMED）の課題番号 21dk0307096 の支援を受けて作成されたものです。

ブースター・セッション ガイド	
質問項目	回答欄
1 上手くいっていることは何か	
何か問題が生じたか	
2 どのように対処したか	
もっとよい対処法はありそうか	
今回から次のブースター・セッションの間に起こりうる問題はあるか	
3 どのような自動思考が生じ、どのような信念が活性化しそうか	
その問題にどのように対処すればよさそうか、どのように問題解決するか	
どのようなスキルを使ってみたか	
4 今回から次回のブースター・セッションまでに使えそうなスキルは何か	
そのスキルを活用するうえで妨げとなる自動思考は何か	
その自動思考にどのように対処するか	
自分自身の将来の目標は何か	
5 どのようにしてその目標を達成するか	
獲得したスキルをどのように役立てるか	

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16

第VI章
その他

パブリック用原稿
転載不可

VI- 1. 入院患者への適用

1. 入院患者への適用とは？

本マニュアルは外来患者を想定して作られている。しかし、CBTp そのものは、入院環境を含めた多くの治療環境で実施可能であり、治療の原理やスキルは基本的に同様である。実施する環境に合わせた適用を工夫していく。

2. 入院環境における CBT を困難にする要因

- ・急性期では、病状が不安定で、症状がより重いことが多い
- ・急性期治療では薬物療法による変化の影響が大きい
- ・急性期では経過の見通しが立ちにくい
- ・強制治療では特にだが、自発的な治療への協力が得にくいことが多い
- ・病識が乏しく、病状の受け入れが難しいことが多い
- ・入院期間によって外来環境への移行についての検討が必要といった要因がありうる。

3. 入院での CBTp についてのエビデンス

入院での CBTp の効果を検討した研究は非常に限られている。CBTp を含めた心理的介入は、陽性症状、社会機能、治療コンプライアンスを改善し、再発/再入院のリスクを減少させるが、他の心理的介入と比べた CBTp の優位性は明らかではない(Barnicot ら、2020)。精神症の急性期入院で開始された CBT に基づいた介入は精神症状、機能、症状全般、陰性症状、再入院の低下に弱い効果を示す可能性が示唆されている (Wood ら、2020)。しかし、検出力の不十分さや包含された研究は対象患者の特徴、介入方法、介入期間などに不均一性もあり、純粋に CBTp の効果のみを明らかににはできていない。現段階では、入院中の CBTp のエビデンスはまだ不十分である。

3. 入院での CBTp

入院治療における CBTp については菊池 (2013) に詳細が解説されており、同文献を参考に入院中の CBTp の留意点について触れる。

1) 症状を安心して語ることでできる関係性と症状のノーマライジング

入院中、特に急性期では、患者は精神症状が不安定で、医療関係者と十分な信頼関係が構築されていないことも多い。こうした状況では、患者は医療者に精神症状を語ることに不安を覚え、これを忌避/回避したりすることがある。症状について語ることが症状悪化のサインと捉えられ、薬が増えたり、入院期間が延長したりすることを恐れる場合もある。患者と治療者との信頼関係の構築は入院での CBTp では特に重要である。このためには、患者の症状や体験についてしっかりと耳を傾け、ノーマライジングの技法を用いながら安心して

1 て症状を語るができる関係構築を優先する。

2

3 **2) 退院判断への関与性の課題に取り組む**

4 入院中、特に強制入院では、退院判断に医療者が関与するという現実が、CBTに必要な協働実証主義を制限することがある。このため、退院の判断への関わりについてCBTpの
5 治療者の役割を明確にし、患者にもその旨を適切に説明するのがよい。また、どのような状
6 態が退院するために役立つのか、その判断基準を明確にするとよい。「症状がないようにみ
7 える」よりは「症状について医療者に説明できる」ことが役立つなどという説明も良いだろ
8 う。

9

10

11 **3) 医学モデルに矛盾しない症例の概念化**

12 入院環境、特に急性期では、治療における薬物療法の有効性と重要性を患者に認識して
13 もらい、治療者と共有することが必要になる。このため医学モデルに基づいた病態や症状の
14 理解を、患者に働きかけることが一般的な治療である。入院中のCBTpは、医学モデルと
15 矛盾しないような形で症例の概念化を工夫することがより強く求められる。

16

17 **4) 病棟全体でのCBTpモデルの共有と多職種での協働**

18 入院環境では、外来以上に多職種で多くのスタッフが患者に関わる。このため、入院環
19 境にかかわる多職種がチーム全体としてCBTpを理解し、実施中のCBTpについて共有す
20 ることが望ましい。病院や病棟で定期的な研修会を開いたり、治療会議や事例検討の機会に
21 CBTpの紹介を行ったりすることも良いだろう。

22 病棟の集団療法のプログラムとしてCBTを採り入れることができれば、CBTに関わる
23 スタッフも増え、CBTの知識やスキルも共有されやすくなり、さらに良い。理想的には、
24 集団CBTpと個人CBTpのどちらも利用できる環境が望ましい。

25 病棟内で複数のスタッフが関わり、複数のプログラムが同時に行われる場合、チーム全体で
26 より広い症例の概念化や治療計画を立てて共有し、それぞれのプログラムや関わりの役割
27 分担と調整を行うことが必要であり、多職種での治療会議は重要である。

28

29 **5) 個々の施設、一人ひとりに合わせる**

30 入院環境では、CBTpの回数、時間の設定、導入までの動機づけ、チーム医療の中での
31 位置づけ、多職種との連携・共有、他の治療法との併用などは、均一である必要はなく個々
32 の医療機関の枠組み、患者の特性に合わせて適用することが望ましい。

33 リカバリーを指向する上では、症状のみにこだわらず、本人が今後の人生で成し遂げていき
34 たいという目標を共有し、その達成のために話し合うことなど、治療に意味を見出していく
35 ための協働作業も有効であろう。生物学的治療とCBTpが矛盾なく行われることにより、
36 通院治療や地域生活へのスムーズな移行へとつながることができれば、治療行為への抵抗
37 感が減じ、よりよい症状コントロールやリカバリーが期待できる。入院場面においては外来

このマニュアルは、日本医療研究開発機構（AMED）の課題番号 21dk0307096 の支援を受けて作成されたものです。

- 1 場面と同等かそれ以上に多職種での連携が重要であり、十分な連携体制を作っていく必要
- 2 がある。
- 3

パブリック用原稿 引・転載不可

VI-2. 陰性症状・認知機能障害が強い患者への適用

1. 陰性症状・認知機能障害が強い患者への適用とは

CBT は、会話を通じた治療法であり、治療には動機、意欲、認知的リソース、思考のまとまりが必要になる。しかし、統合失調症では陰性症状や認知機能障害のために、こうした要素が制限されてしまい、一般的な枠組みで CBTp を実施することが難しい場合もある。本マニュアルの範囲で扱える適用については、[V-1. 症状に基づいた介入③その他の症状] で解説されているが、本項ではさらに幅広い適用の可能性について説明する。

2. これまでの研究

1) CBTp についてのメタ解析

これまでのメタ解析の結果によれば、CBTp は陽性症状と比べ陰性症状への効果は乏しく、通常治療との比較での効果量も小さい。認知機能そのものへの効果はあまり調べられておらず、CBTp が効果を発揮するために必要な認知リソースの詳細も明らかではない。

2) 陰性症状を標的にした CBT

陰性症状を直接の標的にして行われた CBTp としては、Grant ら（2012）によって行われたランダム化比較試験がある。このトライアルで用いられた CBTp は 18 ヶ月間という長期に及び、セッション数は平均 50.9 回（16～81 回）であった。このトライアルの対象は陰性症状が顕著で機能の低い統合失調症／統合失調感情障害であったが、CBTp は通常治療と比べ、陽性症状のみならず、陰性症状と機能の全体的尺度（Global Assessment Scale: GAS）を有意に改善させ、効果は 24 ヶ月後の追跡時にも維持されていた。

24 ヶ月間の経過の解析によれば、罹病期間が短い群の改善は治療開始後早期から得られていたのに対し、罹病期間の長い群の改善は治療開始から 1 年以上経過した後期に得られていた。つまり罹病期間の長い慢性の患者には、1 年以上かけた長期の治療が必要なことが示唆された。

この研究で用いられたマニュアルが元になって開発されたのがリカバリーを目指した認知療法（CT-R: Recovery-oriented cognitive therapy）（Beck ら, 2021）であり、同書には従来の CBTp の枠を超えたアプローチが示されている。

3) 精神症発症後早期の重度の社会的障害を標的にした CBT

精神症発症後早期の重度の社会的障害を標的にした CBT（Fowler ら, 2013）では、アウトリーチが重視され、セラピストにはケースマネジメントの役割も兼ね備えることが求められ、実利を重視する問題解決的なアプローチや個別就労支援で用いられる技法も使われた。トライアルの結果、通常の早期介入サービスと比べてこの治療を付加した群の方が介入後の活動時間が増えていた。この介入は、強いひきこもりがあり、治療関係を結ぶことが難しい、以前であれば治療に反応しなかった若い精神障害の人々に対し CBT が役立つ可能性

1 を示唆した。

2

3 3. 陰性症状・認知機能障害が強い患者への適用

4 多くのランダム化比較試験で検討された CBTp は、本マニュアルのような標準的な
5 CBTp やこれに類似した枠組みで行われてきた。しかし、陰性症状や重度の機能障害で効果
6 を示した CBT は、従来一般的な CBTp の枠組みを敢えて外したアプローチがとられてい
7 る。また、実践レベルでは CBTp に基づいたアプローチはさまざまな現場で活用されてお
8 り、さまざまな治療法や支援と組み合わせることで CBTp の効果が得られやすくなる可能
9 性がある。

10

11 1) 治療構造の工夫

12 陰性症状・認知機能障害が強い患者に対しては、より長期の治療期間や多くのセッション
13 の回数を用意しておくことが必要だろう。また、セッションも、外来の診察室以外で行うこ
14 とも検討されるべきである。訪問診療の枠組みを利用するなどしてアウトリーチを行い患
15 者の住んでいる場所や近くで実施したり、一緒に外出して行動実験を行ったり、遠隔での実
16 施なども考えられるだろう。また、入院環境であれば、病室での実施、病棟の行事、作業療
17 法との組み合わせなども工夫できるかもしれない。

18

19 2) 病態の鑑別と適切な症例の概念化

20 [V章、その他の症状]においても解説されているが、陰性症状・認知機能障害に見え
21 ている症状が、薬剤による過鎮静やうつ、不安、トラウマ、発達あるいは知的障害などに
22 による二次性のものである可能性がある。それらの鑑別と症例の概念化を適切に行うことが大
23 切である。

24

25 3) 施行上の工夫

26 例えば発達症に伴う知覚処理に問題がある場合、特性に応じた施行上の配慮が有効かも
27 しい。注意力に問題がある場合は、休憩時間を細かく取ったり、セッション自体の時間
28 を短くしたり、注意力を削ぐような刺激を置かないなど環境的配慮も必要になる。
29 適切な理解がなされているか、確認とフィードバックを丁寧に繰り返したり、スモールステ
30 ップを心がけたりといったことも基本的なスキルとなる。

31

32 長期にわたり症状に改善がない患者の場合、症状に着目するだけでなく、本人のリカ
33 バリーや人生の目標に着目して支援をしていく考え方が重要である。それこそが治療への
34 動機づけの根幹となるからであり、動機づけがない場合はどんな治療プログラムも有効性
35 は乏しいものになる。

35

36 4) 他の治療との組み合わせ

37

ソーシャルスキルトレーニング（SST）、認知機能トレーニング、メタ認知トレーニング

- 1 (MCT)、精神科デイケア／ショートケア、包括的地域生活支援プログラム（ACT）など、
- 2 他の治療法と組み合わせることで CBTp が役立つ機会が増えるかもしれない。また、今後
- 3 は CT-R が広く活用されていくことも期待される。
- 4
- 5

パブリック入用原稿 引・転載不可

V-3. 薬物療法との関係

1 薬物療法について

統合失調症の治療においては、抗精神病薬を含めた薬物療法を行うことが標準的な治療と考えられており、CBTp は薬物療法に追加される付加的な治療として実施されることが一般的である。

2 薬物療法と CBTp との関係

1) 薬物療法が CBTp に及ぼす影響

A) 抗精神病薬には統合失調症の症状を軽減する効果がある。幻覚や妄想、形式的思考障害、衝動性や興奮が顕著な場合や行動制御が困難な場合には、はじめに薬物療法を行い、精神状態を改善することで CBTp の実施が容易となり、効果を得やすくなる。

B) 抗精神病薬には統合失調症の認知機能障害、例えば注意力、記憶力、実行機能などの改善効果がある。この場合、薬物療法によって CBTp の効果が増強されると考えられる。一方で、副作用として同様の認知機能障害が起こることがある。この場合には CBTp の実施に必要な認知的リソースが制限されてしまい、CBTp の効果が阻害されるおそれがある。薬に対する不信感は治療全体に悪影響を及ぼす。

2) CBTp が薬物療法に及ぼす影響

A) 薬物療法により十分な効果が得られない陽性症状に対し CBTp が効果を示す場合がある。症状そのものが軽減する場合もあるが、症状が残った場合でも症状に対する苦痛感を減らしたり、日常生活への影響を最小限にするための対処が検討される。

B) 患者によっては、CBTp が抗精神病薬のアドヒアランスを高めることに役立つ場合がある。症状に対処する手段として役立ったり、薬物療法についての不信感、誤解、知識不足などの課題が CBTp で扱われることで服薬を受け入れ易くなることがある。

3) CBTp と薬物療法の併用

A) CBTp と薬物療法は相補的關係にあり、うまく機能すればどちらも患者にとって保護因子となる。既述の通り、CBTp は薬物療法に併用されることが原則である。併用療法では、服薬アドヒアランス向上に加え、陽性症状・陰性症状・抑うつ・社交不安などの改善効果が示されている。また、自殺リスクの評価、入院の予防と管理、ハイリスク行動とトラウマの管理、内科的併存疾患の管理などの領域でも併用療法の効果が期待される。

B) CBTp の実施中に薬物療法に関することを扱う機会は比較的多い。特にアドヒアラ

1 ンスにかかわる問題のニーズは高い。これを向上させるためのスキルやツールに
2 については複数の図書で紹介されており、必要に応じて利用するのが良いだろう（表
3 1）。

5 表1. CBTp において服薬アドヒアランスを向上させるためのスキルやツールを扱った書
6 籍の一覧

書籍名（ページ）	出版社	著者、（監）訳者	内容
リカバリーをめざす統合失調症の認知行動療法ワークブック（135-175）	星和書店	〈著〉ダグラス・ターキントンら、〈訳〉菊池安希子、佐藤美奈子	抗精神病薬への理解を助けるワークブック
統合失調症のための集団認知行動療法(160-168)	星和書店	〈著〉エマ・ウィリアムズ、〈監訳〉菊池安希子	アドヒアランス向上を目指した集団心理学的介入プログラム
認知行動療法・薬物療法併用ガイドブック（51-70）	金剛出版	〈著〉ドナ・M・スタック、〈監訳〉貝谷久宣	精神疾患全般において、服薬アドヒアランスを向上させるためのCBTの技法
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(186-227)	星和書店	〈著〉アンソニー・P・モリソンら、〈訳〉菊池安希子、佐藤美奈子	薬物療法について自己学習用の情報
認知行動療法トレーニングブック 統合失調症・双極性障害・難治性うつ病編（339-364）	医学書院	〈著〉ジェセ・H・ライトら、〈監訳〉古川壽亮	服薬アドヒアランス改善のためのCBT技法

7
8 **3 薬物療法の必要性が相対的、あるいは希望しない患者に対する CBTp**

9 **1) 薬への抵抗を示したり、怠薬が問題となる場合**

10 本マニュアルは薬物療法を受け入れている患者を主な対象に想定している。しかし、実
11 際の患者のなかには、薬物療法に抵抗感を抱いていたり、繰り返す怠薬が問題となる者もい
12 る。この場合には、薬物療法に関わる課題を扱ったり、アドヒアランスを改善したりするこ
13 とがCBTpの目的の一つになりうる。

14
15 **2) 継続的な抗精神病薬服用の必要性が相対的な場合**

16 統合失調症の中には、一部ではあるが、長期経過の中で必要とされる抗精神病薬の量が
17 最小量にまで減ったり、全く服薬しないままでも長期間安定する患者がいる。特に、初回エ
18 ピソード精神症においては、薬の量を最小限にした上で、薬の中止を検討することがふさわ
19 しい事例も一定数存在し、複数のガイドラインが薬の減量や中止の検討について記載して
20 いる。

21 また、統合失調症または他の一次性精神症群の中でも、統合失調型症、急性一過性精神
22 症、妄想症、他の特定される統合失調症または一次性精神症では、抗精神病薬の効果や継続
23 的服用の有効性についてのエビデンスは十分とは言えない。

1 このように、統合失調症または他の一次性精神症群全体の中での患者の経過は多様であ
2 り、抗精神病薬の長期服用の必要性は一人ひとりの患者で異なることに留意する。あらゆる
3 患者を、統合失調症の慢性モデルの枠に押し込めることには悪影響もあるため、CBTpにお
4 いてもこの点については注意が必要である。

5

6 **3) 薬についての体験や考えを扱う**

7 CBTp では、患者の服薬についての体験・考えを聴取し、服薬を続けることへの不安や
8 服薬を中止したいと患者が考える場合には、その患者の気持ちや考えを認めることから検
9 討を開始する。患者の目標や問題の解決のために、薬がどのような役割を果たしたり、何を
10 邪魔したりするのかを協働的に検討する。必要に応じて、薬物療法についての客観的な情報
11 収集を手助けしたり、服用を継続することと服薬を中止することのメリットやデメリット
12 を検討する。

13

14 **4) 抗精神病薬治療を望まない患者への CBTp**

15 英国の一つの研究では（Morrison ら, 2014）、抗精神病薬治療を望まない患者に対して
16 CBTp を実施したところ精神症状の改善に効果を示し、その中の一部は薬物療法を希望す
17 るようになったという。しかし、現在のところ、CBTp のこうした適用は例外的なものとし
18 て扱うべきであろう。

19

引用・参考文献

I - 1. CBTp の概略

- ・ Beck AT. Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenia with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry* 42: 312-319, 1952
- ・ Chadwick PD, et al. *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Wiley, Chichester, 1996（古村健, 他 訳. 妄想・幻声・パラノイアへの認知行動療法. 星和書店, 2012）
- ・ Fowler D., et al. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice*. Wiley, Chichester, 1995（石垣琢磨、他監訳. Challenge the CBT 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, 2011）
- ・ 菊池安希子. サイコシスの認知行動療法の動向. *精神医学* 63 : 387-393, 2021
- ・ Kingdon DG et al. *Cognitive-Behavioural Therapy of Schizophrenia*. Lawrence Erlbaum, Hove, 1994（原田誠一 訳. 統合失調症の認知行動療法. 日本評論社, 2009）

I - 2. 統合失調症・精神症の基礎理解

- ・ Fusar-Poli P, et al. Diagnostic Stability of ICD/DSM First Episode Psychosis Diagnoses: Meta-analysis. *Schizophr Bull* 42: 1395-1406, 2016.
- ・ Lieberman JA et al. Psychotic Disorders. *N Engl J Med* 379: 270-280, 2018.

I - 3. CBTp のモデル

- ・ Beck, A. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International University Press, New York: 1976.
- ・ Morrison AP, et al. What are the components of CBT for psychosis? A Delphi study. *Schizophr Bull* 2010, 36(1):136-142.
- ・ Garety PA, et al. Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper. *Psychol Med*. 2007 Oct;37(10):1377-91.
- ・ Beck AT, et al. What accounts for poor functioning in people with schizophrenia: a re-evaluation of the contributions of neurocognitive v. attitudinal and motivational factors. *Psychol Med*. 2018 Dec;48(16):2776-2785.

I - 4. 治療の概略とリカバリーモデル

- ・ Beck AT, et al.: *Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Serious Mental Health Conditions*, The Guilford Press, New York, 2021
- ・ 松本和紀ら. リカバリーを指向する CBTp(CBTp for psychosis). *最新精神医学*

- 1 26: 11-17, 2021
- 2 ・ Morrison AP: A manualised treatment protocol to guide delivery of evidence-based
- 3 cognitive therapy for people with distressing psychosis: learning from clinical trials.
- 4 Psychosis 9: 271-281, 2017
- 5 ・ Van Eck RM, et al. The relationship between clinical and personal recovery in
- 6 patients with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review and meta-
- 7 analysis. Schizophr Bull 44: 631-642, 2018.

8

9 I - 5. 病期に応じた CBTp

- 10 ・ American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients
- 11 with Schizophrenia Third Edition. American Psychiatric Association, 2021
- 12 ・ 石垣琢磨 他. 事例で学ぶ統合失調症のための認知行動療法. 金剛出版, 2019
- 13 ・ French P, et al. Early detection and cognitive therapy for people at high risk of
- 14 developing psychosis - a treatment approach. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester,
- 15 2004 (松本和紀, 他 訳. 統合失調症の早期発見と認知療法－発症リスクの高い状
- 16 態への治療的アプローチ. 星和書店, 2006)
- 17 ・ Galletly C, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical
- 18 practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders.
- 19 Aust NZ J Psychiatry 50(5) 410-472, 2016
- 20 ・ 松本和紀ら. ARMS(アットリスク精神状態)に対する認知行動療法の現状. 最新
- 21 精神医学 23: 105-112, 2018
- 22 ・ National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. Psychosis and
- 23 Schizophrenia in Adults: Prevention and Management, 2014
- 24 ・ 早期精神病の診療プランと実践例－予備的ガイダンス 2017－. 国立研究開発法人
- 25 日本医療研究開発機構（AMED）障害者対策総合研究開発事業（精神障害分野）
- 26 （研究開発代表者：水野雅文）, 2017

27

28 I - 6. セッション構造の特徴

- 29 ・ Beck AT, et al. Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Serious Mental Health
- 30 Conditions. The Guilford Press, 2021.
- 31 ・ Beck JS. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond 3rd edition. The Guilford
- 32 Press, 2020.
- 33 ・ Kennerley H, et al. An introduction to cognitive behavioural therapy Skills &
- 34 Applications 3rd edition. SAGE publications Ltd, 2016.
- 35 ・ Kingdon DG, et al. Cognitive therapy of schizophrenia (Guides to individualized
- 36 evidence-based treatment). Th Guilford Press, 2008.
- 37 ・ Morrison AP: A manualised treatment protocol to guide delivery of evidence-based

- 1 cognitive therapy for people with distressing psychosis: learning from clinical trials.
2 Psychosis 9: 271-281, 2017
- 3 ・ Morrison AP, et al. Cognitive therapy for psychosis: A formulation-based
4 approach. In Cognitive Therapy for Psychosis: A Formulation-Based Approach.
5 Routledge, 2004
 - 6 ・ Wright NP, et al. Treating psychosis: A clinician's guide to integrating acceptance
7 and commitment therapy, compassion-focused therapy and mindfulness
8 approaches within the cognitive behavioral therapy tradition. New Harbinger
9 Publications, 2014

10

11 I-7. CBTp を実践する上で必要なスキル

- 12 ・ Beck AT, et al. Schizophrenia: Cognitive Therapy, Research, and Therapy. The
13 Guilford Press, New York, 2009 (大野裕 監訳. ベックの統合失調症の認知療法.
14 岩崎学術出版社, 2018)
- 15 ・ Beck AT, et al. Recovery-Oriented Cognitive Therapy for Serious Mental Health
16 Conditions. The Guilford Press, 2021.
- 17 ・ Beck JS. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond 3rd edition. The Guilford
18 Press, 2020
- 19 ・ Fowler D., et al. Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice.
20 Wiley, Chichester, 1995 (石垣琢磨、他監訳. Challenge the CBT 統合失調症を理
21 解し支援するための認知行動療法, 金剛出版, 2011)
- 22 ・ 石垣琢磨. 統合失調症の認知行動療法(CBTp) – CBTp の概略と欧米における現
23 状 – . 精神神経学雑誌 115: 372-378, 2013
- 24 ・ Kennerley H, et al. An introduction to cognitive behavioural therapy Skills &
25 Applications 3rd edition. SAGE publications Ltd, 2016.
- 26 ・ Kingdon DG, et al. Cognitive therapy of schizophrenia (Guides to individualized
27 evidence-based treatment). Th Guilford Press, 2008.
- 28 ・ 松本和紀、他. 認知行動療法. 笠井清登 (編) : 講座精神疾患の臨床. 2. 統合
29 失調症. pp130-140, 中山書店, 2020
- 30 Morrison AP, et al. Cognitive therapy for psychosis: A formulation-based
31 approach. In Cognitive Therapy for Psychosis: A Formulation-Based Approach.
32 Routledge, 2004.
- 33 ・ Morrison AP: A manualised treatment protocol to guide delivery of evidence-based
34 cognitive therapy for people with distressing psychosis: learning from clinical trials.
35 Psychosis 9: 271-281, 2017
- 36 ・ National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. Psychosis and
37 Schizophrenia in Adults: Prevention and Management, 2014

- 1 · Spencer HM, et al. What are the essential ingredients of a CBT case
2 conceptualization for voices and delusions in schizophrenia spectrum disorders? A
3 study of expert consensus. Schizophrenia Research, 224, 74–81.
- 4 · Wright NP, et al. Treating psychosis: A clinician’s guide to integrating acceptance
5 and commitment therapy, compassion-focused therapy and mindfulness
6 approaches within the cognitive behavioral therapy tradition. New Harbinger
7 Publications, 2014.
- 8 ·
- 9 **I - 8. 多職種連携について**
- 10 · 大野裕. 認知療法・認知行動療法 治療者用マニュアルガイド. 星和書店, 2010
- 11
- 12 **II - 1. CBTp 導入までのプロセス**
- 13 · Beck AT, et al. Schizophrenia: Cognitive Therapy, Research, and Therapy. The
14 Guilford Press, New York, 2009 (大野裕 監訳. ベックの統合失調症の認知療法.
15 岩崎学術出版社, 2018)
- 16 · Fowler D., et al. Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice.
17 Wiley, Chichester, 1995 (石垣琢磨、他監訳. Challenge the CBT 統合失調症を理
18 解し支援するための認知行動療法, 金剛出版, 2011)
- 19 · Wright JH, et al. Cognitive-Behavior Therapy for Severe Mental Illness – An
20 Illustrated Guide. (古川壽亮, 他 訳. 認知行動療法トレーニングブックー統合失調
21 症・双極性障害・難治性うつ病編. 医学書院, 2010)
- 22
- 23 **II - 2. 事前の情報収集とアセスメント**
- 24 · Achim A, et al. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-
25 analysis and critical review on a significant association. Schizophr Bull 37(4): 811-
26 821, 2011
- 27 · Addington D, et al. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression
28 Scale. British Journal of Psychiatry 163 (suppl. 22): 39-44, 1993
- 29 · Andreasen N. The broken brain: The biological revolution in psychiatry. New
30 York: Harper & Row. 1984(a)
- 31 · Andreasen N. The Scale for assessment of Positive Symptoms (SAPS). Iowa City:
32 University of Iowa Department of Psychiatry. 1984(b)
- 33 · Andreasen N. The Scale for assessment of Negative Symptoms (SANS). Iowa City:
34 University of Iowa Department of Psychiatry. 1984(c)
- 35 · Andreasen N. The Scale for assessment of Negative Symptoms (SANS):
36 Conceptual and theoretical foundations. British Journal of Psychiatry 155 (Suppl.
37 7): 53-58, 1989

- 1 • Beck A, et al. Manual for Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX:
2 psychological Corporation.
- 3 • Beck AT, et al. Schizophrenia: Cognitive Therapy, Research, and Therapy. The
4 Guilford Press, New York, 2009 (大野裕 監訳. ベックの統合失調症の認知療法.
5 岩崎学術出版社, 2018)
- 6 • Beck-Sander A., Birchwood M. & Chadwick P. Acting on command hallucinations:
7 a cognitive Acting on command hallucinations: a cognitive approach. British
8 Journal of Clinical Psychology 36, 139-148, 1997.
- 9 • Birchwood M, et al. The power and omnipotence of voices: subordination and
10 entrapment by voices and significant others. Psychological Medicine 30: 337-344,
11 2000
- 12 • Brabban A, et al. The importance of human relationships, ethics and recovery-
13 orientated values in the delivery of CBT for people with psychosis. Psychosis 9(2):
14 157-166, 2016
- 15 • Byrne S, et al. A Casebook of Cognitive Behavior Therapy for Command
16 Hallucinations – A Social Rank Therapy Approach. (菊池亜希子, 他 訳. 命令幻聴
17 の認知行動療法. 星和書店, 2010)
- 18 • Chadwick PD, et al. Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia. Wiley,
19 Chichester, 1996 (古村健, 他 訳. 妄想・幻声・パラノイアへの認知行動療法.
20 星和書店, 2012)
- 21 • First M, et al. Structured Clinical Interview for DSM-5-Research Version (SCID-5
22 for DSM-5, research version; SCID-5-RV) Arlington: American Psychiatric
23 Association. 2015
- 24 • Haddock G, et al. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions:
25 The Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS). Psychological Medicine 29,
26 879-889, 1999
- 27 • Hamilton M. 'A Rating Scale for Depression'. Journal of Neurology, Neurosurgery
28 and Psychiatry 23: 56-62, 1960
- 29 • Jones S, et al. A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the
30 Global Assessment of Functioning (GAF). British Journal of Psychiatry 166(5):
31 654-659, 1995
- 32 • Kay S, et al. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for
33 schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 13(2): 261-276, 1987
- 34 • Kay S, et al. reliability and validity of the Positive and Negative Syndrome Scale for
35 schizophrenics. Psychiatry Research 23(1): 99-110, 1988
- 36 • Kingdon D, et al. Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia. (原田誠一, 訳.
37 統合失調症の認知行動療法. 日本評論社, 2002)

- 1 ・ Liebowitz R. "Social Phobia". Anxiety. Modern Problems of Pharmacopsychiatry
2 22: 141-173, 1987
- 3 ・ Morosini P, et al. Development, reliability and acceptability of a new version of the
4 DSM- IV Social Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess
5 routine social functioning. Acta Psychiatrica Scandinavica 101(4): 323 – 329, 2000
- 6 ・ Overall J & Gorham D. 'The Brief psychiatric Rating Scale'. Psychological
7 Reports 10: 799-812, 1962
- 8 ・ Watson D & Friend R. 'Measurement of Social-evaluative Anxiety'. Journal of
9 Consulting and Clinical Psychology 33 (4): 448-457, 1969
- 10 ・ Williams E. Interventions for Schizophrenia. (菊池亜希子, 他 訳. 統合失調症のため
11 の集団認知行動療法. 星和書店, 2008)
- 12 ・ Wright J, et al. Learning Cognitive-Behavior Therapy – An Illustrated Guide. (大野
13 裕, 訳. 認知行動療法トレーニングブック. 医学書院, 2007)
- 14 ・ Wright J, et al. Cognitive-Behavior Therapy for Severe Mental Illness – An
15 Illustrated Guide. (古川壽亮, 他 訳. 認知行動療法トレーニングブック—統合失調
16 症・双極性障害・難治性うつ病編. 医学書院, 2010)

18 II-3. 概念化と治療目標

- 19 ・ French P, et al. Early detection and cognitive therapy for people at high risk of
20 developing psychosis - a treatment approach. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester,
21 2004 (松本和紀, 他 訳. 統合失調症の早期発見と認知療法—発症リスクの高い状
22 態への治療的アプローチ. 星和書店, 2006)
- 23 ・ Hardy K. Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (CBTp). Stanford University
24 Department of Psychiatry and Behavioral Health
- 25 ・ 石垣琢磨 他 (編). 事例で学ぶ統合失調症のための認知行動療法. 金剛出版,
26 2011
- 27 ・ Landa Y. Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (CBTp) An Introductory
28 Manual for Clinicians. Mental illness research, education & clinical center
- 29 ・ Morrison, A.P. The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative
30 cognitive approach to hallucinations and delusions. Behavioural and Cognitive
31 Psychotherapy 29(3), 257-276, 2001
- 32 ・ Morrison AP: A manualised treatment protocol to guide delivery of evidence-based
33 cognitive therapy for people with distressing psychosis: learning from clinical trials.
34 Psychosis 9: 271-281, 2017

36 III-1. 初回セッションの進め方・丁寧な関係作り

- 37 ・ Beck JS. Cognitive therapy: Basics and beyond. The Guilford Press, New York,

- 1 1995（伊藤絵美、他訳．認知行動療法実践ガイド基礎から応用までー ジュディ
2 ス・ベックの認知療法テキストー，星和書店，2004）
- 3 ・ Fowler D., et al. Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice.
4 Wiley, Chichester, 1995（石垣琢磨、他監訳．Challenge the CBT 統合失調症を理
5 解し支援するための認知行動療法，金剛出版，2011）
- 6 ・ 世界行動療法認知療法会議神戸大会プログラム委員会編（2008）PTSD、強迫性
7 障害、統合失調症、妄想への対応 金子書房
- 8 ・ Chadwick PD, et al. Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia. Wiley,
9 Chichester, 1996（古村健，他訳．妄想・幻声・パラノイアへの認知行動療法．星
10 和書店，2012）

11

12 III-2. 目標設定

- 13 ・ French P, et al. Early detection and cognitive therapy for people at high risk of
14 developing psychosis - a treatment approach. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester,
15 2004（松本和紀，他 訳．統合失調症の早期発見と認知療法ー発症リスクの高い状
16 態への治療的アプローチ．星和書店，2006）
- 17 ・ Wright J. H. et al. Cognitive-Behavior Therapy for Severe Mental Illness: An
18 Illustrated Guide. American Psychiatric Publishing, 2009（大野 裕，訳 認知行
19 動療法トレーニングブック 統合失調症・双極性障害・難治性うつ病編、医学書
20 院，2010）

21

22 III-3. 認知行動療法を患者に導入する（socialization）

- 23 ・ Morrison AP et al. Cognitive Therapy for Psychosis: A Formulation-Based
24 Approach. Brunner-Routledge, New York, 2004
- 25 ・ Dunn H et al. Patients' experiences of homework tasks in cognitive behavioral
26 therapy for psychosis: a qualitative analysis. Clinical Psychology & Psychotherapy
27 9: 361 – 369, 2002
- 28 ・ Beck AT, et al. The negative symptoms of schizophrenia: a cognitive perspective.
29 Can J Psychiatry 50: 247-57, 2005

30

31 III-4. 心理教育

- 32 ・ Beck AT, et al. Schizophrenia: Cognitive Therapy, Research, and Therapy. The
33 Guilford Press, New York, 2009（大野裕 監訳．ベックの統合失調症の認知療法.
34 岩崎学術出版社，2018）
- 35 ・ Lukens EP, et al. Psychoeducation as evidence-based practice. Foundations of
36 evidence-based social work practice 291: 205-25, 2006
- 37 ・ Morrison AP., et al. Think you're crazy? Think again A resource book for cognitive

1 therapy for psychosis. Routledge, London and New York, 2008（菊池安希子、他
2 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カー. 星
3 和書店. 2012）

4 ・ Robinson D, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of
5 schizophrenia or schizoaffective disorder. Archives of general psychiatry 56(3):
6 241-247, 1999

7 ・ Wiersma D, et al. Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of
8 a Dutch incidence cohort. Schizophrenia bulletin 24(1): 75-85, 1998

9 10 IV-1. 幻覚

11 ・ Birchwood M, et al. Schizophrenia. Psychology Press, 2001（丹野義彦、他 訳. 統合失調症
12 基礎から臨床への架け橋. 東京大学出版会, 2006）

13 ・ Chadwick PD, et al. Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia. Wiley,
14 Chichester, 1996（古村健, 他 訳. 妄想・幻声・パラノイアへの認知行動療法.
15 星和書店, 2012）

16 ・ Fowler D., et al. Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice.
17 Wiley, Chichester, 1995（石垣琢磨、他監訳. Challenge the CBT 統合失調症を理
18 解し支援するための認知行動療法, 金剛出版, 2011）

19 ・ 原田誠一. 正体不明の声－幻覚妄想体験の治療ガイド. アルタ出版, 2002

20 ・ 菊池安希子. サイコシスの認知行動療法の動向. 精神医学 63 : 387-393, 2021

21 ・ ニコラス・タリア. 統合失調症に対する対処ストラテジー増強法（CSE）.世界行
22 動療法認知療法会議神戸大会プログラム委員会編. ワークショップから学ぶ認知
23 行動療法の最前線. PTSD・強迫性障害・統合失調症・妄想への対応. pp133-227,
24 金子書房, 2008

25 ・ Wright JH, et al. High-Yield Cognitive-Behavior Therapy for Brief Sessions: An
26 Illustrated Guide. American Psychiatric Publishing, Inc, 2010（大野裕, 訳. 認知行
27 動療法トレーニングブック 短時間の外来診療編 [DVD 付]. 医学書院, 2011）

28 29 IV-2. 妄想

30 ・ Morrison AP., et al. Think you're crazy? Think again A resource book for cognitive
31 therapy for psychosis. Routledge, London and New York, 2008（菊池安希子、他
32 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カー. 星
33 和書店. 2012）

34 ・ 古村健, 他. 2) 妄想の認知行動療法. 下山晴彦(編): 公認心理師技法ガイド
35 臨床の場で役立つ実践のすべて. 文光堂. 東京. 2019

36 ・ Garety P et al. Delusions: Investigations Into The Psychology Of Delusional
37 Reasoning. Psychology Press, London, 1997. (丹野義彦監訳. 妄想はどのようにし

- 1 て立ち上がるか。ミネルヴァ書房。東京。2006)
- 2 ・ Nicola Wright et. al (2010) Recovery Oriented Cognitive Behavioural Therapy
- 3 Group for Psychosis /Alternate Realities Manual. (耕野敏樹訳 サイコーシスに
- 4 対するリカバリーを目指した集団認知行動療法マニュアル, 未刊)
- 5 ・ 丹野義彦, 他編. ワークショップから学ぶ認知行動療法の最前線. 金子書房. 東
- 6 京. 2008
- 7 ・ Wright JH, et al. Cognitive-Behavior Therapy for Severe Mental Illness - An
- 8 Illustrated Guide, American Psychiatric Publishing, Washington D.C. and London,
- 9 2009 (古川壽亮監訳. 認知行動療法トレーニングブック 統合失調症・双極性障
- 10 害・難治性うつ病編, 医学書院. 東京. 2010)
- 11

12 IV-3. その他の症状

- 13 ・ Beck AT, et al. Schizophrenia: Cognitive Therapy, Research, and Therapy. The
- 14 Guilford Press, New York, 2009 (大野裕 監訳. ベックの統合失調症の認知療法.
- 15 岩崎学術出版社, 2018)
- 16 ・ Turkington D. et al. Back to life, back to normality. Cognitive therapy, recovery and
- 17 psychosis. Cambridge University Press, New York, 2009 (菊池安希子, 他訳. リカ
- 18 バリーを目指す統合失調症の認知行動療法ワークブック, 星和書店, 2016)
- 19 ・ Wright JH, et al. Cognitive-Behavior Therapy for Severe Mental Illness - An
- 20 Illustrated Guide, American Psychiatric Publishing, Washington D.C. and London,
- 21 2009 (古川壽亮監訳. 認知行動療法トレーニングブック 統合失調症・双極性障
- 22 害・難治性うつ病編, 医学書院. 東京. 2010)
- 23

24 V-1. ノーマライジング

- 25 ・ Morrison AP., et al. Think you're crazy? Think again A resource book for cognitive
- 26 therapy for psychosis. Routledge, London and New York, 2008 (菊池安希子, 他訳.
- 27 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カー. 星和書
- 28 店. 2012)
- 29 ・ 原田誠一 正体不明の声—幻覚妄想体験の治療ガイド アルタ出版
- 30 ・ 石垣琢磨 統合失調症の認知行動療法(CBTp)—CBTp の概略と欧米における現
- 31 状— 精神経誌(2013)115 巻 4 号
- 32 ・ 「正体不明の声ハンドブック」 http://www.ar-pb.com/files/s_handbook.pdf
- 33 ・ MCT-J ネットワーク (M ネット <http://mct-j.jp.org/>) 「精神病かな?と思った
- 34 ときに読む本」
- 35

36 V-2. 行動活性化

- 37 ・ 古村健 他. 3)陰性症状の認知行動療法. 下山晴彦(編): 公認心理師技法ガイド 臨

- 1 床の場で役立つ実践のすべて. pp572-577, 文光堂, 2019
- 2 ・ Granholm E L, et al. Cognitive-Behavioral Social Skills Training for Schizophrenia,
- 3 2016 (熊谷直樹, 他 訳. 認知行動 SST 統合失調症支援のための臨床実践ガイ
- 4 ド. 星和書店,2019)
- 5 ・ Wright J H, et al. Learning Cognitive-Behavior Therapy An Illustrated Guide, 2006
- 6 (大野裕, 他 訳. 認知行動療法トレーニングブック. 医学書院, 2007)
- 7 ・ Wright J H, et al. Cognitive-Behavior Therapy for Severe Mental Illness An
- 8 Illustrated Guide, 2009 (古川壽亮監訳. 認知行動療法トレーニングブック 統合
- 9 失調症・双極性障害・難治性うつ病編. 医学書院,2010)

10

11 V-3. 段階的課題設定

- 12 ・ Hardy K. Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (CBTp). Stanford University
- 13 Department of Psychiatry and Behavioral Health
- 14 ・ Landa Y. Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (CBTp) An Introductory
- 15 Manual for Clinicians. Mental illness research, education & clinical center
- 16

17 V-4. 問題解決

- 18 ・ Beck J.S. Cognitive therapy for challenging problems What to do when the basics
- 19 don't work. The Guilford Press, New York, 2005 (伊藤絵美, 他訳. 認知行動療法
- 20 実践ガイド：困難事例編 続ジュディス・ベックの認知療法テキスト, 星和書
- 21 店, 2007)
- 22 ・ Fowler D., et al. Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice.
- 23 Wiley, Chichester, 1995 (石垣琢磨、他監訳. Challenge the CBT 統合失調症を理
- 24 解し支援するための認知行動療法, 金剛出版, 2011)
- 25 ・ 平井啓 他. ワークシートで学ぶ問題解決療法 認知行動療法を実践的に活用し
- 26 たい人へ実践のコツを教えます. ちとせプレス, 2020.
- 27 ・ Turkington D. et al. Back to life, back to normality. Cognitive therapy, recovery
- 28 and psychosis. Cambridge University Press, New York, 2009 (菊池安希子, 他訳.
- 29 リカバリーを目指す統合失調症の認知行動療法ワークブック, 星和書店, 2016)
- 30 ・ Williams E. Interventions for Schizophrenia. Speechmark Publishing Ltd, 2004
- 31 (菊池安希子監訳. 統合失調症のための集団認知行動療法, 星和書店, 2008)
- 32

33 V-5. 認知再構成（1）思考の同定 V-6 認知再構成（2）思考の修正

- 34 ・ Chadwick P, et al. Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia. John Wiley
- 35 & Sons, Ltd, Chichester, 1996 (古村健、石垣琢磨訳. 妄想・幻声・パラノイアへ
- 36 の認知行動療法. 星和書店, 2012)
- 37 ・ French P, et al. Early detection and cognitive therapy for people at high risk of

- 1 developing psychosis - a treatment approach. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester,
2 2004（松本和紀, 他 訳. 統合失調症の早期発見と認知療法－発症リスクの高い状
3 態への治療的アプローチ. 星和書店, 2006）
- 4 ・ Morrison AP., et al. Think you're crazy? Think again A resource book for cognitive
5 therapy for psychosis. Routledge, London and New York, 2008（菊池安希子、他
6 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
7 和書店, 2012）
 - 8 ・ Turkington D. et al. Back to life, back to normality. Cognitive therapy, recovery
9 and psychosis. Cambridge University Press, New York, 2009（菊池安希子, 他訳.
10 リカバリーを目指す統合失調症の認知行動療法ワークブック, 星和書店, 2016）

11 12 V-7. 行動実験

- 13 ・ 菊池安希子. イギリスにおける統合失調症に対する認知行動療法－司法精神科
14 患者への心理治療プログラム実施にむけて－平成 17 年度厚生労働科学研究費補
15 助金障害保健福祉総合研究推進事業報告書, 2005.
- 16 ・ Morrison AP., et al. Think you're crazy? Think again A resource book for cognitive
17 therapy for psychosis. Routledge, London and New York, 2008（菊池安希子、他
18 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
19 和書店, 2012）
- 20 ・ Turkington D. et al. Back to life, back to normality. Cognitive therapy, recovery
21 and psychosis. Cambridge University Press, New York, 2009（菊池安希子, 他訳.
22 リカバリーを目指す統合失調症の認知行動療法ワークブック, 星和書店, 2016）

23 24 V-8. リラクゼーション

25 なし

26 27 V-9. 対処方略増強法（CSE）

- 28 ・ American Psychiatric Association (1997). Practice guideline for the treatment
29 of patients with schizophrenia. Washington, D.C., APA 日本精神神経学会（監訳）
30 米国精神医学会治療ガイドライン精神分裂病. 医学書院. 1999.
- 31 ・ Lawrence Yusupoff and Nicholas Tarrier (1996) Coping strategy enhancement for
32 persistent hallucinations and delusions In Gillian Haddock and Peter D. Slade
33 (Eds.) Cognitive-Behavioural Intervention with Psychotic Disorders.
- 34 ・ ニコラス・タリア（翻訳：丹野義彦）（2008）統合失調症に対する対処ストラテ
35 ジー増強 世界認知行動療法会議神戸大会プログラム委員会（編）PTSD・強迫性
36 障害・統合失調症・妄想への対応 金子書房
- 37 ・ 丹野義彦 坂本真士 石垣琢磨（2009）臨床と性格の心理学. 岩波書店.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37

V-10. マインドフルネス

- ・ Chadwick. Person-based Cognitive therapy for Distressing Psychosis. Willey, 2006
- ・ Chadwick et al. Mindfulness groups for people with psychosis. Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 33, 351-359, 2005
- ・ Kabat-Zinn. FULL CATASTROPHE LIVING : Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Dell Publishing 1990 (春木豊訳, マインドフルネスストレス低減法. 北大路書房, 2007)
- ・ 佐渡充洋. マインドフルネスとは何か? なぜ求められるのか? ①臨床活用の文脈から. 佐渡充洋・藤澤大介 (編): マインドフルネスを医学的にゼロから解説する本—医療者のための臨床応用入門. 日本医事新報社, 2018

V-11. トラウマ反応への介入

- ・ Achim AM, et al. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. Schizophr Bull 37: 811-821, 2011
- ・ 飛鳥井望. エビデンスに基づいた P T S D の治療. 精神神経学雑誌 119 (3) : 244-249, 2008
- ・ Foa et al. Prolonged Exposure Therapy for PTSD : Emotional Processing of Traumatic Experiences : Therapist Guide. Oxford University Press, New York, 2007
- ・ Foa et.al. PTSD 治療ガイドライン第 2 版. 金剛出版, 2013
- ・ Howgego et al. Posttraumatic stress disorder : an exploratory study examining rates of trauma and PTSD and its effect on client outcomes in community mental health. BMC Psychiatry 5 : 21, 2005
- ・ 金吉晴. 統合失調症の背後にあるトラウマに気づく. 臨床精神医学 47 (7) : 769-774, 2018
- ・ Lommen et al. Trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD) in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. Community Ment Health J 45: 485-496, 2009
- ・ Mueser et al. A Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Severe Mental Illness. JConsult Clin Psychol 76(2) : 259-271, .2008
- ・ National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. Leicester (UK): Gaskell; 2005. PMID: 21834189

- 1 ・ Varese et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of
2 patient -control, prospective-and cross-sectional cohort studies. Schizophr Bull 38 :
3 661-671, 2012

5 **V-12. スティグマへの対応**

- 6 ・ Corrigan, P.W., et al. Examining a Progressive Model of Self-Stigma and its Impact
7 on People with Serious Mental Illness. Psychiatry Res 189: 339-343, 2011
- 8 ・ 小池進介他. 日本人のメンタルヘルスに関する認識 2021. 2021
- 9 ・ Morrison AP., et al. Think you're crazy? Think again A resource book for cognitive
10 therapy for psychosis. Routledge, London and New York, 2008 (菊池安希子、他訳。
11 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ス。星和書
12 店。2012)
- 13 ・ Morrison, A.P., et al. Cognitive therapy for internalised stigma in people
14 experiencing psychosis: A pilot randomised controlled trial. Psychiatry Res 240: 96-
15 102, 2016
- 16 ・ 下津咲絵. セルフスティグマをやわらげる—アンチスティグマ. 臨床心理学 19(2):
17 200-204, 2019

19 **V-13. スキーマへの介入**

- 20 ・ 大野裕. 認知療法・認知行動療法 治療者用マニュアルガイド (星和書店)
- 21 ・ Beck JS. Cognitive therapy: Basics and beyond. The Guilford Press, New York, 1995
22 (伊藤絵美、他訳. 認知行動療法実践ガイド基礎から応用まで —ジュディス・ベ
23 ックの認知療法テキスト, 星和書店, 2004)
- 24 ・ Beck J.S. Cognitive therapy for challenging problems What to do when the basics
25 don't work. The Guilford Press, New York, 2005 (伊藤絵美, 他訳. 認知行動療法
26 実践ガイド：困難事例編 続ジュディス・ベックの認知療法テキスト, 星和書
27 店, 2007)
- 28 ・ Wright J H, et al. Learning Cognitive-Behavior Therapy An Illustrated Guide, 2006
29 (大野裕, 他 訳. 認知行動療法トレーニングブック. 医学書院, 2007)
- 30 ・ ムーリー 認知行動療法における治療関係: セラピーを効果的に展開するための
31 基本的態度と応答技術(北大路書房)
- 32 ・ Fowler D., et al. Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice.
33 Wiley, Chichester, 1995 (石垣琢磨、他監訳. Challenge the CBT 統合失調症を理
34 解し支援するための認知行動療法, 金剛出版, 2011)
- 35 ・ ヤングほか パーソナリティ障害の認知療法—スキーマ・フォーカスト・アプロー
36 チ (金剛出版)
- 37 ・ ヤングほか スキーマ療法—パーソナリティの問題に対する統合的認知行動療法

1 アプローチ（金剛出版）

2

3 **V-14. 再発予防計画づくり**

- 4 ・ Birchwood, M et al. Schizophrenia: early warning signs. *Advances in Psychiatric*
5 *Treatment*, 6, pp93-101, 2000

6

7 **V-15. 終結とブースターセッション**

- 8 ・ Beck JS. *Cognitive therapy: Basics and beyond*. The Guilford Press, New York, 1995
9 （伊藤絵美、他訳. 認知行動療法実践ガイド基礎から応用まで — ジュディス・ベ
10 ックの認知療法テキスト —, 星和書店, 2004）

- 11 ・ Morrison AP., et al. *Think you're crazy? Think again A resource book for cognitive*
12 *therapy for psychosis*. Routledge, London and New York, 2008（菊池安希子、他訳.
13 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カー. 星和書
14 店. 2012）

- 15 ・ Turkington D. et al. *Back to life, back to normality. Cognitive therapy, recovery and*
16 *psychosis*. Cambridge University Press, New York, 2009（菊池安希子, 他訳. リカ
17 バリーを目指す統合失調症の認知行動療法ワークブック, 星和書店, 2016）

- 18 ・ Williams E. *Interventions for Schizophrenia*. Speechmark Publishing Ltd, 2004（菊
19 池安希子監訳. 統合失調症のための集団認知行動療法, 星和書店, 2008）

20

21 **VI-1. 入院患者への適用**

- 22 ・ Barnicot K, et al. Psychological interventions for acute psychiatric inpatients with
23 schizophrenia-spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical*
24 *Psychology Review*, 101929, 2020

- 25 ・ Wood L, et al. A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural
26 informed psychological interventions for psychiatric inpatients with psychosis.
27 *Schizophrenia Research* 222: 133-144, 2020

- 28 ・ 菊池安希子. 精神科入院治療における CBT for Psychosis. *精神神経学雑誌 =*
29 *Psychiatria et neurologia Japonica*, 115(4): 385-389, 2013

30

31 **VI-2. 陰性症状・認知機能障害が強い患者への適用**

- 32 ・ Fowler D, et al. CBT to address and prevent social disability in early and emerging
33 psychosis. In *CBT for Schizophrenia: evidence based interventions and future*
34 *directions*. Steel C (ed). John Wiley & Sons Ltd, Chichester, 2013

- 35 ・ Grant PM, et al. Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for
36 low-functioning patients with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 69: 121-127,
37 2012.

- 1 • Jauhar S, et al. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia:
2 systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. Br J
3 Psychiatry 204(1): 20-29, 2014
- 4 • Lutgens D, et al. Psychological and psychosocial interventions for negative
5 symptoms in psychosis: systematic review and meta-analysis. The British Journal of
6 Psychiatry 210(5): 324-332, 2017
- 7 • Penadés R, et al. Is memory impairment a rate limiter in cognitive behavioural
8 therapy for chronic schizophrenia?. Psychotherapy and Psychosomatics 79(2): 129,
9 2010
- 10 • 西山志満子. 認知機能障害への CBTp (特集 CBT for psychosis: 幻覚・妄想に対
11 処する)--(問題に焦点をあてた CBTp 活用術: 精神障害別アプローチ). 臨床心理
12 学= Japanese journal of clinical psychology 19(2): 170-174, 2019

14 VI-3. 薬物療法との関係

- 15 • Josse H et al. Cognitive-Behavior Therapy for severe mental illness: an illustrated
16 guide. American Psychiatric Publishing, Inc, 2009 (古川壽亮 監訳. 認知行動療法
17 トレーニングブック 統合失調症・双極性障害・難治性うつ病編. 医学書院, 2010)
- 18 • Morrison AP et al. Think you're crazy? Think again: a resource book for cognitive
19 therapy for psychosis. Routledge, 2008 (菊池安希子. 他 訳: 精神病かな? と思っ
20 たときに読む本 認知行動療法リソース・ブック. 星和書店, 2012)
- 21 • Morrison AP et al. Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum
22 disorders not taking antipsychotic drugs: A single-blind randomised controlled trial.
23 Lancet 383; 1395-1403, 2014
- 24 • Morrison AP et al. Antipsychotic drugs versus cognitive behavioural therapy versus
25 a combination of both in people with psychosis: a randomised controlled pilot and
26 feasibility study. Lancet Psychiatry 5(5); 411-423, 2018
- 27 • National Institute for Health and Care Excellence [NICE]: Psychosis and
28 Schizophrenia in Adults: Prevention and Management, 2014
- 29 • Sudak DM. Combining CBT and Medication: An Evidence-Based Approach. John
30 Wiley & Sons, Inc, 2011 (貝谷久宣 監訳. 認知行動療法・薬物療法併用ガイドブ
31 ック. 金剛出版, 2013)
- 32 • Turkington D, et al. Back to life, back to normality. Cognitive therapy, recovery and
33 psychosis. Cambridge University Press, New York, 2009 (菊池安希子, 他 訳: リカ
34 バリーを目指す統合失調症の認知行動療法ワークブック. 星和書店, 2016)
- 35 • Williams E. Interventions for Schizophrenia. Speechmark Publishing Ltd, 2004 (菊
36 池安希子 監訳: 統合失調症のための集団認知行動療法. 星和書店, 2008)

1 ■ 編集担当（50音順）

- 2 石垣 琢磨 （国立大学法人東京大学）
3 菊池 安希子 （武蔵野大学 人間科学部 人間科学科）
4 松本 和紀 （こころのクリニックOASIS） 編集責任者

7 ■ 執筆者（50音順）

- 8 朝波 千尋 （国立精神・神経医療研究センター）
9 石垣 琢磨 （国立大学法人東京大学）
10 伊東 寛哲 （独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）
11 江口 聡 （帝京平成大学臨床心理学研究科）
12 桂 雅宏 （こころの総合診療室 Canal 勾当台）
13 菊池 安希子 （武蔵野大学 人間科学部 人間科学科）
14 耕野 敏樹 （岡山県精神科医療センター）
15 佐藤 康治郎 （岡山県精神科医療センター）
16 杉浦 久美子 （独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）
17 関口 陽介 （東日本成人矯正医療センター）
18 冨本 和歩 （東北大学病院精神科）
19 西山 志満子 （富山大学保健管理センター）
20 濱家 由美子 （東北大学災害科学国際研究所 災害医学研究部門 災害精神医学分野）
21
22 葉柴 陽子 （メディカルケア大手町/目白ジュンクリニック）
23 日高 浄子 （独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）
24 古村 健 （国立病院機構東尾張病院）
25 松本 和紀 （こころのクリニックOASIS）
26 吉田 統子 （国立精神・神経医療研究センター）

29 *所属は2022年10月現在

30