

・治療の3ステップの説明のところ、言葉が難しいとつぶやくメンバーがいたので、スタッフからも内容について説明を加えた。

・「オススメの対処法」については、「バラエティーTVをみて笑う・好きな音楽を聴く・話を誰かにきいてもらう・買い物をする・体をうごかす・寝る・いいこと考える・本読む・家族に相談する・ボーとする・絵をかく・スポーツする」等の回答が得られた。

・幻聴へのオススメの対処法については、1名のみが自分のやりかたを話した。

5 回全体の感想

例：みんな幻聴に苦しんでるってわかって意外だった／悪条件とかわかって参考になった／規則正しい睡眠とか大事だとわかった／受けとめ方しただけでは妄想もやわらぐってわかった／なかなかわかりやすい説明でよかった／これまでに勘違いもあったかなと思った。

4. 実施キットの確定

プログラムの試行結果及び、暫定版アセスメント・パッケージの利用の結果得たフィードバックから、以下に示す改訂を行い、来年度より効果検討に使用する実施キット（プログラム内容、マニュアル内容、使用するアセスメント）を確定した。

プログラム改訂要点

試行の結果、内容の変更は無かったが、分かりやすく、よりインタラクティブに参加しやすくするための改訂を行った。

・第3回 ①ストレス脆弱性モデルの説明を簡潔にし、各症状を経験した際の悪条件の状況等を詳細にきくようにマニュアルを変更した。配布資料上では、各症状の横にチェ

ック欄を表記し、経験したことのある症状にチェックができるようにした。②また、4つの悪条件の部分（p16）四角内の文言2行目を改訂した。改訂前：「そろそろ統合失調症になりやすい！！」。改訂後：「統合失調症のきっかけになりやすい！！」

＜理由＞①-1 ストレス脆弱性モデルについての説明は、看護師による心理教育でも扱われており、参加者からも「スピードが遅かった」という意見がみられた。

①-2 当初予想よりも、参加者が症状について抵抗なく話し合える様子であり、各経験に基づいて、症状を経験した際について語ってもらうことが、より第3回での目的を果たすことができると考えられたため。

②4つ全てが揃わなくても、悪条件としてはありえるということからそのようにした。

・第4回まとめ（p26）、第5回 前回のおさらい（p27）に「体験は「状況」「認知」「気持ち」に分けて理解することが出来る」を追加した。

＜理由＞マニュアルの記載内容との統一性をはかるため。

・第5回 治療の3ステップについての各用語の説明文を配布資料に増やした。またマニュアル上では、修正型電気けいれん療法についての説明例を増やした。

＜理由＞①参加者から、用語が難しいとの指摘があったため。口頭だけでなく、配布資料に説明文を残すことで、プログラム終了後の自己復習の際に役立つと考えたため。

②参加者から、修正型電気けいれん療法について質問があったため、ネガティブな印象を与えずに説明できるような説明例をマニュアル上に書き加えた。

表5 「CBT入門」 試行第1回目のアセスメント結果の平均値(SD)

	試行前	試行後
PANSS	34.7(14.1)	31.8(14.0)
SAI-J	11.5(2.0)	13.0(3.0)
BDI-II	18.3(9.0)	11.5(8.0)
SE	26.7(7.6)	30.5(5.2)
CSQ-8J	-	23.7(4.5)

PANSS: Positive And Negative Syndrome Scale; SAI-J: Schedule for Assessment of Insight 日本版; BDI: Beck Depression Inventory; SE: Self Esteem Scale; CSQ-8J: Client Satisfaction Questionnaire Japanese Version (資料1参照)

表6 「CBT入門」 試行第1回目の症例別アセスメント結果

	PANSS 陽性症状		PANSS 陰性症状		PANSS 総合精神病理		SAI-J 治療必要性意識		SAI-J 疾患意識	
	試行前	試行後	試行前	試行後	試行前	試行後	試行前	試行後	試行前	試行後
症例1	23	23	22	22	54	56	5	5	5	5
症例2	9	8	22	18	28	29	5	6	5	6
症例3	10	9	23	21	28	27	5	6	5	5
症例4	12	9	11	9	18	20	6	6	4	6
症例5	10	10	7	8	28	19	6	6	6	6
症例6	19	14	30	25	49	40	6	5	2	3

	SAI-J 症状意識		SAI-J 合計		BDI-II		SE		CSQ-8J	
	試行前	試行後	試行前	試行後	試行前	試行後	試行前	試行後	試行前	試行後
症例1	2	1	12	11	19	17	27	33	-	23
症例2	2	3	12	15	20	11	24	30	-	25
症例3	2	3	12	14	8	4	39	39	-	23
症例4	1	4	11	16	8	0	30	30	-	25
症例5	2	2	14	14	31	18	16	27	-	30
症例6	0	0	8	8	24	19	24	24	-	16

D 考察

アセスメントから見た試行前後の変化

日本語版の信頼性・妥当性の検討がされている尺度についてのみ、全員の平均点を表5に示した。いずれのスコアも、望ましい方向への変化を示した。個人のスコア(表6)を見ても、悪化方向へのスコア変化を示した参加者はいなかった)。しかし、参加者は全員、病棟期で言えば「急性期」にあたるため、基本的な状態改善は薬物療法の効果から期待されると考えるのが現実的である。しかも、先行研究からすれば、わずか5週間の集団療法が有意な状態改善を示すと考える根拠はない。しかしながら、プログラム開発の観点から見ると、少なくとも今回の参加者には、参加したことで状態が悪化した者はいなかったこと、回復のこの時期(急性期のあと)に必ずしも観察されるとは限らない「抑うつスコア(BDI-II)の改善」と「自尊感情スコア(SE)の改善」が見られたことは、このような形式のプログラム開発を支持する結果であると考えられた。また、ケアの患者満足度については、本邦における日本語版尺度開発時の364名の精神科医療施設退院患者に対する調査の結果では、合計平均得点は22.3(SD=4.1)であった。その結果を考慮すれば、今回の結果は平均すると満足度の高い結果であるといえるだろう。しかし、個別に検討を加えた際には、5名が平均より高い満足度得点を示しているのに対して、1名が平均よりも低い満足度得点を示していた。プログラム開発の段階では、個別に得られた満足度を参考にして満足が得られなかった理由などを個別的に明らかにし、プログラム改良の一助となすことも必要な作業と考えられる。

E 結論

平成18年2月現在までにプログラムを試行した結果、対象者人数が少ないため事例検討レベルではあるが、集団療法形式のCBTpプログラムの実施が可能であるとの示唆が得られた。また、対象患者からのフィードバックをもとに、次年

度以降に効果検討に用いる急性期CBTpプログラム(名称:「CBT入門」)を確定した。アセスメントパッケージについても、対象者への負担を含めた実施可能性の観点から、次年度以降に使用する尺度を決定した。

注1: Case formulationとは、臨床的問題を、診断分類としてではなく、問題の生じた文脈の詳細な理解と、問題の先行事象(antecedents)と結果(consequences)についての応用行動分析から理解しようとする方法である。統合失調症の認知行動療法においては、患者と協働して作成し、治療を導くように使われることが多い。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

1. 下津咲絵, 堀川直史, 坂本真士, 坂野雄二 (2005). 統合失調症におけるセルフステイグマとその対応. *精神科治療学*, 20, 471-475.
2. 下津咲絵, 坂本真士, 堀川直史, 富高辰一郎, 坂元薫, 坂野雄二 (2005). 受療行動に関するセルフエフィカシー尺度の作成と信頼性・妥当性の検討. *行動医学研究*, 11: 7-13.
3. Izutsu T, Shimotsu S, Matsumoto T, Okada T, Kikuchi A, Kojimoto M, Noguchi H, Yoshikawa K (2006). Deliberate Self-Harm and Childhood Hyperactivity in Junior High School Students. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14: 1-5.
4. 境泉洋, 川瀬英理, 下津咲絵, 坂野雄二 (2005). 怒り喚起状態における自動思考と行動が怒り低減に及ぼす影響 - Thought List 法による検討 -. *早稲田大学臨床心理学研究*, 4, 69-80.

H 知的財産権の出願・登録状況
(予定も含む)

なし

参考文献

- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for Chemtob, C. M., Novaco, R. W., Hamada, R. S., & Gross, D. M. (1997). Cognitive-behavioral treatment for severe anger in posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*, 65(1), 184-189.
- David, A., Buchanan, A., Reed, A., & Almeida, O. (1992). The assessment of insight in psychosis. *Br J Psychiatry*, 161, 599-602.
- Fowler, D., Garety, P., & Kuipers, E. (1995). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice*: John Wiley & Sons.
- Goldstein, A.P., & Stein, N. (1976) *Prescriptive psychotherapies*. New York: Pergamon Press.
- 後藤雅博 (2004) 急性期からの回復期にある精神障害者本人への心理教育。「統合失調症の治療およびリハビリテーションガイドライン作成とその実証的研究」(主任研究者: 浦田重治郎), 分担研究報告書「心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン」, 10-12.
- Haddock, G., Lowens, I., Brosnan, N., Barrowclough, C., & Novaco, R. W. (2004). Cognitive-Behavioural Therapy for Inpatients with Psychosis and Anger Problems within a Low Secure Environment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 77-98.
- Haddock, G., McCarron, J., TARRIER, N., & Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29(4), 879-889.
- 原田誠一(2002).*幻覚妄想体験の治療ガイド／正体不明の声－対処するための10のエッセンス－*.東京:アルタ出版.
- measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68(2-3), 319-329.
- Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., Macmillan, F., & Slade, M. (1994). A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr Scand*, 89(1), 62-67.
- Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 49(6), 476-483.
- 石垣琢磨. (2001). *幻聴と妄想の認知臨床心理学*. 東京: 東京大学出版会.
- Jones, C., Cormac, I., Silveira da Mota Neto, J. I., & Campbell, C. (2004). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD000524.
- Kay, S. R., Opler, L. A., & Fiszbein, A. (1991). *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) Rating Manual*. Toronto: Multi-Health Systems. (山田寛, 増井寛治, & 菊本弘次訳. (1991). *陽性・陰性症状評価尺度(PANSS)マニュアル*, 東京、星和書店.)
- Kingdon, D., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-Behavioural Therapy of Schizophrenia*. New York: Guilford Press. (原田誠一訳(2002) *統合失調症の認知行動療法*, 東京、日本評論社)
- Landenberger, N. A., & Lipsey, M. W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1(4), 451-476.
- Link, B. G., & Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behaviour of mental patients compared to community controls. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder* (pp. 137-159): University of Chicago Press.
- McGuire, J., & Priestley, P. (1995). *Reviewing 'What Works': Past, Present and*

- Future*. Chichester, John Wiley & Sons.
- National Institute of Clinical Excellence (2003). *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. National Institute of Clinical Excellence.
- Nelson, H. E. (1997). *Cognitive-Behavioural Treatment with Delusions and Hallucinations: A Practice Manual*. Cheltenham: Stanly Thornes.
- Novaco, R. W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder* (pp. 21-59): University of Chicago Press.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., et al. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med*, 32(5), 763-782.
- Rogers, R., Gillis, J. R., Turner, R. E., & Frise-Smith, T. (1990). The clinical presentation of command hallucinations in a forensic population. *Am J Psychiatry*, 147(10), 1304-1307.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- 酒井佳永, 金吉晴, 秋山剛, 立森久照, & 栗田広. (2000). 病識評価尺度 (The Schedule for Assessment of Insight)日本語版(SAI-J)の信頼性と妥当性の検討. *精神医学*, 29(2), 177-183.
- Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P. S., Grisso, T., et al. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*, 55(5), 393-401.
- Swanson, J. W., Holzer, C. E., 3rd, Ganju, V. K., & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry*, 41(7), 761-770.
- Tarrier, N. (2005). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia -- a review of development, evidence and implementation. *Psychother Psychosom*, 74(3), 136-144.
- 立森 & 伊藤 (1999). 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目版の信頼性および妥当性の検討. *精神医学*, 41, 711-717.
- Taylor, P. J. (1985). Motives for offending among violent and psychotic men. *Br J Psychiatry*, 147, 491-498.
- Taylor, P. (2006). Delusional disorder and delusions: is there a risk of violence in social interactions about the core symptom? *Behav Sci Law*, 24(1), 1-19.
- 山本真理子, 松井豊, & 山成由紀子 (1982). 認知された自己の諸側面の構造. *教育心理学研究*, 30, 64-68.
- Zisook, S., Byrd, D., Kuck, J., & Jeste, D. V. (1995). Command hallucinations in outpatients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 56(10), 462-465.

資料 1 暫定的アセスメント一覧

PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale ; Kay et al., 1987)

陽性・陰性症状評価尺度。全 30 項目より成る統合失調症病象の類型的・多軸評価尺度。半構造化面接による。原版の信頼性・妥当性は確認されており、日本語マニュアルが星和書店より出版されている。

PSYRATS (Psychotic Symptom Rating Scales; Haddock et al., 1999)

統合失調症の幻聴及び妄想を多次元で捉え、各次元を定量的に評価するために開発された尺度。幻聴関連項目が 11 項目、妄想関連項目が 6 項目の計 17 項目より構成される。半構造化面接による(資料 5 参照)。

SIAH(Semi-structured Interview for Auditory Hallucination; 石垣 & 丹野, 2000)

幻聴に関する半構造化面接法。幻聴の内容・物理的形式・思考的側面、幻聴に関連した自我障害症状、生起感情と対処行動、二次感情などについて調査することが出来る。
43 項目。

SAI-J(Schedule for Assessment of Insight 日本版 ; David et al., 1990)

欧米で広く用いられている 8 項目より成る病識尺度。半構造化面接による。日本版の信頼性・妥当性の検討は(酒井ら, 2000)が行っている。

IS (Insight Scale ; Birchwood et al., 1994)

認知行動療法による介入の評価のために開発された 8 項目より成る自記式病識尺度。

BCIS (Beck Cognitive Insight Scale ; Beck et al., 2004)

従来の病識尺度には必ずしも含まれてこなかった「病的体験に対する認知的過程を自ら観察し、再評価する能力」を測定する自記式尺度である。全 15 項目よりなる(資料 4 参照)。

BDI-II (Beck Depression Inventory II ; Beck, 1987,1996)

全 21 項目の自記式抑うつ尺度。日本版は、日本文化科学者より出版されている。

CSQ-8 J (Client Satisfaction Questionnaire 日本語版 ; 立森&伊藤, 1999)

標準化された患者満足度の測定尺度として、国際的に使用されている CSQ の 8 項目版の日本語であり、信頼性・妥当性が確認されている。

S E (Self Esteem Scale; Rosenberg, 1965)

自尊感情を測定する全 10 項目の自記式尺度。日本語版の標準化の検討は(山本ら, 1982)が行っている。

「CBT 入門」参加についての同意 (患者様控)

「CBT 入門」は、「****」に引き続いて行われる心理教育プログラムです。そのねらいは、心理士との個人面接やグループ活動をする際などによく用いられる心理療法の 1 つ CBT (認知行動療法) についての基本的な考え方について学ぶことにあります。このグループに参加することで、これから行われる心理療法がさらにわかりやすくスムーズに進められるようになるでしょう。

「CBT 入門」への参加に際しては、以下の流れを理解した上で、参加をお願いします。

＜症状評価＞

「CBT 入門」に参加することで_____様 の治療がどのくらい進んだかを評価するために、プログラムの前と後に「症状評価 (質問紙への記入、面接など)」を行います。その結果については、プログラム終了後、_____様にお知らせし、今後の治療と一緒に考えていく上での参考にさせていただきます。

＜出席・欠席＞

「CBT 入門」は 1 クール 5 回 (週 1 回) のプログラムです。5 回出ていただくことで、最も効果が上がるようにつくられています。体調その他の理由で欠席になる場合は、抜けた回の内容を担当心理士と補った上で翌週から参加するか、次のクールからの出席をご検討下さい。

＜プログラム評価と情報のとりあつかい＞

「CBT 入門」プログラムをより有効なものにしていくために、全プログラム終了後、プログラムへの率直なご意見をお聞きしたく思っております。また、症状評価の結果についても、個人情報に配慮 (誰のデータか分からないようにする) した上で、より良いプログラムを開発するために、精神医学領域の専門家 (守秘義務保持者) の範囲内で公表させていただきますのでご了承下さい。

平成 年 月 日 説明担当者：***病院**病棟 心理士

署名

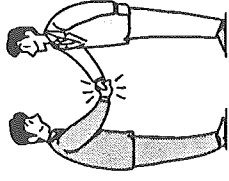
.....

私は「CBT 入門」についての説明を聞き、理解した上で参加に同意します。

平成 年 月 日 署名

第1回「CBT入門」の概要

がいよう



おたがいを知ろう！

おとなりの人に下に書いてある質問に答えてもらってください。

あなたのお名前は？

あなたの好きな食べ物？

あなたのしゅみは？

おとなりの人をみなさんに紹介してください。

〇〇さんを紹介します。

〇〇さんの好きな食べ物は△△です。

〇〇さんのしゅみは□□です。

にゆうもん CBT 入門

しゅっせき 出席シール

第1回	第2回	第3回	第4回	第5回

名前

第1回 「CBT入門」の概要

自分を紹介しよう。

下に書いてある質問に答えてください。

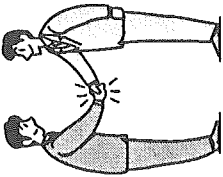
私の好きな食べ物は_____です。

私は _____することが好きです。

私の好きな色は_____です。

その理由は_____だからです。

グループの他のみなさんにご自分を紹介してください。



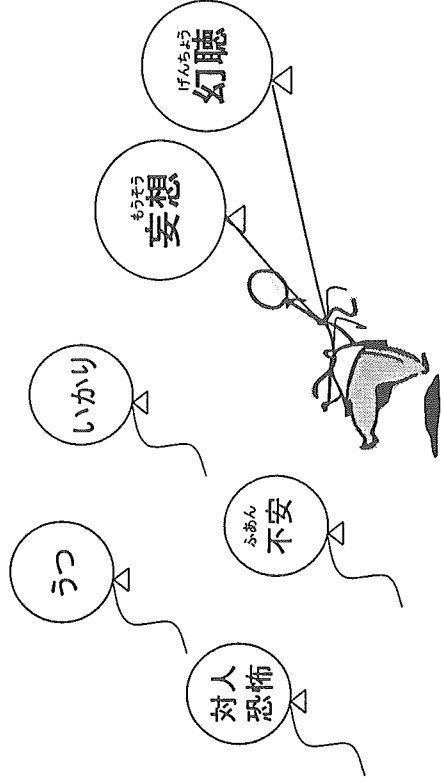
1. お名前
2. 好きなこと
3. 好きな色とその理由

CBTとは？

C Cognitive 認知
 B Behavior 行動
 T Therapy 治療

CBT = 認知行動療法

認知行動療法は、さまざまな精神的な問題の解決に効果があると世界的に証明されている治療法です。



第2回

幻覚や妄想は誰でも体験する可能性はある



ゼンカい
前回のさらい

①CBTグループの一員として参加するには、4つのルールがありました。
どんなルールだったでしょう？

1. わからないことは質問しよう
2. 席を立つときは一言
3. 暴力と人を傷つける発言は禁止
4. プライバシーは守る

②前回のポイントです。以下の空欄に入る言葉はなんでしょう？

によって信じる強さはちがう。

今日のテーマ：信じる強さは状況によっても変わる

➤人や状況によって物事を信じる強さはちがいます。前回は、ゆうれいや予言を例に挙げ、「信じる強さは人によってちがう」ということをお話ししました。

➤では今日は、ものごとを信じる強さが状況によってどう変わってくるかを考えてみましょう。

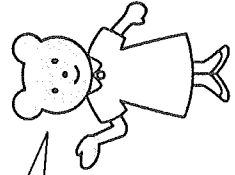


今日のまとめ

➤今日は、
『人によって信じる強さがちがう』ということについて学んだ。



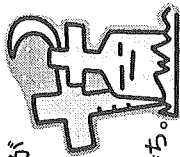
次回は、
信じる強さは状況によって
変わるということについて



想像してみてください。

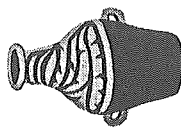
こんな状況の時、
あなただったら、何%ぐらい信じますか？

状況① あなたは暗闇の中、1人きりで墓地に迷いこんでしま
い、歩いていきます。するとそのとき、なまあたたかいかい風が
スウーッと首すじにふいてきました。

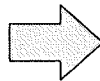


⇒「ゆうれいはやっぱりいるかも。」とゆうれいを信じる気持ち。
_____ %

状況②「当たる」と評判の占い師がいます。あなたの
親友も占い師の予言どおり、宝くじを当てました。そ
の占い師から、「1年以内に死に死がせまっています。でも、
この50万円のツボがあればいじょうぶ。」と言わ
れました。



⇒「ツボを買わなければ死んでしまおう！」と予言を信じ
る気持ち。
_____ %

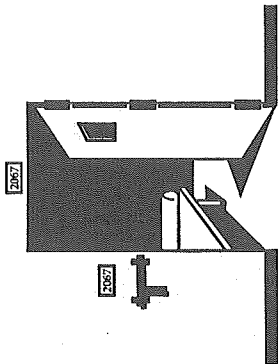


このように、同じ人でも、信じる強さは状況によって異なります。

幻覚・妄想体験の出やすい状況

① 感覚遮断実験

まっくらで音を遮断した室内に一人で閉じ込められる実験。
どうなると思いますか？



- ＜実験結果＞
- 幻視体験と幻聴体験あり ⇒ 50%
 - 幻視体験あり ⇒ 20%
 - 幻聴体験あり ⇒ 15%

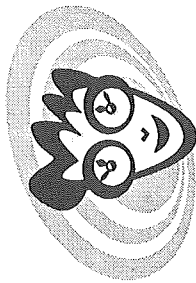
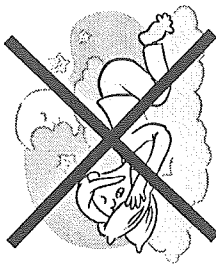


五感の刺激をとりさると、
病気にかかっていない人でも幻覚や妄想を体験する。

げんかく もうそう たいげん で じょうきょう 幻覚・妄想体験の出やすい状況

②断眠実験

じかん ねむ じっけん
108時間眠らせないようにした実験。
どうなると思えますか？



<実験結果>

カベに人のカオスが
急にあらわれる

ものの表面がウズを
まいて見える

組織からのヒミツの
指令が明らかに
なった



びようき じゅうぶん じゅうぶん
睡眠が十分にとれないと、
病気にかかっていない人でも幻覚や妄想を体験する。

一定の条件がそろえば、
誰でも幻覚・妄想は起こりやすくなり
ます。

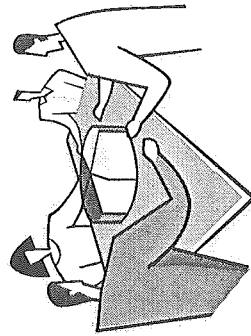


せいがかく げんかく もうそう 生活のなかの幻覚や妄想

たいげん
どんな体験ですか？

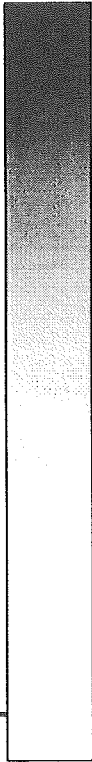
おもいこみ？

かんちがい？



どこまでが正常なの？

せいじょう



正常体験
正常知覚

病的体験
病的知覚

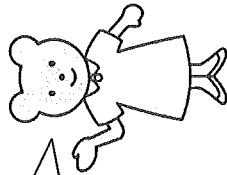
今日のまとめ

しょうじょう

- 人や状況によって、信じる強さはちがう。
- 幻覚・妄想は誰にでもありうる。



今回は、病的妄想になるメカニズムについて。



第3回 病的妄想になるメカニズム

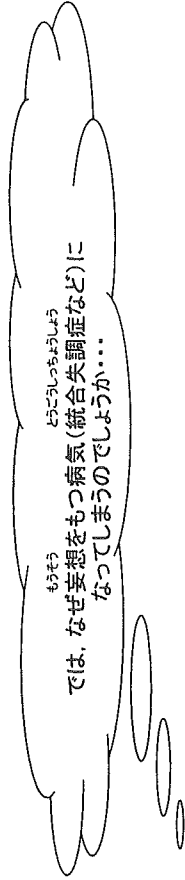
ひょうてきもうそう



前回のあらい



- 人や状況によって、信じる強さはちがう。
- 幻覚・妄想は誰にでもありうる。

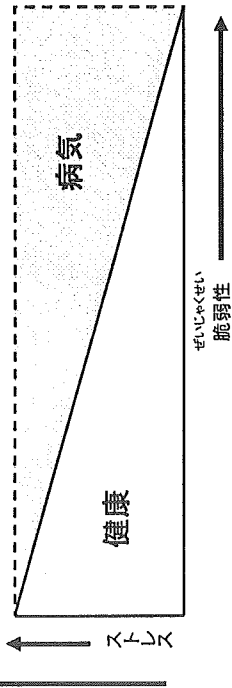


では、なぜ妄想をもつ病氣(統合失調症など)になつてしまうのでしょうか...

今日のテーマ

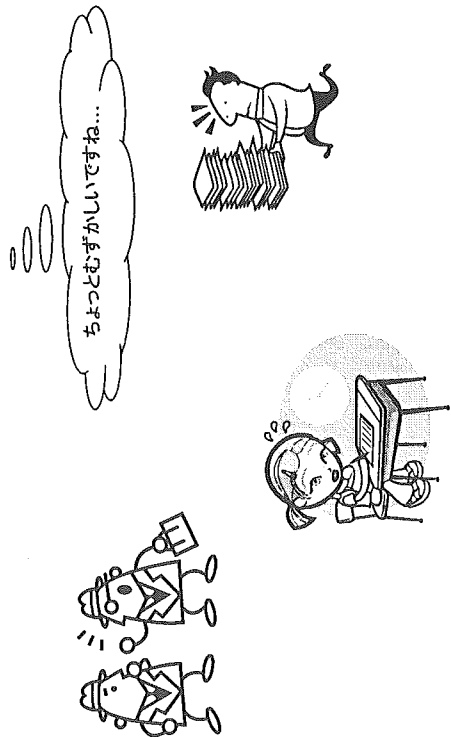
- ストレス脆弱性モデルってなんだろう？
- 幻覚と妄想が生じる4つの悪条件を知っておこう！
- 幻覚と妄想の確信度

ストレス・脆弱性モデル



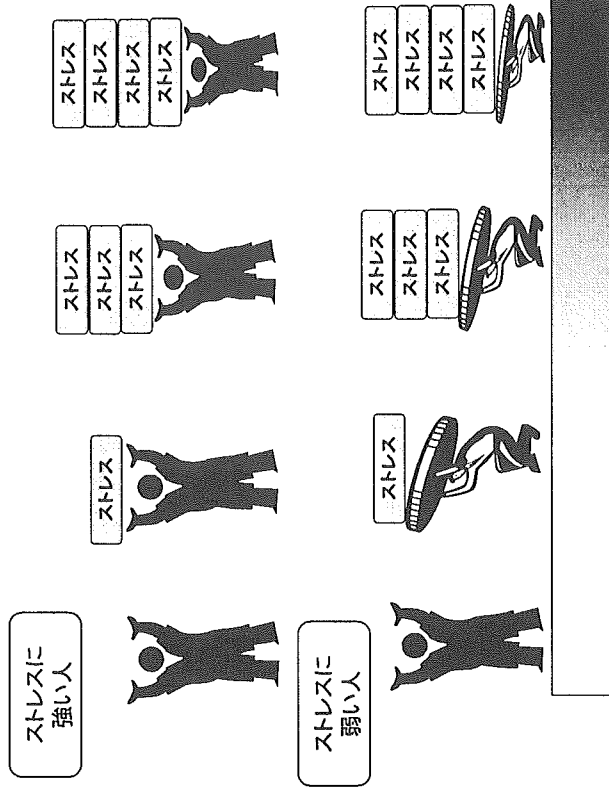
- ストレス = 試験・人間関係のトラブル・はたらきすぎ、など
- 脆弱性 = ストレスに弱い体質

統合失調症 = 「ストレス」と「脆弱性」が相互に影響し合った病気



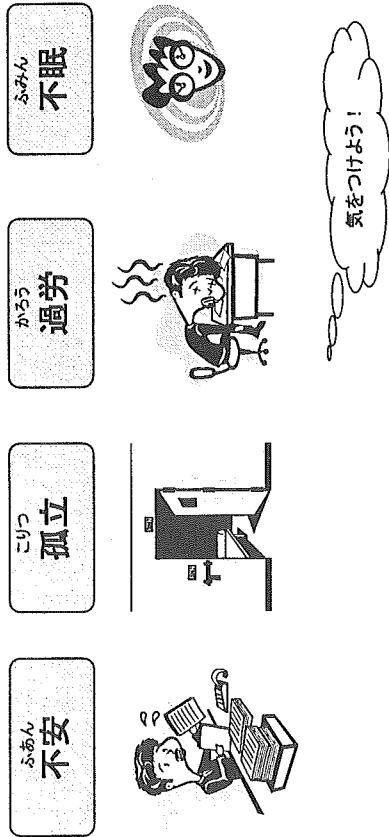
ストレス脆弱性とは？

これからストレス脆弱性モデルについてもう少しわかりやすく説明します。いっしょに考えてみましょう！



ストレス脆弱性とは、
ストレスにおしつぶされやすい体質のことです。

妄想(幻覚)につながらるストレス
 ~4つの悪条件~

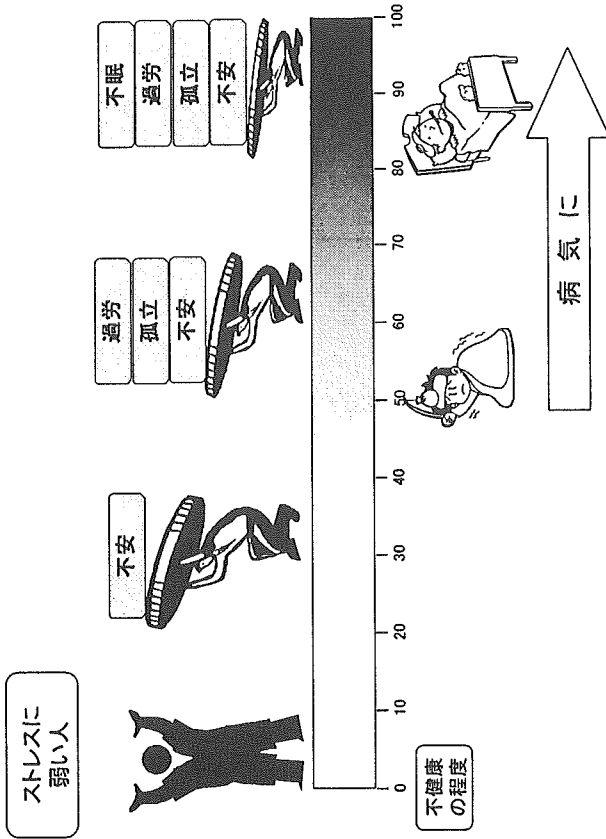


➤ 前回登場した「感覚遮断実験」と「断眠実験」を思い出してみよう。
 あてはまる悪条件に○をつけてください。

- 「感覚遮断実験」= 不安・孤立・過労・不眠 という状況
- 「断眠実験」= 不安・孤立・過労・不眠 という状況

発症のメカニズムについて考えよう!

ストレスに弱い人は4つの悪条件(不安・孤立・過労・不眠)が
 続合失調症のきっかけになりやすい!!



病気にみられる幻覚や妄想の特徴とは？

げんかく

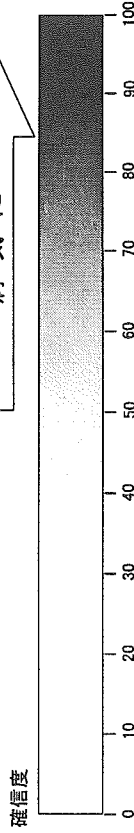
もうそう

かくしんご しん つよ
確信度 = 信じる強さ

状況：『あの人がガテだな・・・』と考えていると
その人がジロツとこつちを向いた



病気に



自分の考えが人に
伝わってことは
ありえないな



自分の考えが人
に伝わっている
かもしれない



自分の考えが絶対
人に伝わっているに
ちがいない



病気にみられる幻覚や妄想の特徴は、

- 「絶対に本当だ」という強い確信を持つところ。
- 他の受けとめ方をする余裕がないところ。

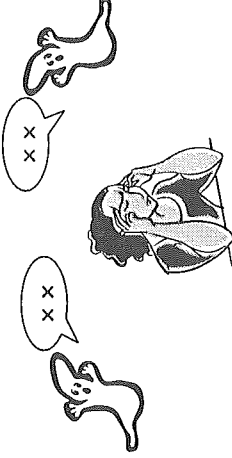
コラム

げんちようしやうじやう

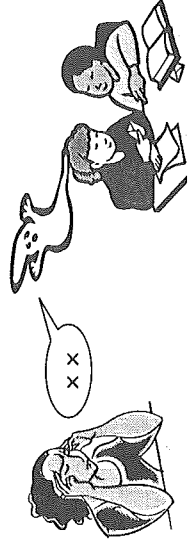
どんな幻聴症状があるのか？

しやうたいふしんめい
『正体不明の声』=『幻聴』が聞こえる

- ☐ まわりに人がいないのに誰かの『声』が聞こえてくる。
- ☐ 『声』に返事をしたらさらにまた返事が返ってくる。
- ☐ 『声』同士が会話をしている。
- ☐ 頭のなかの『声』が悪口を言ったり、命令する。



- ☐ 見知らぬ人が電車のなかで自分のことをウワサしているのが聞こえる。
- ☐ 何かの音(車の音や足音)が、『声』と一緒に聞こえてくる。
- ☐ テレビやラジオの音と一緒に、自分のことをウワサする『声』が聞こえてくる。



コラム

もうろうしょうじょう

どんな妄想症状があるのか？

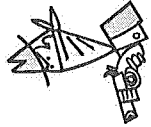
しんじつ
真実ではないことを信じこんでしまうこと＝『妄想』
もうろう

- 1. 被害妄想...ものを被害的に受け取る。

ひがい妄想

バカにしている

ねらわれている



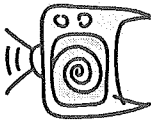
相手が自分をおとしめようとしている

- 2. 関係妄想...ものを自分に関係づけてとらえる。

かんけい妄想

自分のことが放送されている

自分のウワサをしている



- 3. 誇大妄想...ものを極端に大きく考える。

こだい妄想

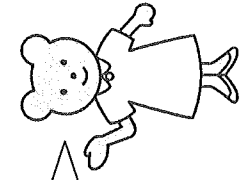
自分は天皇の親類だ

自分は世界を支配できる



今日のまとめ

- ストレス脆弱性とは...
せいじやくせい
- ストレスにおしつぶされやすい体質
たいしつ
- 幻覚や妄想の4つの悪条件とは...
げんかく むぎょう ふうめん ふうめん
不安・孤立・過労・不眠
- 病気にみられる幻覚や妄想の特徴は、
ぜったい
「絶対に本当だ」という強い確信を持つところ
かくしん



次回は、
しんりちりょうせんりやく
統合失調症の心理治療戦略
について

第4回

どうこうしつちょうしょう

統合失調症の心理治療戦略 I

しんりちりょうせんりやく

前回のあらい

➤ ストレス脆弱性とは...

ストレスに押しつぶされやすい体質

➤ 幻覚や妄想の4つの悪条件とは...

不安・孤立・過労・不眠

➤ 病気にみられる幻覚や妄想の特徴は、
「絶対に本当だ」という強い確信を持つところ

今日のテーマ

➤ 「状況」「認知」「気持ち」の関係学ぶ

➤ 幻覚・妄想を理解する

しょうきょう

にんち

「状況」「認知」「気持ち」の関係学ぶ

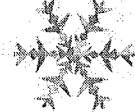
P22

➤ 「認知」とは、状況に対する受けとめ方のこと。

➤ 体験は、「状況」「認知(受けとめ方)」「気持ち」に分けて理解
することができます。

＜例1＞
しょうきょう げんじつ
状況(現実)

朝起きたら
雪がつもって
いた



にんち
認知(受けとめ方)

『ずべて危ないなあ』

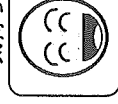
気持ち



にんち
認知(受けとめ方)

『遊べるぞ!』

気持ち



＜例2＞
しょうきょう げんじつ
状況(現実)

部屋に入ったら
笑い声でした



にんち
認知(受けとめ方)



気持ち



にんち
認知(受けとめ方)



気持ち



ひとつの状況に対して、いろいろな受けとめ方ができる

受けとめ方だけで、気持ちがラクになる

幻覚・妄想を理解する

げんかく もうそう じょうきょう にんち りかい
幻覚・妄想を「状況」「認知」「気持ち」から理解しましょう

<例1>
じょうきょう げんじつ
状況(現実)



↑

にんち
認知(受けとめ方)

〇〇の声だ
言うとおりにしないと危険だ

別の受けとめ方
言うとおりに
しなくても大丈夫かも

↑

きょうふ
気持ち

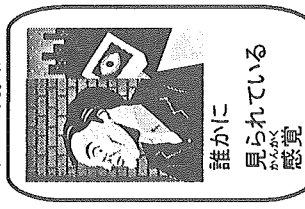
恐怖 100

↑

きょうふ
気持ち

恐怖 50

<例2>
じょうきょう げんじつ
状況(現実)



↑

にんち
認知(受けとめ方)

誰かに監視されている

別の受けとめ方

↑

気持ち

↑

気持ち

受けとめ方しだいで、気持ちがラクになる

幻覚・妄想を理解する

げんかく もうそう じょうきょう にんち りかい
幻覚・妄想を「状況」「認知」「気持ち」から理解しましょう

<例3>
じょうきょう げんじつ
状況(現実)



↑

にんち
認知(受けとめ方)

別の受けとめ方

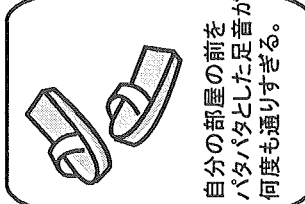
↑

気持ち

↑

気持ち

<例4>
じょうきょう げんじつ
状況(現実)



↑

にんち
認知(受けとめ方)

別の受けとめ方

↑

気持ち

↑

気持ち

受けとめ方しだいで、気持ちがラクになる