

○標準体重

健康を保つ目安として、「標準体重」という指標があります。標準体重とは、病気にかけりにくく、健康的に生活するための理想的な体重のことです。また、肥満度をみるにはBMIが使用されます。みなさんも一度計算してみましょう！

標準体重の求め方(平田法)

150cm以下 身長(cm) - 100
 150cm~160cm 50 + (身長 - 150) × 0.4
 160cm以上 *(身長 - 100) × 0.9

BMI7.5以下になると病的！！

BMIの求め方
 BMI = 体重(kg) ÷ [身長(m) × 身長]

やせ気味 18.5未満
 ふつう 18.5以上25.0未満
 肥満気味 25.0以上

* 医学的には22が理想的とされています。

○摂食障害が身体に及ぼす影響について
 やせるということとは..

- やせる 脂肪と水分の減少 筋肉の減少 骨の減少

減ってしまった筋肉は元に戻りにくく、骨はもつと戻りにくいのです。
 ⇒骨粗しょう症

低栄養状態が続くと..

- ・免疫力の低下
 - ・内臓の機能低下
 - ・ホルモンバランスの崩れ
 - ・不安定な精神状態
 - ・全身衰弱
 - ・生命の危機
- (摂食障害の死亡率は摂食障害を発症した人の7~10%といわれています)

嘔吐

電解質を含む胃液を吐き出すことに繋がる ミネラルを含む消化液を失うことに繋がる
 (胆汁・胆汁・小腸液など)

下剤の乱用

嘔吐や下剤の乱用により、ナトリウムやカリウムが大量に失われてしまいます。とくに筋肉を動かすのに必要なカリウムが不足すると、筋力は低下し、心臓の筋肉も弱り、不整脈が生じます。その結果、心不全が起こって死に至ることもあります。

○拒食症と過食症

拒食症

ダイエットや精神的な理由から食べることが拒み、極端にやせる栄養不良で心身に影響が出てくるが、病気の自覚が乏しい。

過食症

ストレスなどによる気晴らし食いや過食が習慣となって発症する。拒食の反動で起こる場合も多い。外見は健康な人とほとんど変わらないが、病気の自覚があってもやめられない人が多く、病気が長引いたりする。

過食症と拒食症の区別

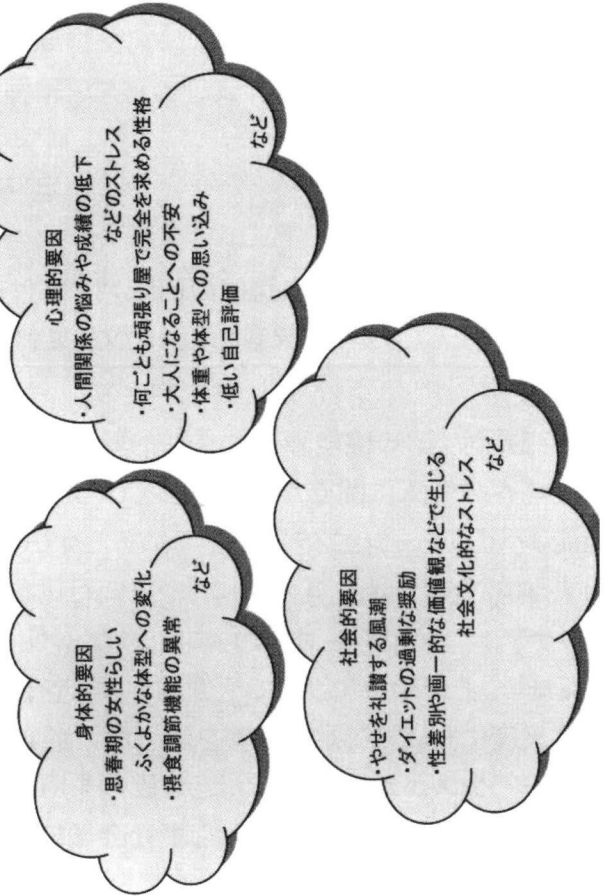
過食症: 正常あたりに体重がおさまっている。
 拒食症: 病的にやせている。

摂食障害の主な基本症状

体重や体型への強いこだわり 正常体重の最低限を維持することの拒否
 むちゃ食いをする(自制できない) 無月経(女性の場合)
 好ましくない行為で体重増加を防ぐ 肥満に列する強い恐怖
 自己評価が体重や体型に大きく左右される

○摂食障害の原因

摂食障害は、社会的要因・心理的要因・身体的要因が絡み合っって発症すると考えられています。ダイエットは発症するきっかけになりますが、それだけで病気が進むことはなく、いろいろな原因や出来事が混じり合っって病気を起こしたり長引かせたりします。



厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学 研究事業)
「思春期精神病理の疫学と精神疾患の早期介入方策に関する研究」
(主任研究者:岡崎祐士)
(分担)研究報告書

「統合失調症の前駆期における介入プログラムの開発と応用」
(分担)研究者 水野雅文 東邦大学医学部精神神経医学講座教授

研究要旨 認知機能障害は長期的転帰と深く関連しているため、精神疾患早期段階からの認知機能への介入に関心が寄せられている。今回、思春期・青年期の若年患者を対象として認知機能リハビリテーションを実施するにあたっての、適切な課題選択や施行手順および場面設定に関する検討を行った。具体的には、認知行動療法と認知機能訓練を介入の両軸としているユースデイケアユニット「イル ボスコ」において、詳細にそれらの検討を加えた認知機能訓練プログラムを実施し、その効果に関して予備的な調査を行った。6ヶ月間の訓練ののち、遂行機能、社会機能下位尺度において有意な改善を認めた。当訓練プログラムは若年精神障害患者における良好なアドヒアランスが示され、そのような課題を用いた認知機能への介入を疾患早期に行うことで、比較的短期間に認知機能のみならず社会機能にまでおよぶ改善が得られる可能性が示唆された。

A. 研究目的

精神病の前駆期から認知機能障害が存在することが近年明らかになってきている¹⁾。また、認知機能障害は長期的予後、すなわち社会機能に関する転帰と深く関連するため、疾患の早期段階からの認知機能リハビリテーション(cognitive rehabilitation)への期待が高まってきている^{2,3)}。

東邦大学医療センター大森病院のユースデイケアユニット「イル ボスコ」⁴⁾は早期精神病患者を対象として、Optimal Treatment Project(OTP)⁵⁾に基づく認知行動療法を軸とした心理社会的アプローチ、脳機能への直接的介入を目指した認知機能訓練(cognitive training)を軸とした生物学的アプローチをその両輪として、精神病の早期介入を包括的に推進している。早期精神病患者に対して同様の介入を行う施設は世界的にも少なくその成果が待たれている。

具体的な心理社会的アプローチとしては、

①ロールプレイやシートを用いた対人関係技

能の習得および向上、②疾病管理と生活支援、③集団体験を目的としたグループワーク、を行っている。認知機能訓練については、現在多数の著作物や材料が流布しているが、それらの多くは中高年齢者を対象としたものである。

今回我々は、「イル ボスコ」が精神病の早期介入を目的とし思春期・青年期の若者をその対象としていることを踏まえ、彼らの認知機能訓練を実施するにあたっての、適切な課題選択や施行手順および場面設定に関する検討を行った。

具体的には、後述の認知機能訓練と認知行動療法を主体とした「イル ボスコ」の精神病前駆期患者に対する治療介入効果を、神経心理学検査や社会機能に関する評価尺度を用いて予備的に検討した。

なお、本研究は倫理規約に則したプライバシーに関する守秘義務を尊重し、匿名性の保持に十分配慮した。

B. 研究方法

比較的若年の統合失調症患者を対象として介入効果に関するエビデンスが明らかにされている、および日本語で利用でき具体的な訓練材料が取り揃えられている点から、Nemotoら(2009)による発散的思考を標的とした認知機能訓練プログラム⁶⁾を、「イル ポスコ」における主たる認知機能訓練として取り入れ、同訓練課題の形式に則りさらに複数の課題も開発した。また、認知機能訓練課題を取り入れた屋外や地域で行うようなレクリエーションも開発し取り入れた。

介入研究は「イル ポスコ」を利用した発症危険状態(at risk mental state, ARMS)患者6名(男性:4名、女性:2名、平均年齢:19.5歳)を対象に、利用開始時と半年後における認知機能(Letter Cancellation Test、7語記銘検査、Modified Stroop Test)、社会機能(日本語版社会機能評価尺度、SFS-J)、QOL(WHO QOL26)の変化を検討した。

C. 研究結果

シート形式の訓練課題を新たに開発するとともに、流暢性課題を取り入れたレクリエーション(屋外で「し」の頭文字で始まるものさがしなど)なども複数開発し、日々の訓練に取り入れた。

対象は本認知機能訓練プログラムに自発的かつ積極的に取り組み、好評を得た。

介入効果については、認知機能領域において介入半年後の遂行機能(Modified Stroop Test, Part III-Part I)の有意な改善を認めた($p < .05$)。また、社会機能領域においては、日本語版社会機能評価尺度の「ひきこもり」尺度において有意な改善を認めた($p < .05$)。

D. 考察

慢性期統合失調症患者に対する認知機能

リハビリテーションの効果については、McGurkら⁷⁾のメタ解析により、認知機能、社会機能領域における効果が示されているが、統合失調症早期段階とくに前駆期におけるその効果や有効な訓練内容についてはほとんど知られていない。本研究により、認知機能への介入を疾患早期に適切に行うことで、比較的短期間に認知機能のみならず社会機能にまでおよぶ改善が得られる可能性が示唆された。

また内的発動性を刺激するような発散的思考訓練課題の使用や⁸⁾、地域や屋外での運動や活動と組み合わせた形式での認知機能訓練は、若年層の対象者にも受け入れやすいものと考えられた。

今後、より詳細に効果的な訓練内容の検討を行うとともに、効果の持続や長期的転帰の検証が必要である。

E. 結論

認知機能障害への介入を、対象の特性を十分に踏まえて疾患早期に行うことで、認知機能のみならず社会機能にまでおよぶ改善が得られる可能性が示唆された。

F. 研究発表

1. 山口大樹、藤井千代、辻野尚久、武士清昭、西井ヘルベルト、水野雅文 統合失調症患者における自殺行動とその予防に関する臨床的研究 日本社会精神医学会雑誌 18(1): 34-51, 2009

2. 安西里実、水野雅文 長期在院者の退院支援と地域生活における困難について—制度・システムの視点から— 精神科臨床サービス 9; 318-322, 2009

3. Bun Chino, Takahiro Nemoto, Chiyo Fujii, Masafumi Mizuno. Subjective assessments of the quality of life, well-being and self-efficacy

in patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63; 521–528, 2009

1. 藤井千代、水野雅文 初回エピソード改善後の維持治療期間 臨床精神薬理 12: 2141–2149, 2009

G. 知的財産権の出願・登録状況
なし

引用文献

- 1) Frommann I, et al. Neuropsychological Profiles in different at-risk states of psychosis: executive control impairment in the early- and additional memory dysfunction in the late-prodromal state. *Schizophr Bull*, 2010, Epub ahead of print
- 2) Green MF, et al. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophr Res* 72, 41–51, 2004
- 3) Yamazawa R, et al. Association between duration of untreated psychosis, premorbid functioning and cognitive performance and the outcome of first-episode schizophrenia in Japanese patients: prospective study. *Aust N Z J Psychiatry* 42, 159–165, 2008

- 4) Mizuno M, et al. Clinical practice and research activities for early psychiatric intervention at Japanese leading centres. *Early Intervention in Psychiatry* 3, 5–9, 2009

- 5) Falloon IRH, et al. Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. *World Psychiatry* 3, 104–109, 2004

- 6) Nemoto T, et al. Cognitive training for divergent thinking in schizophrenia: a pilot study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 33, 1533–1536, 2009

- 7) McGurk SR, et al. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 164, 1791–1802, 2007

- 8) Nemoto, et al. Qualitative evaluation of divergent thinking in patients with schizophrenia. *Behav Neurol* 16, 217–224, 2005

研究協力者

小林啓之(精神医学研究所附属東京武蔵野病院医員)

武士清昭(東邦大学大学院医学研究科)

研究要旨

精神病発症リスク状態ARMS (At-Risk Mental State)を早期発見するためには、できるだけ多くの紹介元からARMSの可能性の高い若者を集め、専門的アセスメントを実施する必要がある。そこで、平成21年度は、紹介元となる可能性のある精神保健関連機関や教育機関で働くスタッフを対象にした公開セミナーを実施した。セミナーでは、幅広い職種が参加し、アンケート調査からは講習によってARMSに対する知識や関心が高まったという感想が得られた。受診経路については、平成21年は、ホームページ、リーフレット、新聞、知人や精神科医など多岐にわたる経路で情報を得た上での相談依頼があった。電話でのスクリーニングにより実際に面接が必要と判断されたのは53件中28件(52.8%)であった。インテイク面接は電話相談を経由した24名を含めた32名に実施され、このうちARMSと判定されたのは14名(43.8%)、初回エピソード精神病と診断されたのは3名(9.4%)であった。また、ARMSに対する認知行動療法を普及させるため、臨床心理士による個別セッションに基づく認知行動療法を一部の患者に提供できる体制を構築した。ARMSへの専門的支援体制を確立するためには、普及・啓発活動が必要であり、地域全体で若者の精神疾患や早期介入に対する理解を高めていく必要がある。

A. 研究目的

精神病発症リスク状態ARMS (At-Risk Mental State) (Yungら、2004)に対する専門的な診断と治療支援を行うサービスは、メルボルンのPACEクリニックにより開始された。ARMSは、健常者や精神病以外の精神不調に伴って一過性に現れることのある精神病様体験症状と精神病との間に位置する病態にあり(Yungら、2006)、ARMSに対する専門診療は、精神病に対する早期介入を実践する上で欠かすことのできないコンポーネントと考えられる。

東北大学病院精神科に開設されたSAFE (Sendai At-risk mental state and First Episode)クリニックでは、ARMSに対する専門診療を行っている。

昨年までの患者の受診経路については、当科の一般の新患を受診した患者が偶然発見され専門外来に紹介されるケースや院外の精神科医師からの紹介が多くを占めていた。一方、より多くのARMS患者を治療に結びつけるためには、当事者や家族が直接助けを求めてくることのできるような支援体制を構築していく必要がある。そこで、本研究では、紹介元を増やすために行ったニュースレターの発行や公開セミナーについて紹介するとともに、平成21年1月から12月までのSAFEクリニックへの受診経路を調査した。また心理士によるARMSへの認知行動療法の個別セッションの取り組み行についても簡単に紹介する。

B. 研究方法

1)公開セミナーの開催

宮城県内の心理士、教員、精神保健関係者を主な対象とする公開セミナーを準備し、手紙やe-mailなどを用いて案内を出して参加者を募った。第1回目は、平成21年9月12日に実施、第2回は、平成21年12月12日に実施した。第1回目についてはアンケート調査を実施した。

2)SAFEクリニックの受診経路

ARMSの若者のための専門外来SAFEクリニック(東北大学病院精神科外来)において、ARMSの可能性のある若者の診断と評価を行い、ARMSと診断された者に対して治療介入を実施した。外来を周知するためにホームページを利用したり、高校、大学相談室、精神保健関連機関などに外来の案内やニュースレターを送付したりするなどして、専門外来の周知に努めた。

専門外来を受診希望する場合には、電話でのスクリーニングを行い、その上でインテイク面接を実施した。また、東北大学病院精神科の一般新患を受診した患者で、主治医から紹介のあった場合にもインテイク面接を実施した。診断評価にはARMSの包括的評価(Comprehensive Assessment of At-Risk Mental State: CAARMS; 2006年版)の日本語版(CAARMS-J)用い(Miyakoshiら、2009)、ARMSの基準としてはメルボルンPACEクリニックの超ハイリスク基準(UHR基準)に準拠して診断を行った。その上で、受診者の受診経路を調べた。

本研究は、東北大学大学院医学系研究科の倫理委員会の承認を得ており、ヘルシンキ宣言、医学研究における「臨床研究に関する倫理指針」を遵守した。研究の遂行に関しては、対象者本人

と未成年者の場合には本人と保護者から書面による説明とを行った上で同意を得た。

3)心理士によるARMSへの認知行動療法

ARMS患者のうち患者の同意が得られた患者に、精神科医とは別に心理士による認知行動療法の個別セッションが実施された。現在までの実施状況について調べた。

C. 研究結果

1)公開セミナーの開催

第1回目の参加者は63名で、臨床心理士(24名)、スクールカウンセラー(13名)など参加が多く、その他精神科看護師、精神保健福祉士、学校教員、学生など幅広い職種からの参加があった。参加者に対するアンケートからは、ARMSや早期精神病についての研修を今後も続けたいという内容の回答が得られた。第2回目の参加者は12名であった。2グループに分かれて認知行動療法のワークショップを実施した。事例を用いた認知フォーミュレーションについての実習を行い、参加者からは今後もぜひ認知行動療法についての演習を続けたいという感想が得られた。

2)SAFEクリニックの受診経路

調査期間中に実施したインテイク面接は32回で、電話相談によるスクリーニングを経たものが75%を占め、精神科外来を経たものは25%であった。このうちARMSと判定された者は14名(43.8%)、初回精神病と判定された者が3名(9.4%)で、その他が15名(46.9%)であった。

電話相談は53件あり、母親からの35件(66%)が最も多く、本人からは11件(21%)であった。電話相

談に至った主な情報源は新聞が16件、精神科医が13件、HPが10件であった。精神科医を通して電話相談に至ったケースではARMSに適合する割合が高かったが、それ以外の経路で電話相談に至った場合には、ARMSに適合する割合は低かった。電話相談53件のうち電話でのスクリーニングにより面接が必要と判断されたのは28件あり、このうち4件は面接がキャンセルされた。

3)心理士によるARMSへの認知行動療法

定期的な認知行動療法セッションに同意の得られた3名が心理士による認知行動療法セッションを開始した。3名の治療開始時の年齢は16歳、17歳、17歳で全て女性であった。これまで終了したのは1名で、2名は現在もセッション継続中で、いずれのセッションも精神科医による治療と平行して実施された。

心理士のうち1人は認知行動療法に習熟しており、一般的な認知行動療法の枠組みをARMSに適用して実施した。もう1人の心理士は、認知行動療法について研磨を重ねている過程にあり、スーパーバイズを受けながらセッションを実施している。いずれの患者も治療経過は良好で、比較的安定した精神状態で治療を継続しており、当初治療に用いられていた向精神薬は減量もしくは中止されている。

D. 考察

精神病の早期介入においては、精神病の徴候に気づいた本人や周囲の者が、適切な支援や治療が得られるような受診経路を整備することが大切である。このためには、専門外来を設立するだけでなく、幅広い情報発信を行うとともに、紹介

元になる可能性のある関係者に、精神疾患やARMSについて適切な知識をもってもらい必要がある。このため今回行ったような公開セミナーの開催は、今後も継続的に実施する予定である。

受診経路については、平成20年末までは、東北大精神科の一般の外来を経由する割合が49.6%を占めていたが、平成21年は、この割合は25%となっており、電話によるスクリーニングを経て専門外来での相談を目的に受診する割合が増えてきている。電話相談は主に母親など家族からなされており、家族に対して正確な情報を伝えることが必要と考えられる。精神科医に勧められて電話相談をするケースではARMSに適合する割合が高いが、それ以外ではARMSに該当しない割合が高い。ARMS以外の精神疾患をも対象とした相談や支援のニーズも高いと考えられた。

認知行動療法は、欧米諸国と比べて日本での普及は遅れており、特にベックの原法に準拠した認知行動療法を受けることはまだまだ難しい現状である。一方でFrench & Morrisonは、ARMSに対してベックの原法に準拠した認知行動療法の有効性を説いている。わが国においても、このようなARMSに対する認知行動療法を普及させるためには、これを実践できる心理士を育成し、精神科医と協力しながら治療にあたることができる環境を整備していく必要がある。

E. 結論

ARMSを効率的に専門診療につなげていくためには、ARMSの若者からの相談を受ける可能性がある機関の関係者が、ARMSについての知識や早期介入の意義を正しく理解することが有用と考えられる。ARMSの外来診療につなぐためには、

事前のスクリーニングの実施が不可欠であり、スクリーニングによってARMSの基準に合致する可能性が高い者に焦点を絞った詳細なアセスメントが必要である。また、ARMSの診療においては心理社会的治療のニーズは高く、これを提供するためのスタッフのトレーニングや診療体制の確立を今後とも目指すべきと考えられる。

引用文献

Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD: Treating schizophrenia in the prodromal phase. Taylor and Francis, London, 2004(宮岡等, 齋藤正範 監訳:統合失調症の前駆期治療. 中外医学社, 2006)

Yung AR, Stanford C, Cosgrave E, et al.: Testing the Ultra High Risk (prodromal) criteria for the prediction of psychosis in a clinical sample of young people. Schizophr Res 84: 57-66, 2006

Miyakoshi T, Matsumoto K, Ito F, Ohmuro N, and Matsuoka H: Application of the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS) to the Japanese population: reliability and validity of the Japanese version of the CAARMS. Early Intervention in Psychiatry, 3:123-130, 2009

French, P., Morrison, A. P.: Early detection and cognitive therapy for people at high risk of developing psychosis - a treatment approach. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, 2004(松本和紀, 宮腰哲生訳:統合失調症の早

期発見と認知療法-発症リスクの高い状態への治療的アプローチ. 星和書店, 東京, 2006)

G. 研究発表

1. 論文発表

1) Miyakoshi T, Matsumoto K, Ito F, Ohmuro N, and Matsuoka H: Application of the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS) to the Japanese population: reliability and validity of the Japanese version of the CAARMS. Early Intervention in Psychiatry, 3:123-130, 2009

2) 井藤佳恵、内田知宏、大室則幸、宮腰哲生、伊藤文晃、桂雅宏、佐藤博俊、濱家由美子、松岡洋夫、松本和紀. psychosis早期段階における心理的要因. 精神神経学雑誌(印刷中)

2. 学会発表

1) 松本和紀. 初回精神病に対する認知行動的アプローチ. 第9回日本認知療法学会(幕張)H21.10

2) 内田知宏、松本和紀、大室則幸、佐藤博俊、濱家由美子、川村知慧子、松岡洋夫. 若者のメンタルヘルス公開セミナーのアンケート結果. 第13回日本精神保健予防学会(東京)H21.12

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当事項無し

ARMS の認知療法アドヒアランス尺度－日本語版
Cognitive Therapy for At Risk Populations Adherence Scale - Japanese version
(CTARPAS-J)
β 版

評価者マニュアル

Katrina Bell, Mike Startup, Paul French,
Anthony P. Morrison, Sandra Bucci, & David Fowler

translated by Kazunori Matsumoto
collaborated with Masahiro Katsura, Noriyuki Ohmuro, Yasunori Oyama,
Sachiko Morimoto, and Tomohiro Uchida,

目次

I. はじめに

II. 尺度の利用法

1. 適切な実践の定義
2. アドヒアランスと頻度の評価
3. セラピストの行為の‘用量’の定義
4. セラピストの行動の評価
5. セラピストによる促進の評価
6. CTARPAS評価のために事前に必要な知識
7. ハロー効果（後光効果）による評価を避ける
8. ガイドラインの利用法
9. 例の利用法
10. 区別を行う
11. 評価に必要な具体的事例
12. 現セッションと前セッションの重複
13. 参考文献

III. 各項目のガイドライン

題リスト

2. フォーミュレーションの作業
3. ノーマライジング
4. 代替的説明の考案と評価
5. 安全行動
6. メタ認知的信念
7. 「私は（人と）違っている」とその他の中核信念
8. 社会的孤立
9. 再発予防

I. はじめに

この評価者用マニュアルは、ARMS向け認知療法のアドヒアランス尺度（CTARPAS: The Cognitive Therapy for At Risk Populations Adherence Scale）と併せて使用する。この尺度は、オーストラリア、ニューキャッスルにおけるDetection Evaluation and Psychological Therapy (DEPT_H) プロジェクトのために開発された項目と英国の第二次Early Detection and Intervention Evaluation (EDIE-II) プロジェクトのために開発された項目を合わせたものである。すべての項目及びこのイントロダクションは、NIMH Treatment of Depression Collaborative research Program (TDCRP: Elkin et al., 1989) におけるSystems for Psychotherapy Ratings (SPR) において開発されたCollaborative study Psychotherapy Rating Scale Form 6 (CSPRS-6: Evans et al., 1984) をモデルにしているが、一方で、これはCognitive Therapy for Psychosis Adherence Scale-Revised (CTPAS-R; Rollinson et al., in press) において導入された修正を含んでいる。CTPAS-Rは精神病の認知療法における治療セッションの録音記録を評価するためにデザインされている。しかし、ARMSの人と実際に精神病に移行した人の治療にはかなりの類似点はあるものの、若干の違いもある。したがって、ARMSの人々に有効であるとわかっていることに対するアドヒアランスを評価するために、既存の尺度を変更する必要性があった。CTARPASは 第一次Early Detection and Intervention Evaluation project (FrenchとMorrison, 2004) のために開発されたセラピスト・マニュアルに対するアドヒアランスを評価するためにデザインされている。このマニュアルでは、項目を評価するための原則が詳細に説明されており、これは尺度だけでは不可能である。マニュアルには尺度の全項目の情報が含まれる。評価者は、尺度による評価を行う前に評価者用マニュアルの内容に精通することが不可欠である。このマニュアルでは、はじめに評価者への全般的な解説と説明が行われる。マニュアルの見だしは、項目番号にしたがっ

てまとめられている。それぞれの項目には次のものが含まれる（必要に応じて適用される）。

- 1) 項目のタイトル
- 2) 尺度とまったく同じ文言と形式で示された項目
- 3) 項目の目的の詳
- 4) セラピストがとりうる行動の例。その項目に該当するものとそうでないものが含まれる。
- 5) アドヒアラントな治療の会話例
- 6) ノンアドヒアラントな治療の会話例
- 7) 他の項目との区別

II. 尺度の利用法

それぞれの項目は2つの尺度で評価される。第1の尺度は、FrenchとMorrisonの精神病に発展するリスクの高い人に対する認知療法の治療モデルに対するセラピストのアドヒアランスを反映する（尺度1）。第2の尺度は、セッション中に行われる‘存在する’（アドヒアラントであるか否かに関わらず）として評価される行為の頻度を評価するために使用される（尺度2）。

1. 適切な実践の定義

この評価マニュアルにおける適切な実践は、FrenchとMorrison (2004) の精神病に発展するリスクの高い人に対する認知療法のマニュアルにアドヒアラントな（を遵守している）実践と定義される。一般に、多くの実践はこの治療的アプローチの枠内に含めることができる。このマニュアルにアドヒアラントであるとみなされる（したがって適切であると評価される）実践のためには3つの一般原則が必要とされる。治療は以下のようであればならない。

- i) クライアントに特有な現存する問題に個別化されている
 - ii) クライアントの理解レベルに合わせている
 - iii) クライアントと共同的に実施されている
- これらの原則にアドヒアラント、あるいはノンアドヒアラントなセラピストの行為の例は、このマニュアルの個々の項目で示されている。

2. アドヒアランスと頻度の評価

もし、何らかの形でセラピストの行為が治療セッション中に存在しても、それがFrenchとMorrisonのモデル（2004）を遵守していない場合（つまり、個別化されていない、合わせられていない、あるいは共同的でない）、それは「存在するがアドヒアラントでない」と評価され-1の評価を受ける。その次に、この行為はセッション内の頻度について評価される。

もし、セラピストの行為がセッション中に存在し、その適用がFrenchとMorrisonのモデル（2004）を遵守している場合、それはアドヒアランス尺度において+1と得点され、セッション内の頻度は別に評価される。現実的には、すべての中心項目を個々のセッションで扱うことをセラピストは期待されていない。セラピストがモデルにアドヒアラントだと評価されるのは、少なくとも尺度の1項目が存在し、頻度が3以上の場合である。

頻度尺度得点の範囲は7点で、セッション中に存在したと見積もられたセラピストの行動を反映する頻度を概算するために固定される。

もし、その行為が治療モデルを遵守しておらず-1のアドヒアランス評価を受けた場合、頻度評価はこれを-1から-7の範囲で表す。もし、その治療行為が治療モデルを遵守しておりアドヒアランス尺度で+1と得点された場合、頻度評価は+1から+7の範囲となる。

尺度1：アドヒアランス

-1	0	1
存在するがアドヒアラントでない	存在しない	存在し、かつアドヒアラント

尺度2：頻度

1	2	3	4	5	6	7
存在する	とても頻回		非常に頻回		極めて頻回	
ちょうど治療の1回の「用量」とみなされるのに十分なほど存在	1度かなりの時間行われる、またはセッション中に短時間数回行われる		そのセッションを特徴づける		そのセッションのはじめから終わりまで存在	

4. セラピストの行動の評価

この尺度はセラピストの行動を評価するためにデザインされている。尺度項目を評価する際に、（可能な限り）セラピストの行動とセラピストに反応したクライアントの行動とを区別することが重要である。評価者が評価を試みるべきものは、セラピストの行動であり、その行動に対するクライアントの反応ではない。

セラピストの行動を評価する際、評価者はセラピストが何をしようと試みたのかを検討すべきで、その試みが成功したのか失敗したのかを検討すべきではない。例えば、項目1の問題リストを評価する際には、クライアントが問題を実際に認識したか否かにかかわらず、自分が問題を体験していることをクライアントが理解するように、セラピストがどれほど手助けや、促しを行ったかを評価者は測定しなければならない。セラピストの意図の評価は、セッション中の会話をもとにして行われなければならない。同じ状況における評価者自身の意図やセラピストの仕事についての評価者の予備知識にもとづいてはいけない。

クライアントのコメントは、セラピストの特定の行動が有効な用量で存在したかどうかを確定する時に検討されるかもし

このアプローチによって、データ解析の際に選択の幅を大きく広げることができる。なぜなら、適切さの評価は頻度評価に含まれておらず、したがって必要に応じていかなる解析に組み込むことも、またいかなる解析から省くこともできるからである。

3. セラピストの行為の「用量」の定義

セラピストの行為が存在すると評価されるためには、ふと口に出た言葉とは対照的に、特定の行動が臨床的に意味のある「用量」と見なされなければならない。その行為が臨床的にクライアントに効果を及ぼすことができたいらしいとするためには、全セッションのどこかの時点で少なくとも5分間はほとんどの行為が特定可能であるべきだと考えられる。（ここで注意すべきは、一回にまとめて5分間が必要ではないということである。その代わりに、セッション中にその行為はいくつかの短い事象として現れるかもしれない）

したがって、+1という評価は、セラピストの行動がセッション中に少なくとも5分間存在し、マニュアルを遵守しているものと想定される。

もしセラピストの行為が特定可能であっても、それがほとんど存在しない場合には、FrenchとMorrisonのモデル（2004）を遵守している否かにかかわらず、それは、存在しない（0）と評価される。

れない（すなわち、クライアントはセッションのその部分が最も助けになったと述べるかもしれない）。

5. セラピストによる促進の評価

セラピストの行動の評価を試みる際に起こる問題のひとつは、時折、ある項目で測定される行動をクライアントが始めることである。同様に、セラピストが限定的にしか関与していないのに、ある項目で測定されている行動にクライアントが実際は携わる場合がある。どちらの状況においても、その項目は必ずしも低い評価を受けるべきではない。こうした場合、セラピストが測定される行動を促進した程度が評価に反映されるべきである。ここで言う促進とは、クライアントの行動について、セラピストの側で受動的に受け入れるということにとどまらない。セラピストは、この行動に関して能動的にクライアントを励まし、促し、取り組まなければならない。例えば、セッション中のある時に、クライアントが自分の問題を並べ始め、さらに、クライアントがそうすることをセラピストが手助けしたり、積極的に励ます場合には、問題リストで1点以上の評価を受けるだろう。

6. 評価のために事前に必要な知識

評価者は、項目を評価するために、この尺度によって測定さ

れている行動についての特別な知識を持つ必要はない。この尺度は、この尺度に記述されている治療様式について予備的な経験のない評価者が、この様式の中で行われるセラピストの行動を、信頼性と妥当性をもって評価できるように特別にデザインされている。この評価者マニュアルは、項目を評価するために必要な予備知識を与えるようにデザインされている。

しかしながら、この尺度を使う際に評価者は、注意深く入念に治療セッションを聞き評価しなければならない。評価は複雑な課題であり、評価者には思慮深くあることと、適切な判断を下すことが求められる。

7. ハロー効果（後光効果）による評価を避ける

この尺度はセッションにおけるセラピストの行動を記述する目的でデザインされている。これを正しく使用するためには、評価者は行われたはずだと自分が思ったことではなく、自分が聞き取ったことを評価することが不可欠である。

評価者は以下のことにかかわらず、項目を評価するために同じ基準を確実に適用しなければならない。

1. 評価者が自分で評価していると思っているセラピーの種類
2. セッション中にセラピストが従事した他の行動
3. 他の項目で与えられた評価
4. 評価者が見込む特定の治療様式におけるセラピストのスキルの程度
5. 評価者がセラピストにどのぐらい好意的か
6. 評価者が評価されている行動の善し悪しをどう考えているか

治療様式についての評価者の判断に起因する評価者ハローの例（上記1）：評価者は評価されている項目が治療様式Aの側面を測定するように意図されていると思ひ込む。セラピストが治療様式Aの臨床実践を行っていると思ひ込むと評価者がさらに思ひ込む結果、この項目は実際より高く評価されてしまうかもしれない。反対に、セラピストが治療様式Aの臨床実践を行っていないと思ひ込む結果、この項目は実際より低く評価されてしまうかもしれない。

セッション中にセラピストが従事した他の行動を考慮に入れることに起因する評価者ハローの例（上記2）：ある項目にどのような評価を行うか決める際、評価者はその項目を評価する際に検討されるべき行動に類似した行動やそれと一緒に変化する行動に、誤ってもとづき評価を行うかもしれない。他の項目で与えられた評価に起因する評価者ハローの例（上記3）：ある項目にどのような評価を行うか決める際、評価者は他の項目に与えられた評価に、誤ってもとづき評価を行うかもしれない。これは、他の項目に与えられた評価が、現在評価されている項目に与えられた評価に影響すると評価者が信じている場合に起こりやすい。

セラピストのスキルレベルについての評価者の判断に起因する評価者ハローの例（上記4）：評価者はセラピストが治療様式Aの臨床実践を行っていると思ひ込む。その上、評価者は評価されている項目が治療様式Aの側面を測定するように意図されていると思ひ込む。こうした仮定にもとづいた場合、もし評価者が、そのセラピストが治療様式Aの臨床実践についてスキルがないと判断すると、その項目は実際より低く評価され、治療様式Aの臨床実践についてスキルがあると判断すると、その項目は実際より高く評価されてしまうかもしれない。

評価者がセラピストにどのぐらい好意的かということに起因する評価者ハローの例（上記5）：ノーマライジングのような項目にどのような評価を行うか決める際に、評価者が、ノーマライジングは良いことであると考えていて、さらに、そのセラピストに陽性的な感情反応を抱いているという理由で、その項目を実際より高く評価してしまうことがある。

行動の善し悪しについての評価者の判断に起因する評価者ハローの例（上記6）：評価者は、セラピストが良いセラピスト

であり、しかも測定されている行動が望ましくないと自分が思うために、適正と考えられるよりも低い評価をある項目に与えるかもしれない。同じように、評価者は、セラピストが良いセラピストであり、評価されている行動が望ましいと自分が思うために、適正と考えられるよりも高い評価を行うかもしれない。

8. ガイドラインの利用法

このマニュアルにおける項目の解説と定義は、ガイドラインであることを意図している。このガイドラインの利用に際しては、評価者が自らの判断力を行使することが期待されており、これはガイドラインが当てはまらない状況の評価の際も同様である。

9. 例の利用法

このマニュアルの各項目において、われわれは治療的なやりとりの例を提示する。これはどのようにセラピストの行動を評価するのかというガイドラインを示す。とは言っても、このマニュアルの例は、ある項目をどのように評価するのかというガイドラインにすぎない。例というものは、どうしても、治療セッションの単なる断片にしか過ぎないため、それは行動が行われる頻度ではなく、行動の種類と行動が行われるとされる強度のガイドとして用られる方がよい。したがって、このマニュアルでは、例にふさわしいアドヒアランス評価に対してのみ参照が行われる。例の中で会話が示される場合、文字Tはセラピストが言ったことを示し、Cはクライアントが言ったことを示すために用いられる。これら例の中に現れるすべての名前は架空のものであるが、記述されたものは、できる限り現実のやりとりにもとづいている。

10. 区別を行う

項目は対象とする範囲の幅に違いがあるため、ある項目で評価されるセラピストの同じ行動が、他の項目においても評価されることが適切な場合がある。反対に、類似しているが区別して評価されるべきセラピストの行動を、微細に区別することが評価者に要求されることがしばしばある。このマニュアルでは、'他の項目との区別'というセクションが、多くの項目の見出し事項に含まれている。このセクションでは、'標的'項目が他の'対照'項目と、いかに類似して、いかに異なるかについての情報が記載されている。

こうした区別が存在するからといって、それだけが必要とされる重要な区別であると評価者は推定すべきではない。すべての項目は重要な点において、他の項目と類似していたり、あるいは異なっていたりする。したがって、評価者は、存在する重要な類似点と相違点のすべてを指摘するためにこのマニュアルを頼るべきではない。

11. 評価に必要な具体的事例

ある項目が存在する（尺度1で+1）と評価するためには、評価者は、評価されているセラピストの行動の具体例を聴取していなければならない。評価者は、行動はおそらく行われたかもしれないが、具体例とは考えることができないと思った場合には、行動が行われたと評価しないように注意すべきである。評価者は、自分が行ったすべての項目に対する評価を具体的な形で示すことができないなければならない。

12. 現セッションと前セッションの重複

以前のセッションで検討された問題が、評価されているセッションで、間接的、あるいは直接的に言及されることがしばしばある。例えば、'再発防止'のような特定の項目は、以前のセッションで立てられた計画の再検討について具体的に言及するかもしれない。この場合、評価される行為は現在のセッションにおいて行われる再検討であり、初期の計画立てではない。

13. 参考文献

Elkin, I., Shea, T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., et al. (1989).

National institute of mental health treatment of depression collaborative research program. Archives of General Psychiatry, 46, 971-982

Evans, M. D., Piasecki, J. M., Kriss, M. R., & Hollon, S. D. (1984).

Raters' manual for the collaborative study psychotherapy rating scale - Form 6. Minneapolis: University of Minnesota and the St. Paul-Ramsey Medical Center. Available from the U. S. Department of Commerce, National technical information Service, Springfield, VA 22161.

French, P., & Morrison, A.P. (2004)

Early detection and cognitive therapy for people at high risk of developing psychosis: A treatment approach. London: John Wiley & sons.

Rollinson, R., Smith, B., Steel, C., Jolley, S., Onwumere, J., Garety, P. A., et al. (In press).

Measuring adherence in CBT for psychosis: A psychometric analysis of an adherence scale. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, ??

Ⅲ. 各項目のガイドライン

1. 問題リストと目標: セラピストは、明確な目標と問題の組み合わせを共有し明らかにするために、クライアントと共同に取り組んだか？

問題リストの作成は極めて重要である。これによりクライアントは、自分たちのセラピーに何らかの方向性を持つことができ (Kirk 1989)、認知療法の共同作業的な性質に役立つことになる。

クライアントの問題リストに挙げられる可能性がある項目のいくつかの例を下記に示す。

- 「住んでいるところに満足していない」
- 「うちを離れると不安になる」
- 「本当の母親をみつけない」
- 「外出時に私を見て笑っている人が気になる」
- 「仕事を見つける必要がある」
- 「もっとお金がほしい」
- 「妹は私に意地悪だ」
- 「私のどこが悪いのか知りたい」
- 「落ち込んでいる」
- 「不安だ」
- 「彼女が欲しい」

網羅的な問題リストができれば、それは目標に置き換えるべきだ。クライアントが目標を達成したかどうかははっきりとわかるように、目標を行動的な用語で記載することが重要である。「私はもっと幸せに／よくなりたい」のような目標が述べられたら、「もし、あなたがもっと幸せになったら、何をするだろう」のような質問を加え、こうした目標を操作すべきである。

目標は、以下の形式 (SMART) にしたがって記載されるべきだ。

- 具体的な (Specific)
- 測定可能な (Measurable)
- 達成可能な (Achievable)
- 現実的な (Realistic)
- 期間を決めて (Time Limited)

困難な一連の問題から具体的な治療目標へと移る過程は、長い過程かもしれない。この課題をしっかりと仕上げるためには、1, 2回のフルセッションをまるまる費やすかもしれない。この課題は、セラピストが問題や目標を設定するのではなく、クライアントが何を達成したいかということに焦点をおいた上で、共同的に行われなければならない。

事例

アドヒアラント

以下の例はアドヒアランス評価で+1を受けるべきである。なぜなら、セラピストは、もっと幸せになりたいということがどうということなのかについてクライアントの意見を引き出すために追加の質問を行っており、これは目標を操作することになるだろう。

- C: もっと、幸せになりたいな。
T: もし、もっと幸せになったらしたら、何をしたいですか？
C: う〜ん、昔の自分に戻りたいかな。
T: それはいいことですね。では、今はもうしていないけど、前はよくしていたことっていうと何ですか？
C: あー、前は友だちとよく外に出たけど、今はみんなと会うこともほとんどないな。
T: なるほど。つまり、友だちにもっと会うということは、あなたがやりたいことなのでしょう。では、どのくらいの頻度で友だちに会いたいと思いますか？

ノンアドヒアラント

以下の例は-1の評価を受けるべきである。なぜなら、セラピストは目標を設定する際に、講義をしており、指導を行っているからである。

- C: もっと、幸せになりたいな。

T: たぶん、すべての人がもっと幸せになりたいと思っていますよ。でも、それはとても漠然とした目標だし、私たちが取り組むことができることではないですね。たぶん、もっと具体的な目標を見つける必要があります。例えば、週に3回外に出てみるというのはどうでしょう。

2. フォーミュレーションの作業: セラピストは、クライアントの体験の性質を心理的に共有し理解するためにクライアントと共に取り組んでいるか？

この項目の目的は、クライアントの問題の性質を心理的に共有し理解するために、セラピストがどの程度クライアントと共に取り組んでいるかを測定することである。この項目が参照するのは、クライアントの問題についてのフォーミュレーションを、症状の発症と持続を説明する心理的メカニズムを用いて、セラピストとクライアントが一緒に作成することである。

フォーミュレーションの作業の主な目的:

a) なぜクライアントがその結論に至ったのか「理解できる」説明を提示することで、クライアントの体験についての現在の説明を正当なものだと確認する。

b) 体験についてより適応的でより苦痛の小さい代替の説明を探索する。作成されるフォーミュレーションの種類は、クライアントによって大きく異なる。

フォーミュレーションの作業は3つの異なる側面に概念化することができる。

i) 症状の形成について過去の経過を踏まえた説明。この説明にはクライアントの脆弱性因子の概要、自己と他者についての中核信念の形成、症状の発症、そして何らかの異常な体験 (例: 知覚の異常) に対する情動的な反応や評価 (appraisal) が含まれる。

ii) 症状の持続についての「今、ここで」の説明。

iii) 一般的な「ストレス-脆弱性」モデルでの概念化。

クライアントの中には、3つすべての側面に取り組むことが適切な者もいれば、1つか2つが適当な者もいる。大切なことは、それが、クライアントの能力、受容力、ニーズに合致することである。

フォーミュレーションは、理想的には、アセスメントにおいて収集された情報にもとづいて作られるべきである。セラピストは、症状の形成と持続を説明する心理的メカニズム (例: 情動プロセス、推論バイアス、スキーマ駆動プロセス、行動反応、トラウマ反応) を組み込み、社会的文脈や身体的要因 (例: 薬物使用、薬物治療、疾病) の影響を考慮する (因果的要因と持続要因の詳細はGarety et al, 2001を参照)。

フォーミュレーションの作業は心理教育の要素を含むかもしれないが、その全体的なモデルは、クライアントのライフイベント、評価 (appraisals)、症状の特性を反映できるように個別化されなければならない。また、この作業は、共同的に行われ、クライアントの理解力に合わせておられるべきである。したがって、クライアントと一緒に明確な形で共有したモデルの詳しさや複雑さの程度は、個々で大きく異なるだろう。

事例

アドヒアラント

以下の例はアドヒアランス評価で+1を受けるべきである。なぜなら、セラピストは以前にクライアントと一緒に話し合った物語的な説明を活用し、その反応がいかにか「理解できる」かを強調することでクライアントの論理過程が妥当なものであることを保証し、存在すると思っていた脅威をクライアントが過大評価していたかもしれないと示唆するフォーミュレーションを提示するからである。

T: あなたが体験したことを検討するには、どうしてそのような心配事があるかを悩ませているのか理解することからはじめましょう。

C: そうですかあ。

T: さて、あなたが話してくれた若い頃の話からすると、あなたはホントにひどい、思いもよらない暴力に囲まれていたみたいですね。

C: 思い返してみれば、そうしたことがすべて私の人生を中断させて、決めているんです。

T: あなたへの衝撃を考えると、それはとても大きな影響ですね。しかし、私たちが考えてきたことは、脅威や暴力を予期することです。

C: そんなこと望んでなんかいません！

T: いえ、いえ、そうじゃなくて。ごめんなさい。言いたいのはそういうことではないんです。そういうことがあるなかで育てば誰だって、自分自身で用心して、警戒心を保つのはよくわかることだと思ったんです。あなたは、安全でいたいがために、そうしなければならなかった。そして、あなたがそうしなければならなかったのは、あなたを心配して、そこから守ってくれる人が誰もいなかったせいですよ。

C: 自分自身が用心しなければいけなかったんです。

T: まったくそのとおりですね。家を出た時も、そういう脅威と孤独の感覚が続いていた。

C: ええ、本当に、びくびくした性格みたいのが身につきました。あいつらに認めてもらおうと努力したんだけど、嫌がられたんだと思う。

T: そして、あれはあの地区から出た時ですね？

C: そう、報復が始まったのはその時。何が起こったんだかわからない。

T: 過去の差し迫った暴力の脅威と自分自身で用心する必要性、そして、その連中とトラブルを起こす危険性を考えれば、その時に警戒心が湧き起こるのはよくわかります。あなたは、自分自身を守る必要があった。だから、脅威の兆候を探すのもごく当然ですね。

C: その時です、自分の名前を人が呼ぶのが聞こえ始めたのは、誰にも相談できませんでした。

T: だから、あなたには、誰が味方なのかそうでないのかを見分ける機会がなかったんですね。誰もが脅威になるかもしれない。けれど、あなたには他に見分ける手だてがなかった。

C: その時は怖かった。ものごとを間違っているとらえることって時々あるんじゃないかな。

T: すごく怖い時っていうのは、何が真実で、何が自分の感じていることから起こったのか、見分けるのはとても難しいですね。

C: 自分だけの時は、どんどん悪くなっていきます。一緒に確認してくれる人は誰もいません。

ノンアドヒアラント

以下の例は-1の評価を受けるべきである。なぜなら、セラピストは声について標準的な説明を提示しており、これは個別化されたものではなく、クライアントの見方に合致していないからである。しかも、この説明は共同的に与えられていない。セラピストは、声にまつわるクライアントの信念体系を理解するための時間をとっておらず、したがって、クライアントに合ったやり方でモデルを共有しているのか判断することができていない。それどころか、提示されたモデルは、自分自身にとっての重要性と意義についてクライアントが確信している信念と、死んだ父とクライアントとの‘特別’で固有な関係の存在に直接挑んでいる。

C: でも、とにかく何か悪いことを考えると、お父さんが私のことをどんなに誇りに思っているかってお父さんが私に話するのが聞こえるんです。私、お父さんをがっかりさせちゃいけない、もっと頑張らなきゃいけないってわかってるし・・・。

T: そうですか。それに対処するというのは、本当に大変に違いありません。それは時々、本当に悩ましいでしょう。でも、あなたに聞こえている声は、実際はあなたの考えなんです。あなた自身の考えの‘エコー’のようなものだと考えてみてく

ださい。

C: それじゃ、これはお父さんが私に話しかけてるんじゃないって思うんですか？

T: もしかすると、あなたはお父さんの声を聞くことができるのかもしれませんが、でも、あなたに聞こえる声は、実際は、あなたの考えのエコーだと思います。そのように自分の声が聞こえる理由は、最近あなたにストレスがかかっていたに違いないからです。それはお父さんの声ではありません。あなた自身の考えのエコーだということを覚えておいてください。

C: このこと、あなたに話さなきゃよかった。そうしなければよかったって、わかってた。今は、怒りを覚えます。悪い考えなんて考えることでできません。(すすり泣く)。お父さんは、私が何を考えているのかわかっているんです。だって、お父さんは、私の中で生き続けるって決めたんだもの。私はお父さんの形見で、あれはその責任なの。

他の項目との鑑別

ノーマライジング

ノーマライジングに含まれるのは、クライアントの症状を正常人々の症状にたとえることであり、それらをクライアント自身の個人史のなかで理解するものではない。もし、発達におけるフォーミュレーションが、正常人々とのこうした比較を用いるのであれば、両方の項目が得点される。しかし、フォーミュレーションの作業が‘理解できる’合理的説明だけを含む場合は、ノーマライジングは得点されるべきではない。

再発予防

これら2つの項目は、ともにフォーミュレーションの作業を含むため重複しやすい。この2つの違いの重要な点は、‘フォーミュレーションの作業’がクライアントの問題についてのモデルを全体的に作り上げることを指すのに対して、‘再発予防’は、再発に特化したモデルである。

3. ノーマライジング: セラピストは、クライアントの統合失調症様の体験が、心理的な障害のない人々の体験に類似していることをクライアントが理解するための手助けをしたか？この項目は、クライアントが自分のメンタルヘルスについて破局的な認知をしないようにセラピストが手助けしようとする程度を測定する。該当するセラピストの行動には次のようなものが含まれる:

i) クライアントが、自身の微弱な陽性症状を、正常な体験の一部として概念化することができ、正常な心理プロセスを用いて理解することができ、そして心理的な障害のない人々と共有することができるように手助けすること。

ii) 微弱な陽性症状を理解するための手助けをすること。

ノーマライジングの技法には次のものが含まれる:

i) 脆弱性-ストレスモデルについて話し合う。その際には、精神病様体験に対する脆弱性はあらゆる人がある程度はもっていることと、脆弱性の小さい人であっても、十分なストレスに直面した場合には精神病様体験に陥ることを強調する。

ii) 特殊なストレス(例: 睡眠剥奪や感覚遮断)は、ほとんどすべての人に幻覚や妄想様観念を引き起こすことがあるという証拠について話し合うこと。

iii) 精神医学的な支援を求めたり、必要としたことのない人々の多くが、精神病様の現象を体験する(例: 霊媒)という証拠を話し合うこと。

iv) 強い信念(例: 政治的信念)をもつ人々の多くが、自分の信念を支持する情報を選択し、自分の信念に反するような情報を無視し、あいまいな情報を自分の信念に合致させて解釈するという証拠について話し合うこと。

v) 精神病様の症状とその症状に関連する否定的な感情が、正のフィードバック・ループのなかで互いを悪化させ、互いに維持し合う様式について話し合うこと。

事例

アドヒアラント

以下の例はアドヒアランス評価で+1を受けるべきである。なぜなら、セラピストは、クライアントの関心に対して柔軟に対応しており、クライアントの体験をノーマライズするいくつかの異なる方法を用いているからである。

T: あなたは、自分は気が狂ってしまったに違いない、そして自分に見えない人たちの声が聞こえるために、私があなたを病院に連れて行きたがるんじゃないか心配だとおっしゃいましたね。でも、そのことを心配し過ぎてるように私には思えます。

C: うーん、でも声が聞こえるということは、狂っているということの意味ですよ？それに、みんなはおかしな人を怖がって、病院に閉じ込めておくべきだって思ってる。

T: ええ、声が聞こえるというのは、精神疾患の症状ではありますが、必ずしもそうでもありません。一般人口の15%以上は、声が時々聞こえるんですよ。それに、愛する人が亡くなった時、嘆き悲しんでいる人が、愛する人の声をその死後に聞くことはとてもよくあることです。

C: それじゃ、私は気が狂ってないって言うんですか？

T: 私が言っているのは、誰でも、状況次第では、声を聞くというような精神病様の体験に陥りやすいということです。

C: 本当に？知らなかった。でも、私は頻りに声を聞き、特に極端な状況にあるわけでもないし、私の生活には変わったところはないですよ。

T: ええ、影響しているだろうなと私が考えているある種の状況というのは、睡眠不足です。ほとんどの人は、数日間寝ないでいると声が聞こえはじめるものです。私が覚えているのは、あなたは試験のことをとても心配していて数日間ほとんど寝ていないとおっしゃっていましたよね。

C: ええ、3日間ぐらいは夜、ほとんど寝てません。試験がうまくいかないんじゃないかって、とても心配だったんです。

T: それに、誰もいない時に初めて声を聞いて、本当に怖い思いをしたんですよ。

C: 本当にそうですよ。あなただったらどうですか？

T: ええ、怖いと思います。しかし、私が、ちょうど考えていたのは、不安が声を悪化させるということです。一種の悪循環ですね。声はあなたを不安にさせ、不安は声を悪化させる。そして声はあなたをさらにもっと不安にさせます。そうしてこのサイクルが、グルグルとあなたの気持ちをさらに悪化させるわけです。

ノンアドヒアラント

以下の例は-1の評価を受けるべきである。なぜなら、セラピストはクライアントが早期精神病的サービスに関わっているということや学校を休まざるを得なかったということがクライアントにとってどんな意味をもつのか考慮していないからである。症状の性質について詳しく評価するのではなく、むしろセラピストはクライアントの問題が何であるかを指示的に説明している。

C: 来週学校に戻ったら、子供達に何て話したらいいものかなあ。休みを取らなきゃいけなくなった後なんです。最後に、あの子達が私に会ったときには、私のことを正常だと思っていましたが、今、私が早期精神病的サービスに関わり合っていると知ったら、あの子達は私が統合失調症だと思うでしょう。

T: 統合失調症は、実際は単に、症状の組み合わせを記述した言葉に過ぎません。その症状のひとつが幻聴ですが、あなたにはそれはありません。

C: えっ、でも私にはありますよ。私は独り言をするし。

T: ええ、でもそれは幻聴とは違います。幻聴は自分でコントロールできない明確な声なんです。

C: 私はそれをコントロールすることできません。だって、それは私が考えていることだけど、実際に大きな音がするんで

すよ。それを幻聴って言うんじゃないんですか？

T: いいえ、それは幻聴とは違います。それは、音の思考と言うんです。それは統合失調症とは違います。

4. 代替的説明の考案と評価: セラピストは、クライアントが自分の精神病様体験について、それらに対する彼/彼女らの最初の説明の他に代わりとなる説明がないか検討する手助けをしたか？

この項目は、クライアントが自分の精神病様体験を理解するようにセラピストが働きかける程度を測定している。代替的説明の検討は、たいてい患者によって行われることはない。この過程で患者を援助することによって、苦痛の軽減や、クライアントが自分の最初の解釈の正確さを評価するための手助けが図られる。

技法には次のものが含まれる:

- i) クライアントが侵入についての可能性を挙げる包括的リストを作成する手助けをするために、ソクラテスの対話法を利用する。
- ii) 構造化された形で各々の可能性の証拠を評価する。
- iii) 特定の解釈の利益と不利益を評価する。
- iv) より苦痛が少なく、集められた証拠により一致する代替的説明を考え出す手助けをする。
- v) 各々の代替的説明に対する確信の強さを評価する手助けをする。
- vi) 侵入思考や侵入イメージの内容とそのような侵入の個別的な意味を評価する。
- vii) 抑制の影響を明らかにするために思考抑制を実施。
- viii) 行動実験を奨励する、あるいは個々の侵入についての可能性を支持する証拠と反する証拠を集める。

事例

アドヒアラント

以下の例はアドヒアランス評価で+1を受けるべきである。なぜなら、セラピストはクライアントの精神病的現象の代替的説明についての検討を始めることに能動的かつ共同的であり、クライアントが多くの代替的説明を検討するように働きかけているためである。

T: あなたが私に話してくれた体験のいくつかについて、その理由は何だろうって、理解することが役立つかもしれません。少し時間をとって、こうした体験の説明として考えられる一通りの可能性と一緒に考えてみてはどう思っただけ。多分、それを全部紙に書くのがいいんじゃないかな。そうすれば、もう少し詳しくそれについて考えることができるんだけど、いいかな？

C: ええ、いいですよ。

T: それでは、あなたが体験していたことについて、今までにどんな理由を考えていましたか？

C: 主にふたつあります。私が後をつけられているのは、私が何か悪いことをしたので、私を懲らしめたいってみんなが思っているから。もうひとつは、みんなが私を狂わせようとしているからだと思います。

T: わかりました。それをリストに書きましょう。まずひとつ目は、あなたが何か悪いことをして、みんながあなたを懲らしめたがっている。そして、ふたつ目は、みんながあなたを狂わせようとしている。正しいですか？

C: はい。

T: よし、それでは考えてみましょう。これを引き起こすことは他に何かありますか？そのことについて他の人は何と言っていましたか？

C: ええと、うちの親は、私が、おばあちゃんが死んでから最近あんまり眠れていないからだって考えています。

T: その可能性をリストに書いておいてはどうですか？

C: そうですね。でも、私はそうは思いません。前にも眠れなかった時があったけど、みんなが私の後をつけているとは思

わなかった。

T: とりあえずリストに加えておきましょう。そうすれば、その可能性がどのくらいあるのか少し考えてみるができます。

C: わかりました。

T: 他に何か、あなたの生活のなかで起こっているかもしれないことって、何か思いつきませんか？そんなことあり得そうにもないなって、ことでもいいんですよ。私たちが検討してきたことで、こういうことが起こることに影響しそうなことって何かあるかな？

C: ええと、ストレスがどうやっておかしなことを引き起こすのかについて、ずっと話し合っていますよね。なので、私にはストレスがかかっている、これはそのストレスに私の体が反応したってことなのかもしれない。

T: では、ストレスをリストに加えてもよいでしょうか？

C: そう思います。

ノンアドヒアラント

以下の例は-1の評価を受けるべきである。なぜなら、セラピストはクライアントの体験の代替の説明について検討するという考えを採り入れるために、共同的な取り組みをしていないためである。セラピストはむしろ代替の説明の検討に対して指示的である。

T: あなたは、みんながあなたの後をつけて来るのは、あなたが過去に何か間違いを犯したせいだと本当に考えているんですね？

C: ええ、他の説明を見つけることは本当にできませんでした。

T: なるほど、私は2、3思いつくことができました。そのうちのどれかを一緒に検討してみてもいいですか？

C: ああ、いいですよ。

T: まず最初ですが、私は、あなたの後をつけている人っていないのはなくて、彼らは単にあなたの後ろをたまたま歩いていったと思うんです。

5. 安全行動: セラピストは、クライアントが行っていた何らかの安全行動を彼／彼女が同定するための手助けを行ったか？ セラピストは、問題のある信念を持続させる安全行動の役割についてクライアントに教育するための時間をとったか？ セラピストは、クライアントが安全行動の有用性を検証するための実験を準備するための手助けを行ったか？

この項目では、クライアントが行っている安全行動を彼／彼女が同定すること、そしてその（認知的もしくは行動的な）安全行動が、侵入についての非機能的解釈を持続させることを理解することを、セラピストがどの程度手助けしているかを評価する。したがって、安全行動の徹底的な評価が実施される必要がある。もしも安全行動が問題となっている解釈の持続に関わっていることが分かったら、クライアントがそれらの有用性を評価する手助けをするために、実験が導入されるべきである。

以上のように、この尺度で評価される安全行動についての取り組みは、3つの主要な領域を含んでいる：安全行動の評価と探索；安全行動の役割についての教育；安全行動についての実験。

技法には次のものが含まれる：

- i) 安全行動の徹底的な探索。
- ii) もし可能であれば、恐れている状況にクライアントと一緒にいったり、恐れている状況を引き起こすことで安全行動を観察する。
- iii) 選択的注意という一般的な安全行動の探索。
- iv) 回避という一般的な安全行動の探索。
- v) 安全行動の概念と、それが問題のある信念の持続にどのように寄与しているのかをクライアントに伝える手助けをするために、たとえ話を利用する。
- vi) クライアントが、行動実験を用いて安全行動を、セッション

内で、そして最終的にはセッション外で検証する手助けをする。

事例

アドヒアラント

以下の例はアドヒアランス評価で+1を受けるべきである。なぜなら、セラピストは、クライアントが用いている安全行動（回避）を同定する手助けをしているためである。

T: じゃあ、あなたがここまで話してきたことからすると、日中外出を避けることで、他人があなたを傷つける機会が減る、だからあなたは、夜は起きて、昼は寝て過ごすそうですね？

C: はい、それで本当にうまくいっています。私が起きている間は他のみんなは眠っているの、私は心配しないで自分のことができるんです。

T: あなたの日課がこのように変わったことで、何かマイナスなことはないですか？

C: まあ、たくさんありますね。私は日中に働いていたので、仕事を辞めなければなりません。それから、ホント、もうそんなに友だちや家族と会わなくなりました。母は、日中私が眠っている間、ホント静かにしなくちゃいけなくて、そうするとやらなきゃいけないことが妨げられるみたいなんです。怒るんです。でも少なくとも私は安全なので、そうする価値はあります。

T: では、夜起きている時は、どうやって過ごしているんですか。やれることってというのは、ずいぶん少ないと思うんですけど。

C: ええ、まあ、家族を起こさないように、ホント静かにしなくちゃいけないんですよ。なので、音楽を聴くことができません、ていうのは、ホントに大きな音で聞くのが好きなんです。それから、テレビはホント小さな音で見なくちゃいけないんです。みんな閉まっているので、家の外に出て何かすることもホントできません。だから、ほとんどの時間、読書するか、私の生活で起こっているこのおかしなことすべてを考えています。

T: つまり、日中外に出ないことで、他の人があなたを傷つける機会は限られますね。でも夜ずっと起きていて、あまりすることもないうために、そのことを考えることが多くなってませんか？

C: ええ、実際、夜、かなりの時間そのことを考えて過ごしています。少し強制的になってるかもしれない。

T: つまり、みんながあなたを傷つける機会を減らすためにあなたが行動を変えることで、実際は、あなたがそのことで頭が一杯になることが多くなっているんじゃないですか？

C: そうですね、そういう風に言うんなら、うん。

T: そう、あなたが自分自身を安全にするために努力しようとして選んできた方法のために、実際は、他の人があなたに危害を加えたがっているということであなたの頭が一杯になることが多くなっているんです。

C: ええ、その通りです。

T: どのくらい、これをやり続けられるでしょうね。だって、これは、仕事とか、家族や友だちに会うとか、あなたが楽しむことを、ホント妨げているように思うんです。これがこの状況に対処するベストな方法かどうか試すことができる何か方法がないものかなと思うんです。

C: おっしゃる通りにします。

ノンアドヒアラント

以下の例は-1の評価を受けるべきである。なぜなら、セラピストはクライアントと共同的な形で作業しておらず、クライアントが回避という安全行動を探索する手助けをしなかったからである。それどころか、セラピストは、クライアントの行動が不適応的であると伝えるにあたり指示的であった。

T: それじゃ、あなたは、自分が他の人のところにいるのをやめれば、彼らがあなたの考えを読むことができなくなるかと考

えているんですね。

C: はい。もし私が誰ともまったく接触しなかったら、彼らが私の考えを読む機会というのは与えられないですから。

T: でも、そのせいであなたがしたいたくさん逃すことになりませんか？

C: はい、でもストレスがなくなることは、私にはそのくらい大切なことなんです。

T: そのことにはあまり賛成できませんね。長い目で見ると、あなたの行動は、実際はあなたの役に立ちそうにありません。

C: でも、それは私にはする必要があるのであります。だって、他の人の周りにいるのは、私にはすごいストレスなんです。

T: 私の見る所では、それはとても不適応的ですし、それに、それがあなたにより多くの問題を引き起こすんだと思いますよ。

6. メタ認知的信念: セラピストは、クライアントの思考、イメージ、感情（メタ認知）についての信念を、クライアントが同定し、探索する手助けをしたか？

このマニュアルが基にしている心理学的機能不全のモデルと精神病のモデルでは、メタ認知について取り組むことが重要であるとみなされている（Morrison, 2001）。肯定的信念はさらなる侵入を生み出すかもしれないが、一方で普通と異なる体験を危険である、あるいは制御不能であるとみなす否定的評価（appraisal）は、精神病への進行を開始させたり加速させたりするかもしれない。メタ認知についての作業にはメタ認知的信念の評価が含まれる。セラピストは通常の臨床面接の間に、メタ認知を評価してもよい。あるいはセラピストは、構造化された質問票や自己記入式の測定法、例えばMQQのようなツールを使用してもよい。

したがって、この項目では、クライアントが自分のメタ認知的信念を同定し、侵入の持続や頻度、苦痛に対するその意義を検討する手助けを、セラピストがどの程度行っているかを測定する。

技法には次のものが含まれる：

i) メタ認知に対するクライアントの（肯定的および否定的）評価（appraisal）と反応の検討。

ii) メタ認知的信念に目を向けるための手助けを行う。

iii) メタ認知的信念に関連した苦痛を軽減する手助けをするためのストラテジーを利用する。例えば、証拠の評価、代替的説明の考案、行動実験、あるいは特定の信念の利益と不利益を検討することなど。

事例

アドヒアラント

以下の例はアドヒアランス評価で+1を受けるべきである。なぜなら、セラピストは、クライアントが体験していた経験についての信念を探索し、クライアントの信念の利益と不利益を検討する手助けを行ったためである。

T: つまり、あなたが私に話してくれたことからすると、あなたが他人に対して猜疑的で、ひどく疑り深いことは良いことだと思う、これで正しいですか？

C: はい。なぜかという、私がいつも警戒しているということになるからです。ひどく疲れますが、私は安全だということになります。

T: 自分が安全だということはどうやって分かるのかな？

C: ああ、私の近くにいる人みんなを見張っているの、彼らももし何か変なことをしたら、そこから離れるんです。このおかげで、襲われずにすむことが何度もありました。

T: あなたの近所では、襲われることはよくあるんですか？

C: はい、とても荒れたところなんです。犯罪が多いですね。

T: そうですか、そういう所に住んでることなら、あなたがひどく疑り深くなるのもよくわかります。

C: ええ、そうです。なので、これはいいことなんです。このせいでできなくなることも多いですけど、それだけの意味は

あると思います。

T: そのせいでできなくなることがあるというのはどういう意味ですか？

C: ええ、何かすることが時々あるんですけど、ひどく疑り深くなりすぎると、家から出られないんです。そのせいで、したいことをやり損ねてしまうんですね。あと、時々、家から出ることができた場合は、とても心配するので、自分がやっていることを楽しめません。みんなを調べることを止められないからなんです。

T: つまり、ひどく疑り深くなっていることで安全でいられるんだけど、一方で、そのせいでものごとをし損なったり、楽しめなかったりすることが時々あるんですね。

C: はい。

T: あなたの生活やあなたがやることをよく吟味して、猜疑的になるのが役立つのはどんな時で、もう少し気を緩めることができるのはどんな時なのか検討してみるの役立つんじゃないかなと思うんですが。

C: まあ、試してみてもいいかもしれません。

ノンアドヒアラント

以下の例は-1の評価を受けるべきである。なぜなら、セラピストは、幻聴の体験についてクライアントが抱いている肯定的信念を探索したり、その信念の否定的な結果に焦点を当てたりすることに失敗しているためである。このため、メタ認知と行動の持続との結びつきは浮き彫りにされなかった。

T: それでは、私の理解が正しければ、あなたはハイになると声を経験するという理由で、いつもココインを使っていたんですね？

C: ええ。だって、声は、先々の問題を避ける助けをしてくれるからね。

T: でもココインを常用するのはとても危険だと思いませんか？

C: まあ、人によってはそうかもしれないけど、自分の場合は違いますね。それは、私を苦しめることは決してないし、私に声を聞かせてくれるし、ホント楽しいですね。

T: でも、あなたはプラス面だけに注目して、マイナス面には注目していないんじゃないかと思うな。マイナス面について、考えてみましょう。

C: ええ、まあね。でも、そんなことじゃ私の考えは変わりませんよ。

7. 「私は（人と）違っている」とその他の中核信念: セラピストは、該当する中核信念をクライアントが同定し、もし必要なら、その信念の修正を検討する手助けをしたか？

この項目では、クライアントが中核信念を同定し、その信念が、自分自身、世間、他者に対するクライアントの見方をどのように形作るのか検討するために、セラピストがクライアントをどの程度手助けしたのかが測定される。もしその中核信念が、非機能的な解釈の持続に大きな影響を与えていたり、将来の再発への脆弱性を増加させたりするのであれば、セラピストはこの信念の修正を目指すべきである。

技法には次のものが含まれる：

i) 中核信念の同定（‘下向き矢印法’や‘非機能的思考記録’などの技法によって）。

ii) 自分自身、世界、他者についてのクライアントの見方に対する非機能的の中核信念の影響の検討。

iii) 非機能的の中核信念を保持することの利益と不利益の検討。

iv) 数ある既存のCBT技法による非機能的の中核信念の修正。例えば、支持する証拠と反する証拠の検討、その信念が不合理、役立たない、極端であるかの検討、より偏りの小さい代替手段の考案などである。

症例

アドヒアラント

以下の例はアドヒアランス評価で+1を受けるべきである。な

ぜなら、セラピストは、下向き矢印法を利用して、クライアントが重要な非機能的な中核信念を同定する手助けをしたためである。

C:人が周りにいる時には、私、会話に参加するのが怖いんです。

T:もし会話に加わったとしたら、あなたは何を心配しますか。

C:ええ、私はいつも、自分が何かおかしいことを言うんじゃないかって考えるんです。

T:この考えを下支えしているかもしれない、心の底にある考えがあるかどうか確かめるために、その考えについての質問をいくつかしてもよろしいですか？

C:いいですよ。

T:では、あなたの元々の考えは「私は何かおかしいことを言うてしまうんじゃないか」でした。何かおかしいことを言うことの、何が最もいやなのか教えてもらえますか？

C:えっと、私はばかだっってみんなが考えるのが心配です。

T:では、あなたはばかだとみんなが考えることの、何が最もいやなのか教えてもらえますか？

C:ええと、みんなが私のこと嫌いになることです。

T:では、そのことの、何が最もいやなんでしょうか？

C:それは、誰も友だちがいなくなることです。

T:それでは、あなたの話を私が理解してるか少し確認させてください。もしあなたが他の人におかしいことを言ったら、その人たちはあなたをばかだと考えて、あなたを嫌う、そしてあなたには誰も友だちがいなくなる。正しいですか？

C:はい。

T:すると、そのことの、何がそんなにいやなのでしょう？

C:もし友だちが誰もいないとしたら、私には価値がありません。

T:つまりあなたは自分に価値がないことを心配しているんですね。

C:はい。

ノンアドヒアラント

以下の例は-1の評価を受けるべきである。なぜなら、セラピストは、中核信念の同定に際し指示的であり、その信念の影響と、そのような信念を抱くことの利益と不利益をクライアントに検討させることができなかつたためである。

T:時々あなたは、他の人と違っていると感じてきたのではないですか。

C:ええ、そうです。

T:自分自身に対する見方というのは、人生でどんな経験をしてきたかということに関係するかもしれません。あなたが最初の被害者だったという過去が、あなたは人と違っているというこの信念を生み出すのに一役買っていたんだと思います。

C:そうだったかもしれません。

T:あなたが人と違っていると信じることは、実際には信じていても役に立たない信念ですよ？

C:そうは思いません。それは、自分から選んで信じているようなものではないんです。ただ、そうしているだけなんです。

T:私は、この信念のマイナス面がプラス面を上回っていると思いますよ。

C:う～ん。わかりません。それは考えたことはありません。

T:そうだと考えて大丈夫ですよ。私たちがこの信念を修正することが役立つと思いますよ。

8. 社会的孤立:セラピストは、クライアントのサポート・ネットワークを同定したか？そして、他者からのアドバイスを求めることで自分の体験について外からの代替的説明を作り出すために、彼らにどんな選択肢があるのか探索をしたか？クライアントのなかには、代替的説明を考えだし評価する能力が低下するときに精神病様体験の出現が始まる者がいる。この項目では、クライアントが自身の体験についての捉え方

を確かめるために他者からのアドバイスを求めようとする場合に、クライアントがアクセスすることのできる外部の手段が何かを、セラピストがどの程度同定するかを測定する。セラピストはクライアントに対し、別の考え方を検討する手助けをしてくれる他者を捜すように促したり、より良い仮説を検証するように働きかけたり、引き金となる出来事をノーマライズしたりするだろう。

技法には次のものが含まれる:

i)クライアントのサポート・ネットワークの同定

ii) (必要な場合) 孤立の問題をクライアントと一緒に浮き彫りにする。

iii) クライアントのサポート・ネットワークの質と適切さについて検討する。

iv) クライアントの社会的サポートと関連するあらゆる問題を克服するために、いくつもの戦略を組み込む。例えば、支援者のリストを作成し評価することである。

事例

アドヒアラント以下の例はアドヒアランス評価で+1を受けべきである。なぜなら、セラピストはクライアントのサポート・ネットワークの質に焦点をあてるように話し合いを導き、そのネットワークを強化するための戦略について話し合う前に、ネットワークの適切さについて検討したからである。

T:お話しいただいたことからすると、あなたの生活の中で色々な人たちとこれらの問題について話し合うことができそうですね。

C:ええ、そのことすべてについて話す友だちや家族がたくさん私にはいます。

T:このことすべてについてあなたが最もよく話すのは誰なのか、私に教えていただいてもいいですか？

C:はい、もちろん。そうですね、私が主に話すのはお母さんとお姉ちゃんですね。あと、一番仲良しのシェリーとクレア、それに彼氏、クリスですね。

T:この問題を、他の人に話すのは助けになりますか？

C:ええ、ほとんどの場合はそうですね。でも実際のところは、誰に話すかによります。

T:それはどういうことでしょうか？

C:う～ん、お母さんとか、お姉ちゃん、それにクレアに話すとき、立ち去る時にはどちらかという少しストレスを感じているけど、シェリーとかクリスに話すと、たいいてはホッとした気持ちで立ち去りますね。

T:ということは、誰に話すかによって、違う気持ちで立ち去るということですね？

C:はい。お母さんとお姉ちゃん、それにクレアはスピリッチャルな人たちで、霊がどこにでもいると信じているんです。それで、あの人たちは、私にはそれを感じることができる特別な能力があるに違いないって考えているんですが、そのせいでホント、私は落ち着かなくなるんです。だけど、クリスとシェリーは、もっと現実的な人たちで、あの人たちは、私が霊を感じるって思った時に、結局はたいいていの場合私が少しものごとを考え過ぎていたり、ホントにストレスを感じて疲れているんだって、気づかせてくれるように助けてくれるんです。このおかげで、私はだいぶ気分がよくなって、そんなに変な感じにならないし、ホントに霊を感じたんだっていうことは信じなくなるんです。

T:あ～、ということは、クリスとシェリーはより現実的だから、あなたの心配をやわらげるには、一番役に立つんですね。

C:ええ、あの人たちはすごいですね。

T:この情報をリストに書き留めて、そしてこのリストをあなたの生活に関わる'現実的な'人たちと'スピリッチャルな'人たちに分けて、あなたのお母さんやお姉さん、クレア、シェリー、クリス、それにあなたが話をするかもしれないその他の

人たちを、右側の欄に記すというのは、有用じゃないかな。このリストを手元においておくと、ストレスを感じた時にそれを読むことができるし、心配事を誰に話したいと思っていたのか判断できますよね。そうすると、'現実的な'人たちに話すことが一番可能性がありそうですね。

C: はい、いい考えだと思います。だって、私が混乱している時には、誰に話すべきかわからないことが時々あるし、ストレスがかかっている時には、リストを持っていることで、もう少しそれがよく分かると思うからです。

ノンアドヒアランス

以下の例は-1の評価を受けるべきである。なぜなら、セラピストは、クライアントのサポート・ネットワークを適切に検討しなかったからである。同定されたサポートは、それが適切であるらしいのかそうでないのか確認するのに十分なほどに確認されておらず、また、ホームワークについては共同的に合意されなかった。さらに、ホームワーク課題の有用性についての説明もクライアントになされなかった。

T: 他の人たちがどんな見方をしているのか知るために、これらの体験を誰か他の人に話しましたか？

C: いえ、してません。私がおかしな人だって他の人たちが思うんじゃないかってすごく心配なんです。

T: でも、他の人たちがどう考えているのか知ることは、役立つかもしれないって思いませんか？

C: いいえ。だって、他の人たちが何を考えるかっていうのは、もうわかっているんです。誰かにそのことを言われたら、自分がどう考えるかわかってます。

T: 話をしなくちゃいけないのはあなたの周りのどなたですか？

C: 私の家族と、あと親しくしている友だちが4人ほどいます。

T: その人たちは、普段は支えになりますか？

C: たいしてはそうですね。

T: では、今回と次のセッションの間にあなたが家族のメンバーそれぞれと親友との間にどんなことがあったのかをあなたと話し合ってみませんか。そうすれば、何を言われたのか検討することができます。

9. 再発予防: セラピストは、早期警告徴候と、出現しつつあるこの症状に対する破局的な解釈の可能性を小さくすることを目的とした介入を含む個別的な再発予防プランをクライアントが作成する手助けをしましたか？

この項目では、クライアントが個別的な再発予防プランを作成する手助けをセラピストがどの程度手助けしたのかが測定される。予防プランには、過去のあらゆる精神病様の侵入に対する早期警告徴候の同定や、出現しつつあるこれらの症状に対する破局的な解釈をやわらげるためにクライアントが取るべき方法などが含まれる。再発の誘発を促進する出来事として先行する可能性のあるもの（社会的、身体的、対人的な出来事）について幅広い評価が行われる。同様に、何らかの警告徴候が出現しても必ずしも精神病の前兆となるわけではなく、むしろ、苦痛や症状の悪化を引き起こすのは、これらの体験に対する解釈であるということクライアントが理解する手助けする介入も行われる。

技法には次のものが含まれる:

- i) クライアントの最近の精神病様の侵入についてのクライアントの評価 (appraisal) とそれらの影響を評価
- ii) 過去の早期警告徴候と症状についての評価と検討
- iii) 将来の症状の出現に対するバランスのとれた評価を促す
- iv) 経験したことのある介入でクライアントが自分に役立つと述べるものを同定
- v) 再発予防プランを作成する。ここには、クライアントの問題の形成や維持、信念を評価し、代替的説明を考案し、それらを検証するためのストラテジーやスキル、反証についてのまとめ、行動実験の結果についての情報が含まれる。

Vi) クライアントのサポート・ネットワークとどの時点でこのネットワークを利用すべきかについて検討し、これを青写真に含める。

事例

アドヒアランス

a) 以下の例はアドヒアランス評価で+1を受けるべきである。なぜなら、セラピストは、クライアントがサービスに訪れる前の一連の出来事や対処反応を引き出しているからである。T: つまり、今年の2月頃までは比較的うまくいっていたけれども、その後から、少し気分が落ち始めて、眠りが妨げられるようになった。そして、近所の人たちを少し疑う気持ちが出てきたんですね。少し時間をとって、この頃、あなたに何が起こっていたのか理解してみましょう。そして、あなたにとって何がよくなかったのか見当をつけることができるかどうかみてみましょう。ものごとが前よりうまくいかないと最初に気づいたのはいつですか？

C: ええと、休み明けに学校に戻るのが大変でした。1つ上のあいつにまたいじめられるんじゃないかって心配してました。今年はこれをうまく切り抜けたって思っていたんですけど、さっぱりだめでした。

T: なるほど、学校の日常に戻るっていうのは、しばらくは少しストレスになるものだよ。しかも、いじめられることが心配なら、なおさらだね。その頃、他にあなたが心配していたことや、大変だと思っていたことはあるかな？うちのことはどう？

C: あー、お母さんとお父さんが家の改築をしているんです。それで、なにもかもがごちゃごちゃで、散らかっていて、弟と部屋を一緒に使わなきゃいけないって思っていたんですけど、

T: 弟さんと部屋を一緒に使わなきゃいけないっていうのは、あなたにとってはどういうことだったのかな？

C: そんなに悪くはなかったと思います。ただ、数ヶ月間は自分の空間がなかったってことです。お母さんにストレスがかかって私をイライラさせる時には、困りましたね。お母さんは、改築のことでかなりストレスがかかっていたね。実際、しばらくはいつものお母さんじゃなかった。

T: その頃は、代わりに何をしていたのかな？

C: 友だちと出かけることが多くなって、友だちの家で過ごす時間が多くなった。親友のクリスマスと過ごす時間が多かったけど、クリスマスの家族はパブを持っていたんですよ。それでよくそこに出入りして、それがすごくいい感じで、彼の親がうちに酒を飲ませてくれたんですよ。

T: つまり、以前はうまくいっていたのに、一気にたくさんのごことに処理しなくちゃいけなかった。学校に戻ったら、またいじめられるんじゃないかと心配になったし、家では少しストレスがかかっていたみたいで、相部屋じゃなきゃいけなくなって、あなたにとって大切な対処法のひとつがなくなった。そして、外出することが多くなって、お酒を飲むことが多くなり始めた。他人に対して疑り深くなったとはじめて感じ始めたのはいつか思い出せますか？

b) 以下の例はアドヒアランス評価で+1を受けるべきである。なぜなら、セラピストは、クライアントが早期警告徴候を同定する手助けをし、その後、自分の病気に対処することについてのクライアントの心配に対する反応へと移行しているからである。

T: では、話をまとめると、他人に疑り深くなる、というこの気がかりな症状は、あなたの生活上のたくさんの方のストレスの結果として起こり、このストレスにどう対処したらよいかと寝ずに考えたいたために、以前ほどは眠っていないようですね。これは、今後あなたに、実際、役に立つ情報ですね。このおかげで、何に注意をすればよいかわかります。

C: 今後ですか？

T: ええ、この気がかりな症状は、もう起らないかもしれない