

Nakamura M, Inoue Y, et al.	Is nocturnal panic a distinct disease category? Comparison of clinical characteristics among patients with primary nocturnal panic, daytime panic, and coexistence of nocturnal and daytime panic.	Journal of Clinical Sleep Medicine	9(5)	461-467	2013
Nishida S, Inoue Y, et al.	Persistence of Secondary Restless Legs Syndrome in a Phantom Limb Caused by End-stage Renal Disease.	Internal Medicine	52(7)	815-818	2013
Garcia-Borreguero D, Inoue Y, et al.	The long-term treatment of restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease: evidence-based guidelines and clinical consensus best practice guidance: a report from the International Restless Legs Syndrome Study Group.	Sleep Medicine	14(7)	675-684	2013
Komada Y, Inoue Y, et al.	Short Sleep, Sleep Disorders and Traffic Accidents	IATSS Research.	37	1-7	2013
Inoue Y, et al.	Efficacy and safety of adjunctive modafinil treatment on residual excessive daytime sleepiness among nasal continuous positive airway pressure-treated Japanese patients with obstructive sleep apnea syndrome: a double-blind placebo-controlled study.	Journal of Clinical Sleep Medicine	9(8)	751-757	2013
Schenck C, Inoue Y, et al.	REM Sleep Behavior Disorder (RBD): Devising Controlled Active Treatment Studies For symptomatic and Neuroprotective Therapy-A Consensus Statement By the International RBD Study Group.	Sleep Medicine	14(8)	795-806	2013
Tsuiki S, Inoue Y, et al.	Oropharyngeal crowding and obesity as predictors of oral appliance treatment response to moderate obstructive sleep apnea.	Chest.	144(2)	558-563	2013

Inoue Y, et al.	Reliability, validity, and responsiveness of the Japanese version of International Restless Legs Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome in a clinical trial setting.	Psychiatry and Clinical Neurosciences	67(6)	412-419	2013
Sasai T, Inoue Y, et al.	Change in heart rate variability precedes the occurrence of periodic leg movements during sleep: an observational study.	BMC Neurology	13	139-146	2013
Inoue Y, et al.	Efficacy and safety of rotigotine in Japanese patients with restless legs syndrome: a phase 3, multicenter, randomized, placebo-controlled, double-blind, parallel-group study.	Sleep Medicine	14(11)	1085-1091	2013
Nakamura M, Inoue Y, et al.	Differences in brain morphological findings between narcolepsy with and without cataplexy.	PloS one.	8(11)	e81059	2013
Sasai T, Inoue Y, et al.	Electroencephalographic findings related with mild cognitive impairment in idiopathic REM sleep behavior disorder.	Sleep.	36(12)	1893-1899	2013
井上雄一	メラトニン・メラトニンアゴニストによる降圧作用	月刊循環器	3(4)	123-126	2013
駒田陽子, 西田慎吾, 井上雄一	睡眠関連摂食障害の病態・診断と対応	日本医事新報	4645	53-57	2013
井上雄一	エスゾピクロンの国内エビデンス	クリニシアン	60(6)	75-81	2013
高江洲義和, 井上雄一	最新薬物療法新規睡眠薬 Eszopiclone	最新精神医学	18(3)	249-255	2013
井上雄一	認知症と睡眠・概日リズムの変化	老年医学	51(8)	846-849	2013

高江洲義和, 井上雄一	うつと睡眠	調剤と情報「うつ病パーフェクトガイド」	19(増)	24-25	2013
高江洲義和, 井上雄一	睡眠とうつ	調剤と情報「うつ病パーフェクトガイド」	19(増)	62-68	2013
井上雄一	不眠の病態・診断と心身機能への影響	東京都医師会雑誌	66(8)	29-36	2013
井上雄一	睡眠と自律神経・内分泌・免疫系の関係	皮膚の科学	12(20)	31-36	2013
Nakajima S, et al	Validation of the Japanese version of the Ford Insomnia Response to Stress Test (FIRST-J) and the association	Sleep Medicine	15	196-202	2014
Okajima I, Nakajima S, Ochi M, Inoue Y	Reducing dysfunctional beliefs about sleep does not significantly improve insomnia in cognitive behavioral therapy	PLoS One	9(7)	e102565	2014
Takaesu Y, Komada Y, Asaoka S, Kagitamura T, Inoue Y	Factors associated with long-term Use of hypnotics among patients with chronic insomnia	PloS One	9(11)	e113753	2014
中島 俊, 岡島義, 井上雄一, 堀内史枝, 玉井浩, 井上雄一	労働者における不眠症状と心理的特徴との関連	ストレス科学	28(4)	275-284	2014
岡島 義, 井上雄一	うつ病に伴う不眠に対する認知行動療法の有効性に関する展望	行動科学	53(1)	69-78	2014
井上雄一, 高橋昌義	不眠症の診断, 治療と評価	睡眠医療	8(増)	449-457	2014
井上雄一	閉塞性睡眠時無呼吸症候群の運転問題を考える	睡眠医療	9(1)	21-26	2015
井上雄一	過眠性疾患の運転問題と対応	臨床精神薬理	18(5)	557-564	2015
伊藤永喜, 井上雄一	睡眠障害国際分類第3版(ICSD-3)	日本臨床	73(6)	916-923	2015
伊東若子, 井上雄一	不眠症治療の実際	Suzuken Medical	18(3)	7-10	2015

井上雄一	自動車運転と睡眠問題	クリニシアン	62(6)	94-109	2015
高江洲義和, 井上雄一	残遺症状としての不眠	精神科治療学	30(6)	811-816	2015
高江洲義和, 井上雄一	快適な睡眠のために	Diabetes Con- temporary	2(2)	6-11	2015
井上雄一	Suvorexantの臨床効果	臨床精神薬理	18(8)	1063-1071	2015
井上雄一	睡眠に自律神経はどう関与 するか？	JOHNS	31(8)	1029-1032	2015
柳原万里子, 井上雄一	睡眠時無呼吸症候群と日中 の眠気の関係	呼吸と循環	63(8)	726-731	2015
松井健太郎, 井上雄一	睡眠時随伴症（パラソムニ ア）	臨牀と研究	92(9)	1122-1128	2015
岡島 義, 井上雄一	睡眠障害に対する認知行動 療法—不眠症を中心として—	精神療法	41(6)	47-51	2015
駒田陽子, 井上雄一	母と子の睡眠問題へのアプ ローチ	精神療法	41(6)	68-74	2015
井上雄一	レム睡眠行動障害	クレデンシャル	87	12-13	2015

平成 26-27 総括研究協力報告書
統合失調症の認知行動療法の普及に向けて

研究協力者 菊池 安希子 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

研究要旨：

統合失調症の認知行動療法は、これまでのメタ分析においては中等度の頑健なエビデンスを示し、国際的な治療ガイドラインにも推奨されている心理療法である。本研究では専門家が少ない本邦において CBT for Psychosis (CBTp) 導入に役立つプログラムとマニュアルを開発し、その改訂版の病棟における feasibility を検討した。また、CBTp の効果測定に標準的に用いられている Psychotic Symptoms Rating Scales 日本版 (PSYRATS-J) の信頼性・妥当性を検討した。

【平成 26 年度】20～25 才の統合失調症圏 (ICD-10 F2 診断) の患者に対し、週 1 回、各 1 時間、計 5 回の CBTp 導入プログラム (名称「CBT 入門」) を実施し、介入前後の認知的柔軟性 (BCIS)、抑うつ (BDI2)、精神病症状 (PANSS) の変化を見た。その結果、いずれの測定値においても有意な改善が見られた。また、実施後の無記名アンケート結果からは、患者にとってプログラムの認容性が高いことが認められた。

【平成 27 年度】精神保健専門家に PSYRATS-J 研修を実施し、その上で PSYRATS-J 面接の順逐語録 (準逐語録) の PSYRATS-J 評価を行ってもらい、その結果から評価者間信頼性を算出した。②統合失調症の患者を対象に、PSYRATS-J と PANSS 下位尺度との相関係数を算出することで、併存的妥当性を検討した。また、PSYRATS-J の幻聴尺度と妄想尺度それぞれの Cronbach's α を求め、尺度としての内的一貫性を確認した。その結果、PSYRATS-J 評価者間信頼性としての級内相関係数は 0.8 以上を示した。PSYRATS-J 幻聴スコア及び妄想スコアの Cronbach's α は 0.8 以上を示した。幻聴スコアの合計は、PANSS の「幻覚による行動」と有意な相関を示し、PANSS 陽性症状の合計点とも、有意な相関を示した。妄想スコアの合計は、PANSS の妄想スコアと有意な相関を示し、陽性症状の合計点とも有意な相関を示した。

【結論】

「CBT 入門」は、病棟における Feasibility の高いプログラムであるといえる。認知的柔軟性、抑うつ、精神病症状への影響を確認するためには、今後、対照群を設定した研究が必要である。また、PSYRATS-J は、十分な内的一貫性、評価者間信頼性を示し、PANSS 陽性症状尺度との併存的妥当性を示した。今後の本邦における CBT for Psychosis の効果研究において有用なアウトカム尺度の一つになると考えられる。

研究協力者

小山 繭子

(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

朝波 千尋

(国立精神・神経医療研究センター病院)

田中 さやか

(大阪府立精神医療センター)

A. 研究目的

統合失調症の症状に対する治療の第一選択肢は薬物療法である。しかしながら、抗精神病薬をによっても精神病症状が残存する者は少なくなく (Harrow et al., 2013)、副作用による服薬中断も多い (Hutton et al., 2012)。このような現状の中、統合失調症を抱える者たちの転帰を改善するために、薬物療法の補完として、心理社会的介入を組み合わせることが推奨されている。

統合失調症を持つ者に対して、精神病性障害の認知行動療法 (cognitive behavior therapy for psychosis : CBTp) を提供することで、症状の低減に効果があることは、これまで数々のメタ分析において繰り返し確認されてきた (Wykes et al., 2008 等)。効果量のレベルは低～中等度 (0.3 から 0.5 程度) ではあるものの、これは補完的療法としては決して低いとはいえない。こうした効果検証を背景に、CBTp は、国際的な統合失調症の治療ガイドラインの中でも推奨されてきた (Gaebel et al., 2011)。たとえば、英国の NICE ガイドラインでは、「全ての統合失調症患者に対して、提供されるべき心理療法」であるとしている (NICE, 2009)。

CBTp の効果には、持続性があり、ユーザー満足度も高く (Lincoln et al., 2012)、さらに、主に入院日数が減って地域滞在期間が延びることにより、人件費を差し引いても医療費の節減につながる事が英国では示されている

(NICE, 2014)。

このようにエビデンスがあり、ユーザーからの需要が高いにも関わらず、世界的に見ても CBTp 実践者が多い英国においてすら、通常治療における提供率は極めて低い。Haddock ら (2014) が、北東イングランドで実施した調査によれば 12 ヶ月間に CBTp を提案された統合失調症患者は 6.9% に過ぎず、実際に個別 CBTp を受けるに至った患者は 1.6% であった。本邦においては、そもそも CBTp の専門家が少なく、普及への試みはまだ本格していない。

このような現状のもと、菊池 (2007) は、CBTp の導入部分に共通する要素を系統的に提供し、その後の個別的な CBTp につなげるまでを円滑化することを目的とした「CBTp 導入プログラム (CBT 入門)」を開発し、2010 年に改訂を行った。本研究では、改訂版の CBT 入門を用いて、精神科入院病棟における feasibility を検討した。

また、CBT for Psychosis の効果測定に標準的に用いられている Psychotic Symptoms Rating Scales (Haddock, 1999) 日本版 (PSYRATS-J) の信頼性・妥当性を検討した。

B. 研究方法

【平成 26 年度】

1. 対象

包含基準 :

- ・年齢 20 才から 65 才
- ・統合失調症圏 (ICD-10 F2 診断) の診断
- ・入院中の者

除外基準: 全 5 回のプログラムに参加が不可能と考えられる容体の患者

リクルート先: 国立精神・神経医療研究センターの医療観察法病棟。医療観察法病棟には、心神喪失または心神耗弱の対象者が入院しており、制度開始当初より現在まで、毎年、全入院

患者の8割の者が、統合失調症圏（F2）診断がつく。

2. 研究デザイン

介入前後の測定値を比較した feasibility 研究。

3 介入方法・介入期間

菊池が2007に開発し、2010年に改訂を行った「CBT入門」（菊池、2010）による週1回、各1時間、計5回の介入を行った。心理士がリーダーを務め、コリーダーを看護師が担って、各回3~6名の参加者で実施した。

「CBT入門」は、クローズドで実施され、入院時期にかかわらず、長く待たずに参加することが可能になるよう期間を短く5回に設定された集団療法である。個人療法への導入を円滑化する役割を担うプログラムである。このような構成としたのは、CBTpは個人療法のエビデンスの方が厚い一方で、幻聴や妄想の内容には個人の過去のトラウマや秘密にしたい内容が含まれることが少なくなく、介入の際にその内容を集団の場で共有することが必ずしも望ましくないと考えられたからである。集団療法でCBTpを導入し、個別の事例定式化や介入は個人療法で提供することを想定した。

個人CBTpの流れ（Morrison et al, 2004）でいえば、ノーマライジング等の治療導入段階をカバーする内容で構成されている。2007年の開発当時は、医療観察法指定入院医療機関内の使用を想定していたが、その後、2010年に一般精神科への普及をはかるためにマニュアルを改訂し、現在にいたる。

「CBT入門」プログラムの実施は、研究者を含む病棟勤務の心理士がリーダーを務め、コリーダーは看護師が担った。マニュアルには、リーダー初心者のために、参考台詞も含めた解

説があり、実施に当たっては、マニュアルの読解、グループの見学、コリーダー体験を経ることがトレーニングとなるため、一般精神科における導入もしやすいことが意図されている。

4. 評価項目

アウトカムとして、以下の尺度を使用した：

□PANSS（Positive and Negative Symptoms Scale）陽性症状のCBTp導入プログラムであるため、特に陽性症状得点の変化に注目した。
□BCIS（Beck Cognitive Insight Scale）認知的柔軟性がCBTpの効果を予測するとの先行研究をふまえ、認知的柔軟性を測定するBCISの変化に注目した。

□BDI（Beck Depression Inventory II）CBTp入門はノーマライジングを最大の構成要素としているため、ノーマライジングの主要効果である脱破局視が生じる結果をとして、抑うつ感の減少がみられることが予測された。

また、プログラムが対象者らにどの程度受け入れられるかの実情を把握するために、無記名アンケートを各回の後に実施した。無記名であるため、その結果には、統合失調症以外の精神障害者の者の結果も含まれているが、CBTpのfeasibilityを示す参考値として報告する。

6. 倫理的配慮

研究実施に際しては、研究参加の同意を文書で得た上で、実施した（国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会にて承認を得た）。

データは個人情報情報を削除して連結可能匿名化を行い、研究者の部屋の施錠できる保管庫に保管した。

【平成27年度】

まず、10名の精神保健専門家にPSYRATS-J研修を実施し、その上でPSYRATS-J面接の順

逐語録（属性や個人名を削除／改変した逐語録）4例の PSYRATS-J 評価を行ってもらい、その結果から評価者間信頼性を算出した。

次に、平成 26 年度に報告した統合失調症の認知行動療法導入プログラムの前後比較試験のデータの 2 次解析のかたちで、PSYRATS-J と PANSS 下位尺度との相関係数を算出することで、併存的妥当性を検討した。また、PSYRATS-J の幻聴尺度と妄想尺度それぞれの Cronbach's α を求め、尺度としての内的一貫性を確認した。

PANSS 評価は主治医が行い、PSYRATS-J 評価は心理士が実施した。統計解析には、SPSSver21 を用いた。

C. 研究結果

【平成 26 年度】

今回、データ収集した 67 名の「CBT 入門」参加者の内、統合失調症圏 (ICD-10 F2 診断) の者は、56 名 (83.6%) であった。この内、プログラム参加前後の PANSS 評価を得られた 41 名を本研究の解析対象とした。なお、PANSS 評価の得られた対象者 41 名と、得られなかった 15 名の間には、性別比 (男女比は PANSS あり 12:5、PANSS なし 36:5) にも、平均年齢 (PANSS あり $40.22 \pm SD11.98$ 、PANSS なし 41.62 ± 13.32) にも有意差は認められなかった。

本研究対象者の「CBT 入門」プログラム参加前後では、認知的病識 (BCIS)、抑うつ (BDI II)、陽性症状 (PANSS 陽性症状得点) のいずれもが、望ましい方向に有意な改善を示した。

「CBT 入門」参加者のプログラム評価の無記名アンケート結果、全体傾向としては、理解については 86.5%が「だいたい理解できた」「よく理解できた」、スピードについては 88.1%が「ちょうどよい進み方」、内容の有用性につい

ては 86.5%が「ある程度役に立つ」「役に立つ」と回答していた。

【平成 27 年度】

PSYRATS-J の評価者間信頼性の評価に参加した精神保健専門家は、職種としては、精神科医 2 名、臨床心理士 8 名であり、性別は男性対女性が 5:5 であった。臨床経験年数の平均は 12.60 (SD=6.45) 年であった。評価者間信頼性としての級内相関係数は 0.86 であった。尺度の内的一貫性および併存的妥当性の検討に用いたのは、20-65 歳の統合失調症患者 55 名のデータであった。性別は男性対女性が 39:16、平均年齢は 35.69(SD=8.68)歳であった。PSYRATS-J 幻聴スコアの Cronbach's α は 0.94、PSYRATS-J 妄想スコアの Cronbach's α は 0.87 であった。

PSYRATS-J 幻聴スコアの合計は、PANSS の「幻覚による行動」と有意な相関を示し (Spearman's rho 0.55, $p < .001$)、PANSS 陽性症状の合計点とも、有意な相関を示した (Spearman's rho 0.37, $p < .001$)。PSYRATS-J 妄想スコアの合計は、PANSS の妄想スコアと有意な相関を示し (Spearman's rho 0.38, $p < .001$)、陽性症状の合計点とも有意な相関を示した (Spearman's rho 0.44, $p < .001$)。

D. 考察

【平成 26 年度】

介入前後比較デザインからは、介入と状態像変化の因果関係を示すことはできないが、「CBT 入門」がターゲットとした結果、つまり脱破局視 (BDI II 改善)、および認知的柔軟性の改善 (BCIS 変化) については、好ましい方向への有意な変化が見られた。

本研究では PANSS の全体的な改善も見られたが、「CBT 入門」が CBTp 導入を目的とし

ていることを考えると、PANSS 改善が主としてプログラムの効果であるとは考えにくい。そのため、抑うつや認知的柔軟性の改善が、症状変化による可能性もある。しかしながら、抑うつ感については、陽性症状が軽減した後に悪化する時期が見られるとの報告 (Birchwood et al., 2000) もあることをふまえると、今回の BDI II の改善が、「CBT 入門」の脱破局視効果である可能性も高い。また、今回の対象者が「CBT 入門」に参加した時期が、急性症状を呈していた時期から少なくとも 3 ヶ月の薬物療法を経て病状が安定した時期に相当することから、プログラム参加中に薬物療法によるさらなる症状の大幅な改善が期待されるとは考えられず、BDI II および BCIS の改善がプログラム効果である可能性も考えられる。今後、対照群を設定した効果検証が必要である。

「CBT 入門」を中断した参加者はおらず、参加したことが原因と推測される病状悪化も認められなかった。このことから、「CBT 入門」は、負荷の比較的軽い、病棟における実施可能性の高いプログラムであることが示唆された。

また、実施後のアンケートでは、プログラム実施場所が閉鎖病棟であることから、回答が社会的望ましさのバイアス (退院したいがために好印象の回答をしようとする) を受けないよう配慮し、回答は無記名とした。回答の結果、「CBT 入門」は理解、スピード、内容の有用性のいずれもが、8 割以上の参加者に肯定的に受け止められており、プログラムの認容性の高さを示していると考えられた。

【平成 27 年度】

CBTp の効果測定に関係した先行研究で用いられている PSYRATS-J は、評価者間で十分な高さ (>.08) の級内相関係数を示したことから、評価者間信頼性が認められた。

PSYRATS-J の幻聴尺度、妄想尺度の Cronbach' s α が共に 0.8 以上を示したことから、下位尺度には十分な内的一貫性が認められた。

PSYRATS-J の幻聴スコアも妄想スコアも、PANSS の陽性症状スコアを有意な相関を示し、それぞれ該当する下位尺度同士 (PSYRATS-J 幻聴スコアと PANSS の「幻覚による行動」; PSYRATS-J 妄想スコアと PANSS 妄想スコア) が有意な相関を示したことから、PSYRATS-J には併存的妥当性が認められたといえる。

PSYRATS の外国版については、スペイン語版、マレーシア語版、ドイツ語版の信頼性妥当性が検討されており、いずれも内的一貫性と、下位尺度の PANSS ないし Krawiecka scale との併存的妥当性が確認されており、日本版でもほぼ同様の結果となった。

E. 結論

【平成 26 年度】

CBTp は中等度の頑健なエビデンスを示し、国際的な統合失調症ガイドラインにおいて推奨されつつも、専門家が多い英国においても普及が進んでいない。このような現状のもと、本研究では専門家が少ない本邦において、CBTp 導入に役立つ簡便なプログラムとマニュアルを開発し、病棟における実施可能性を検討した。今後は、対照群を設定した検討が必要である。

PSYRATS-J は、十分な内的一貫性、評価者間信頼性を示し、精神病測定尺度との併存的妥当性を示した。今後の本邦における CBTp の効果研究において有用なアウトカム尺度の一つになると考えられた。

< 附録 > CBT for Psychosis 導入プログラム
「CBT 入門」配布物

Psychiatry, Bergen, 2014.9.18.

F. 研究発表

1. 論文発表

菊池安希子：実践講座 認知行動療法 4 統合失調症. 総合リハビリテーション
Vol.42(12)1167-1174, 2014.12.10.

2. 学会発表

朝波千尋、菊池安希子：精神病症状評価尺度日本語版 (The Psychotic Symptom Rating Scales Japanese Version: PSYRATSJ) の信頼性および妥当性の検討. 第 11 回日本統合失調症学会, 群馬, 2015.3.25.

Kikuchi A, Asanami C, Kono T, Okada T :
The Role of Empathy in Violence among Male Patients with Schizophrenia .
Issues of Criminal Justice (1), The 6th Annual Conference, Asian Criminological Society , Osaka University of Commerce, Osaka, 2014.6.28.

菊池安希子：社会認知ならびに対人関係トレーニング (SCIT) . 自主シンポジウム「統合失調症に対する精神科リハビリテーションに役立つ心理社会的支援」(企画者：佐藤さやか) (シンポジスト). 日本心理学会 第 78 回大会, 京都, 2014.9.11.

菊池安希子：自主企画シンポジウム 3「精神病性障害に対する認知行動療法 (CBT_p) の研修システムをどのように確立するか」(座長). 第 14 回日本認知療法学会, 大阪, 2014.9.13.

Kikuchi A, Tanaka S, Asanami C, Okada T : Self-reported empathy and physical aggression in male patients with schizophrenia . The 3rd Bergen International Conference on Forensic

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし

<参考文献>

1. Birchwood M, Iqbal Z, Chadwick P & Trower P: Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. I: Ontogeny of post-psychotic depression. *British Journal of Psychiatry*; 177, 516-528, 2000
2. Gaebel, W., Riesbeck, M., & Wobrick, T.: Schizophrenia guidelines across the world: a selective review and comparison. *International Review of Psychiatry*, 23, 379-387, 2011
3. Gonzalez JC, Sanjuán J, Canete C, Echánove MJ, Leal C.: Evaluation of auditory hallucinations: the PSYRATS scale. *Actas Esp Psiquiatr* 31(1), 10-17, 2003.
4. Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. : Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol Med*, 29(4), 879-889, 1999.
5. Haddock G, Eisner E, Boone C, et al: An investigation of the implementation of NICE-recommended CBT interventions for people with schizophrenia. *Journal of mental health* 23:162-5, 2014
6. Harrow M, Jobe TH: Does long-term

- treatment of schizophrenia with antipsychotic medications facilitate recovery? *Schizophrenia bulletin* 39:962-5, 2013
7. Hutton P, Morrison AP, Yung AR, et al: Effects of drop-out on efficacy estimates in five Cochrane reviews of popular antipsychotics for schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica* 126:1-11, 2012
 8. Kronmüller KT, von Bock A, Grupe S, Büche L, Gentner NC, Rückl S, Marx J, Joest K, Kaiser S, Vedder H, Mundt C: Psychometric evaluation of the Psychotic Symptom Rating Scales. *Compr psychiatry* 52(1), 102-108, 2011.
 9. Lincoln, T.M., Zeigler, M., Mehl, S., Lesting, M.L., Lullmann, E. Westermann S et al.: Moving from efficacy to effectiveness in cognitive behavioral therapy for psychosis: a randomized clinical practice trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 674-686, 2012.
 10. Morrison AP, Renton JC, Dunn G, et al: *Cognitive Therapy for Psychosis: A formulation-based approach*. New York, Brunner-Routledge, 2004
 11. National Institute for Health and Care Excellence: *Psychosis and Schizophrenia in adults: Treatment and Management (CG178)*. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014
 12. NICE: *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update)*. London, National Institute for Clinical
 13. Wahab S, Zakaria MN, Sidek D, Abdul Rahman AH, Shah SA, Abdul Wahab NA : Evaluation of auditory hallucinations in patients with schizophrenia: A validation study of the Malay version of Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS). *Psychiatry Res* 228(3), 462-467, 2015.
 14. Wykes T, Steel C, Everitt B, et al: Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull* 34:523-37, 2008
 15. 菊池安希子: 重度精神障害者に対する指定入院医療機関での治療効果判定に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業 (H16-障害-019) 「重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究 (主任研究者: 吉川和男)」 総括・分担研究報告書, 2007.
 16. 菊池安希子, 美濃由紀子: 国立精神・神経センター・医療観察法病棟が、そのプログラムとノウハウを公開します②「幻覚・妄想の認知行動療法」. *精神看護* 1

● ● ● | CBT 入門 にゅうもん

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

がいよう



おたがいを知ろう！

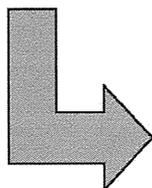
おとなりの人に下に書いてある質問しつもんに答えてもらってください。

あなたのお名前は？

あなたの好きな食べ物は？

あなたのしゅみは？

おとなりの人をみなさんに紹介しょうかいしてください。



〇〇さんを紹介しょうかいします。

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。

第1回 「CBT入門」の概要



しょうかい
自分を紹介しよう。

しつもん

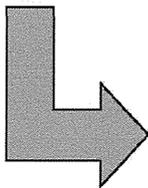
下に書いてある質問に答えてください。

私の好きな食べ物は _____ です。

私は _____ することが好きです。

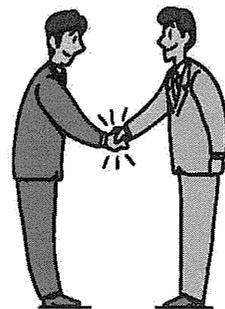
私の好きな色は _____ です。

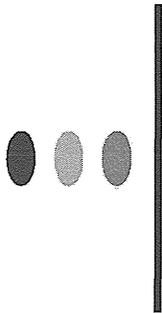
その理由は _____ だからです。



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



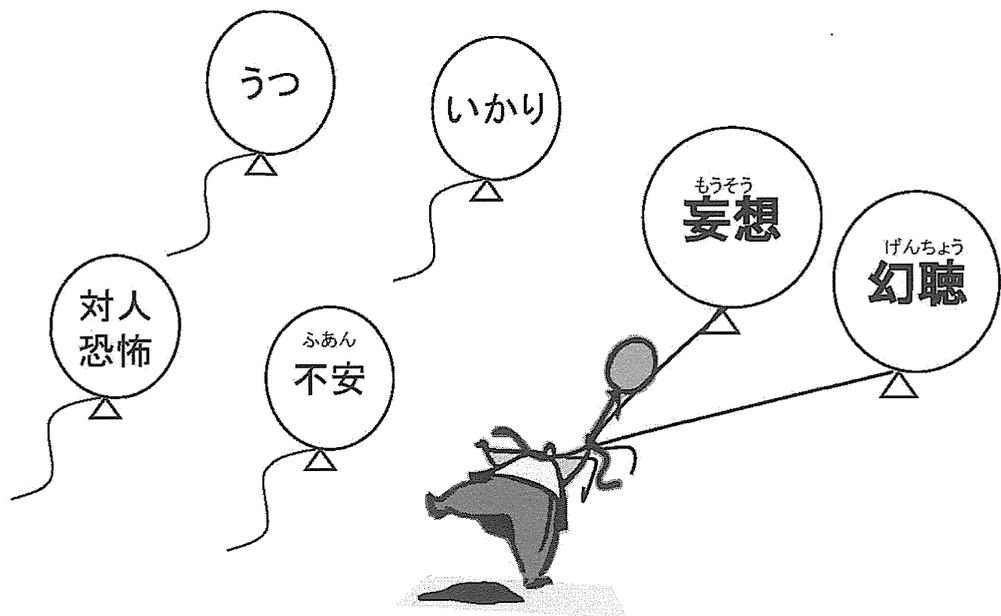


CBTとは？

C	<small>コグニティブ</small> <i>Cognitive</i>	<small>にんち</small> 認知
B	<small>ビヘービアー</small> <i>Behavior</i>	<small>こうどう</small> 行動
T	<small>セラピー</small> <i>Therapy</i>	<small>ちりょう</small> <small>りょうほう</small> 治療(療法)

にんち こうどう りょうほう
CBT = 認知行動療法

にんちこうどうりょうほう
認知行動療法は、せいしんてき もんだい かいけつ こうか
さまざまな精神的な問題の解決に効果がある
せかいてき しょうめい ちりょうほう
と世界的に証明されている治療法です。



このグループではどんなことを するの？



このグループでは、
にんちこうどうりようほう きほん ちしき まな
認知行動療法をおこなうための基本的な知識を学びます

- しょうじょう 症状についておさらい
- しょうじょう 症状がおこりやすい条件
- しょうじょう 症状がおこるメカニズム
- ちりようせんりやく 治療戦略



全 5 回

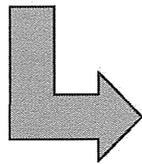
第1回： 今日	第4回： ___月___日 ()
第2回： ___月___日 ()	第5回： ___月___日 ()
第3回： ___月___日 ()	

- グループのルール**
- 1) わからないことはしつもん質問しよう
 - 2) せき た席を立つときはひとこと一言
 - 3) ひと きず人を傷つけるはつげん きんし発言は禁止
 - 4) プライバシーをまもる

さて、クイズです。

このような体験は、一般的に
10人中何人ぐらいが信じていると思いますか？

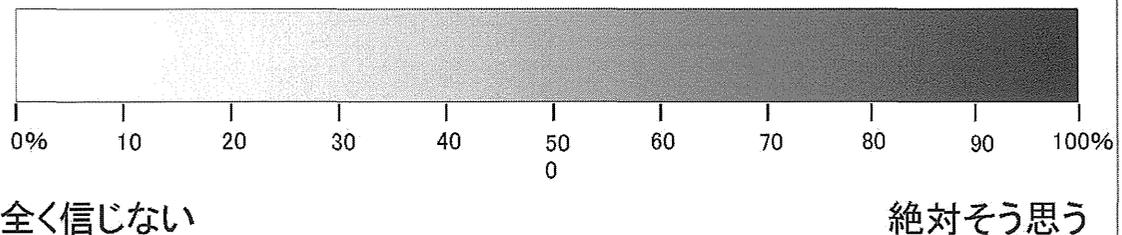
- テレパシー：____人くらい
- ゆうれい：____人くらい
- 予言よげん：____人くらい
- 生まれ変わりか：____人くらい
- 呪いのろ：____人くらい



これらはどれも、いわゆる「科学的根拠かがくてきこんきょがない」と言われるものです。

けれど、人によって信じる強さがちがってきます。

あなたの
信じる強さは？





今日のまとめ

- 『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、
信じる強さはじょうきょう**状況**によって
変わるということについて



第2回

幻覚^{げんかく}や妄想^{もうそう}は誰^{だれ}でも体験^{たいけん}する 可能性^{かのうせい}がある

前回^{ぜんかい}のおさらい

①CBTグループの一員^{いちいん}として参加^{さんか}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. 人を傷つける発言は禁止
4. プライバシーは守る

②前回^{ぜんかい}のポイントです。以下^{いか}の空欄^{くうらん}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**^{じょうきょう}によっても変わる

➤人^{ひと}や**状況**^{じょうきょう}によって、ものごと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**^{じょうきょう}によってどう変わってくるかを考えてみましょう。



%



%

そうぞう
想像してみてください。

P7

じょうきよう
こんな状況の時、
あなただったら、何%ぐらい信じますか？

じょうきよう くらやみ ぼち まよ
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、歩いています。するとそのとき、ひんやりとした冷たい
風がス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。

_____ % → _____ %

p4

今回(P6)

ひょうばん うらな し
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年以内に死がせまっている。でも、
この50万円のツボがあればだいじょうぶ。」と言わ
れました。

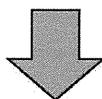


か よげん
⇒「ツボを買わなければ死んでしまう！」と予言を信じ
る気持ち。

_____ % → _____ %

p4

今回(P6)



じょうきよう こと
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。