

博士論文（要約）

命令幻聴への服従行動に影響する認知的要因

東京大学大学院総合文化研究科
広域科学専攻生命環境科学系
古村 健

目次

序論

命令幻聴と危険行為	p. 4
命令幻聴への服従行動に影響する認知的要因	p. 6
本論文の目的	p. 8
本論文の構成	p. 8

第1章 命令幻聴と服従行動の文献研究

研究1-1 命令幻聴の体験率と服従率	p.10
目的	p.11
方法	p.12
結果	p.12
1) 命令幻聴の体験率	p.12
2) 命令幻聴への服従率	p.17
まとめ	p.24
研究1-2 命令幻聴への服従行動に影響する要因	p.26
目的	p.27
方法	p.27
結果	p.27
1) 調査対象と命令幻聴への服従の測定方法	p.28
2) 命令幻聴への服従行動に影響する要因	p.32
A: 命令幻聴	p.32
B: 幻聴についての認知	p.33

C : 一般的特性	p.36
考察	p.38
1) 結果のまとめ	p.38
2) 先行研究の限界と今後の課題	p.38
第 2 研究 否定的評価信念を測定する尺度の開発	
2-1 大学生調査	p.40
目的	p.40
方法	p.43
1) 調査対象と手続き	p.43
2) 調査内容	p.43
3) 倫理的配慮	p.45
結果	p.45
1) JEBSの因子構造	p.45
2) JEBSの尺度得点と信頼性の検討	p.47
3) JEBSの妥当性の検討	p.47
2-2 社会人調査	p.50
目的	p.50
方法	p.50
1) 調査対象と手続き	p.50
2) 調査内容	p.50
3) 倫理的配慮	p.50
結果	p.51
1) JEBSの尺度得点と信頼性の検討	p.51

2) JEBSの妥当性の検討	p.51
考察	p.53
第3章 命令幻聴への服従行動に影響する認知的要因	p.55
目的	p.55
方法	p.59
1) 調査対象	p.59
2) 調査内容	p.59
3) 倫理的配慮	p.62
4) 分析方法	p.63
結果	p.63
1) 幻聴重症度評価尺度の信頼性と妥当性	p.66
2) 命令幻聴への服従行動に影響する認知的要因	p.69
考察	p.76
1) 幻聴重症度評価尺度	p.76
2) 命令幻聴への服従率の妥当性	p.76
3) 命令幻聴への服従行動に影響する認知的要因	p.77
4) 臨床実践への示唆	p.82
総合考察	p.84
本研究のまとめ	p.84
本研究の意義	p.85
課題と今後の展望	p.88
資料	p.94
引用文献	p.98
謝辞	p.112

序論

●命令幻聴と危険行為

言語性幻聴は、統合失調症や統合失調感情障害の約7割に認められる一般的な精神病性症状である (Shinn et al., 2012)。命令幻聴はこのような言語性幻聴の一種で、「何かをするように言われる言語性幻聴」(Hellerstein et al., 1987) と定義されている。命令幻聴の特徴は、批判ではなく、具体的な行動を指示することにある。

伝統的な精神医学において、命令幻聴は危険行為のリスク要因として特別な位置づけにあった。たとえば、統合失調症概念を提唱した Bleuler (1924) は「病気が重いときには、命令幻聴にはあらがえない力があり、『子供を殺せ』という命令にも抵抗せずに従ってしまう (P62)」と指摘した。近年では、統合失調症が軽症化したと言われるが、危険な命令幻聴への服従行動によって重大な他害行為は起きている。たとえば、「5人くらい殺せ」という命令幻聴に左右されて乗用車で通勤途上の人たちを次々とはねて、多数の死傷者を出した統合失調症の事例が報告されている (岡江, 2013)。

2005年に施行された「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察に関する法律(以下医療観察法と述べる)」は、岡江(2013)の示したような患者が処遇の対象者となる。実際に、筆者も自験例として、命令幻聴への服従行動としての殺人未遂や放火に至った事例を複数経験してきた。彼らの命令幻聴は、薬物療法によって緩和しても消失はせず、心理社会的な介入(たとえば古村ら, 2012)が、他害行為のリスクを低下させるためには必要である。しかし、命令幻聴への服従行動を制御するための心理社会的治療は困難な作業である (Birchwood et al.,

2011)。

HershとBorum (1998) は、「臨床的な直感」としては、命令幻聴があると危険行為のリスクを高く評価されると指摘した。現在でも「統合失調症患者が危険な命令幻聴を体験している」と聞けば、その患者に対して臨床家を含め多くの人が危険を感じるであろう。しかし、研究報告をみると命令幻聴と危険行為に直接的な関連は認められないという報告がいくつもみられる。

たとえば、Thompsonら(1992)によれば、心神喪失で無罪となった精神障害を命令幻聴群、幻聴群、非幻聴群の3群に分けると、命令幻聴群は、幻聴群および非幻聴群よりも、対人暴力を行う割合が低い。Cheungら(1997)によれば、長期入院の慢性統合失調症患者を暴力群と非暴力群に分類したが命令幻聴の有無には差がみられなかった。Zisookら(1995)によれば、通院継続中の統合失調症患者を命令幻聴の有無で群分けし、人口統計学的データ、精神病理の重症度、陽性・陰性症状、暴力行為を比較したが、2群には違いがなかった。命令幻聴と暴力行為の因果関係についての最も大規模な調査はMonahanら(2000)の研究である。彼らは、923名の地域生活患者の暴力のリスク要因を幅広く調査し、命令幻聴と暴力は正の相関はみられるものの、有意ではないと結論づけた。

直接的な因果関係ではないものの、命令幻聴は自傷他害行為と関連があることを示す研究もある。McNielら(2000)は、人口統計学的データ、物質乱用、社会機能を統制すると、他害の命令幻聴体験者は、他害命令のない患者に比べて、過去2ヶ月の暴力のリスクが2倍高いことを示した。これ以外にも、命令幻聴は、他害行為のリスク要因(Swanson et al., 2006)、突発的な危険行為のリスク要因(Green et al., 2009)、自殺行為のリスク要因(Wong et al., 2013)であることを支持する調査

結果が報告されている。つまり、命令幻聴と危険行為は、単純な因果関係ではないが、リスク要因と考えることが妥当であろう。

●命令幻聴への服従行動に影響する認知的要因

上述の岡江（2013）のように、幻聴からの命令に従って行動してしまう（命令幻聴への服従行動）メカニズムはどのように説明できるのだろうか。Brahamら（2004）は1990年～2000年の命令幻聴の実証研究をレビューし、命令幻聴はそれ単独で行動を生じさせるのではなく、「幻聴についての認知」が媒介変数になっていると指摘した。またBarrowcliffとHaddock（2006）が行った2005年までの研究レビューでも、命令幻聴への服従行動の予測には、命令内容と「幻聴についての認知」の両面のアセスメントが必要だと結論づけている。

ここで2つのレビュー論文が指摘した「幻聴についての認知」とは、英国の臨床心理士であるChadwickとBirchwood（1994）が明確化したものである。彼らは幻聴への反応として生じる感情と行動を理解するために、米国の心理学者Ellis（1962）が提唱した認知行動ABCモデル（図0-1参照）を幻聴に適用した。[A]は「きっかけとなる出来事(Activating Event)」を、[B]はそれに関連する信念(Beliefs)を、[C]は[A]が起きたときの[B]とつながっている感情的・行動的結果結果(Consequences)を表す。幻聴の認知行動ABCモデルでは、幻聴の内容(侮辱、コメント、命令)と形式(頻度、明瞭性、大きさなど)を[A]きっかけとなる出来事に位置づける。[C]結果として生じる感情(恐怖、不安、怒りなど)と行動(回避、攻撃など)の理解には、媒介要因としての[B]として幻聴の「正体」「意図性」「全能性」についての認知が重要であることを臨床群で実証した(Chadwick & Birchwood, 1994, 1995; Birchwood &

Chadwick, 1997 ; Chadwick et al., 2000 ; van der Gaag et al., 2003)。

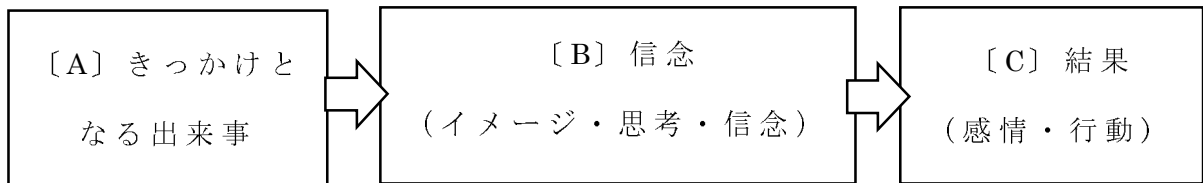


図 0-1 認知行動 ABC モデル (Ellis, 1962)

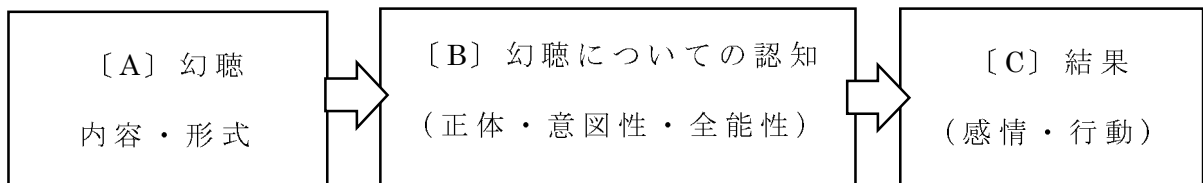


図 0-2 幻聴の認知行動モデル (Chadwick & Birchwood, 1994)

幻聴の認知行動ABCモデルは、伝統的な精神医学における理解を発展させる上で役に立つ。たとえば、先に示したBleuler (1924) の指摘も、認知行動ABCモデルに基づいて整理し直すと、命令幻聴自体 [A] によって、自傷他害の危険行為 [C] が生じるのではなく、「あらがえない力」という声についての信念 [B] が影響して生じていると理解できる。幻聴の認知モデルは、伝統的な精神医学と相反するものではなく、精神病理のメカニズムをより実証的に研究する方法をもたらす生産的なアプローチと言えよう。

幻聴への薬物療法は一定の効果を示すが、薬物療法によって幻聴が消失しない患者は4分の1と言われており (Leff et al., 2013)、薬物療法以外の治療方法が必要とされている。幻聴の認知行動 ABC モデルの利

点は、このような薬物療法治療抵抗性の幻聴患者に対する治療方法についての示唆をもたらすことにある。Chadwick と Birchwood (1994) は、幻聴についての認知へのアプローチを行った4つの事例を報告しているが、このモデルは幻聴の発生メカニズムではなく、幻聴に伴う苦痛や問題行動の維持メカニズムを説明するためのものである。維持メカニズムにおいて重要な認知を明らかにすることによって、介入の糸口を見つけ出したことが、その後の認知行動療法の発展につながったのである (Thomas et al., 2014)。

幻聴に伴う苦痛についてのメカニズムについてはこれまでの研究は蓄積されている (Mawson et al., 2010) が、命令幻聴への服従行動における認知的要因を検討は、未だ発展途上である (Braham et al., 2004 ; Barrowcliff & Haddock, 2006)。命令幻聴への服従行動は、上記に示したように、危険行為のリスク要因であり、適切な治療や処遇が望まれるものである。現在においても一定の治療は行われているものの、さらに効果的な治療と処遇のためにも、命令幻聴と服従行動のメカニズムの解明は待たれるところである。

●本論文の目的

本論文の目的は命令幻聴への服従行動に影響する認知的要因を探ることにある。服従行動を予測し、制御するための認知的要因が明らかになれば、認知行動療法にとって適切かつ有効な標的を定めることが可能になる。

なお、本論文では命令幻聴の心理学的な発生メカニズム (たとえば、Waters et al., 2012 ; Badcock & Hugdahl, 2012) については言及しない。

●本論文の構成

本論文は大きく 3 つの研究で構成されている（図 0-3 参照）。第 1 章は本邦の研究も含めた文献研究である。命令幻聴の体験率を明らかにした上で、命令幻聴への服従率、そして命令幻聴への服従行動に影響する認知的要因と課題を明らかにした。第 2 章は、研究 3 の準備として否定的評価信念を測定する尺度の開発を行った。第 3 章では、持続性幻聴をもつ統合失調症患者の調査研究を行った。幻聴の内容と形式、認知的要因（幻聴についての認知、一般的認知）の各要素と、服従行動との関連性を検討した。この 3 つの研究を通して、命令幻聴への服従行動を予測し、制御するための認知的要因を明らかにした。

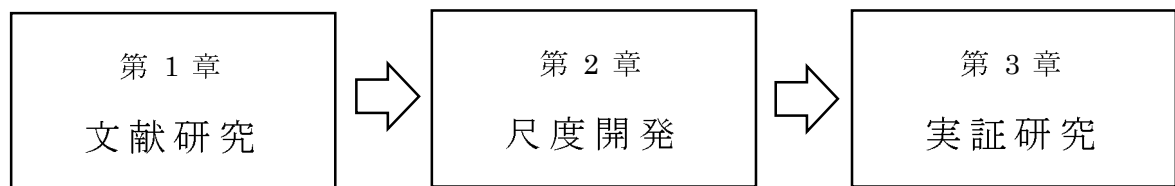


図 0-3 本研究の構成

第 1 章 命令幻聴への服従行動に関する文献研究

命令幻聴は、「何かをするように言われる言語性幻聴」と定義されている (Hellerstein et al., 1987)。伝統的な精神医学においては、命令幻聴にはあらがえない力があり、無視することができないために自傷他害の恐れが高いと考えられてきた (Bleuler, 1924)。

命令幻聴への服従行動は社会的に大きな問題となる。まずは、殺人 (岡江, 2013)、性犯罪 (Jones et al., 1992) といった他害命令への服従行動である。次に、舌切断 (Bhat et al., 2011)、性器の自己損傷 (Hall et al., 1981)、眼球損傷 (Field & Waldfogel, 1995) といった自傷命令への服従行動がある。命令幻聴の内容はここで挙げた他害・自傷の他に、無害な命令を含め3種類に分類されることが先行研究で指摘されている (Beck-Sander et al., 1997)。内容が無害だとしても、命令に従った大量飲水 (野間口ら, 1984) やベッドからの転落 (正山ら, 2007) といった、当事者の社会機能を低下させる行動が出現しうる。いずれにしても当事者の社会機能の低下と、社会への危険という両面から大きな問題となる。

このような命令幻聴はどのくらい生じ、実際に服従行動をとる人は、どのくらい生じるのであろうか。これまでの先行研究では、命令幻聴の服従率の範囲が広く中央値で報告されている (中央値 31%、範囲 0-92% ; Shawyer et al., 2003)。しかし、この幅の広さは、測定方法、交絡因子、サンプルサイズの問題などが影響している可能性も指摘されるに留まっており (Braham et al., 2004)、服従率の数値が意味する内容が十分に精査されていないという問題がある。

命令幻聴は危険行為を引き起こす原因となるのであろうか。命令幻聴

を体験している人が、命令幻聴のない精神科患者や幻聴体験者と比べて暴力的であるという根拠は乏しい (Zisook et al., 1995 ; Kasper et al., 1996 ; Cheung et al., 1997 ; Harkavy-Friedman et al., 2003)。Brahamら (2004) は、1990年～2000年の実証研究をレビューし、命令幻聴はそれ単独で行動を生じさせるのではなく、幻聴についての認知が媒介変数になっていると指摘した。BarrowcliffとHaddock (2006) は2005年までの研究をレビューし、服従行動の予測には、命令内容と幻聴についての認知の両面のアセスメントが必要だと結論づけている。しかし、現在のところ、命令幻聴への服従行動が生じる主たるメカニズムは不明である。本論文では、特に命令幻聴への服従行動に影響する要因に焦点をあてた実証研究を概観する。

統合失調症の陽性症状に関する認知行動療法の有効性はいくつもの無作為化比較試験で明らかにされている (Wykes et al., 2008) が、命令幻聴への服従行動に対しては介入が難しいといわれている

(Birchwood et al., 2011)。服従行動を予測し、制御するための認知行動的要因が明らかになれば、認知行動療法にとって適切かつ有効な標的を定めることが可能になる。

研究 1-1 命令幻聴の体験率と服従率

目的

命令幻聴の体験率および服従率を明らかにすることが本研究の目的である。特に、先行研究では服従率の幅が広く、結果が示している意味が十分に精査されていないため、先行研究を網羅的に概観し、調査研究を詳細に検討する。

方法

「命令幻聴 (Command hallucinations)」をキーワードとして、7つの電子データベース (Academic Search Complete, CINAHL, MEDLINE, PsycINFO, PsycARTICLES, 医中誌, J-STAGE) を用いて2014年11月までに出版された英語・日本語の文献を検索した。包含基準は、命令幻聴の体験率、服従率が算出できる実証的研究の査読つき論文である。

抽出された論文の要約を精読し、包含基準を満たす可能性のある論文は本文を読み、調査結果として具体的な数値が明記された研究を抽出した。

結果

1978年から2014年11月までに出版された259編 (Academic Search Complete 45編, CINAHL 2編, MEDLINE 7編, PsycINFO 137編, PsycARTICLES 3編, 医中誌 24編, J-STAGE 41編) が抽出された。包含基準を満たした論文は、命令幻聴の体験率に関する論文16編、命令幻聴への服従率に関する論文17編であった。

1) 命令幻聴の体験率

1985年から2014年までに出版された17編の研究が対象となった。実施国をみると、米国7編、豪州4編、英国3編、日本2編、シンガポール1編と欧米が中心であった。調査方法はカルテ調査と面接調査があった。対象は統合失調症患者が多数を占めていた。評価期間は、期間を限定したもの (1週間, 1ヶ月, 1年など) のほか、過去のどこかで体験

したこと（生涯）としたものがあった。17編のうち、精神科患者を対象とした研究が8編，幻聴体験者を対象とした研究が9編であった。

■精神科患者における命令幻聴体験率

精神科障害者を対象とした調査研究の8編の概要を表1-1に示した。精神科患者のうち幻聴を体験している人の割合（幻聴体験率）の中央値は60.1%（幅19.1%～75.4%）で，命令幻聴を体験している人の割合（命令幻聴体験率）の中央値は30.6%（幅7.4%～38.5%）であった。

Hellersteinら（1987）の研究は，著しく幻聴体験率が低く（19.1%）と他の研究と比べると半分以下であった。これは対象者の選定基準の違いが反映されていると思われる。すなわち，対象者の診断の違いが，幻聴体験者の割合に影響していると考えられる。たとえば，近年の疫学研究（Shinn et al., 2012）によれば，幻聴体験の生涯発生率は，統合失調症75.6%，統合失調感情障害71.9%，双極性障害34.0%と明らかに診断による違いがみられる。Hellersteinら（1987）の研究対象に含まれた診断（DSM-II）をみると，統合失調症患者が2割と低く，気分障害が2割，II軸障害（人格障害）が2割，その他の詳細不明の精神障害が約25%と多様であった。逆に，その他の研究の結果をみると，統合失調症や統合失調感情障害の対象を概ね半数以上が占めており，幻聴体験者も半数以上となっている。

このことから，命令幻聴体験者の割合も概ね妥当な結果と考えられる。すなわち，精神科患者における幻聴体験率は約6割で，その半数となる3割が命令幻聴を体験していると考えられる。

表 1-1 精神科患者における幻聴および命令幻聴の体験率

No.	第一著者 出版年, 実施国	調査方法：対象	主な診断	評価期間	a 精神科 患者	b 幻聴体験者 (b/a)	c 命令幻聴体験者 (c/a)
1.	Hellerstein 1987, 米国	カルテ調査：1年以上の入院患者	統合失調症 20.1% 気分障害 21.2% II 軸障害 20.9%	入院前 2 週間	789 (100%)	151 (19.1%)	58 (7.4%)
2.	Rogers 1990, 英国	カルテ調査：異常行動の精神鑑定対象者	統合失調症 78.5% 気分障害 13.8%	過去 1 ヶ月	65 (100%)	49 (75.4%)	25 (38.5%)
3.	Thompson 1992, 米国	カルテ調査：心神喪失で無罪となった 精神鑑定対象者	統合失調症 75.9%	生涯	124 (100%)	79 (63.7%)	34 (27.4%)
4.	Zisook 1995, 米国	面接・カルテ調査：大学病院への通院を 継続した統合失調症患者	統合失調症 100%	生涯	141 (100%)	106 (75.2%)	46 (32.6%)
5.	Kasper 1996, 米国	面接調査：スタッフが調査可能と評価 し、調査に同意した入院患者 (過去1年に55.8%が暴力あり)	統合失調症 54.7% 双極性障害 15.1% 統合失調感情障害 10.5%	過去 1 ヶ月	86 (100%)	54 (62.8%)	27 (31.4%)
6.	McNeil 2000, 米国	面接・質問紙調査：調査協力に同意した 短期入院患者 (謝金 \$ 10)	精神病性障害 33.0% 気分障害 53.4%	過去 1 年	103 (100%)	57 (55.3%)	31 (30.1%)
7.	Wong 2013, 米国	面接調査：精神病性症状のあった精神科 入院患者	統合失調症 23.6% 統合失調感情障害 25.0% 双極性障害 39.9%	生涯	148 (100%)	85 (57.4%)	46 (31.1%)
8.	Imai 2014, 日本	カルテ調査：休日・夜間救急入院患者	統合失調症患者 100%	入院時	840 (100%)	397 (47.3%)	109 (13.0%)
精神科患者における幻聴体験率および命令幻聴体験率 (8 編の合計)					N=2696 (100%)	N=978 (中央値 60.1%) (幅 19.1~75.4%)	N=376 (中央値 30.6%) (幅 7.4~38.5%)

■幻聴体験者における命令幻聴の体験率

つぎに幻聴体験者を対象とした結果で、この割合を確認したい。9編の研究の結果を表 1-2 に示した。ここでは、幻聴体験者を 100%とした場合の命令幻聴体験者の割合を算出した。その結果、予測通り中央値は 49.1%（幅 22.9%～67.4%）となり、幻聴体験者の半数が命令幻聴を体験していることが確認された。

なお、注意すべき点は、対象者が命令幻聴を報告せず見過ごされている可能性である(e.g., Rogers et al., 1990; Zisook et al., 1995)。一方で、Thompson ら（1992）が示したような詐病（体験していない症状をあたかも偽って報告する）の対象がいれば、命令幻聴の体験率を多く見積もっていることになる。しかし、表 1-2 に示したように、各研究の結果は概ね中央値である約半数にまとまっていることから、代表値となる中央値による結果（幻聴体験者における命令幻聴体験率は 49.1%）は妥当と考えられる。

以上をまとめると、主に統合失調症を中心とした精神科患者において、幻聴体験は約 6 割、命令幻聴は約 3 割に認められる一般的な症状のひとつと考えられる。

表 1-2 幻聴体験者における命令幻聴の体験率

No.	第1著者 出版年, 実施国	調査方法：対象	主な診断	評価期間	b 幻聴体験者	c 命令幻聴体験者 (b/c)
1.	林 1985, 日本	面接調査：治療関係が成立し、幻聴 体験を想起できる精神科患者	統合失調症 82.8% 統合失調感情障害 6.7%	過去 1 週間	58 (100%)	31 (53.4%)
2.	Chadwick 1994, 英国	面接調査：薬物治療抵抗性の持続性 幻聴患者	統合失調症 or 統合失調感情障害 100%	生涯	26 (100%)	12 (46.2%)
3.	Rogers 2002, 英国	カルテ調査：中等度保安病棟入院患 者	統合失調症 82%	生涯	110 (100%)	54 (49.1%)
4.	Harkavy-Friedman 2003, 米国	面接・質問紙調査：統合失調症圏の 入院患者	統合失調症 80% 統合失調感情障害 20%	生涯	100 (100%)	31 (31.0%)
5.	Lee, 2004 シンガポール	面接：入院前 6 ヶ月間に幻聴体験の ある入院患者	統合失調症 100%	過去 6 ヶ月	100 (100%)	53 (53.0%)
6.	Mackinnon 2004, 豪州	面接：スクリーニングで幻聴体験が 確認された入院・外来患者	統合失調症 81%	生涯	193 (100%)	130 (67.4%)
7.	Shawyer 2008, 豪州	面接・質問紙調査：幻聴体験のある 精神病性障害の入院・通院患者（一 般精神および司法精神医療）	統合失調症 69% 気分障害 28%	生涯	166 (100%)	75 (45.2%)
8.	Green 2009, 豪州	カルテ調査：精神不安定とされ精神 鑑定となった入院男性患者	精神病性障害	生涯	83 (100%)	19 (22.9%)
9.	Barrowcliff 2010, 豪州	面接・質問紙調査：過去 1 ヶ月に幻 聴のあった統合失調症圏の入院・通 院患者	統合失調症 or 統合失調感情障害 100%	過去 1 ヶ月	85 (100%)	46 (54.1%)
幻聴体験者における命令幻聴体験率（9 編の合計）					N=1899 (100%)	N=827 (中央値 49.1%) (幅 22.9~67.4%)

2) 命令幻聴への服従率

命令幻聴への服従行動の割合（服従率）は、1990年から2013年までに出版された17編から算出できた。実施国をみると、英国7編、米国5編、豪州3編、ドイツ1編、シンガポール1編とやはり欧米が中心であった。残念ながら、日本での調査研究はみられなかった。サンプルサイズは、25名から130名で合計807名であった。対象は主に統合失調症を中心とした精神科患者であった。

危険な命令幻聴への服従率を調べた研究は、17論文で23サンプルあった。同じ論文のなかでも、自傷、他害を分類し、それぞれの服従率が算出されている場合、それぞれ1サンプルとして扱った。各研究の概要と服従率は表1-3に示した通りである。服従率の範囲は0%～91.7%と広く、調査結果は一貫していなかった。この理由は、Brahamら（2004）が指摘するように服従行動の定義が影響していると考えられる。

表 1-3 命令幻聴への服従率

No.	第一著者 出版年, 実施国	主な診断	司法		一般		命令幻聴への服従の評価方法: (a)対象命令幻聴 (b)命令内容 (割合) (c)服従基準	命令内容と服従率 (命令服従者/命令幻聴体験者)
			入院	通院	入院	通院		
1.	Junginger 1990, 米国	統合失調症 51.0% 感情障害 19.6%	-	-	51名	-	(a) 直近の命令幻聴 (時期不明) (b) 危険 [39.2%] 無害 [58.8%] (c) 服従の有無 (部分服従含む)	危険 40.0% (8/20名) 無害 38.7% (12/31名)
2.	Rogers 1990, 英国	統合失調症 78.5% 感情障害 13.8%	25名	-	-	-	(a) 過去 30 日の命令幻聴 (b) 犯罪 [95.5%] 非犯罪 [4.5%] (両方 [59.0%]) (c) 服従の有無	危険 80.0% (20/25名)
3.	Thompson 1992, 米国	統合失調症 85.0%	34名	-	-	-	(a) 触法行為時の命令幻聴 (時期不明) (b) 他害 (詳細不明) [100%] (c) 服従の有無	危険 61.8% (21/34名)
4.	Chadwick 1994, 英国	統合失調症 or 統合失調感情障害 100%	-	-	1名 25名	-	(a) 面接で特定した命令幻聴 (b) 危険 [46.2%] 軽度危険 [92.3%] (c) 服従の有無	危険 0% (0/12名) 軽度危険 95.8% (23/24名)
5.	Junginger 1995, 米国	統合失調症 61.3%	-	-	93名	-	(a) 直近の命令幻聴 (2年以内) (b) 危険 [50.5%] 軽度危険 [12.9%] 無害 [36.6%] (c) 服従の有無 (部分服従含む)	危険 38.3% (18/47名) 軽度危険 75.0% (9/12名) 無害 73.5% (25/34名)
6.	Kasper 1996, 米国	統合失調症 54.7% 双極性障害 15.1% 統合失調感情障害 10.5%	-	-	27名	-	(a) 過去 1 ヶ月以内の命令幻聴 (b) 自傷 [33.3%] 他害 [44.4%] 無害 [74.1%] (c) 服従の有無	自傷 66.7% (6/9名) 他害 91.7% (11/12名) 無害 90.0% (18/20名)
7.	Erkwoh 2002, ドイツ	妄想型統合失調症 77.1% 統合失調感情障害 8.6%	-	-	35名	-	(a) 2年以内の命令幻聴 (b) 内容分類なし (c) 服従頻度 (「いつも」「たいてい服従」を服従群)	多様 22.9% (8/35名)

表 1-3 命令幻聴への服従率 続き

No.	第一著者 出版年, 実施国	主な診断	司法		一般		命令幻聴への服従の評価方法: (a)対象命令幻聴 (b)命令内容 [割合] (c)服従基準	命令内容と服従率 (命令服従者/命令幻聴体験者)
			入院	通院	入院	通院		
8.	Harkavy Friedman 2003, 米国	統合失調症 80.0% 統合失調感情障害 20.0%	—	—	32名	—	(a) 生涯における命令幻聴 (b) 自傷 [68.8%] (c) 服従の有無 (自傷行為)	自傷 36.4% (8/22名)
9.	Fox 2004, 英国	統合失調症 100%	13名	—	19名	—	(a) 病勢悪化時の命令幻聴 (入院前3~6ヶ月) (b) 自傷 [43.8%] 他害 [56.3%] (c) 服従の有無	自傷 78.6% (11/14名) 他害 72.2% (13/18名)
10.	Lee, 2004 シンガポール	統合失調症 100%	—	—	53名	—	(a) 過去6ヶ月以内の命令幻聴 (b) 暴力的 [54.7%] (c) 服従の有無	多様 62.3% (33/53名)
11.	Mackinnon 2004, 豪州	統合失調症 80.9% 双極性障害 13.6%	—	—	82名	48名	(a) 「時々」「よく聞こえる」命令幻聴 (時期不明) (b) 内容分類なし (c) 服従頻度 (「抵抗できない」を服従群)	多様 24.6% (32/130名)
12.	Trower 2004, 英国	精神病性障害	4名	34名	—	—	(a) 過去6ヶ月以内の命令幻聴 (b) 自殺 [65.8%] 殺人 [34.2%] 自傷 [31.6%] 他害 [36.8%] (c) 服従の有無	危険 79% (30/88名)
13.	Shawyer 2008, 豪州	統合失調症 69.0% 双極性障害 28.0%	20名	5名	2名	48名	(d) 最も危険な命令幻聴 (平均5.2年前; SD=6.1) (e) 自傷 [44.0%] 他害 [48.0%] 器物破損・盗み [8.0%] (f) 服従の有無 (部分服従含む)	危険 78.7% (59/75名)

表 1-3 命令幻聴への服従率 続き

No.	第一著者 出版年, 実施国	主な診断	司法		一般		命令幻聴への服従の評価方法: (a)対象命令幻聴 (b)命令内容 [割合] (c)服従基準	命令内容と服従率 (命令服従者/命令幻聴体験者)
			入院	通院	入院	通院		
14.	Barrowcliff 2010, 英国	統合失調症 or 統合失調感情障害 100%	-	-	32名	17名	(a) 直近の命令幻聴 (平均 6.7 日前; SD=5.5) (b) 自傷 [59.2%] 他害 [30.6%] 無害 [71.6%] (c) 服従の有無 (部分服従を含む)	自傷 34.5% (10/29名) 他害 40.0% (6/15名) 無害 77.1% (27/35名)
15.	Reynolds 2010, 英国	統合失調症 84.1%	32名	-	-	-	(a) 過去 28 日の命令幻聴 (b) 自傷 [49.6%] 他害 [18.4%] 無害 [59.2%] (c) 服従頻度 (0-100%で自己評価)	自傷 23.8%; SD=38.7 他害 16.1%; SD=36.2 無害 61.4%; SD=41.1 (幅: 自傷・他害・無害 0-100%)
16.	Shawyer 2012, 豪州	統合失調症 72.1% 統合失調感情障害 20.9%	-	-	-	43名	(a) 入院前の直近の他害命令幻聴 (平均 2.5 年前; SD=5.5) (b) 他害 [100%] (c) 服従の有無 (部分服従を含む)	他害 71.9% (23/32名)
17.	Bucci 2013, 英国	統合失調症 50.0% 特定不能の精神病性障害 43.8%	-	-	13名	19名	(a) 過去 28 日の命令幻聴 (b) 自傷 [78.1%] 他害 [31.3%] 無害 [43.8%] (c) 服従頻度 (0-100%で自己評価)	自傷 30.0%; SD=40.1 他害 10.5%; SD=20.9 無害 62.0%; SD=37.9 (幅: 自傷・無害 0-100%, 他害 range 0-50%)
	合計		167名		640名			

■服従行動の操作的定義と服従率

命令幻聴への服従行動の調査は，その研究目的によって服従行動の操作的定義が異なる。そこで先行研究の服従行動の定義を詳細に検討すると，図 1-1 に示したように，服従の有無と服従頻度に大別され，さらにそれぞれが 2 つに分類することができることがわかった。すなわち，服従の有無は「過去の服従経験」と「直近の服従経験」に，服従頻度は「服従の割合（0～100%）」と「服従ハイリスク（よく服従する人の割合）」に分類できた。順に服従行動の分類方法と，その背景にある仮説および結果を示す。

<服従行動の有無>

命令幻聴への服従行動の研究のひとつのタイプは，危険な命令幻聴に服従した人の特徴を明らかにしようとするものである。すなわち，命令幻聴に従ったことがある人たち（服従群）を，従ったことのない人たち（抵抗群）と比べた研究である。この背景には服従群が抵抗群と質的に異なることが想定されている。たとえば，Shawyer ら（2008）は，対象者が体験したなかで最も危険な命令幻聴への服従行動の有無を調査し，多様な要因の群間差を検証した。

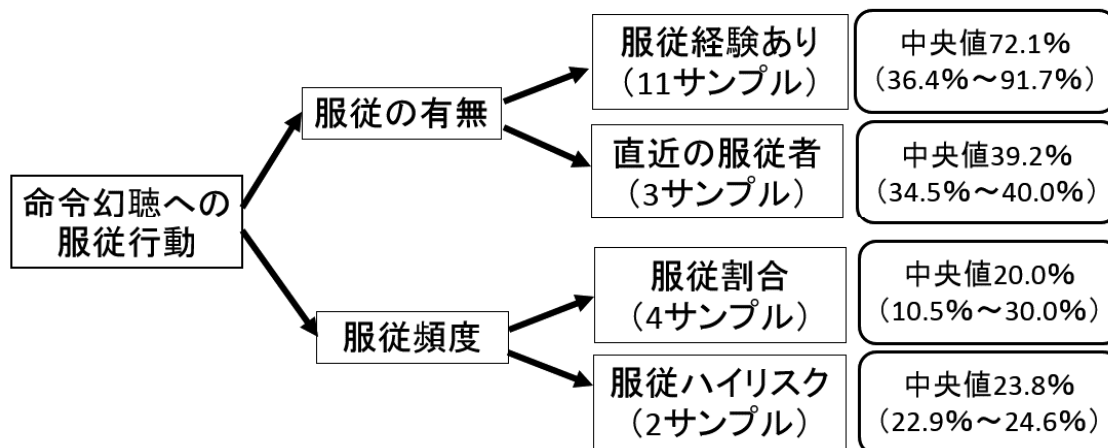


図 1-1 命令幻聴への服従行動の操作的定義

1. 服従経験の有無

この命令幻聴への服従行動の有無を調べるタイプの研究は、さらにふたつに分けられる。服従経験の有無を問うものであり、特に服従行動のリスクの高い対象を選び、その服従率を知ろうとするものである。たとえば、精神科慢性閉鎖病棟に入院し、病状が不安定な精神病性障害患者を対象としたり、心神喪失の状態で触法行為を行った精神障害者を対象としたりした研究が挙げられる。このように精神病症状が活発な時期に命令幻聴への服従の有無を調査したサンプルは 11 であった。服従率の最小値は 36.4% で、最大値は 91.7%、中央値は 72.1% であった。なお、最小値を示した研究 (Harkavy-Friedman et al., 2003) では、自傷命令への服従行動が客観的に観察された人を調べたものであった。それ以外の研究での服従率は、61.8%~91.7% と 6 割以上で結果がまとまっていた。つまり病状が悪い時期には、命令幻聴があると、半数以上の人が高リスクな命令幻聴に服従行動をとると考えられる。

2. 直近の命令幻聴への服従行動の有無

服従の有無を調べるタイプの研究のもうひとつのタイプは、直近の命令幻聴に服従した人を服従者と定義した研究である。これは、過去の命令幻聴への服従行動の有無よりも厳しい条件となる。いくつか体験している命令幻聴のうち、一番最近の命令幻聴を1つ特定し、その命令幻聴への服従の有無を調査するため、当然のことながら服従率は低下する。このような定義に従った研究は4サンプルで、服従率は中央値39.2%で、最小値は34.5%で、最大値は40.0%であった。

<服従頻度>

研究のもうひとつのタイプは、命令幻聴に対してどのくらい頻繁に服従行動をとるかという量的な定義である。これもさらにふたつの分類方法が含まれる。

1. 命令幻聴に対する服従頻度（0～100%）

ひとつは過去1ヶ月間の服従行動の頻度を想起してもらい、0～100%で回答を求める方法である。たとえば、Bucciら（2013）の結果をみると、他害の命令幻聴への服従率は10.5%である。これは、命令幻聴が10回聞こえたら1回は服従するというものである。また、自傷の命令幻聴への服従率は30%であり、10回のうち3回は服従することが一般的であるということを示す。これはどのくらいの頻度で服従行動が生じるかを示す指標となる。命令幻聴を体験した人が服従する割合の中央値は2割であり、10回のうち2回は服従することが一般的と考えられる。

2. 命令幻聴に対する服従頻度（ハイリスク群の抽出）

もうひとつの測定方法は、「めったに従わない」「たまに」「よく」「いつも」という基準で頻度を回答してもらうものである。「よく」「いつも」服従したと回答した人を服従群として、服従率を算出している。たとえば Erkwow ら (2002) の結果は、22.9%であった。ここで示される値は、命令幻聴によく従うという服従頻度の高い患者の割合である。つまり、服従傾向の高い、ハイリスク患者は約 2 割存在することがわかる。

<その他>

1 サンプル (Chadwick & Birchwood, 1994) は服従率が 0% であった。この研究では、命令幻聴に抵抗したという回答から服従率が算出されているため、実際の服従頻度や服従の有無は聞いていないという意味で、服従率を算出できているとは言い切れない。

まとめ

命令幻聴の実証的な調査研究の対象は主に統合失調症患者であった。命令幻聴は幻聴体験者の約半数が体験する一般的な症状であると考えられた。命令幻聴への服従行動の調査は、その研究目的によって服従行動の操作的定義が異なり、服従率の幅は 0~91.7% と非常に広がった。そこで調査結果を解釈しやすいようにするために先行研究の服従行動の定義を詳細に検討した結果、命令幻聴に対する服従率は、服従行動の有無と服従頻度のいずれかに基づき算出されていたことを明らかにした。本研究の分類によって結果は以下のように解釈できる。(1) 危険な命令幻聴体験者の約 7 割の人が服従の経験をもつ。(2) ある個人が危険な命令幻聴を体験している場合に、服従する割合は約 2 割である (一部の命令に服従するがたいていは服従しない)。(3) 危険な命令幻

聴に頻繁に服従する傾向（服従ハイリスク）をもつ人は約 2 割である。

研究 1-2 命令幻聴への服従行動に影響する要因

要約

命令幻聴は危険行為をもたらす重要な精神病性症状の1つとみなされている。しかし、命令幻聴の有無だけでは危険行為に至るプロセスを説明できない。本論文では先行研究を網羅的に収集し、刺激反応モデル(命令幻聴の形式と内容)、認知モデル(幻声についての認知)、行動モデル(幻声への対処行動)、ストレス脆弱性モデル(一般的特性)という4つの枠組みを用いて、命令幻聴への服従行動に影響を与える要因を整理し、概観した。その結果、危険性の高い命令への服従行動を予測するには、命令幻聴の意図を善意あるものと解釈したり、全能だと信じたりすること、対処行動が乏しいこと、衝動性が高いこと、極端にネガティブな対人評価をもつことに注目すべきだと考えられた。また、服従行動を制御するには、全能性の認知を標的とした認知行動療法的介入が有効ではないかと考えられた。最後に先行研究の限界と今後の課題について検討した。

注：研究 1-2 は、下記のように著作権の譲渡を前提として学術論文に総説論文として投稿中であり、機関リポジトリには要約のみを掲載した。
古村健・石垣琢磨(投稿中). 命令幻聴への服従行動に影響を与える認知行動要因.

第 2 章 否定的評価信念を測定する尺度の開発

研究 1-2 では、極端にネガティブな対人評価（否定的評価信念）をもっている人と服従行動を促進する可能性が指摘されているが、研究論文は 1 本しかなく、慎重な追試が必要であると指摘した。そこで、否定的評価信念が命令幻聴への服従行動に影響するかどうかを検証するにあたり、否定的評価信念の測定尺度の開発が必要となる。そのため、第 2 研究では、大学生と社会人を対象に尺度開発を行うこととした。

研究 2-1 大学生調査

要約

否定的個人評価を測定する自記式質問紙 Evaluative Beliefs Scale の日本語版 (JEBS) を開発した。探索的因子分析の結果は 2 因子構造を示したが、原版に従い評価の方向性によって第 1 因子を「自己→自己」評価と「他者→自己」評価に分け、第 2 因子を「自己→他者」評価と名付けた。これら 3 つの下位尺度の内的整合性と再検査信頼性は十分に高い値を示した。共分散構造分析を用いて、否定的「他者→自己」評価が否定的「自己→自己」評価と否定的「自己→他者」評価を強めるという仮説が支持された。さらに、否定的「自己→自己」評価は不安・抑うつと、否定的「自己→他者」評価は怒りと有意な相関を示した。

注：研究 2-1 は下記の投稿論文に掲載され、著作権が譲渡されており、機関リポジトリには要約のみを掲載した。

古村健・高野慶輔・石垣琢磨 (2014). 否定的個人評価を測定する尺度 Evaluative Beliefs Scale 日本語版の開発. *精神医学*, 56, 213-219.

研究 2-2 社会人調査

要約

社会人 407 名（男性 114 名，女性 293 名）を対象に研究 2-1 で開発した Evaluative Beliefs Scale 日本語版（JEBS）の信頼性と妥当性を確認した。JEBS の 3 つの下位尺度の内的整合性は十分に高い値を示した。また構成概念妥当性も研究 2-1 と同様の結果であった。すなわち，否定的「他者→自己」評価が否定的「自己→自己」評価と否定的「自己→他者」評価を強めるという仮説が支持された。さらに，否定的「自己→自己」評価は不安・抑うつと，否定的「自己→他者」評価は怒りと有意な相関を示した。以上のように第 2 章では，否定的評価信念を測定するための尺度として JEBS を開発した。

注：本章は投稿論文として掲載された（古村ら，2014）後，2カ所の大学での大学生調査，総合病院での社会調査のデータを加え修正したものである。

投稿論文として発表予定のため，機関リポジトリには要約を掲載した。

第3章 命令幻聴への服従行動に影響する認知的要因

要約 1

本研究では言語性幻聴の重症度を定量的に測定する自己報告式尺度であるハミルトン統合失調症プログラム幻聴尺度(Hamilton Program for Schizophrenia Voices Questionnaire)日本語版を開発した。調査は2カ所の精神科施設において33名の統合失調症患者を対象に実施した。尺度の内的信頼性が高く($\alpha=.73$)、外的妥当性に関しては陽性・陰性症状評価尺度(PANSS)の幻覚尺度(P3)と正の相関が認められた($r=.393$)。本尺度は、質問内容が平易で、重度の幻聴や中程度の病識欠如がある統合失調症患者においても実施可能であった。さまざまな臨床的利点を有しており、臨床実践および臨床研究において幅広く活用されることが期待される。

注：本章の研究は、下記の雑誌に「短報」として受理（2015年3月9日）されており、著作権が譲渡されているため機関リポジトリには要約を掲載した。

古村健・石垣琢磨. (印刷中) 言語性幻聴の重症度を定量的に測定する自己報告式尺度の開発－Hamilton Program for Schizophrenia Voices Questionnaire日本語版の信頼性と妥当性－. *精神医学*

要約 2

命令幻聴は危険行為をもたらさしめる。しかし、命令幻聴が行動を直接生じさせるのではなく、媒介する認知的要因があると考えられる。本研究では、命令幻聴への服従行動に影響する認知的要因を検証するために横断調査を実施した。協力を得られたのは、過去 1 週間に命令幻聴を有する統合失調症患者 33 名であった。幻聴の形式的特徴、幻聴についての認知、否定的評価信念を測定した。重回帰分析の結果、命令幻聴への服従頻度には、幻聴の明瞭性、幻聴の全能性、否定的自己評価が影響していた。これらの 3 要因は、命令幻聴への服従行動に介入する際の重要な治療標的になると考えられる。

注：本章の「命令幻聴への服従行動に影響する認知的要因」の調査研究は、投稿論文として準備中であり、将来学術雑誌に掲載されることが期待される。投稿にあたり、著作権を譲渡する必要があり、機関リポジトリには要約を掲載した。

総合考察

■本研究のまとめ

本研究では，社会的に問題となる危険な命令幻聴への服従行動を予測し治療するための示唆を得るために，命令幻聴への服従行動に影響する認知的要因を明らかにすることを目的とした。

第1章では先行研究を概観し，精神科患者のうち，幻聴体験者は約6割で，命令幻聴体験者はその半数の3割にみられることを明らかにした。そして，服従行動に影響する要因は，幻聴の内容と形式，幻聴についての認知，一般的特性に分類し，先行研究の知見と課題を明らかにした。先行研究では，命令幻聴への服従行動を説明する認知的要因に注目する必要性が指摘されており，幻聴の正体，幻聴の意図性，幻聴の全能性，否定的評価信念の影響が関連している可能性が予測された。

第2章では，服従行動に影響する認知的要因のひとつとして注目される否定的評価信念を測定する尺度を開発した。大学生と社会人を対象に大規模調査を実施し，信頼性と妥当性の高い尺度を開発した。特に，否定的評価信念は，否定的感情に影響を与えるものであり，認知モデルに基づく調査研究に利用価値が高いことが確認された。

第3章では，持続性幻聴を体験している統合失調症患者を対象に横断調査を実施し，命令幻聴への服従行動に影響する認知的要因を検証した。先行研究では，幻聴の形式の測定方法に課題があったため，幻聴評価尺度として定量的な測定尺度の日本語版を開発した上で，調査を実施し，幻聴の明瞭性が服従行動に影響を与えていることを明らかにした。さらに，幻聴の認知行動モデルに基づく幻聴についての認知を測定する標準的な尺度を用いて，幻聴の全能性が服従行動に影響していることを明ら

かにした。そして、第 2 章で開発した否定的評価信念尺度を用いて、否定的自己評価信念が、幻聴の明瞭性と全能性の両者に影響を与えていることを明らかにした。これらの 3 要因が服従行動の維持要因であると考えられ、各要因を標的とした多様なアプローチが命令幻聴への服従行動の予測および治療において重要となることを示唆する結果を得た。

■本研究の意義

1) 命令幻聴への服従行動に関する文献研究

本研究では、命令幻聴の体験率、命令幻聴への服従率といった基礎データを文献研究から明らかにした。エビデンスに基づく医療が提唱されるようになり（古川，2000）、幅広く状況を観察し、その中から問題を明らかにするようなパラダイムが臨床家にも必要とされる時代になっている。しかしながら、文献研究を行い、日本における命令幻聴の実証研究の乏しさに愕然とした。日本の臨床家は直感的に命令幻聴をリスク要因として捉えていても、実証研究によって、現実を冷静かつ正確に見つめることができていなかったと言えよう。各事例を詳細に検討する文化が日本においては根強い。このように文献研究によって、日本における現状を明らかにしたことの意義が大きい。

また命令幻聴の出現率のレビューは、Shawyer ら（2003）以後に、網羅的に実施されていなかったため、それ以後の 10 年間の調査研究を含めて検証できたことは日本だけではなく、この領域にかかわる状況を確認する上で意義があった。

命令幻聴への服従行動のレビューでは、先行研究の問題点を乗り越えた点が本研究の意義である。すなわち、これまでは服従率が多様であるという曖昧模糊とした状況にあった。今回は服従率を算出する方法を整

理することで、服従率の結果に一貫性があることがわかった。このような点は、網羅的なレビューを行わなければ明らかに出来なかったことである。

命令幻聴への服従行動に影響する要因の網羅的文献レビューは、Barrowcliff & Haddock (2006) 以来のレビューとなる。近年の発展状況を明らかにする一方で、いまだ結論の出ていない点を明らかにすることができた点に意義がある。また、先に指摘した服従率の算出方法の問題点を解決した上で、服従行動に影響する要因の検証に進むことができた。先行研究では多様な要因が関連しているなかで、調査方法に不備があったために十分な結論に至っていないということが明らかにできた。今後の研究の指針を示す上でも、この網羅的文献レビューは意義があった。

2) 尺度開発研究

本論文では以下の2つの尺度の日本語版を開発した。

(1) Evaluative Beliefs Scale (Chadwick et al.,1999)

否定的評価信念は、自己や他者に関する評価信念であり、多くの尺度が開発されている。しかし、「他者→自己」という方向性を明確に区切り、そして自律と愛着に関するテーマに絞り、認知的要因だけを測定するための尺度はこれまでには見当たらなかった。Evaluative Beliefs Scale (Chadwick et al.,1999) は、この点に独自性があった。この尺度は、不安、うつ、怒りといった一般的な否定的感情と関連した認知を拾い出す上で有用であるだけでなく、今回の研究で使用したように精神病性症状を有する対象から健常者まで幅広く使用できる点に強みがある。このような強みをもった尺度を開発したことは意義が大きい。

(2) Hamilton Program for Schizophrenia Voices Questionnaire (van Lieshout & Goldberg, 2007)

日本における幻聴に関する実証的な認知行動的アプローチの研究と臨床知見が乏しい状況を鑑みると、海外における先行研究との比較を行うことができる日本語版尺度の作成は有用性が高い。本尺度は翻訳であり、日本文化の影響を受けた幻聴体験を十分に捉えていない可能性は否めない。しかし、上記の状況を考えると幻聴重症度評価尺度を開発した意義は非常に大きい。これまで日本においては、幻聴に関するアセスメントツールが不足しており、十分な実証調査研究ができなかったと考えられる。本尺度の開発によって今後の臨床研究が活性化されることが期待される。

本尺度は、臨床研究だけに留まらず、臨床実践においても活用される範囲が広い。自己記入式尺度は、被験者の知的水準の低さや病状の重さによって使用が困難となりやすい。しかし本尺度は、重度の幻聴体験者が短時間で記入でき、侵襲性も少ない形式的側面を測定する尺度である。このツールを糸口として、患者とのラポールが形成され、安全に幻聴体験を扱うことが可能となる。また、この尺度は言語性幻聴の主観的な媒介変数を量的に表す効果的な方法となり、患者の経過をモニタリングしたり、治療的介入をガイドしたりするなど多様な臨床状況のニーズに応える可能性が高い。このような有用なツールの開発も本研究の意義である。

3) 命令幻聴への服従行動の認知的要因のモデル作成の意義

本研究では命令幻聴への服従行動に影響する認知的要因を明らかにした。この研究の一部として、幻聴についての認知を測定する Beliefs

About Voices Questionnaire-Revised (Chadwick et al.,2000) の日本語版を使用し、幻聴についての認知と感情・行動が関連していることを再確認することができた。欧米で標準的に使用されている尺度が日本においても、同様の結果が得られたことは、今後海外との共同研究あるいは比較研究に向けた準備にもなる。このような資料が日本における幻聴研究の今後の発展の基礎的資料としての意義があると考えられる。

しかし、本論文で最も意義が大きいのは、やはり命令幻聴への服従行動に影響する認知的要因をモデル化したことにある。これらの要因は命令幻聴への服従行動の予測要因であり、介入の標的となるものである。すなわち、精神医学および臨床心理学領域において治療の標的を定めたという意味で重要な知見を提出したと考えられる。以下に、今後の課題と展望として、命令幻聴への服従行動に影響する認知的要因へのアプローチ方法を考察する。

■今後の課題と展望

本論文では、持続性幻聴をもつ統合失調症患者を対象に命令幻聴への服従行動に影響する認知的要因を明らかにした。今後の重要な課題は、本研究で明らかにした3つの認知的要因(幻聴の明瞭性,幻聴の全能性,否定的自己評価)への有効な治療的アプローチの検証である。先行研究を参考にしながら、特に日本においてどのような臨床実践および研究が実現可能であるかを考察したい。

1) 幻聴の明瞭性を減少させるためのアプローチ

幻聴の明瞭性を幻聴させるアプローチとしては薬物療法が代表的であることは明らかである。しかし、薬物療法では改善しない幻聴に対して

認知行動療法への期待が大きい (Leff et al., 2013)。その期待を最初に膨らませたのは、対処方略増強法 (Tarrrier et al., 1993) であり、最も導入しやすいと思われる。これは幻聴の引き金を同定し、有効な対処方法を増やすよう強化することを目的とした治療である。この治療法の効果は無作為化比較試験で確認されており、精神病性症状のうち陽性症状の低下が認められたのである (Tarrrier et al., 1998)。

近年では、看護師によるアプローチとして対処戦略の増強を図る取り組みが行われている (Buccheri et al., 2007)。彼らの研究では、10セッションで 10 の対処方法を教育するプログラムを用いている。このような定型的なアプローチであれば、看護師が日本においても導入しやすく実現可能なプログラムとなりうる。

日本において、対処方略を系統的に教育するプログラムはこれまでに報告されていない。その理由には 2 つ考えられる。ひとつは、介入の効果を測定する尺度の不足である。この点は、本論文で開発した自記式の幻聴重症度評価尺度 (Hamilton Program for Schizophrenia Voices Questionnaire) が活用できよう。客観的な幻聴症状の評価尺度との相関も認められ、幻聴の頻度、持続時間、明瞭性、大きさといった形式的特徴も定量的に測定できるため、効果測定の尺度としては使用しやすい。また、対象となる患者の負担も少なく実用可能である。

教育プログラムの導入にあたって問題となる点の 2 つめは、土台となる基礎的な実証的調査の不足である。この点に関しては興味深い報告が近年なされている。則包・白石 (2014) は、幻聴体験者の対処方法を調査し、情動中心の対処として 4 つのカテゴリー (「幻聴と関わらない」「幻聴と関わる」「活動を活発化する」「活動を抑制する」)、問題中心の対処として 3 つのカテゴリー (「他者と交流を持つ」「有効な対処の活用」

「正確な情報を得る」)を明らかにした。この手法は、対処方略増強法 (Tarrrier et al.,1993)の土台となる調査研究であり、今後の教育プログラムの発展が期待される。

2) 幻聴の全能性を低下させるアプローチ

幻聴の全能性を低下させるアプローチは Trower ら (2004)の実験的介入研究が参考になる。すでに治療マニュアルとしては『命令幻聴の認知行動療法』(Byrne et al., 2006; 菊池, 2010)が日本語訳も出版されている。また、その土台となる幻聴の認知行動 ABC モデルに基づく治療マニュアルである『妄想・幻声・パラノイアへの認知行動療法』(Chadwick et al., 1996; 古村・石垣, 2012)も日本語訳が出版されている。筆者はこれらの翻訳に携わり、実践的な試みを重大な他害行為を行った統合失調症の入院患者を対象に行ってきた (石垣ら, 2012)。

しかし、実践する上でいくつかの課題があった。まず原著から概念を取り入れることができて、本当に日本の統合失調症患者にも同じモデルが適用できるのかを科学的に確認できていなかった。また、言語の違いがあり、どのような表現が妥当であるのか確認がされていなかった。本論文では、命令幻聴への認知行動療法の土台となる臨床例を豊富に収集し、モデルも構築できた。このような基礎的な準備が整ったことで、今後は介入研究に進むことも可能な状況となった。

さらに、このような臨床研究を発展させる土台となる臨床家のグループの不足も課題であった。英国では統合失調症への認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis; CBTp)の臨床研究と実践の発展を支えたいくつかの臨床研究のグループが存在した (丹野, 2000)。それに対し、日本においては、統合失調症患者への認知行動療法

は個々に研究や実践が行われており，その経験や知見が広がらないという問題があった。この問題の解決を図るべく CBTp（統合失調症の認知行動療法）ネットワーク研究会（代表石垣琢磨・東京大学大学院教授）が 2012 年に設立された。この研究会は，北海道から九州まで幅広い範囲で，精神科医と臨床心理士を中心としたメンバーで構成されている。大学病院，精神科専門病院，クリニックなど多様な立場の臨床家が集まり，臨床実践での経験を共有し，共同研究も開始され始めた。このメンバーは，英国の認知行動療法を直に学び，これまでに臨床実践だけではなく，図書の翻訳や研修会などを通して普及に尽力してきた中心的なメンバーが入っている。未だ初期段階ではあるものの，このグループの活動が，今後の日本における統合失調症への認知行動療法を牽引するものと思われる。

このように日本において不足していた基礎的な調査と，臨床研究の土台となるグループが構成されたことから，今後は統合失調症への認知行動療法も加速的に発展していくことが期待される。特に日本においては統合失調症の認知行動療法の効果研究として無作為化比較試験が行われてきておらず，日本においても治療効果の高さを示すエビデンスの蓄積が課題である。

3) 否定的自己評価を改善するアプローチ

否定的自己評価は，第 2 章で示したように，うつや不安と関連していることが確認されている。このことからわかるように，一般的なうつや不安への認知行動療法が命令幻聴への服従行動を制御するために有効である可能性がある。この点に対するアプローチ方法を実践し，有効性を確認することが課題と考えられる。

現在、筆者は否定的自己評価の改善に焦点をあてた『実践認知行動カウンセリング（第2版）』（Trower et al., 2012）のマニュアルの翻訳にあたり、介入研究の準備を行っている。このマニュアルは、上記の『妄想・幻声・パラノイアへの認知行動療法』（Chadwick et al., 1996; 古村・石垣, 2012）の基礎となったものである。そして、2012年に改訂された第2版は、近年の認知行動療法の知見も取り入れたものとなっている。

『実践認知行動カウンセリング（第2版）』（Trower et al., 2012）では、否定的自己評価への介入を最初に行うことを推奨している。なぜなら、否定的自己評価が土台となり、多様で不適応的な思考が展開していると考えられるからである。そのため、土台を改善すれば、そこから発展した不適応的な思考もみられなくなることが期待される。幻聴の全能性についての認知に介入する以前に、否定的自己評価への介入が奏功すれば、命令幻聴への認知行動療法の展開も好転するであろう。日本においては、うつ病に対する認知行動療法のエビデンスが蓄積され、うつ病に対する認知行動療法は診療報酬で算定されるようになってきている。認知行動療法を実践することができる人が今後増えていくなかで統合失調症患者への治療者も増えていくことが期待される。

4) 本研究の限界

本研究では統合失調症患者に対象を絞り、対象の同質性を高めた。しかし、幻聴体験は統合失調症患者以外にもみられることから、症状中心のアプローチを展開するために、幻聴の5類型が提唱されている（McCarthy-Jones et al., 2014）。幻聴の下位分類に基づき、対象者の同質性を高めた上で、認知的要因の影響を精緻化していくことが今後期待される。そして、各幻聴の種類のある幻聴発生の心理学的メカニ

ズムと対応した治療方法が開発されれば，治療効果も一層高まる可能性が期待される。本論文では，幻聴体験の発生メカニズムによる分類は行えなかった。この点が研究の限界であり，今後の課題と考えられる。

資料1：HPSVQ日本語版

HPSVQ

氏名： _____

実施日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

Test No.
合計点：

今日を含めて、この1週間 の「声」について、あなたの体験に一番近いものに、それぞれ 1つだけ ○をつけて下さい。

1. 声は、どのくらいの **度合い** で、聞こえましたか？

声は なかった	1日1回より 少ない	1日に1~2回	1日に数回	いつも/ずっと
---------	---------------	---------	-------	---------

2. 声の言うことは、どのくらい **ひどい** ですか？

ひどいことは 全くない	それほど ひどくない	まあまあ ひどい	とても ひどい	最悪
----------------	---------------	----------	---------	----

3. 声の **大きさ** は、どのくらいですか？

声は なかった	かなり小さい (ささやき声)	普通の大きさ (自分の声と 同じくらい)	まあまあ 大きい	とても大きい (どなり声・さけび声)
---------	-------------------	----------------------------	-------------	-----------------------

4. 声が続くのは、たいていどのくらいの **長さ** ですか？

声は なかった	数秒~1分以内	数分	10分~1時間	1時間以上 /ずっと続いている
---------	---------	----	---------	--------------------

5. 日常生活をしているときに、声はどのくらい **うっとうしい** ですか？

うっとうしくない	少し	まあまあ	かなり	ものすごく うっとうしい
----------	----	------	-----	-----------------

6. 声が聞こえると、どのくらい **つらい** ですか？

つらくなるような 声はない	少し	まあまあ	かなり	ものすごく つらい
------------------	----	------	-----	--------------

7. 声が聞こえたときに、どのくらい **ひどい気持ち**（自分は価値がない/**自分は役に立たない**） になりますか？

ひどい気持ちにならない	少し	まあまあ	とてもひどい	ものすごくひどい (最悪)
-------------	----	------	--------	------------------

8. 声は、どのくらい **はっきり** 聞こえますか？

声は なかった	とても 聞こえにくい	少し 聞こえにくい	まあまあ はっきり聞こえる	とても はっきり聞こえる
---------	---------------	--------------	------------------	-----------------

9. どのくらい声の **言う通りにします** か？

何かをするように 言われたい	めったに しない	ときどき	よくする	いつもする
-------------------	-------------	------	------	-------

10. 声が一番よく聞こえるのは、一日のうちどの **時間帯** ですか？

目が覚めたとき	午前中	午後	夜	寝る前	どの時間帯も同じ
---------	-----	----	---	-----	----------

11. 声が一番よく聞こえるのは、どのような **状況のとき** ですか？

一人のとき	2, 3人でのとき (小グループ)	人ごみにいるとき (ショッピングセンター や繁華街)	特定の状況はない /どんな状況でも聞こえる
-------	----------------------	----------------------------------	--------------------------

12. 声は **どこから** 聞こえますか？

頭のなか	頭の外から	頭のなかと外の両方
------	-------	-----------

13. この1週間の声は、**いつも通りの声** だったと言えますか？

はい	いいえ (以下の余白に説明して下さい)
----	---------------------

資料 2 : PANSS アンカーポイント

PANSS P3. 幻覚による行動

外的刺激によらないで惹起された知覚を示すような行動や言語表出。

聴覚, 視覚, 臭覚, 体性感覚の領域に起こる。

面接中にみられた言語的・身体的表出と家族ないし看護職員の報告に基づいて評価する。

1. なし

定義にあてはまらない

2. ごく軽度

病的か疑わしい。

正常上限。

3. 軽度

1, 2の明白な幻覚が時折みられたり, 多くの曖昧な知覚異常がみられるが, 思考や行動の歪みは認められない

4. 中等度

幻覚はしばしば起こるが持続的ではない。

患者の思考や行動は最小限しか障害されない。

5. やや重度

幻覚はしばしば起こり, 2 つ以上の感覚領域を含むことがあったり, 思考や行動を歪めがちである。

患者は体験を妄想的に解釈したり, それに対して感情的に, 時には言語的に反応したりすることがある。

6. 重度

幻覚はほぼ持続的にみられ思考と行動に大きな障害をもたらす。

患者はそれを現実の知覚として扱い, それに対する感情的・言語的反応が頻回で, 日常機能が損なわれる。

7. 最重度

患者は幻覚にほとんど没頭しており, 思考と行動はそれに支配されている。

幻覚は強固な妄想的解釈を生み, 命令的幻覚に服従させられているような言語的・行動的反応を引き起こす。

PANSS G12. 判断力と病識の欠如

自分自身の精神状態、生活状況に対する自覚または理解の障害。

この障害は以下の点について、面接中に表明される思考内容から評価する。

- ・過去あるいは現在の精神疾患や精神症状を理解できない
- ・精神科への入院あるいは治療に対する拒否
- ・結果に対する見通しのまずさが目立つ決断
- ・非現実的な長期あるいは短期的計画など

1. なし

定義にあてはまらない

2. ごく軽度

病的か疑わしい。

正常上限。

3. 軽度

患者は精神障害があることは認めるが、その重症度を明らかに過小評価している。

治療の意味あるいは再燃を防ぐ手段をこうずる重要性は認識しない。

将来の計画は多分に貧弱である。

4. 中等度

患者は病気に対する曖昧で浅い認識しか示さない。

病気であることの認識が揺らぎがち。

幻覚、思考障害、猜疑心および社会的引きこもりなどの主要な症状が存在していても、ほとんどそれを自覚していない。

患者は、不安、緊張、睡眠障害のような、より些細な症状を軽減するという意味では、治療の必要性を認めている。

5. やや重度

過去の精神障害については認識しているが、現在の精神障害については認識していない。

異議を示されると、患者はいくつかの無関係な症状や、さして重要でない症状については、存在するとしおしお認めるが、それは著しく誤った解釈や妄想的な考えによって正当化されがちである。

精神科的な治療の必要性は、病識と同様に認知されない。

6. 重度

患者はいままで一度たりとも精神障害が存在した事を認めない。

過去、現在にわたるいかなる精神症状の存在も否定し、従順ではあるが治療および入院の必要性を認識しない。

7. 最重度

過去および現在の精神疾患を頑として否定する。

現在の入院、治療を妄想的に解釈している。
(失敗に対する懲罰とか、悪意をもった人たちからの迫害といった解釈)

治療者、服薬、その他の治療の側面に対して拒否的である。

引用文献

- Andrew, E., Gray, N., & Snowden, R. (2008). The relationship between trauma and beliefs about hearing voices: A study of psychiatric and non-psychiatric voice hearers. *Psychological Medicine, 38*, 1409-1417.
- Badcock, J. C., & Hugdahl, K. (2012). Cognitive mechanisms of auditory verbal hallucinations in psychotic and non-psychotic groups. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 36*(1), 431-438.
- Barrowcliff, A. L., & Haddock, G. (2006). The relationship between command hallucinations and factors of compliance: A critical review of the literature. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 17*(2), 266-298.
- Barrowcliff, A. L., & Haddock, G. (2010). Factors affecting compliance and resistance to auditory command hallucinations: Perceptions of a clinical population. *Journal of Mental Health, 19*(6), 542-552.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Madison, WI: International Universities Press.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York, NY: Guilford Press. 伊藤絵美・神村栄一・藤沢大介(訳) (2004). 認知療法実践ガイド・臨床から応用まで—ジュディス・ベックの認知療法テキスト. 星和書店
- Beck-Sander, A., Birchwood, M., & Chadwick, P. (1997). Acting on command hallucinations: A cognitive approach. *The British*

Journal of Clinical Psychology, 36(1), 139-148.

- Berman, B. A., Duffy, K., & Serper, M. R. (2010). Beliefs about voices and aggressive behavior in inpatients in an acute psychiatric setting. *Journal of Clinical Psychiatry, 71*(4), 497-501.
- Bhat, P. S., Pardal, P. K., & Diwakar, M. (2011). Self-harm by severe glossal injury in schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal, 20*(2), 134-135.
- Birchwood, M., & Chadwick, P. (1997). The omnipotence of voices: Testing the validity of a cognitive model. *Psychological Medicine, 27*, 1345-1353.
- Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., Gilbert, P., & Plaistow, J. (2000). The power and omnipotence of voices: Subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine, 30*(2), 337-344.
- Birchwood, M., Peters, E., Tarrrier, N., Dunn, G., Lewis, S., Wykes, T., Davies, L., Lester, H., & Michail, M. (2011). A multi-centre, randomised controlled trial of cognitive therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations. *Bmc Psychiatry, 11*, 155-158.
- Blatt, S., & Zuroff, D. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review, 12*, 527-563.
- Bleuler, E. (1924). *Textbook of Psychiatry*. New York, NY: Macmillan.
- Braham, L. G., Trower, P., & Birchwood, M. (2004). Acting on command hallucinations and dangerous behavior: A critique of

- the major findings in the last decade. *Clinical Psychology Review*, 24(5), 513-528.
- Buccheri, R., Trygstad, L., & Dowling, G. (2007). Behavioral management of command hallucinations to harm in schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(9), 46-54.
- Bucci, S., Birchwood, M., Twist, L., Tarrrier, N., Emsley, R., & Haddock, G. (2013). Predicting compliance with command hallucinations: Anger, impulsivity and appraisals of voices' power and intent. *Schizophrenia Research*, 147(1), 163-168.
- Byrne, S., Birchwood, M., Trower, P., & Meaden, A. (2006). *A casebook of cognitive behavior therapy for command hallucinations: A social rank theory approach*. London, UK: Routledge. 菊池安希子(監訳) (2010). 命令幻聴の認知行動療法. 星和書店
- Chadwick, P., & Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. *The British Journal of Psychiatry*, 164, 190-201.
- Chadwick, P., & Birchwood, M. (1995). The omnipotence of voices 2: The beliefs about voices questionnaire (BAVQ). *The British Journal of Psychiatry*, 166, 773-776.
- Chadwick, P., Trower, P., & Birchwood, M. (1996). *Cognitive therapy for delusion, voices and paranoia*. New York, NY: Wiley. 古村健・石垣琢磨(訳) (2012). 妄想・幻声・パラノイアへの認知行動療法. 星和書店
- Chadwick, P., Trower, P., & Dagnan, D. (1999). Measuring negative

- person evaluations: The evaluative beliefs scale. *Cognitive Therapy Research*, 23, 549-559.
- Chadwick, P., Lees, S., & Birchwood, M. (2000). The revised beliefs about voices questionnaire (BAVQ-R). *The British Journal of Psychiatry*, 177, 229-232.
- Cheung, P., Schweitzer, I., Crowley, K., & Tuckwell, V. (1997). Violence in schizophrenia: Role of hallucinations and delusions. *Schizophrenia Research*, 26(2-3), 181-190.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York, NY: Lyle Stuart.
- Erkwoh, R., Willmes, K., Eming-Erdmann, A., & Kunert, H. J. (2002). Command hallucinations: Who obeys and who resists when? *Psychopathology*, 35(5), 272-279.
- Field, H. L., & Waldfogel, S. (1995). Severe ocular self-injury. *General Hospital Psychiatry*, 17(3), 224-227.
- Fox, J. R. E., Gray, N. S., & Lewis, H. (2004). Factors determining compliance with command hallucinations with violent content: The role of social rank, perceived power of the voice and voice malevolence. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(3), 511-531.
- 古川 壽亮 (2000). エビデンス精神医療－EBP の基礎から臨床まで. 医学書院
- 古村 健・高野 慶輔・石垣 琢磨 (2014). 否定的個人評価を測定する尺度 Evaluative Beliefs Scale 日本語版の開発. *精神医学*, 56, 213-219.
- 古村 健・吉岡 眞吾・舟橋 龍秀 (2012). 医療観察法病棟における統合失調

症患者への心理教育の有効性に関する研究. *司法精神医学*, 7, 11-16.

Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. London, UK: Penguin Books.

Green, B., Schramm, T. M., Chiu, K., McVie, N., & Hay, S. (2009). Violence severity and psychosis. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 8(1), 33-40.

Hacker, D., Birchwood, M., Tudway, J., Meaden, A., & Amphlett, C. (2008). Acting on voices: Omnipotence, sources of threat, and safety-seeking behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 201-213.

Haddock, G., Eisner, E., Davies, G., Coupe, N., & Barrowclough, C. (2013). Psychotic symptoms, self-harm and violence in individuals with schizophrenia and substance misuse problems. *Schizophrenia Research*, 151, 215-220.

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.

Hall, D. C., Lawson, B. Z., & Wilson, L. G. (1981). Command hallucinations and self-amputation of the penis and hand during a first psychotic break. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42(8), 322-324.

八田宏之・東あかね・八城博子・小笹晃太郎・林恭平・清田啓介・井口秀人・池田順子・藤田きみゑ・渡辺能行・川井啓市 (1998). Hospital

Anxiety and Depression Scale日本語版の信頼性と妥当性の検討
—女性を対象とした成績. *心身医学*, 38, 309-315.

Harkavy-Friedman, J. M., Kimhy, D., Nelson, E. A., Venarde, D. F.,
Malaspina, D., & Mann, J. J. (2003). Suicide attempts in
schizophrenia: The role of command auditory hallucinations for
suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(8), 871-874.

Hellerstein, D., Frosch, W., & Koenigsberg, H. W. (1987). The clinical-
significance of command hallucinations. *American Journal of
Psychiatry*, 144(2), 219-221.

Hersh, K., & Borum, R. (1998). Command hallucinations, compliance,
and risk assessment. *Journal of American Academy of
Psychiatry and the Law*, 26(3), 353-359.

Imai, A., Hayashi, N., Shiina, A., Shirakawa, N., & Igarashi Y.
(2014). Factors associated with violence among Japanese
patients with schizophrenia prior to psychiatric emergency
hospitalization: A case-controlled study. *Schizophrenia
Research*, 160, 27-32.

石垣琢磨・古村健・吉岡眞吾 (2012). 統合失調症の認知行動療法 (CBTp)
の概略と暴力行為へのCBT的対応. *日本精神科病院協会雑誌*,
31(12), 1232-1237.

Jones, G., Huckle, P., & Tanaghow, A. (1992). Command
hallucinations, schizophrenia and sexual assaults. *Irish
Journal of Psychological Medicine*, 9(1), 47-49.

Jones, J., & Trower, P. (2004). Irrational and evaluative beliefs in
individuals with anger disorders. *Journal of Rational-Emotive*

and Cognitive-Behavior Therapy, 22, 153-169.

Jones, R. (1968). *A factored measure of Ellis' irrational belief system with personality and maladjustment correlates.* Michigan, MI: UMI Dissertation Information Service.

Junginger, J. (1990). Predicting compliance with command hallucinations. *American Journal of Psychiatry, 147(2), 245-247.*

Junginger, J. (1995). Command hallucinations and the prediction of dangerousness. *Psychiatric Services, 46(9), 911-914.*

Kaneda, Y. (2008). Psychometric properties of Japanese version of the beliefs about voices questionnaire-revised. *International Medical Journal, 15(4), 275-276.*

Kasper, M. E., Rogers, R., & Adams, P. A. (1996). Dangerousness and command hallucinations: An investigation of psychotic inpatients. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 24(2), 219-224.*

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 13(2), 261-276.*

Kay, S. R., Opler, L. A., & Fiszbein, A. (1991). *A positive and negative syndrome scale.* Toronto, Canada: Multi-Health Systems Inc. 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. 星和書店

Kim, S. H., Jung, H.Y., Hwang, S.S., Chang, J.S., Kim, Y., Ahn, Y.M., & Kim, Y. S. (2010). The usefulness of a self-report

- questionnaire measuring auditory verbal hallucinations. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *34*, 968–973.
- Koopmans, P. C. (1994). The irrational beliefs inventory: Development and psychometric evaluation. *European Journal of Psychological Assessment*, *10*, 15-27.
- Lee, T. M. Y., Chong, S. A., Chan, Y. H., & Sathyadevan, G. (2004). Command hallucinations among Asian patients with Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, *49*(12), 838-842.
- Leff, J., Williams, G., Huckvale, M. A., Arbutnot, M., & Leff, A. (2013). Computer-assisted therapy for medication-resistant auditory hallucinations: Proof-of-concept study. *The British Journal of Psychiatry*, *202*, 428-433
- Mackinnon, A., Copolov, D. L., & Trauer, T. (2004). Factors associated with compliance and resistance to command hallucinations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *192*(5), 357-362.
- 正山勝・小瀬朝海・松本直起・鵜飼聡・郭哲次・篠崎和弘 (2007). 自傷行為から長期の身体拘束を要した統合失調症に valproate が有効であった1例. *臨床精神薬理*, *10*, 119-123.
- Mawson, A., Cohen, K., & Berry, K. (2010). Reviewing evidence for the cognitive model of auditory hallucinations: The relationship between cognitive voice appraisals and distress during psychosis. *Clinical Psychology Review*, *30*(2), 248-258.
- McCarthy-Jones, S. (2011). Voices from the storm: A critical review of quantitative studies of auditory verbal hallucinations and

- childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 31, 983-992.
- McCarthy-Jones, S., Thomas, N., Strauss, C., Dodgson, G., Jones, N., Woods, A., Brewin, C., Hayward, M., Stephane, M., Barton, J., Kingdon, D., & Sommer, I. (2014). Better than mermaids and stray dogs? Subtyping auditory verbal hallucinations and its implications for research and practice. *Schizophrenia Bulletin*, 40, S275-S284.
- McNiel, D. E., Eisner, J. P., & Binder, R. L. (2000). The relationship between command hallucinations and violence. *Psychiatric Services*, 51(10), 1288-1292.
- Mimura, C., & Griffiths, P. (2007). A Japanese version of the Rosenberg self-esteem scale: Translation and equivalence assessment. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 589-594.
- Monahan, J., Steadman, H., Appelbaum, P., Robbins, P., Mulvey, E., Roth, L., & Grisso, T. (2000). Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 312-319.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., & Woodward, T. S. (2011). Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms. *Psychological Medicine*, 41(9), 1823-1832.
- Naeem, F., Clarke, I., & Kingdon, D. (2009). A randomized controlled trial to assess an anger management group program. *Cognitive Behavior Therapist*, 2, 20-31.

- 野間口光男・渡辺雅子・長友医継 (1984). 尿崩症を伴った精神分裂病における水中毒の1症例. *精神医学*, 26, 1117-1119.
- 則包和也・白石裕子 (2014). 統合失調症患者が行っている幻聴への対処. *認知療法研究*, 7, 66-75.
- 岡江晃 (2013). 統合失調症の責任能力－なぜ罪が軽くなるのか
dZERO
- Peters, E. R., Williams, S. L., Cooke, M. A., & Kuipers, E. (2012). It's not what you hear, it's the way you think about it: Appraisals as determinants of affect and behaviour in voice hearers. *Psychological Medicine*, 42(7), 1507-1514.
- Ratcliff, K., Farhall, J., & Shawyer, F. (2011). Auditory hallucinations: A review of assessment tools. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(6), 524-534.
- Reynolds, N., & Scragg, P. (2010). Compliance with command hallucinations: The role of power in relation to the voice, and social rank in relation to the voice and others. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(1), 121-138.
- Roberts, D. L., Combs, D. R., Willoughby, M., Mintz, J., Gibson, C., Rupp, B., & Penn, D. (2014). A randomized, controlled trial of social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(3), 281-298.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Shawyer, F., Farhall, J., Mackinnon, A., Trauer, T., Sims, E., Ratcliff,

- K., Larner, C., Thomas, N., Castle, D., Mullen, P., & Copolov, D. (2012). A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(2), 110-121.
- Shawyer, F., Mackinnon, A., Farhall, J., Mullen, P., Sims, E., Blaney, S., Yardley, P., Daly, M., & Copolov, D. (2003). Risk factors for compliance with harmful command hallucinations in psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, *60*(1), 25-26.
- Shawyer, F., Mackinnon, A., Farhall, J., Sims, E., Blaney, S., Yardley, P., Daly, M., Mullen, P., Copolov, F. (2008). Acting on harmful command hallucinations in psychotic disorders: An integrative approach. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*(5), 390-398.
- Shinn, A.K., Pfaff, D., Young, S., Lewandowski, K.E., Cohen, B.M., & Öngür, D. (2012). Auditory hallucinations in a cross-diagnostic sample of psychotic disorder patients: A descriptive, cross-sectional study. *Comprehensive Psychiatry*, *53*, 718-726.
- Spielberger, C. (1988). *Manual for the state-trait anger expression inventory (STAXI)*. Atlanta, GA: Psychological Assessment Resources.
- 鈴木平・春木豊 (1994). 怒りと循環器系疾患の関連性の検討. *健康心理学研究*, *7*, 1-13.
- 丹野義彦 (2001). エビデンス臨床心理学－認知行動理論の最前線. 日本評論社

- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L., & Ugarteburu, I. (1993). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *The British Journal of Psychiatry*, *162*, 524–532.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A., Haddock, G., & Morris, J. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, *317*(7154), 303–307.
- Thomas, N., Hayward, M., Peters, E., van der Gaag, M., Bentall, R. P., Jenner, J., Strauss, C., Sommer, I. E., Johns, J.C. Varese, F., Manuel, G. J., Waters, F., Dogson, Guy., & McCathy-Jones, S. (2014). Psychological therapies for auditory hallucinations (voices): Current status and key directions for future research. *Schizophrenia Bulletin*, *40*, S202-S212.
- Thompson, J. S., Stuart, G. L., & Holden, C. E. (1992). Command hallucinations and legal insanity. *Forensic Reports*, *5*(1), 29–43.
- Trower, P., Casey, A., & Dryden, W. (1988). *Cognitive-behavioral counseling*. London, UK: Sage.
- Trower, P., Jones, J., Casey, A., & Dryden, W. (2012). *Cognitive-behavioral counseling in action 2nd edition*. London, UK: Sage.
- Trower, P., Birchwood, M., Meaden, A., Byrne, S., Nelson, A., & Ross, K. (2004). Cognitive therapy for command hallucinations:

- Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 184(4), 312-320.
- 内田知弘・上埜高志 (2010). Rosenberg 自尊感情尺度の信頼性および妥当性の検討. *東北大学大学院教育学研究科研究年報*, 58, 257-266.
- van der Gaag, M., Hageman, M., & Birchwood, M. (2000). Evidence for a cognitive model of auditory hallucinations. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(8), 542-545.
- van Lieshout, R. J., & Goldberg, J. O. (2007). Quantifying self-reports of auditory verbal hallucinations in persons with psychosis. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 39(1), 73-77.
- Waters, F., Allen, P., Aleman, A., Fernyhough, C., Woodward, T. S., Badcock, J. C., Barkus, E., Johns, L., Vares, F., Menon, M., Vercammen, A., & Laroi, F. (2012). Auditory hallucinations in schizophrenia and nonschizophrenia populations: A review and integrated model of cognitive mechanisms. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 683-692.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 523-537.
- Wong, Z., Oenguer, D., Cohen, B., Ravichandran, C., Noam, G., & Murphy, B. (2013). Command hallucinations and clinical characteristics of suicidality in patients with psychotic spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54(6), 611-617.

- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization. 融道男・中根允文・小見山実(監訳) (1993). ICD-10 精神および行動の障害－臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, *67*, 361-370.
- Zigmond, A., & Snaith, R. 北村俊則(訳) (1993). Hospital anxiety and depression scale(HAD 尺度). *精神科診断学*, *4*, 371-372.
- Zisook, S., Byrd, D., Kuck, J., & Jeste, D. V. (1995). Command hallucinations in outpatients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, *56*(10), 462-465.

謝辞

本論文作成にあたり、多くの方々のご指導、ご協力をいただいた。石垣琢麿先生には、指導教官として、研究計画から実施、論文執筆に至るまで、終始暖かいご指導、ご鞭撻をいただいた。

丹野義彦先生は、研究者として未熟な私を、研究ゼミに受け入れて下さり、勉強の機会も豊富に与えて下さった。長谷川壽一、岡ノ谷一夫、四本裕子、本吉勇、齋藤慈子の諸先生方、駒場大学院生諸兄には、大学院セミナーでご指導いただいた。丹野研究室のみなさまには、大学院生活全般において細かな配慮をいただき、研究を適切に進めていく上で多くの助言もいただいた。高野慶輔先生には、特に統計的手法について未熟な私に的確な助言を常にいただいた。

東尾張病院舟橋龍秀院長は、研究者としても臨床家としても未熟な私を、導き、さまざまな機会を下さった。院長先生同様、東尾張病院の職員諸兄には常にお世話になった。特に、吉岡眞吾司法精神医学部長、山本哲裕臨床心理士には、さまざまな意見をいただき、実地調査を行う際にご協力をいただいた。

北海道浦河べてるの家の小林茂臨床心理士は、実地調査を行う際に多大な協力をいただいた。浦河べてるの家のみなさまには、研究のためとはいえ、貴重な時間をいただき、ご協力いただいたことに深く感謝申し上げたい。

中京大学の神谷栄二、馬場志津の両先生、金城学院大学の今村友木子、加藤大樹の両先生には、調査のご協力をいただいた。感謝申し上げます。

これまでにご協力いただいたみなさまのためにも、研究成果を臨床の場に幅広く還元できるよう、今後とも一層の努力を怠らない覚悟である。

最後に、私を常に支えてくれた、妻香里、娘とう花に深謝する。