

精神疾患の理解と対応

～知っていることと、できることは違います～

一般社団法人しん
本間 貴宣

「知っている」と「できる」は違う



変わる

< 今後の予定 >

- ① 精神疾患の理解 ～異なる二つの視点～
- ② 症状に囚われず、人生物語として理解してみましょう
- ③ 症状の「良い面」にも目を向けてみましょう
- ④ 家族にしかできないこと
- ⑤ 家族が変われば本人も変わる
- ⑥ 家族が学ぶ認知行動療法 基礎編
- ⑦ 家族が学ぶ認知行動療法 実践編
- ⑧ 家族が学ぶ認知行動療法 応用編
- ⑨ 幻覚・妄想への理解と対応
- ⑩ 事例検討会

< 本日の内容 >

【前半】 幻覚・妄想の**理解**

【後半】 幻覚・妄想の**対応**



5

幻覚・妄想の**理解**



6

事実無根の内容を非合理的に確信することであり、いかに矛盾や反証が存在しても、主観的な確信は**揺るがない**。

確信される内容は、当人の文化・教育・宗教・社会・経済的背景からは**理解・説明できない**。 (Schneider, 1973)

統合失調症に精神療法は**ダメ**?⁷



< ダメとされた理由 >

8

- 1) 自我が弱い
- 2) 症状が守りになっている
- 3) 論理的な介入は無理

➡ 病状悪化を引き起こす！！



9



10

とはいえ・・・
幻覚・妄想で
悩んでいるわけで・・・

幻覚・妄想とは
「
である。」

11



12



妄想が出現する前に、摩訶不思議で薄気味悪い体験がみられる。その体験は漠然としていて意味不明なため、体験と理解し解釈するための座標軸が求められる。自分の体験を解釈できるアイデアが浮かぶと、(たとえそれが誤ったものであっても) **即効性の不安沈静、元気回復効果**を示す。(Jaspers)

< 幻覚・妄想に対峙する姿勢 >

- 特別なことではない。
- 人は誰でも間違える。
- 簡単に共感せず、教えてもらう。
- 分かり合えないことを分かち合う。

脱破局視

対話

精神病体験と正常体験とには連続性がある
(Strauss, 1969)

(例)

人質体験(Siegel, 1984)
監禁状態(Grassian, 1983)
絶飲食・断眠(Oswald, 1974)
感覚遮断(Vernon, 1963)
被暗示性の亢進(Ludwing, 1966)など

脱破局視

< 健常者の幻覚の体験率 >

- Sidgewick(1894)17000名面接
幻覚10%聴声4%
- Tien(1991)15000名診断面接
幻覚13%うち3割日常生活をかき乱す声
- Stevenson(1983)の総説
幻覚体験10~27%
- 渡辺・小栗(1994)大学生535名
金縛り体験36.7% 入眠期幻像37.1%

(統合失調症の認知行動療法 石垣 琢磨)

脱破局視

セルフ・スティグマ



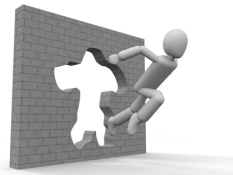
「自分の人生を取り戻そうとする小さな希望の障壁になるのは、自分自身の内なる偏見あるいは内在化されたスティグマ」

(野中 1999)

「病気を治したい」と頑張りたがっている君に患者さんたちが、つきあってくれていることに君は気がついていますか？

君が心理士であり続ける限り、患者さんは本当の意味での回復には至りません。

あなたはどんな時に、人が信じられなくなったり、人が怖くなったり、思い込みで、判断を間違えやすくなりますか？

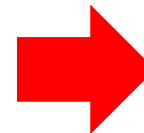


【前半】 まとめ



事実無根の内容を非合理的に確信することであり、いかに矛盾や反証が存在しても、主観的な確信は揺るがない。

確信される内容は、当人の文化・教育・宗教・社会・経済的背景からは理解・説明できない。(Schneider, 1973)



だからこそ、一方的に評価するのではなく、同じ人として、対話を続けることで理解できないことを教えてもらうことが必要。



幻覚・妄想の対応

幻覚・妄想で苦しんでいる人に対して
私たちにできることなんて、本当はほとんどないのかもしれない。

もしできることがあるとすれば、
せめてその痛みによって、その人が孤立しないように
理解しようとする姿勢を示し続け、

そして、その人の回復を邪魔しないように
時に共に悩み、対話を続けるだけなのかもしれない。

幻覚・妄想の話をされたら？

- ①肯定
- ②論争
- ③無視



① 肯定 (支援者が活用しがちな方法)

<メリット>
傷つけない、感情がおさまる



<デメリット>
信じたふりをする、自覚を促せない

② 論争 (家族が活用しがちな方法)

25

<メリット>
信じたふりをしない、自覚を促せる

<デメリット>
傷つける、感情がおさまらない



③ 無視 (家族も支援者も活用しがちな方法)

26

信じたふりをしないが、自覚も促せない。



①～③では、いずれも対話が成立しない。

27

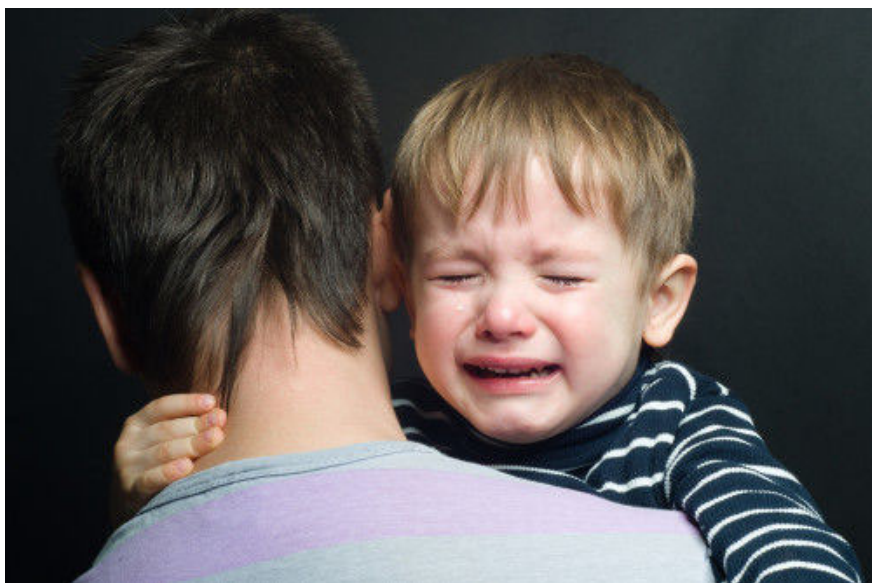
➡ 他の方法が必要！！



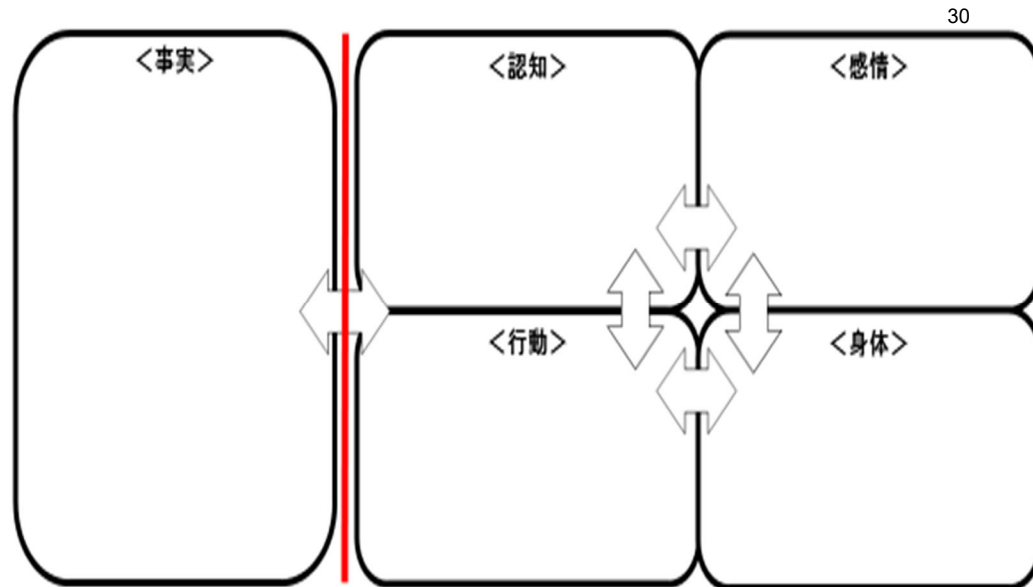
< 対応のポイント >

28

- 没入度、確信度、興奮度を確認。
- 結論を急がず、対話を続ける
- 本人が体験していることを教えてもらう
- 認知の過程を確認
- 症状の役割を考える
- (余裕があれば..)心理教育

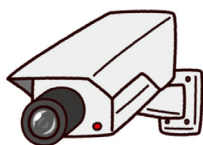


29



30

こんな相談を受けたら？



31

病院に行ったら、待合室で、昨日、私がお店に行ったことを患者たちが話をしていて、皆に監視されているような気がした。どこかに監視カメラがつけられているに違いない。

馬鹿にされているようで、嫌な気分になった。もう病院には二度と行きたくない。

<一般的な対応>

32

そう…それはつらかったね。
そんなことされたら嫌だね。
(肯定)

また変なこと言って…
そんなこと誰も思っていないよ。
気にしないの！(論争)

はい、はい… (無視)

<CBT的な対応>

- ・環境と個人を分ける。
- ・本人と認知の過程を検証していく
- ・結論を急がず、本人の体験を**教えてもらう**

- * 本人の認知を仮説として取り上げる。
- * 評価せずに、本人がどのような体験をしているのかをわからないので教えてもらう。

事実

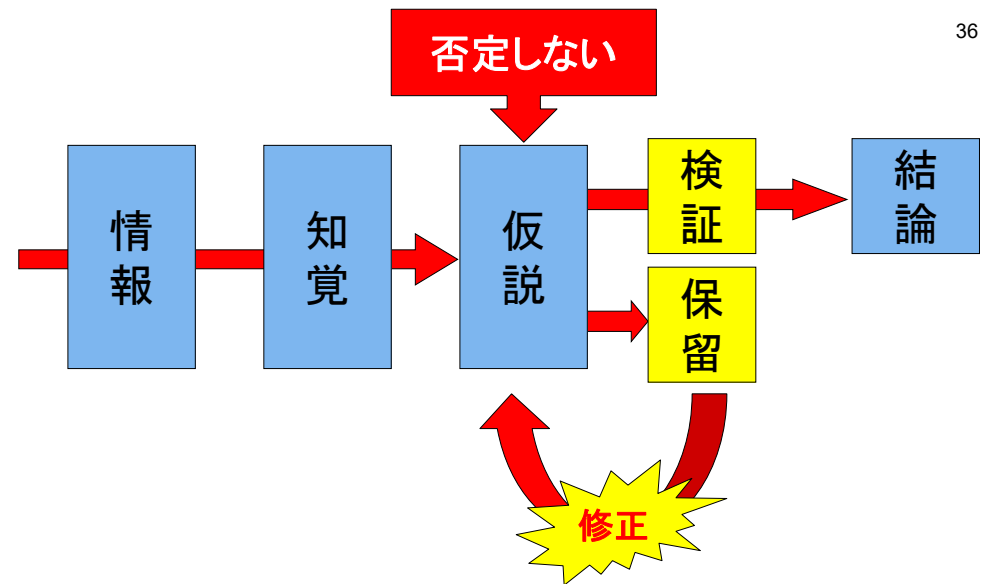
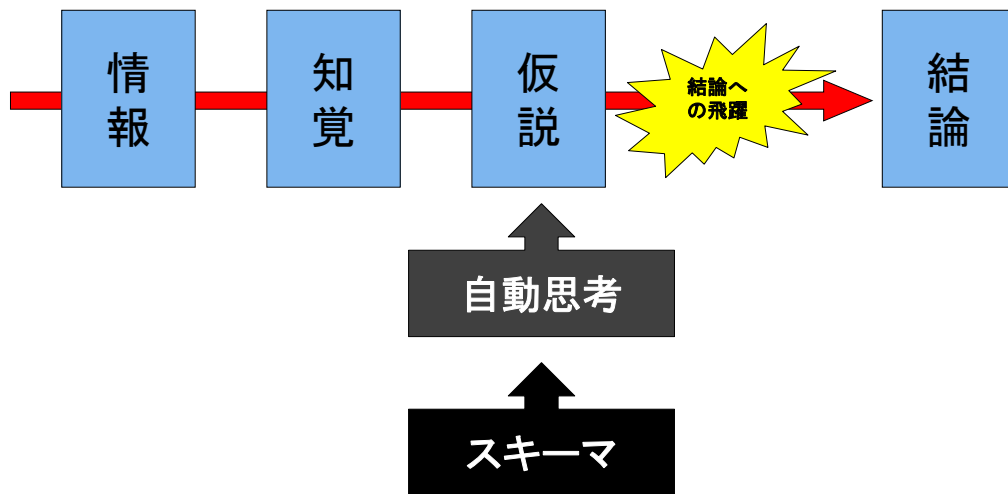
病院に行ったら
待合室で
患者たちが
お店の
話をしていた。

認知

「昨日の私の話をしているんだ。皆に監視されている！馬鹿にされている！どこかに監視カメラがつけられているんだ。」
と思った。

感情

嫌な気分だ。



【後半】 まとめ

37



三人寄れば文殊の知恵

おわりに

精神科の治療とは？



38

宿題

39

今回の連続講座で気づいたことや
学んだことは何だってでしょうか？

ご清聴ありがとうございました

次回 ⑩ 事例検討会

40