妄想的観念の主題を測定する尺度の作成¹

東京大学 丹野義彦・石垣琢磨²・杉浦義典

Construction of scales to measure thematic tendencies of paranoid ideation

Yoshihiko Tanno (Department of Life Sciences (Psychology), Graduate School of Arts and Sciences, University of Tokyo, Komaba, Meguro-ku, Tokyo 153-8902), Takuma Ishigaki (Faculty of Education and Human Sciences, Yokohama National University, Tokiwadai, Hodogaya-ku, Yokohama 240-8501) and Yoshinori Sugiura (Research Fellow of Japan Society for the Promotion of Science, Department of Educational Psychology, Graduate School of Education, University of Tokyo, Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-0033)

In order to measure thematic tendencies of paranoid ideation in non-clinical samples, Delusional Ideation Checklist (DICL) was developed. A wide range of items indicating themes of delusion were collected. From the results of factor analysis on the data of 308 college students, eight scales were constructed. They were: alienation, belittlement, persecution, other-harming, guardedness, self-conceit, favoredness, and other-manipulation. These scales could be classified in terms of emotion: positive versus negative, and direction: self versus others, and could deal with themes of paranoid ideation in a comprehensive and systematic way. Alpha coefficients of the scales were between .66 and .87, and test-retest reliability between .49 and .71. To examine content validity, ten psychiatrists were asked to rate diagnostic importance for each scale item. Six scales were rated as significantly more important in the diagnosis of paranoid schizophrenia than that of anxiety neurosis. Current data revealed that ordinary students experienced delusional ideation more frequently than psychiatrists would expect.

Key words: paranoid ideation, delusions, questionnaire, paranoid schizophrenia.

妄想とは、DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) によると、“外的現実に対する間違った推論に基づく誤った確信であり、その矛盾を他のほとんどの人が確信しており、矛盾に対して反論の余地のない明らかな証明や証拠があるにもかかわらず、強固に維持される”ものとされる。この定義は、Jaspers (1948 内村・西丸・島崎・岡田訳, 1953) の古典的な精神病理学にもとづいている。Jaspers は、妄想の特徴として、主観的に強い確信をもつこと、経験上こうであるはずだとかこうだからこうなるといふ正しい論理に従わせることができないこと、ありえない内容であることの3点を挙げている。また、Jaspers は、心理学的に了解しえない“真正妄想”と了解しうる“妄想的観念”に分け、前者は精神分裂病に特有であるとした。後者の妄想的観念には、うつ状態や躁状態の妄想、健常者にもみられる支配観念などが含まれる。こうした区別にしたがって、これまでは精神分裂病の真正妄想と、精神分裂病以外の妄想的観念は、質的に違うものとされ、非連続性が強調される傾向があった。しかし、実際には必ずしもこの区別は明確ではなく、精神分裂病においても上の三つの特徴を満たさ

ないような中途半端な妄想も多くみられ (Strauss, 1969), 妄想は精神分裂病以外の障害にもきわめて広く出現し (Manschreck, 1979), また、被害妄想的な観念は健常者でも珍しくない (Fenigstein & Vanable, 1992)。このため、こうした区別をせずに、精神分裂病の妄想から健常者の支配観念までを連続するスペクトラムとしてとらえる研究者も多い (笠原・藤縄, 1978)。DSM-IV は、妄想と妄想様観念 (paranoid ideation) を連続的なものとしてとらえている。妄想様観念とは“妄想ほどの強さはない観念で、自分が苦しめられている、迫害されている、または不当に扱われているという疑念”と定義されている。妄想様観念の場合、自分が本当にだれかから迫害されているか否かという観念の客観的正誤はそれほど問題とはならず、不当に扱われているのではないかという疑念や苦痛感情などの主観面が重視されている。本研究においては、このようなパラノイア・スペクトラム説の立場をとり、真正妄想と妄想様観念とをとりあえず区別せず、妄想的観念という語を用いる。

最近、いくつかの理論的な文脈から妄想に対する関心が高まっている。第一は精神分裂病の精神病理学や治療理論からの関心である。精神分裂病の症状は非常に複雑であり、Crow (1980) の2症候群仮説をきっかけとして、3症候群説や5症候群説なども提出されている。その流れのなかで、これまでの疾患中心の

¹ 本研究は文部省科学研究補助金基盤研究C一般#10610068の補助を受けておこなわれた。

² 現所属：横浜国立大学。

アプローチにかわり、妄想・幻覚・陰性症状などに分けて研究する症状別アプローチがさかんとなり (Bentall, 1990), 妄想の心理学的研究も増えている。たとえば, Hemsley & Garety (1986) は, ベイズ理論にもとづいて信念形成のモデルをたてて, そこからの逸脱として妄想現象を説明している。また, Brett-Jones, Garety, & Hemsley (1987) は, 精神分裂病などの患者を対象として, 各患者の妄想の内容を示す文を提示する PQ 法 (Personal Questionnaire Technique) を用い, その内容についての確信度や心的占有度 (1 日どのくらいの時間それを考えるか) など五つの変数について評定させている。このようなアセスメントを入院から退院後のフォローアップまで 1 人平均 12 回おこなった結果, これらの変数は離散的ではなく連続的に変化しており, これら五つの変数間の相関も低かった。さらに, Sharp, Fear, Williams, Healy, Lowe, Yeadon, & Holden (1996) は, 妄想性障害の患者を対象として, 認知行動療法をおこない, その効果について MADS (Maudsley Assessment of Delusions Schedule) を用いて調べている。MADS とは, 妄想を七つの下位尺度から評定する面接法である。その結果, 半数の患者は妄想の確信度が低下した。各下位尺度間の相関係数は低く, 彼らは妄想が多次元的な現象であるとしている。また, 妄想の認知行動療法 (Chadwick, Birchwood, & Trower, 1996) など, 精神分裂病の新たな治療介入法が開発されている。

第二は自己意識理論からの関心である。社会心理学における自己意識理論の発展にともなう, 自己意識と精神病理の関係を扱う理論が多く提出されている (Ingram, 1990)。取り上げられた精神病理には, 対人不安, 抑うつ, アルコール依存などがある。妄想的思考についても, Fenigstein & Vanable (1992) が自己意識との関係を調べている。彼らは, パラノイア傾向 (何でも自分と関係があるのではないかと疑う被害妄想的な思考傾向) と, 公的自己意識が関係するという仮説をたて, 大学生を被験者とする研究から実証している。彼らは, 妄想的観念を測定するために, パラノイア尺度 (Paranoia Scale) を作成している。これは MMPI のなかから 20 項目を選び出したものである。彼らは, この尺度を大学生 581 名に 5 段階評定で実施し, 妄想的観念は健常者にもそれほど珍しいものではないと述べている。これまでの妄想研究は, 精神分裂病の妄想を扱ったものが主であったが, こうした文脈から, 健常者の妄想的観念に関心がもたれるようになっている。

以上のように, 妄想的観念についての研究は増えているが, そこにはまだ多くの問題が残されている。そのひとつとして, 妄想的観念の主題を包括的にとらえる枠組みがないことが挙げられる。妄想的観念は, 一般に, 形式的側面と主題的側面に分けて記述されてい

る。形式的側面というのは, 前述の Jaspers (1948) の 3 特徴にみられるように, 確信度・訂正可能性・内容の正誤といった点に関するものである。一方, 主題的側面というのは, その内容が被害的か誇大的かといった区別であり, これまでは精神分裂病・うつ病・躁病に対応して, 被害・微小・誇大の三つの主題に分けられることが多い。

これまで, Jaspers (1948) をはじめ, 形式的な側面に関しては精緻な研究がおこなわれてきたが, 主題的側面に関しては, 整理がついておらず構造化が不十分である。たとえば, 被害・微小・誇大の 3 分類にしても, 微小観念と誇大観念が感情価において対称的であるのはわかるが, それらと被害観念はどのような関係にあるのか理解しにくい。DSM-IV の妄想的障害においても, 色情型・誇大型・嫉妬型・被害型・身体型・混合型の 6 主題を単に列挙するだけで, それらの関係については述べていない。また, いろいろな診断面接基準をみても, 妄想主題を羅列するのみで, それらの関係は不明確である。

これに関連して, 前述した PQ 法や MADS のように, 妄想の形式的側面のアセスメントは多いのに対し, 主題的側面のアセスメント技法はほとんどない。前述のパラノイア尺度は確かに妄想的観念の主題を測定しているが, 被害観念だけを扱っており, それは妄想的観念のごく一部にすぎない。

以上のような観点から, 本研究では, 第一に, 妄想的観念の主題的側面を整理することを目的とした。本研究は, Fenigstein & Vanable (1992) のパラノイア尺度を拡張し, その不満を克服するような自己評価の質問紙を開発し, その結果にもとづいて妄想主題の構造化を試みる。また, パラノイア尺度は, MMPI から項目を選び, 健常大学生において標準化されたため, 果たして臨床的な意義がどれだけあるか不明である。そこで, 第二に, 新しい尺度について, 臨床的な妥当性を検討することを目的とした。尺度の妥当性には内容的妥当性, 構成概念妥当性, 基準関連妥当性がある。本研究では, まず開発された質問紙と, Fenigstein & Vanable のパラノイア尺度の相関をみるにより構成概念妥当性を調べた。次に, 複数の専門家に独立に尺度の評定を求める方法 (池田, 1973) を用いて内容的妥当性を検討した。第三に, こうした尺度を用いて, Fenigstein & Vanable (1992) がいうように, 健常者の多くが妄想的観念を体験しているかどうかを調べた。

研究 1: 大学生調査

方 法

質問紙の作成 妄想的観念に関する文献や診断基準, 面接基準, 症状評価尺度などを参考にして, 観念

Table 1
妄想観念チェックリストの負感情項目の尺度と因子負荷量

尺度名と質問項目	因子負荷量			出現率 ^{a)} (%)		
	F1	F2	F3	1	2	3
1a 疎外観念尺度						
周りの人から疎まれたり嫌がられたりしているのではないかという疑い	.76	-.09	.10	16	63	21
だれかが私を見て、ばかにしている、と感じられる体験	.70	.09	-.05	27	56	17
私のいないところで、だれかが私をけなしているのではないかという疑い	.66	.03	.04	23	61	16
他の人から“のけもの”にされているのではないか、という疑い	.61	.08	-.11	19	60	21
他の人の話し声が、私の悪口を言っているように聞こえた体験	.60	-.01	-.04	25	57	18
周りの人はだれも信用できない、という疑い	.49	.29	-.11	58	33	8
まわりでいやなことがおこると、私のせいだと責められているように感じられる体験	.45	.00	.16	27	58	14
1b 微小観念尺度						
まったくひとりぼっちで居場所がない、という考え	.61	.20	-.17	49	38	13
人より容姿（顔や体型）が劣っているのではないか、という感じ	.57	-.01	.04	21	57	22
他の人はみんなもっているのに、自分だけ何かの能力が欠けているのではないかという考え	.51	.03	.16	32	49	20
人より仕事や勉強の能力が低いのではないか、という考え	.46	-.05	.23	21	54	25
2 被害観念尺度						
私の考えていることが、他の人に知られている、という感じ	-.07	.65	.03	48	46	6
私の考えていることが、相手から読まれている、という考え	-.11	.65	.21	46	45	9
だれかが私をワナにかけようとしているのではないか、という疑い	.12	.65	-.09	72	26	3
私はだれかに利用されているのではないか、という疑い	.04	.52	.25	69	28	4
だれかに操られているように感じられる体験	-.01	.47	.12	85	14	2
だれかが私を陥れようとして狙っている、と感じられる体験	.19	.42	-.03	81	18	2
神様や霊などが、私の行動を邪魔している、という感じ	.13	.40	-.16	90	9	1
3 加害観念尺度						
知らない間に、他の人を侮辱しているのではないか、という疑い	.00	-.02	.73	28	59	14
知らない間に他の人の心を傷つけることを言っているのではないかという疑い	.11	-.05	.65	11	56	33
他の人たちに迷惑をかけている、という感じ	.33	-.12	.61	18	62	20
取りかえしのつかない重い罪を犯してしまったのではないかという考え	.14	.05	.51	59	35	7
知らない間に、だれかの人生をダメにしているのではないか、という疑い	.10	.10	.50	69	23	8
知らない間にだれかにケガをさせているのではないか、という疑い	-.19	.02	.47	93	7	1

^{a)} 出現率の1は“まったくない”，2は“たまにある”，3は“よくある”を示す。

の主題や内容をあらわす記述を100項目以上集めた。健常者への予備調査をおこない出現率のきわめて低い項目を削除し、また、精神分裂病患者への予備調査をおこない難解な項目を削除したり修正したりした。そして、51項目からなる質問紙を作成した。負の感情価をもつ30項目と、正の感情価をもつ21項目に分かれる。これを妄想観念チェックリスト（Delusional Ideation Check-List）と命名した。以下、DICLと略す。“全くない”，“たまにある”，“よくある”の3件法で回答を求め、それぞれ1, 2, 3と配点した。

パラノイア尺度 Fenigstein & Venable (1992) のパラノイア尺度20項目を原著者の承諾を得て翻訳した。まず、著者の1名がパラノイア尺度の日本語訳を作り、それを別の者がバックトランスレートし、それをもとに著者の1名が日本語訳を調整した。“まったくあてはまらない”から“かなりあてはまる”までの5件法で回答を求め、1—5と配点した。

被験者 大学1・2年生を対象とする教育学の授業において、2週の間をあけて2回集団施行した。第1回目の被験者は308名（男215名、女93名）であっ

Table 2
妄想観念チェックリストの正感情項目の尺度と因子負荷量

尺度名と質問項目	因子負荷量				出現率 ^{a)} (%)		
	F1	F2	F3	F4	1	2	3
1 庇護観念尺度							
神様とか守護霊が私を救ってくれるという感じ	.88	.03	.01	-.03	71	26	4
神様とか守護霊が私を導いてくれるという感じ	.87	.05	-.02	.02	76	20	5
神様とか守護霊が私を守ってくれているという感じ	.83	.02	.02	.06	65	29	6
神様とか守護霊が未来を予知してくれるという感じ	.73	-.03	-.00	-.00	89	10	2
2 自己肯定観念尺度							
私は有能でどんなことでもできるという考え	-.08	.80	.12	.00	64	31	6
私には何でも自信があるという感じ	-.11	.77	.20	-.03	64	30	6
他人が考えつかないようなすぐれた考えを私はもっているという感じ	.20	.64	-.04	.02	63	33	4
私は重要人物であるという考え	.09	.47	.16	.20	49	41	10
私は金持ちでいくらでもお金が使えたと感じられた体験	.28	.44	.03	-.29	89	10	1
3 被好意観念尺度							
多くの異性から愛されているという考え	-.07	.11	.75	.04	76	22	2
名前も知らない異性から愛されているという考え	.08	-.06	.74	-.15	84	15	1
他の人から非常によく見られているという感じ	-.00	-.02	.65	.24	55	40	5
人より容姿（顔や体型）がすぐれているという感じ	-.10	.34	.61	-.08	61	37	2
みんなが私をうらやましいと思っていると感じられる体験	.10	.04	.55	.20	61	36	3
4 他者操作観念尺度							
人とうまくつきあえる力があるという感じ	.01	-.12	.19	.72	35	52	13
他の人をよい気持ちにさせることができるという感じ	.05	-.04	.36	.62	46	48	6
人の考えていることを見透かすことができるという感じ	-.07	.37	-.30	.60	59	34	6
人を思いどおりに操ったりできるという感じ	.02	.57	-.12	.38	73	23	4

^{a)} 出現率の1は“まったくない”，2は“たまにある”，3は“よくある”を示す。

た。2回の調査で共通していた被験者は204名であった。被験者の年齢は18－25歳（平均19.07, *SD* 0.87）である。

結果と考察

DICLの負感情項目の因子分析 30項目に対して因子分析をおこなった。固有値の大きさ（第1が6.18, 第2が1.99, 第3が1.55, 第4が1.36, 第5が1.23）および因子の解釈のしやすさを考慮して因子数を3と定め、プロマックス回転を施した。その結果をもとに、Table 1に示す尺度項目を決定した。因子負荷量が.40未満の項目を除いた。

第1因子は、まわりの人が自分を馬鹿にしたり中傷したり疎外しているという内容と、自分の容姿や能力が低いという内容からなる。そこで、内容を考慮して、第1因子を二つに分け、1a疎外観念、1b微小観念と命名した。第2因子は、自分がだれかからひどいことをされているとか邪魔されているといった内容で

あり、被害観念と命名した。第3因子は、自分がまわりの人を侮辱したり傷つけたりして迷惑をかけているという内容であり、加害観念と命名した。

DICLの正感情項目の因子分析 21項目に対して因子分析をおこなった。固有値の大きさ（第1が5.91, 第2が2.78, 第3が1.59, 第4が1.33, 第5が1.07）および因子の解釈のしやすさを考慮して因子数を4と定め、プロマックス回転を施した。その結果をもとに、Table 2に示す尺度項目を決定した。因子負荷量が.40未満の項目は除いた。

第1因子は、神や守護霊などから自分が導かれ庇護されているといった内容であり、庇護観念と命名した。第2因子は、自分は金があたりすぐれた力をもっていて自信があるという内容であり、自己肯定観念と命名した。第3因子は、自分がだれかから愛されているとかよくみられているといった内容であり、被好意観念と命名した。第4因子は、自分が他人の考えを見透かしたり操ったりできるという内容であり、他者

Table 3
妄想観念チェックリストの各尺度の統計量

感情	尺度名	項目数	平均	SD	体験率 ^{a)}	α 係数	再検査 ^{a)}	PS ^{a)}
負	1a 疎外観念	7	1.88	.42	98.4%	.80	.69**	.49**
	1b 微小観念	4	1.90	.49	94.2%	.68	.71**	.39**
	2 被害観念	7	1.34	.31	75.0%	.72	.49**	.48**
	3 加害観念	6	1.67	.38	94.2%	.73	.63**	.32**
正	1 庇護観念	4	1.29	.45	40.9%	.87	.70**	.07
	2 自己肯定観念	5	1.40	.41	69.9%	.76	.68**	.05
	3 被好意観念	5	1.35	.34	66.9%	.78	.67**	.07
	4 他者操作観念	4	1.54	.54	82.5%	.66	.64**	.15**

a) “体験率”は各尺度内の1項目以上で“たまにある”または“よくある”と答えた被験者の割合を示す。“再検査”は再検査信頼性を示す。“PS”はパラノイア尺度 (Fenigstein & Venable, 1992) との相関係数を示す。

* $p < .05$, ** $p < .01$.

操作観念と命名した。なお、Table 2 に示すとおり、“人を思いどおりに操ったりできるという感じ”という項目は、第2因子の負荷量が最も高く、本来なら自己肯定観念に含めるべきところである。しかし、この項目が、内容的には他者を操るという他者操作観念をあらわしていること、第4因子の負荷量も.38と高いこと、この項目を除去すると他者操作観念尺度が3項目になり尺度の信頼性が下がるおそれがあることから、あえて他者操作観念に含めることにした。

尺度の関係 八つの尺度の内容を考えると、Figure 1 に示すように、自己から他者に向かうもの、他者から自己に向かうもの、自己完結しているものに整理できる。

尺度の平均値と体験率 八つの尺度ごとに、項目の総和を項目数で割った値を尺度得点とした。各尺度の平均値を Table 3 に示す。一般的には正感情項目よりも負感情項目の頻度が高い。また、各尺度内の1項目以上で“たまにある”または“よくある”と答えた被験者の割合を体験率として Table 3 に示す。体験率は全般に高い値を示しており、疎外・微小・加害などの観念はほとんど全員が体験しているといえる。最も低いのは庇護観念であった。

Figure 1. 妄想観念チェックリストの尺度間の関係。

尺度の信頼性 Table 3 に示すように、各尺度の α 係数をみると、微小観念と他者操作観念はやや低いが、他は.7以上の値を示しており、尺度の内の一貫性はおおむね満足できる高さである。また、2回の調査で共通していた204名の結果について、尺度ごとに相関係数を求めたものを Table 3 に示す。被害観念を除く七つの尺度では.60以上の相関係数を示しており、中程度の再検査信頼性をもつことを示している。被害観念は相関係数が.48と低く、再検査信頼性は低い。

構成概念妥当性 Table 3 に示すように、DICL と Fenigstein & Venable (1992) のパラノイア尺度との相関をみると、負感情尺度については、いずれも.3以上の有意な正の相関がみられた。正感情尺度についてみると、他者操作観念以外の尺度との間には相関関係はみられなかった。他者操作観念尺度との間には有意な相関がみられたが低いものであった。

研究2：専門家調査

方法

対象 四つの施設に勤務する精神神経科の医師10名を対象とした。臨床経験は4—40年である。

手続き 診断的重要度と頻度予想について、質問紙法で回答を求めた。まず、DICLの各項目を示し、“まだ診断のついていない患者が、外来で、項目のようなことを体験していると訴えた場合、急性の妄想型分裂病と診断するのにどのくらい重要だと思うか”について判断を求めた。“まったく重要でない”“あまり重要でない”“まあ重要である”“きわめて重要である”の4件法で評定を求め、それぞれ1, 2, 3, 4と配点した。また、妄想型分裂病の診断的重要度と比較

Table 4
精神科医による診断的重要度の評定値

感情	尺度名	項目数	妄想型分裂病		不安神経症		t 値	p
			平均	SD	平均	SD		
負	1a 疎外観念	7	3.31	.34	1.83	.42	6.93	.0001**
	1b 微小観念	4	2.02	.53	2.37	.49	1.87	.0942
	2 被害観念	7	3.61	.30	1.17	.21	29.18	.0001**
	3 加害観念	6	2.17	.72	1.83	.51	1.03	.3290
正	1 庇護観念	4	2.65	.65	1.27	.38	5.20	.0006*
	2 自己肯定観念	5	2.52	.70	1.22	.30	5.57	.0003*
	3 被好意観念	5	2.18	.69	1.18	.30	4.60	.0013*
	4 他者操作観念	4	2.25	.75	1.25	.44	3.91	.0035*

注) 有意水準は Bonferroni の方法にもとづいて定めた。* $p < .00625$, ** $p < .00125$ 。

Table 5
精神科医による頻度予想の評定値

感情	尺度名	項目数	妄想型分裂病		不安神経症		健常大学生		F 値 (2, 27)	p
			平均	SD	平均	SD	平均	SD		
負	1a 疎外観念	7	3.09	.79	1.57	.42	1.41	.68	20.15	.0001**
	1b 微小観念	4	1.72	.48	2.15	.70	1.72	.56	1.76	.1921
	2 被害観念	7	2.74	1.05	1.01	.05	1.04	.10	26.64	.0001**
	3 加害観念	6	1.38	.44	1.38	.29	1.17	.22	1.43	.2563
正	1 庇護観念	4	1.65	.53	1.05	.11	1.15	.34	7.64	.0023*
	2 自己肯定観念	5	1.62	.58	1.06	.13	1.34	.54	3.65	.0396
	3 被好意観念	5	1.26	.30	1.06	.13	1.36	.39	2.72	.0836
	4 他者操作観念	4	1.50	.47	1.10	.21	1.42	.57	2.31	.1184

注) 有意水準は Bonferroni の方法にもとづいて定めた。* $p < .00625$, ** $p < .00125$ 。

対照するため、ほとんど妄想があらわれることはない
とされている神経症圏内の精神病理のうちから、こ
こでは妄想型分裂病の症状とあまり重複がないと考えら
れる不安神経症を選び、その診断的重要度について尋
ねた。すなわち、DICL の各項目を示し、“まだ診断
のついていない患者が、外来で、項目のようなことを
体験していると訴えた場合、不安神経症と診断するの
にどのくらい重要だと思うか”について、上と同じ4
件法で判断を求めた。

次に、DICL の各項目を示し、“急性の妄想型分裂
病の患者に面接中に聞いた場合、それぞれの項目につ
いて、体験したことがあると答える患者はどのくらい
の割合だと予想されるか”について判断を求めた。ま
た、比較対照のため、“不安神経症の患者に聞いた場
合、それぞれの項目について、体験したことがあると
答える患者はどのくらいの割合だと予想されるか”に
ついて、さらに、“心身とも健常と思われる大学生に
聞いた場合、それぞれの項目について、体験したこと

があると答える大学生はどのくらいの割合だと予想さ
れるか”について判断を求めた。以上の頻度予想は、
“0—19%”，“20—39%”，“40—59%”，“60—79%”，
“80—100%”の5件法で評定を求め、それぞれ1—5
と配点した。

結 果

診断的重要度、頻度予想ともに、研究1で得られた
八つの尺度ごとに、項目の得点を合計し、項目数で割
った。その結果を Table 4 と Table 5 に示す。

診断的重要度 Table 4 に示すように、妄想型分裂
病についてみると、とくに被害観念と疎外観念の二つ
が飛び抜けて高く、値が3.0を超えている。最も低い
のは微小観念である。不安神経症についてみると、
Table 4 に示すように、すべての観念で2.5未満の値
である。八つの尺度の診断重要度について、診断対象
(妄想型分裂病と不安神経症)を独立変数とする1元
配置の多変量分散分析(MANOVA)をおこなった。

その結果、有意な診断の効果がみられた ($F(8, 11) = 152.77, p = .0001$)。そこで、各変数について、Bonferroniの方法によって有意水準を $p < .00625$ として t 検定をおこなった。その結果、Table 4 に示すように、疎外観念と被害観念においては1%水準で、庇護・自己肯定・被好意・他者操作の各観念においては5%水準で、妄想型分裂病の重要度が不安神経症の重要度より有意に高かった。このことは、精神科医が妄想型分裂病と診断するにあたって、不安神経症と比較して相対的に、疎外・被害・庇護・自己肯定・被好意・他者操作の六つの観念を重視していることを示している。なお、1a 疎外観念と1b 微小観念は、研究1の因子分析においては同じ因子に含まれており、これらの観念は被験者の主観からみると同じような抑うつ的心性をあらわすと考えられる。研究2においては、疎外観念と微小観念の診断的重要度は著しく違っており、精神科医の診断においては、これらの観念は異なる意味をもつと考えられる。精神科医の診断という面からみると、これら二つの観念を分けたことには意味があったと考えられる。

頻度予想 Table 5 に示すように、妄想型分裂病については、疎外観念と被害観念が飛び抜けて高く、2.0を超えている。他は1.0未満である。不安神経症については、微小観念が最も高く、2.0を超えているが、他は1.0未満である。健常大学生については、八つの尺度ともに1.0未満である。八つの尺度の頻度予想について、予想対象（妄想型分裂病・不安神経症・健常大学生）を独立変数とする1元配置の多変量分散分析 (MANOVA) をおこなった。その結果、有意な診断の効果がみられた ($F(16, 40) = 4.31, p = .0001$)。そこで、各変数について、Bonferroniの方法によって有意水準を $p < .00625$ として分散分析をおこなった。その結果、Table 5 に示すように、疎外・被害・庇護の各観念が有意であった。さらに、疎外・被害・庇護の各観念において、 α を $p < .00625$ に保ってLSD法の多重比較をおこなったところ、いずれの観念においても、妄想型分裂病が、不安神経症と健常大学生よりも有意に値が高かった。このことから、疎外・被害・庇護の各観念において、精神科医は不安神経症や健常大学生よりも妄想型分裂病で頻度が高いと予想しているといえる。

次に、健常大学生についての頻度予想と、研究1の大学生調査における実際の値を比べた。大学生調査において、各項目ごとの出現率をみて、“たまにある”または“よくある”と答えた被験者の割合が0—19%ならば1、20—39%ならば2、40—59%ならば3、60—79%ならば4、80—100%ならば5と配点した。そして、尺度ごとに平均値を求めた。その結果、疎外観念 4.14、微小観念 3.75、被害観念 1.86、加害観念 3.33、庇護観念 1.75、自己肯定観念 2.00、被好意観念

2.00、他者操作観念 3.00 であった。大学生調査のTable 3 と比較すると、実際の頻度は、頻度予想よりもかなり高い。とくに疎外・微小・加害の各観念については差が大きい。つまり、精神科医はこれらの観念の健常大学生の頻度を実際より過小に予想している。

総合的考察

本研究の第一の目的は、新たな質問紙を開発し、妄想主題の構造化を試みることであった。Fenigstein & Vanable (1992) の研究は、パラノイア尺度を開発し、健常大学生の多くが妄想的観念を体験していることを明らかにした点では大きな意義がある。しかし、パラノイア尺度は、以下に述べるような三つの点において中途半端なものであるため、健常者の妄想的観念についての実態の解明が十分とはいえなかった。今回作成した妄想観念チェックリスト (DICL) はこうした不備を補うことができたといえるだろう。

第一に、Fenigstein & Vanable のパラノイア尺度は、妄想的観念のごく一部（被害と疎外）しか扱っておらず、診断に重要な正感情の観念が抜けている。これに対し、DICL は広範囲の観念を扱っており、その全体像を視野に入れることができる。

第二に、パラノイア尺度は妄想的観念の構造化が不十分であった。今回、DICL の因子分析の結果から、Figure 1 に示すように、自己と他者の方向性と感情価の正負によって、妄想的観念を構造的に整理することができた。特に、誇大妄想については、これまで構造化が不十分であったが、今回の分析から、四つの観念群に分けられることが示唆された。

第三に、パラノイア尺度は臨床的な妥当性が明確でなかった。これに対し、DICL は六つの尺度が妄想型分裂病の診断に重要であると精神科医から評価された。

本研究の第二の目的は、DICL の臨床的な妥当性を調べることであった。構成概念妥当性を調べるため、DICL とパラノイア尺度 (Fenigstein & Vanable, 1992) の相関を調べたところ、負感情項目との間に有意な正の相関がみられた。また、複数の精神科医に評定を求めて内容的妥当性を検討したところ、DICL の六つの尺度が妄想型分裂病の診断に重要であると評価された。そのうち、疎外観念と被害観念はとくに重要である。なお、基準関連妥当性を調べるために、著者らは、妄想をもつ精神分裂病患者と健常者を対象としてこの尺度を実施し比較した (未発表)。その結果、八つの尺度のうち、被害観念、加害観念、庇護観念、他者操作観念については、患者群のほうが健常者群より有意に高く、基準関連妥当性が示された。

本研究の第三の目的は、新しい尺度を用いて、Fenigstein & Vanable (1992) がいうように、健常者の多くが妄想的観念を体験しているかどうかを確認す

ることだった。その結果、パラノイア尺度より包括性と診断的有用性の高い DICL を用いて、健常大学生の多くが妄想と同じ内容の観念を体験していることが明らかになった。とくに、疎外・微小・加害などの観念はほとんど全員が体験していた。

健常大学生の妄想的観念の体験頻度は、精神科医が予想する以上に高かった。その解釈の一つとしては、項目に対する受け取り方が、精神科医と健常大学生とで異なることが考えられる。これまで健常者における分裂病類似の症状の実態を調べた研究は少なく、その解明は、臨床診断においても有用な情報となろう。

本研究は主観的側面の整理を目的としているので、確信度の強さや判断の正誤などの形式的側面にはふれていない。DICL で取り上げた観念は、必ずしも妄想的とはいえないものも含まれている。たとえば、健常者の自己肯定観念などは、実際には正しい判断である可能性もある。なんの根拠もなく自己肯定観念が強い場合に病的な妄想的観念（誇大観念）と呼ばれるわけである。観念が妄想であるかを考えるためには、形式的な側面のアセスメントが必要になる。これについては今後調べていきたい。

引用文献

- American Psychiatric Association 1994 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th Ed. Washington, DC: APA.
- Bentall, R. P. 1990 The syndromes and symptoms of psychosis. In R. P. Bentall (Ed.), *Reconstructing schizophrenia*. London: Routledge.
- Brett-Jones, J., Garety, P., & Hemsley, D. 1987 Measuring delusional experiences: A method and its application. *British Journal of Clinical Psychology*, **26**, 257-265.
- Chadwick, P., Birchwood, M., & Trower, P. 1996 *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. New York: John Wiley & Sons.
- Crow, T. J. 1980 Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process? *British Medical Journal*, **280**, 66-68.
- Fenigstein A., & Vanable P. 1992 Paranoia and self-consciousness. *Journal of Personality and Social Psychology*, **62**, 12-138.
- Hemsley, D., & Garety, P. 1986 The formation of maintenance of delusions: A Bayesian analysis. *British Journal of Psychiatry*, **149**, 51-56.
- 池田 央 1973 心理学研究法 第8巻テストII 東京大学出版会
- Ingram, R. 1990 Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, **107**, 156-176.
- ヤスパース K. 内村祐之・西丸四方・島崎敏樹・岡田敬蔵(訳) 1953 精神病理学総論 岩波書店 (Jaspers, K. 1948 Allgemeine Psychopathologie. 5. Auflage.)
- 笠原 嘉・藤縄 昭 1978 妄想 現代精神医学大系 3A 精神症状学 I 中山書店
- Manschreck, T. C. 1979 The assessment of paranoid features. *Comprehensive Psychiatry*, **20**, 370-377.
- Sharp, H. M., Fear, C. F., Williams, J. M. G., Healy, D., Lowe, C. F., Yeadon, H., & Holden, R. 1996 Delusional phenomenology: Dimensions of change. *Behaviour Research and Therapy*, **34**, 123-142.
- Strauss, J. 1969 Hallucinations and delusions as points on continua function. *Archives of General Psychiatry*, **21**, 581-586.