

# 強迫性障害への認知行動アプローチ—概観と展望

教育心理学コース 杉 浦 義 典

Cognitive-Behavioral Approaches to Obsessive-Compulsive Disorder :

A Review and Critique of the Literature

Yoshinori SUGIURA

In the current most influential cognitive-behavioral model of obsessive-compulsive disorder, Salkovskis (1985) views dysfunctional beliefs related to obsessions, especially those about one's own exaggerated responsibility, and subsequent coping strategies, namely, neutralization rather than obsessions themselves as the major pathological factors. This paper describes his model and reviews empirical supports for it. Then I point out the shortcomings of his model and refines it by introducing two new perspectives. First, perfectionism in addition to responsibility is described to be a major cognitive factor. Second, two subtypes of obsessive-compulsive symptoms are proposed, i. e. , Problem-Solving Type and Simple Expression Type, the latter of which does not seem to fit Salkovskis's model and requires different accounts from those of Salkovskis's.

## 目 次

- I. 強迫性障害の治療の現在
- II. Salkovskisの強迫性障害の認知行動モデル
  - A. 認知行動療法
  - B. 侵入思考の研究
  - C. Salkovskisのモデル
  - D. 実証研究
  - E. モデルの意義と批判
- III. 強迫症状のサブタイプ
  - A. 問題解決型
  - B. 単純表出型

### I. 強迫性障害の治療の現在

強迫性障害(強迫神経症)は、強迫観念(obsession)と強迫行為(compulsion)という2種の症状からなり、難治性をもって知られている。治療法としては、三環系抗うつ剤の1種であるclomipramineと、暴露-反応妨害法(exposure & response prevention)という行動療法の技法が、効果的なものされている。しかしながらいずれの方法とも、治療法として十分に確立されたとは言いがたい。薬物療法については、精神科の他の疾患と比して、強迫性障害への効果の低さが指摘されている

(作田, 1990)。暴露-反応妨害法は、患者を症状(強迫行為)を喚起する状況に直面させ、かつ強迫行為をさせないことで、そのような状況への馴化をねらう技法である。治療への反応率と治療後の改善の度合いについて、改善の余地が大きいことが指摘されている(Salkovskis, 1996)。

近年、行動療法の中に認知的要素を含めた認知行動アプローチが提唱され、注目されている。強迫性障害への認知行動アプローチの意義の一つは、暴露-反応妨害法の成果を生かしつつその限界を克服することである(van Oppen & Arntz, 1994)。さらに、オーソドックスな行動理論と比較してより「心理的」な認知行動アプローチは、認知行動療法を標榜しない精神療法とも連続性が見られ、病理の理解や見立てに寄与するであろう。

強迫性障害の認知行動アプローチはまだ臨床場面で広く用いられている段階ではないが、理論的研究は非常に多くなされ、今後が期待される。本論文ではその代表的な理論家であるSalkovskis(1985, 1989, 1996)のモデルを紹介し、批判的に検討する。

### II. Salkovskisの強迫性障害の認知行動モデル

今日、もっとも包括的で明確な強迫性障害のモデルとされているのが、Salkovskis(1985, 1989, 1996)のそ

れである。1985年以来、このモデルに刺激されて、多くの実証研究が行われている。強迫症状は一般に不可解なものとして扱われるが、Salkovskisは強迫症状を、状況の評価→対処という問題解決の枠組みでとらえることで、症状の背後の意図や動機を解明しようとしている。この章では、まず、彼のモデルの背景となった認知行動病理学と侵入思考の研究を概観し、次に、Salkovskisの理論、及びそれを巡る実証研究を紹介し、最後に、モデルの意義と欠点について言及する。

### A. 認知行動病理学

認知行動病理学では、刺激-反応モデルにたつ伝統的な行動療法に対して、刺激と反応の媒介変数として認知の役割を重視する。すなわち刺激（出来事）を人がどのように認知的に評価するかが、反応（行動、感情）を決めると考える。Beckの認知療法、Ellisの論理情動療法、Meichenbaumの自己教示訓練が代表的であり、抑うつや不安などに適用されている。

Salkovskisの強迫のモデルは、基本的にBeck（1976, 1979）の認知療法の枠組みに沿っている。Beckのモデルでは認知を深層から表層へ向かって、スキーマ、推論の誤り、自動思考の3レベルに分けて考える。スキーマは個人の信念体系あるいは認知構造であり、活性化された状態で個人の情報処理に影響する。個人のもつ不適応なスキーマは、認知プロセスを歪ませる。それが推論の誤りであり、過度の一般化や二分法的思考などがある。これらの2レベルを背景に、個々の事象への評価が下される。認知的評価の結論は、ある状況に対して自動的に意識にポップアップしてくる自動思考という形でもたらされる。自動思考の内容が病理への発展に際して重要なファクターとされ、危険のテーマが不安に、喪失のテーマが抑うつにつながるとされる。

### B. 侵入思考の研究

侵入思考とは一言で言えば、正常な強迫観念である。外的行動として現れた強迫行為とは異なり、主観的現象である強迫観念は行動理論では扱いにくいものであったが、Rachman（1971）は、馴化（habituation）の理論によって強迫観念を説明することを試みた。通常ならば強迫観念（嫌悪刺激）が浮かんでも、馴れが生じて気にならなくなるのだが、ネガティブな気分が存在する場合はこの馴化のプロセスが阻害され、かえって強迫観念に過敏となり（感作）、病理的強迫観念となると考えた。

このモデルは、害のない形での強迫観念は、すべての人に経験されている普遍的な現象であることを前提とし

ている。常識的にも正常者にも強迫観念があることは納得できるが、この前提を実証的に確認しようとする試みから、侵入思考の研究が始まった。Rachman and de Silva（1978）は患者群と正常者群の比較研究に基づき、正常者の80%が患者群の強迫観念と形式（思考と衝動）や内容などの点で類似した現象を経験していることを見いだした。当然ながら、それらは患者群のものに比して苦痛の少ないものだった。

このような正常な強迫観念は後に、侵入思考と呼ばれるようになり、Rachmanを中心に盛んに研究された。例えば、Parkinson & Rachman（1980）は侵入思考の馴化を実験的に見いだしている。強迫観念の馴化理論も精緻化されたが（Rachman, 1976）、侵入思考の研究を継承したSalkovskisの登場以来、認知的な研究が圧倒的の主流を占めるようになった。

### C. Salkovskisのモデル

Salkovskis（1985, 1989, 1996）のモデルは、侵入思考それ自体は病理的ではない中性の刺激と見なし、それに対する認知的評価、および評価によって動機づけられた対処行動という2つの要因が、病理的發展を左右すると考える。侵入思考（きっかけとなる刺激）→評価（意味づけ・動機づけ）→中和（対処行動）というのが基本的図式である。

侵入思考への反応として生じる自動思考、及びその背後の信念には、危険や喪失のテーマもしばしば現れるが、強迫性障害の発展にとって重要なのは責任のテーマである。ネガティブな事象が生じることに対する責任、ネガティブな事象を防ぐ責任、侵入思考が生じたことへの責任を過大視してしまう。責任の評価が続く対処行動を動機づける。侵入思考がネガティブな意味付けを受けなければなら問題は生じない。ネガティブに意味付けられたときでも、危険や喪失のテーマのみで責任の評価がなされなければ、強迫性障害ではなく、抑うつや不安が生じるであろう。

自動思考によるネガティブな意味付けの結果、苦痛がもたらされ、責任を避けたり、減じたりするために、中和と呼ばれる対処行動が取られる。中和とは、思考をコントロールしたり、生じ得るネガティブな結果を予防するための、意図的で自発的に始発された活動であり、顕在的なもの（強迫行為）も内潜在的なもの（思考儀式）もある。中和行動は3つの結果を生む。第1に、その遂行によって、一時的ではあっても苦痛からの解放が得られるために、中和行為は強化される。第2に、ネガティブな結果を予防するために中和が行われると、もし中和を

行わなければどうなるかというフィードバックが得られなくなる。つまり、ネガティブな結果の予期が誤った認知であっても、それを知る機会が奪われる。第3に、中和の結果、逆説的に、侵入思考はより顕著になり頻度と不快感を増すようになる。それは、中和行為それ自体が侵入思考と連合して強力なトリガー刺激となるためである。このように対処行動は反復的になり、やめることが困難になり、かえって強迫観念を病理化するという悪循環を生む。

#### D. 実証研究

Salkovskisのモデルを巡った実証研究は大きく、責任の評価を巡った研究、以前の流れから連続している侵入思考の研究、中和（特に思考のコントロール）の逆説的効果を巡った研究、の3つの流れに分けられる。次にそれぞれの研究を概観する。

##### D-1. 責任の評価

まず、強迫性障害における責任の概念を明確化し、操作的に定義しようとする試みがなされている。Salkovskis (1985) は、何らかの意味で責任、非難、コントロールに関わる信念として次のようなものを挙げている。①ある行為について考えることは実行することと等価である。②自分や他人への危害を防げない（防ごうとしない）のは、危害を起こすのと等価である。③他の要因（生起確率が低い、など）によって責任が弱められることはない。④侵入思考が生じたときに中和しないのは、侵入思考が意味する危害を望んでいるのと等価である。⑤自分の思考をコントロールすべきである（そしてすることが可能である）。

①は後の研究者 (Freeston, Rhéaume & Ladouceur, 1996; Rachman, 1993) によって思考と行為の混同 (thought action fusion: TAF) と呼ばれている。TAFはさらに、思考がある出来事の生起確率を上昇させたり、出来事を引き起こすという信念と、行為についての思考と行為そのものが倫理的に等価であるという信念とに分けられる。前者では、愛する人が事故に遭うイメージを浮かべるとそれが実現してしまうと考える。後者では、性的な思考が浮かぶと自分は性的倒錯者だと考える。Rachman, Thordarson, Shafran & Woody (1995) は責任の評価を測定する質問紙 (Responsibility Appraisal Questionnaire: RAQ) を作成し、正常者を対象に強迫尺度との関連を調べたが、有意な相関が得られたのは、TAFの下位尺度のみであった。

②と④は、正常者には存在する省略バイアス

(omission bias) が強迫患者の場合存在しないということである (Salkovskis, 1996)。つまり、正常者の場合、あることをしなかったためにネガティブな結果が生じた場合は、積極的に取った行動が原因であるときよりも責任を低く見積もる傾向があるが、強迫患者の場合はそのようなバイアスは見られない。

③が成立すれば、責任の評価は、ネガティブな結果の可能性や重大さの影響は受けにくいはずであるが、Rhéaume, Ladouceur, Freeston & Letarte (1995) は、可能性と重大さが責任の知覚のコンポーネントの一部であるとしており、責任とこの2変数の相関を見いだしている。Ladouceur, Rhéaume, Freeston, Aublet, Jean, Lachance, Langlois and de Pokomandy-Morin (1995) は、実験的に責任を操作したとき最も大きく変化したのは、責任ではなく重大さの評価であったことから、重大さの評価が責任に影響する可能性を示唆している。一方、Lopatka and Rachman (1995) は、責任の認知が可能性や重大さに影響すると説明し、同時に、責任の評価はコントロールの知覚とは関連がないことを見いだしている。責任の評価が、他の変数の影響を受けるかどうかは今後の検討がまだ必要である。

⑤については、Clark and Purdon (1993) が、Salkovskisを批判的に継承して、思考のコントロールへの信念に特に重きを置いたモデルを提唱している。一方、思考のコントロールへの信念は、多くの場合、責任やTAFや危険の評価に還元されるという主張もある (Freeston et al., 1996)。

責任を巡ってもうひとつ重要なのは、責任の評価における決定的な影響 (pivotal influence) という側面が強調されるようになったことである。Rhéaume, Ladouceur, Freeston & Letarte (1995) は、正常者を対象に、強迫症状を喚起する状況への評価を多次元的に測定する質問紙 (Responsibility Questionnaire: RQ) を作成した。責任の評価のほかに、可能性、重大さ、結果への影響力、結果への決定的な影響力、を測定した。責任の評価を他の4次元から予測した所、結果への決定的な影響力の認知が最も重要な予測変数であった。この概念を分かりやすく言えば、自分は事態に決定的な影響をもつため、まさにこの自分だけに責任があると考えるのである。

責任の評価は、実際に強迫症状に影響するのであろうか。尺度研究では、先述のRachman et al. (1995) の知見に加えて、Rhéaume, Freeston, Dugas, Letarte & Ladouceur (1995) はRQと強迫尺度の相関を正常者を対象に見いだしている。Salkovskis and Dent (未

発表)は、正常者を対象に、中和を行う被験者は行わない被験者よりも責任の信念と強迫性が高いことを見いだしている。Freeston, Ladouceur, Thibodeau and Gagnon (1992)は、正常者を対象に、侵入思考を多次元的に評定する質問紙 (Cognitive Intrusions Questionnaire: C I Q) を実施し、評定次元を因子分析して得た因子得点を独立変数として、強迫尺度の得点を予測している。ただひとつ有意な独立変数は、責任の評価を含む因子であった。実験的に責任を操作して、確認行為への影響を見いだした研究として、Ladouceur et al. (1995), Lopatka and Rachman (1995) がある。

#### D-2. 侵入思考の研究の新たな流れ

1980年代後半以降の侵入思考の研究では、個人が経験する思考を多次元的に測定する研究が、一つの大きな流れを形成している。それらの中で、侵入思考の頻度とコントロールし難さに関連する要因に関する知見をここでまとめる。侵入思考のコントロールし難さに関連する要因は、不快感 (England & Dickerson, 1988; Niler & Beck, 1989; Salkovskis & Harrison, 1984), 可能性の評価 (Purdon & Clark, 1994a, 1994b), 抑うつ (Edward & Dickerson, 1987; Niler & Beck, 1989), 積極的ストラテジーの利用 (Freeston et al., 1991), 罪悪感 (Niler & Beck, 1989), 注意を引く程度と強烈さ (England & Dickerson, 1988), が見いだされた。侵入思考の頻度に関連する要因は、可能性の評価 (Purdon & Clark, 1994a, 1994b) と罪悪感 (Niler & Beck, 1989) が見いだされた。また、頻度とコントロールし難さ双方の関連を見いだした研究 (Niler & Beck, 1989; Purdon & Clark, 1994a; Salkovskis & Harrison, 1984) もある。さらにFreeston et al. (1992) は、侵入思考の、頻度、悲しみ、心配、コントロールし難さ、可能性という変数からなる因子を抽出している。

#### D-3. 思考のコントロールの逆説的効果

Salkovskis, Westbrook, Davis, Jeavons and Gledhill (未発表) は、中和を行うと侵入思考の不快感が増すことを実験的に見いだしている。他にも侵入思考をコントロールする方略を巡った研究は多いが (Freeston & Ladouceur, 1993; Freeston et al., 1991, 1992; Purdon & Clark, 1994a, 1994b; Wells & Davies, 1994), 多くの実験がなされ、結果に一貫性があり、理論的にも充実しているのは思考の抑制の研究である。Wegner, Shineider, Carter and White (1987), Wegner, Shneider, Knutson and McMahon (1991) は情緒的に中性の刺激 (白熊のイメージ) を考えないよ

うに教示すると、その後の思考の生起頻度が上昇することを見いだしている。多くの研究を概観すると、思考の抑制がそもそもうまく行かないことと、抑制後の頻度の上昇という2つの現象が見いだされているが、いずれにせよ思考の抑制は不適応な対処行動であると言える。人工的な実験状況を離れて、実際の強迫観念に近い状況で研究すべく、Salkovskis and Campbell (1994) は個人が日常経験している侵入思考を対象にして、思考の抑制が頻度の上昇につながることを見いだしている。さらにTrinder and Salkovskis (1994) はその長期的影響を報告している。

Wegner (1991) は思考の抑制のメカニズムをモデル化している (Clark & Purdon, 1993)。そこでは、①侵入思考から注意をそらすための刺激を探索する、意図的で注意を必要とするプロセス、②侵入思考が残っていないかどうか探索する、無意識的で自動的なプロセス、の2つを想定している。①は気分や他の課題による認知的負荷の上昇の影響を受けやすいため、思考の抑制は容易に効果が減じる。また環境の中から探された注意をそらすための刺激は侵入思考の想起手掛かりとなりうる。よって、思考の抑制を繰り返すほど侵入思考の想起手掛かりが増大し、より頻繁に浮かぶようになることが説明される。

これらの実証研究の結果を大まかにまとめると、基本的にはSalkovskisの仮説を支持している。すなわち、責任の評価は日常的な責任感とはニュアンスが違うが、強迫症状に影響する重要な次元である。侵入思考が反復的でつこいものとなるには感情、評価など多くの要因がからんでいる。思考のコントロールは逆説的に思考の頻度を増大させる。

#### E. モデルの意義と批判

このモデルの意義として以下のことが挙げられる。①病理の本質、つまり介入の対象は強迫観念の内容ではなく、それに対する評価の内容である。了解しがたく奇異な印象を与えた強迫症状も、評価とその結果としての対処行動という視点から見たとき、意図や動機と言った側面が明確になる。②強迫性障害の認知的な研究には、認知機能の全般的な欠陥を指摘する流れもあるが、それではなぜ症状が非常に限定された状況で生じるのか (例えば、なぜ食器棚の扉でなく玄関の扉のみ確認するのか) を説明できない。個人が個々の事象に下す認知的評価という考え方はそれを説明できる。③従来説明の難しかった強迫行為を伴わない強迫観念のみの症状を、思考のコントロールという観点からうまく説明した。

また幾つかの問題点も挙げられる。①責任の評価が決定的に重要視されているが、完全主義など責任以外の認知的ファクターを過小評価しているのではないか。②対処としての中和というモデルは、意味付けや動機の明確でない強迫行為を説明するのが困難である。①については、責任の評価のみでなく、完全主義などの要素も含めて考える必要がある。②については、強迫性障害の症状を幾つかのサブタイプに分けて検討することが望まれる。以下に、その2点について言及する。

#### E-1. 完全主義の重要性

近年、強迫性障害を巡っては、責任以外の認知の重要性が指摘されている。その中でも完全主義は重要視されている。Freeston et al. (1996) や Tallis (1996) は完全主義が問題となる臨床例を挙げており、Rhéaume, Freeston, Dugas, Letarte and Ladouceur (1995) は完全主義尺度 (Multidimensional Perfectionism Scale: MPS) と強迫尺度との相関を見いだしている。強迫性障害における完全主義は、状況の評価と行為の制御の両者に影響すると考えられる。すなわち、何らかの完全な状態からの逸脱を問題と見なしたり、強迫行為の遂行において完全なやり方を求めていたりすると考えられる。後者の例として、Constans, Foa, Franklin & Mathews (1995) は確認強迫患者が自分の行為の記憶のリアリティーモニタリングに厳しい基準を設けることを見いだしている。

強迫性障害における完全主義は基本的に限定的で選択的である (Rapoport, 1989) 点において、いわゆる人格傾向としての完全主義とはニュアンスを異にするようである。Rhéaume, Freeston, Dugas, Letarte and Ladouceur (1995) は、病的な完全主義を (現実には存在しない) 完全な状態が存在するという信念であり、それがさまざまな状況に適用されるとしている。特定の場面で活性化されて、情報処理に影響するスキーマの概念は、限定的、選択的であることが説明できる。

パーソナリティとしての完全主義と強迫性障害との関連を巡っては、強迫パーソナリティについて考慮する必要がある。強迫型パーソナリティを有する人の中で強迫性障害になるのはごく一部であり、強迫性障害の患者の病前性格には、強迫型パーソナリティ以外にもさまざまある (作田, 1994)。DSM-IV (APA, 1994) では第1軸の強迫性障害とは独立に、第2軸に人格障害として強迫性人格障害を「秩序、完全主義、精神面および対人関係の統制にとらわれ、柔軟性、解放性、効率性が犠牲にされる広範な様式 (下線筆者)」と定義している。ここでは完全主義はかなり全般的なものであり、パーソ

ナリティーとしての完全主義に近い。強迫性人格障害は完全主義やコントロールに関するスキーマが非常に広範に適用された場合とも言えるかもしれない。すると、強迫性障害で強迫性人格障害を伴う場合と伴わない場合とでは前者がより症状が広範にわたるのではないかと予想できる。

#### E-2. Salkovskisのモデルで説明できないタイプの症状

先行する評価の明確でない強迫行為として、Salkovskis (1985) は、ものを直線に並べることがリラックスし心地よく、ストレス時にそのような行動をしたいという強い気持ちが生ずるという症例を報告している。この場合のSalkovskisの説明は、①対処行動が非常に効果的でありそれを行う限り、ネガティブな自動思考は浮かばない、②対処行動が不安を低減させるために、それ自体ポジティブな価値をもち、ポジティブな自動思考を引き出すようになり、元々の文脈とは関係なく利用されるようになる、という2つである。①については、強迫性障害の患者はなかなか対処行動の結果に満足しないことや、思考のコントロールが逆効果を生みがちなることを考えると、元来の意図が意識化出来なくなるほど十分に効果的な対処行動というのは考えにくい。②の状態が成立するためには、Salkovskis自身も指摘するように、もともとの対処行動が長期にわたって持続しているものである必要があるが、何でも2度繰り返すという、不安や関連のありそうな意味が全く見いだされない強迫症状が、突然始まった症例もあり (Rapoport, 1989)、すべての場合に当てはまる説明ではない。

意図の明確でない強迫行為を示す症状は、Salkovskisのモデルとは異なったメカニズムを考えたほうが適切であると思われる。つまり、強迫症状をメカニズムの点から、侵入思考がきっかけとなって生じた問題事態への対処と考えられるものと、なぜだか分からないが、ともかくやるように駆り立てられるタイプに分類するのが適切であると思われる。本論文では、前者を問題解決型、後者を単純表出型として、そのようなタイプ分けの意味を考察する。また、Salkovskisモデルで説明しにくい単純表出型のメカニズムについて仮説をたてる。

### III. 症状のサブタイプ

前章で提示した問題解決型、単純表出型の2つのタイプ分けに大まかに相当するタイプ分けが2つの先行研究によって独立に行われている。成田 (1987) は強迫行為を、①基底にある観念、衝動をそのまま表現するもの、

②一次的観念、衝動、恐怖への防衛であるもの、に2分している。①が単純表出型、②が問題解決型に相当すると考えられる。Pigott, Myers and Williams (1996) は、①危険の査定の変容、②不完全/習癖スペクトラム、③精神病スペクトラムという3つのサブタイプを提唱している。①のタイプは、ネガティブな結果の生起を過度に恐れ、それを防ぐために強迫行為を行うものである。Salkovskisモデルでうまく説明できる症状であり、問題解決型に相当すると考えられる。②のタイプは、ネガティブな結果の予期を伴っている訳ではなく、なぜそのような行動をするのかを説明できないことが多いが、ともかくも特定の行為を完全に遂行する欲求を感じ、それが実現されると、緊張(必ずしも不安ではない)から解放される症状であり、単純表出型にほぼ相当する。Pigott et al. は、このタイプに、強迫行為の遂行プロセスに完全を期すものと、完全な状態を外界に実現しようとするものの2種を含めているが、後者は問題事態(完全でないこと)と、それへの対処という図式が明確であるから、本論文での問題指向型に相当する。③のサブタイプは強迫観念と妄想の差異は連続体上の量的なものであるというKozak and Foa (1994) の議論を踏まえると、独立したタイプとすることは不適切である。以下に、それぞれのタイプについて説明する。

#### A. 問題解決型

このタイプの症状のメカニズムは、侵入思考→評価→中和というSalkovskisのモデルで説明できる。侵入思考がネガティブに評価された場合、問題状況が出現し、対処行動が動機づけられる。対処行動の向け方は、現実(外界)への働きかけを指向する場合と、認知や感情への働きかけを指向する場合の2つがある。現実指向の対処行動は、ミスや危険を防ぐための確認行為、感染恐怖や病気恐怖のある洗浄行為、不吉な出来事を防ぐための魔術的儀式などである。認知・感情指向の対処行動は、侵入思考を抑制したり、取り消したりするための儀式(顕在的なものも内潜在的なものも含む)である。家族や友人に悪いことが起こりはしないかという気掛かりを追いやるために、手を洗う患者(Rapoport, 1989)は後者の例である。

対処行動が、現実を指向するか、認知・感情を指向するかの分かれ目はどこであろうか。責任の評価が、侵入思考が意味するネガティブな事象に対するものである場合は現実指向の対処行動、侵入思考が浮かんだこと自体に対するものである場合は認知・感情指向の対処行動に導きやすいと予想できる。Freeston et al. (1996) は、

後者の評価の例を重点的に検討して、次のようなものを指摘している。①TAF。②思考のコントロールにかかわる信念。つまり、思考をコントロール下においていること自体を重視する場合や、侵入思考が浮かぶという事実を自分が異常である証拠ととらえたりする場合など。③思考の結果生じ得る不安にかかわる信念。攻撃的な思考が浮かんで不安になると、行動のコントロールが低下して実際に行動化してしまうのではないかと考えたり、不安が高まり発狂するのではないかと考える場合。その他、Salzman (1973) は強迫者は情緒を恐れてコントロールしようとしていることを指摘している。怒りを表出することが災難につながると信じる症例報告もある(Tallis, 1994)。Freeston et al. (1991) は、侵入思考の提示する問題の潜在的な解決可能性の評価と、侵入思考の認め難さの評価の、前者が強い場合、現実の問題を指向した対処が、後者が強い場合、思考を回避する対処が取られると予想している。Freeston and Ladouceur (1993) は、この予想と整合的なデータを得ている。

対処行動は逆説的な効果を生む。思考の抑制の逆説的効果は前述のとおりである。思考の抑圧のメカニズムの中で、侵入思考が残っていないか探索するプロセスが、強迫患者の思考のコントロールへの強い欲求と、完全主義的な基準の影響を受けるとすれば、その探索は非常に敏感なものとなるであろう。ある思考を忘れようという意図が強いほど、その実現は困難となることが予想される(Clark & Purdon, 1993)。

思考のコントロールの研究は多い一方、現実指向の対処を巡った研究は少ないのが現状である。ここでは、仮説的にその病理化のメカニズムを述べたい。まず、責任の評価が強いほど、あるいは予想される結果が重大であるほど、対処行動の遂行に当たって、厳しい完全主義的基準が課されるであろう。実際には、完全という事はある得ないゆえに、強迫行為は終わりなきものとなるであろう。また、行為的意味飽和(佐々木, 1987)が生じて、行為を反復するほど、行為のリアリティーや意味が不明になり、行為の遂行についてのフィードバックが得られにくくなるであろう。また、強迫行為がひとまず終結した場合も、問題が満足に解決されたという感覚は得られず、未完了課題として残り、想起されやすくなる(ツァイガルニーク効果)ことと、責任を感じて対処しようとする侵入思考に注意が向いてしまうことがあいまって、侵入思考の頻度を高め、症状が反復されるであろう。

#### B. 単純表出型

強迫行為に、何らかの問題状況への対処という明確な

意図が見いだせない症状。成田 (1987) は神社の前を通るたびに、冒瀆的な言葉を口にせずにはおられない例を挙げている。Rapoport (1989) は、なぜかそうしなければならないと感じて、日曜日の朝毎に6時に起きて3時間かけて部屋の壁を洗う少女や、やはり自分ではなぜだか分からないが、そうしないと落ち着かないために、何でも2度繰り返す少年について報告している。問題解決型のように侵入思考に対抗するというよりは、侵入思考や衝動や個人のもつ規則が直接、表現されていると思われる。このタイプの症状については認知行動理論ではほとんど言及されていない。

先行する認知が不明確な症状には、Salkovskis (1985) の言うように、ある状況で用いられた強迫行為が、ポジティブな意味をもって、本来の侵入思考→評価→対処という文脈を離れて、般化して使用されている場合も有り得るが、この場合は、かつては問題解決型の症状の性質を備えており、そのことが本人にも意識されている点で、単純表出型に分類するのは不適切であり、問題解決型の垂型と考えるべきである。

このタイプの症状は、チック障害と類似しているように思われる。金生 (1995) によれば、チック障害と強迫性障害が合併する率は15~62%である。George, Trimble, Ring, Sallee and Robertson (1993) はトゥレット障害を伴う強迫性障害の患者と、伴わないものを比較し、前者が後者と比較して、触る、瞬き、数える、自分を傷つける強迫行為が多く、強迫行為に認知が先行せず、自動的に起こる傾向が高いことを見いだしている。Leckman, Walker and Cohen (1993) は、チックの患者に、チック症状に伴って、身体に何らかの衝動が浮かぶことを見いだしている。そして、チックは不随意的な現象であるという従来の知見とは裏腹に、患者はそのような衝動に対してやらざるを得ないと感じてチック症状を意図して表出していることを見いだしている。チックと強迫行為は、従来考えられてきた以上に、類似しているようである。チック以外にも、小児の爪かみや指しゃぶり、抜毛、貧乏揺すりなどの習癖との関連に注意すべきである。Rapoport (1989) は抜毛にclomipramineが作用した例を報告している。そこでは明らかに毛を抜く行為に先行する情緒や認知は見いだせない。

このタイプの症状のメカニズムは何であろうか。症状は何を表出しているのだろうか。何らかの厳密に守るべき規則は、動物の本能的儀式行動と通じるものがあるという見解もある (Rapoport, 1989)。Leckman et al. (1993) の知見も合わせると、恐らく人間の身体や意識には意図的思考を越えた、多くの意味が不明の現象が自

然に生起しているのであろう。その中で最も観念的なものが、侵入思考として意識に上り、最も身体運動的な衝動がチックとなり、中間的な位置のものが、単純表出型の強迫症状として、表出されるというスペクトラムがあるのではないだろうか。様々な習癖もこのスペクトラム上に位置付けられるかも知れない。まずは、この仮定自体を正常者を対象とした調査研究で実証する必要がある。侵入思考の研究が正常な強迫観念を扱ったように、正常な儀式や癖の研究も必要であろう。

強迫行為が表出している観念や衝動が正常と連続しているとすれば、それらが強迫患者の場合には繰り返し行動に出て病的となるのはなぜか。2つの仮説が考えられる。①観念や衝動が浮かんだときに、それを決まったりやり方で行動に出して完了せずにはいられない完全主義。観念や衝動を浮かんだまま放っておくことができない。そのような強迫行為を繰り返すことで、あるいは止めたいと強く思えば思うほど、ますますそのような衝動に注意が向くようになろう。強迫行為に苦痛を感じ衝動が浮かばないように努力すれば、侵入思考の抑制と同様の逆効果が生じ、ますます頻繁に衝動が浮かび、注意を向けられやすくなって、悪循環が形成されるのではないか。②発達レベルの低さや、境界例あるいは精神病レベルの人格水準によると考えられる衝動調節の悪さが、行動化に影響しているという説明。健康な子供の発達の途上にも常同行動や儀式行動が存在することは知られているが、作田 (1990)、若林 (1984) は発達に伴って強迫症状が行動的なものから観念的なものへと移行するとしている。Leckman et al. (1993) では、チック症状に先立って衝動に気づかれるようになるためには、発症後ある程度の期間が必要であった。初期には侵入思考として観念化して現れる代わりに、行動として直接表出してしまうのかもしれない。今後の実証研究は、発達研究や脳器質病変、覚醒剤中毒、自閉症、精神遅滞、精神分裂病など幅広い病理に伴う常同反復との関連を視野に入れる必要があろう。

(指導教官 下山晴彦助教授)

## 引用文献

- APA ; American Psychiatric Association. 1994 *Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV*. 高橋三郎・大野裕・染谷俊幸 (訳) 1995 DSM-IV精神疾患の分類と診断の手引き 医学書院
- Beck, A. T. 1976 *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Univ. Press, New York. 大野裕 (訳) 1990 認知療法 —精神療法の新しい発展— 岩崎学術出版社



- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. 1979 *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press, New York.
- 坂野雄二 (監訳) 1992 うつ病の認知療法 岩崎学術出版社
- Clark, D. A. & Purdon, C. L. 1993 New perspective for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28, 161-167.
- Constans, J. I., Foa, E. B., Franklin, M. E. & Mathews, A. 1995 Memory for actual and imagined events in OC checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 665-671.
- Edwards, S. & Dickerson, M. 1987 On the similarity of positive and negative intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 207-211.
- England, S. L. & Dickerson, M. 1988 Intrusive thoughts; unpleasantness not the major cause of uncontrollability. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 279-282.
- Freeston, M. & Ladouceur, R. 1993 Appraisal of cognitive intrusions and response style: Replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 185-191.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N. & Gagnon, F. 1991 Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 585-597.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N. & Gagnon, F. 1992 Cognitive intrusions in a non-clinical population. II. Associations with depressive, anxious, and compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 263-271.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J. & Ladouceur, R. 1996 Correcting faulty appraisal of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 433-446.
- George, M. S., Trimble, M. R., Ring, H. A., Sallee, F. R. & Robertson, M. M. 1993 Obsessions in obsessive-compulsive disorder with and without Gilles de la Tourette's syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 150, 93-97.
- 金生由紀子 1995 TicとGilles de la Tourette's syndrome - OCDとの関連 - 成田善弘 (編) OCD 精神医学レビューNo. 14 ライフサイエンス
- Kozak, M. J. & Foa, E. B. 1994 Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 343-353.
- Ladouceur, R., Rhéaume, J., Freeston, M., Aublet, F., Jean, K., Lachace, S., Langlois, F. & de Pokomandy-Morin, K. 1995 Experimental manipulations of responsibility: An analogue test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 937-946.
- Leckman, J. F., Walker, D. E. & Cohen, D. J. 1993 Premonitory urges in Tourette's syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 150, 98-102.
- Lopatka, C. & Rachman, S. 1995 Perceived responsibility and compulsive checking: An experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 673-684.
- 成田善弘 1987 強迫症 土居健郎・笠原嘉・宮本忠雄・木村敏 (編) 『神経症と精神病 I』異常心理学講座第4巻 みすず書房
- Niler, E. R. & Beck, S. J. 1989 The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 213-220.
- Parkinson, L. & Rachman, S. 1980 Are intrusive thoughts subject to habituation? *Behaviour Research and Therapy*, 18, 409-418.
- Pigott, T. M., Myers, K. R. & Williams, D. A. 1996 Obsessive-compulsive disorders: A neuropsychiatric perspective. In R. M. Rapee (Ed.) *Current controversies in the anxiety disorders*. The Guilford Press, New York.
- Purdon, C. & Clark, D. A. 1994a Obsessive intrusive thought in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 403-410.
- Purdon, C. & Clark, D. A. 1994b Perceived control and appraisal of obsessional intrusive thought: A replication and extension. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 22, 269-285.
- Rachman, S. 1971 Obsessional ruminations. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 229-235.
- Rachman, S. 1976 The modification of obsessions: A new formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 437-443.
- Rachman, S. 1993 Obsession, responsibility and guilty. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S. & de Silva, P. 1978 Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S., Thordarson, D. S., Shafran, R. & Woody, S. R. 1995 Perceived responsibility: Structure and significance. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 779-784.
- Rapoport, J. L. 1989 *A boy who couldn't stop washing*. Dutton Sight, New York. 中村苑子・木島由里子 (訳) 手を洗うのが止められない 1996 晶文社
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H. & Ladouceur, R. 1995 Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785-794.
- Rhéaume, J., Ladouceur, R., Freeston, M. & Letarte, H. 1995 Inflated responsibility in obsessive compulsive disorder: Validation of an operational definition. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 159-169
- 作田勉 1990 強迫神経症治療の最近の動向 作田勉 (編) 強迫神経症の治療 金剛出版
- Salkovskis, P. M. 1985 Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P. M. 1989 Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P. M. 1996 Cognitive-behavioural approach to the understanding of obsessional problems. In R. M. Rapee (Ed.) *Current controversies in the anxiety disorders*. The Guilford Press, New York.
- Salkovskis, P. M. & Campbell, P. 1994 Thought suppression induces intrusion in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 1-8.
- Salkovskis, P. M. & Dent, H. R. 未発表 Salkovskis (1989) より引用
- Salkovskis, P. M. & Harrison, J. 1984 Abnormal and normal obsessions-A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- Salkovskis, P. M., Westbrook, D., Davis, J. Jeavons, A. & Gledhill, A. 未発表 Salkovskis (1989) より引用
- Salzman, L. 1973 *The obsessive personality: Origins, dynamics and therapy*. Jason Anderson, Inc, New York. 笠原嘉・成田善弘 (訳) 強迫パーソナリティ 1985 みすず書房
- 佐々木正人 1987 からだ: 認識の原点 東京大学出版会
- Tallis, F. 1994 Obsessions, responsibility and guilt: two case report suggesting a common and specific aetiology. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 143-145.
- Tallis, F. 1996 Compulsive washing in the absence of phobic



- and illness anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 361-362.
- Trinder, H. & Salkovskis, P. M. 1994 Personally relevant intrusions outside the laboratory : Long-term suppression increases intrusion. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 833-842.
- van Oppen, P. & Arntz, A. 1994 Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79-87.
- 若林慎一郎 1984 強迫症 若林慎一郎(編) 児童期の精神科臨床 金剛出版
- Wegner, D. M. 1991 You can't always think what you want : Problems in the suppression of unwanted thoughts. In Zanna (Ed.) *Advances in experimental social psychology* (Vol. 25). Academic Press, San Diego.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R. & White, T. L. 1987 Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Kunston, B. & McMahon, S. R. 1991 Polluting the stream of consciousness : The effect of thought suppression on the mind's environment. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 141-152.
- Wells, A. & Davies, M. I. 1994 The thought control questionnaire : A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.