



イントロダクション

心理学

- ・ 基礎心理学＝神経心理学・認知心理学・発達心理学・性格心理学・社会心理学 <理科系の側面>
- ・ 応用心理学（実践心理学）＝臨床心理学・教育心理学・司法心理学・産業心理学 <文科系の側面>

臨床心理学のおもな理論

アプローチ	おもな研究者	心理アセスメント	異常心理学	治療法
精神分析	フロイト	投映法	精神分析理論	精神分析療法
人間学的	ロジャース	現象的記述	自己理論	来談者中心療法
行動論	アイゼンク	行動アセスメント	行動病理学	行動療法
認知論	ベック	認知アセスメント	認知病理学	認知療法
性格学	ギルフォード	性格検査	統計学的異常論	特性論的勧告
精神医学・生物学	クレペリン	医学的検査	生物学的疾患論	薬物療法

異常心理の分類

※現代の心理学は行動の科学であり、したがって異常心理学は、行動の異常を扱う科学である

- ・ 外因性精神障害 脳に原因があることが明確…（例）薬物やアルコールによる障害
器質性精神障害も外因性精神障害の一つ…（例）脳損傷による失語症
- ・ 内因性精神障害 脳に原因があるが、詳細は不明。統合失調症と躁鬱病が含まれる
- ・ 心因性精神障害 心（ストレスや性格）に原因がある
 - ・ 主観面—神経症（不安・恐怖・強迫）
 - ・ 身体面—心身症・心気・転換症状
 - ・ 行動面—攻撃行動、衝動行動、無気力行動

精神医学と司法精神医学

精神医学			司法精神医学	(例) 幼女連続殺人犯の M の精神鑑定
精神障害	外因性		心神喪失	中安による再鑑定…統合失調症説 →弁護側
	内因性	統合失調症	責任能力なし→無罪	
		躁鬱病	心神耗弱	内沼・関根による再鑑定…多重人格説
	心因性 (多重人格 etc)		責任能力減少→有罪・減刑	
人格障害			責任能力あり	保崎による鑑定…人格障害説
正常			→有罪	→検察側⇒最高裁の判決

※拘置所で暮らす期間が長くなると、精神的に支障を来しやすいため、精神鑑定は早い時期が有効とされる

精神障害の診断基準

精神科で用いられる診断基準には主に「DSM-IV」と「ICD-10」がある

- ・ DSM-IV＝『精神障害の診断と統計の手引き 第四版』
…アメリカ精神医学会の定めた、精神科医が患者の精神医学的問題を診断する際の指針（2011 年に DSM-V - 出版予定）
- ・ ICD-10＝『第 10 次国際疾病分類』
…死因や疾病の国際的な統計基準として世界保健機関(WHO) によって公表された分類。
日本医療において、病気はこれで分類される（分類としては荒い）

DSM

- ・ DSM の長所…精神障害全体を網羅しており、操作的基準、信頼性を高める努力がなされている
→臨床家の世界的共通言語に
- ・ DSM への批判…アパシー性人格障害など、文化が反映せず。自我障害の無視など、分裂症の症状把握が平板
 - ・ アパシー＝選択の回避と麻痺。無気力
 - ・ 自我障害＝自分と他人の区別が曖昧となった状態

DSM-IV に記載されている臨床症候群の例

- ・ 物質関連障害
- ・ 統合失調症と精神病性障害
- ・ 気分障害（いわゆる鬱病）
- ・ 不安障害（いわゆる神経症）
- ・ 幼児期・小児期・青年期に発祥する障害
- ・ 摂食障害

など…

不安障害（いわゆる神経症）

不安とは、明確な対象を持たない恐怖の事を差し、その恐怖に対して自己が対処できない時に発生する感情の一種である。

不安が強く、行動や心理的障害をもたらす症状を総称して不安障害と呼ぶ

1. パニック障害＋広場恐怖症
2. 特定の恐怖症
3. 社会恐怖
4. 強迫性障害
5. PTSD（外傷後ストレス障害）
6. 急性ストレス障害
7. 全般性不安障害

抑うつ の臨床（10/20）

症状論 ～どんな症状か？～

		躁状態	うつ状態
感情面	気分	爽快、機嫌が良い、怒りっぽい	憂鬱、悲しい、不安、いらいら
	身体感情	身体の調子が良い、健康感あふれる、疲れを感じない	身体の調子が悪い、健康感が無い
	自我感情	高まる、自信過剰、楽観的	低まる、自分を実際以下に評価、自分を責める（自責）、劣等感、悲観的、絶望的
意欲・行為面	個人面	意欲が高まる、多弁・多動、行動せずにいられない、精神運動興奮	意欲低下、おっくう、寡言・寡動、じっとしていられず徘徊、昏迷
	社会面	脱線行為、やりすぎ、外出、訪問、電話、濫費（投資など）＜周りの人には大迷惑＞	厭世的、虚無的、家に閉じこもる、自殺の危険（97年金融危機により98年以降自殺者3万人台へ急増）
思考・身体面	思考形式	観念奔逸（考えが次々と湧いてくる）、テンポが早い	思考制止、テンポが遅い
	思考内容	誇大的、時に幻覚・自我障害	微小妄想（罪責・心気・貧困妄想）
	身体面	不眠（早朝覚醒）…一度起きると眠れない 食欲・性欲亢進、	不眠（浅い眠り）…眠りににつけない 食欲不振、便秘、日内変動（朝方調子が悪い）、不定愁訴（頭重、肩こりなど）

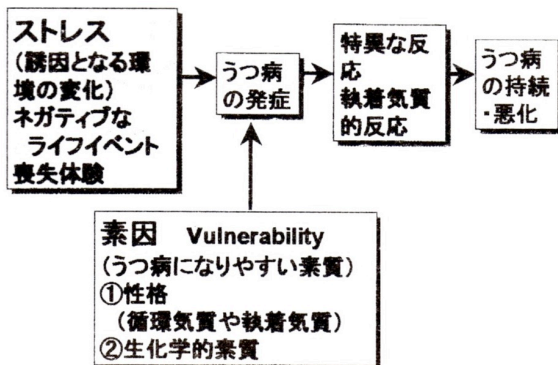
※ 微小妄想

- ・ 罪責妄想…自分は非常に悪い存在だ、罰せられるべきだ、皆に迷惑をかけているなどと思いこむ妄想
- ・ 心気妄想…自分は病気に合っているのではないかと思込む
- ・ 貧困妄想…実際にはそうではないにも関わらず、自分には財産が無い、財産を手放さなくては行けないと思込む

原因論 ～どんなメカニズムで？～

- ・ うつ病の素因ストレスモデル

…先天的な各種の素因に環境からのストレスの負荷が加わって精神疾患を発症するという病理モデル



○ 素因

① 性格

- ・ 循環器質… 躁と鬱を繰り返す。

社交的で親切、温厚だが、その反面優柔不断である為、決断力が弱く、板挟み状態になりやすいという特徴

※クレッチマーの体格と性格 (1921)

- ・ 細長型－内閉気質 (分裂気質)

→内閉性が根幹にあり、その上で敏感性と鈍感性を持つ。極端になると、統合失調症 (精神分裂病)

- ・ 肥満型－循環気質 (躁鬱気質)

→同調性 (他人と同調) が根幹にあり、その上で高揚気分と抑うつ気分を持つ。

循環気質の人はいろいろな割合で2つの気分をもっており、その割合は一個人の中でも流動する (躁と鬱の波)。

極端になると、躁鬱病。

…鬱になりやすい人は、人付き合いが好きな人が多い

- ・ 執着気質… いわゆるマジメ人間。

「一度起こった感情が冷却することなく、長くその強度を持続、あるいは増強する」

→仕事熱心、几帳面、責任感が強いなどの特徴。

しかし、これまでの秩序が崩壊するような状況の変化に対して柔軟な対応できず、うつ病になりやすい

② 生化学的素質

- ・ 脳内の化学的な情報伝達の結果、シナプス間隙に存在するセロトニン (鎮静系の化学物質) やノルアドレナリン (賦活系の化学物質) の分量が過度に少なくなると精神運動制止 (精神運動抑制) が起きて、抑うつ感や億劫感、焦燥感、不安感といったうつ病の心身症状が発症

○ ストレス

- ・ ネガティブなライフイベント…近親の死、経済問題、精神的打撃など

…特に、男性では→仕事の過労、昇進など、一方女性では→妊娠・出産など (生理的なバランスが崩れる)

- ・ 喪失体験…これまで慣れ親しんだ人間や環境を失うこと

→執着気質の人は、失われた人間や環境に強くこだわり、喪失体験をなかなか乗り越えられない

- ・ 荷下ろしうつ病…目標が達成され、負担が取り除かれる＝以前の秩序が失われる状況

→普通の人は新しい秩序を見いだそうとするが、執着気質の人にとってはむしろ目標達成＝生き甲斐の喪失

(東大生では…五月病や、進振り後の2年の10月頃)

- ・ 昇進うつ病…普通職から管理職に昇進することは祝福されるべき状況であるが、
執着気質の人にとっては、管理職の責任が大きな負荷になり、それによる過労からうつ病に＝昇進うつ病
- ・ 普通の人は、過労を強いられる仕事があれば適度に手を抜き、休養をとることができるが、
執着気質の人は仕事の手抜きができず、疲れていても休養をとらずに心身の疲労に構わず仕事を続ける
→そのため、過労の頂点で燃え尽きたようにうつ病になる＝燃え尽き症候群（学校や医療現場）

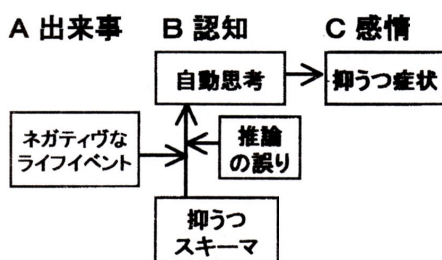
治療論 ～どのように治療するか？～

- ・ うつ病に対するケアの原則（笠原 1984）
 - ① うつ病患者は、自分を心の病気とは考えず、微小妄想
→うつ病という病気であること、時間の経過が必ず解決してくれることなどを、本人や家族と確認
 - ② 肉体的・精神的な休息を十分に取、がんばらない
→うつ病者に対して励ましや叱責は、かえって本人の負担になり逆効果
 - ③ 薬を必ず飲む→神経伝達物質の働きをうながす
 - ④ 完治には三ヶ月以上かかる事を知っておく
 - ⑤ 治療の一進一退に悲観しない
 - ⑥ 治療中自殺をしないと誓わせる
→うつ病による自殺は、症状の重い時期より、初期や回復期に多い
 - ⑦ 退職など人生上の大決断は保留する

抑うつへの認知行動療法

抑うつ論 ～抑うつはどのようにおこるか～

- ・ 感情は、認知の仕方が影響している＝「認知→感情」という方向の理論が出現
- ・ エリスの ABC 図式
→アメリカの心理療法家エリスは、認知の ABC 図式を提唱
Activating Events（悩みを誘発する出来事）→Belief（認知の仕方）→Consequence（結果としての悩み・ネガティブ感情）
＜悩み C をもたらすのは、出来事 A ではなく、認知の仕方 B である。認知を変えれば、悩みは減る＞
※それ以前の考え方：出来事⇒感情
- ・ 認知療法（認知構造の修正）には、DRDT という技法が有効
→自分に起こったある出来事について、自分はどうか考えたか（自動思考）、その推論の誤りはなんであるか、
本来の合理的な思考とはどんなものかを理論的に考える
→歪んだ認知の仕方を、合理的な思考に置き換える
- ・ アメリカの精神科医ベックによる抑うつの認知理論
→エリスの認知の ABC 図式を抑うつに当てはめ、抑うつモデルを提唱



抑うつ感情Cをもたらすのは、外界の出来事Aではなく、その出来事をどう解釈するかという認知Bである。

→認知を変えれば、抑うつが軽減される＝認知療法

- ・ ベックは認知を3つのレベルに分けている

●自動思考…否定的な認知のこと。自分の意志に関係なく「自動」的にポップアップ。抑うつ感情を引き起こす

※ 抑うつ認知の3大徴候 (The cognitive triad)

自動思考において、自己・世界・未来という3領域がネガティブな思考内容で占められやすい

=自分自身に自信が持てなくなり、まわりとの関係を否定的に考え、未来を悲観的に考えるようになること。

●推論の誤り…抑うつ的な人の推論は独特に歪んでおり、この推論の歪みが自動思考を引き起こす。

・抑うつ者が陥る「推論の誤り」

① 恣意的推論…証拠もないのにネガティブな結論をひきだすこと。

(例) 友達がバースディカードを贈ってこなかっただけで「友達が私を嫌いになった」と推論してしまう。

② 選択的注目…最も明らかなものには目もくれず、些細なネガティブなことだけを重視する。

(例) ある会社員は、自分を評価した報告書の中に、ひとり悪い点があっただけで、「自分は悪く思われている」と結論した。

③ 過度の一般化…わずかな経験から、広範囲のことを恣意的に結論すること。

(例) 数学の試験に失敗した学生が、「他の科目の試験も絶対に合格しない」と思いこむ。

④ 拡大解釈と過小評価…ものごとの重要性や意義の評価を誤ること。

(例) 若い時の仕事の失敗を拡大解釈し、「自分の仕事はうまくいっていない」のように自分の集積のすべてを過小評価する。

⑤ 個人化、自己関係づけ…自分に関係のないネガティブな出来事を、自分に関係づけて考える。

(例) 「もし私がタバコをやめるように忠告しておけば、彼は心算発作で死ぬことはなかったのに」

⑥ 完全主義的・二分法的思考…ものごとの白黒をつけないと気がすまないこと。

(例) 「もし夫が去ってしまったら、私は死ぬしかない」といった考え方。

●抑うつスキーマ…より深層にある認知構造や信念体系。心の深層にあって安定。長期をかけて形成。

抑うつスキーマはネガティブなライフイベントによって活性化され、それによって自動思考を生み出す

(例) ・「すべての人にいつも受け入れてもらわなければ、幸福にはなれない」(対人領域)

・「仕事に失敗したら人としても失敗者である」(達成領域)

…ふだんは適応的であるが、出来事によっては抑うつを発生させる構造を持っている

→抑うつスキーマは、抑うつ素因として働く

⇒ベックの理論は「素因ストレスモデル」の形

=もともと抑うつに対する素因をもつ人が、何らかのストレスを経験して発症

・ベックの認知理論の特徴と意義

…認知→感情の因果パスを仮定した

・ベック以前：抑うつ感情→抑うつ認知

・ベック以後：抑うつ認知→抑うつ感情

→治療と直結した精神病理学への道

治療論 ～抑うつをどのように治療するか～

・ベックの認知療法の技法＝行動的技法＋認知的技法

(1) 行動的技法

① 自己モニタリング…1週間以上自分の行動と気分を細かく記録

② 活動スケジューリング…生活の行動計画を1時間単位でたてる

(2) 認知的技法

・自問法 自分の自動思考を「仮説」とみなし、その仮説が正しいか、自分でデータを集め、実験し、結論をだす。

クライアントは自分自身に「3つの質問」をおこなう

a. そう考える証拠は何だろうか？

b. ほかの見方はできないだろうか？

c. そう考えることにどんな意味があるのか？

- ・ D R D T（非機能的思考記録）という記録をつける
 - …自分に起こったある出来事について、自分はどうか考えたか（自動思考）、その推論の誤りはなんであるか、本来の合理的な思考とはどんなものかを理論的に考える
- ・ 認知療法の効果…薬物治療（抗うつ剤の投与によるセロトニンの調整）にくらべ、効果が高い
- ・ 認知行動療法は一般理論へ…不安障害、統合失調症、人格障害などへ応用

不安障害の症状

- ・ 不安障害…心因性精神障害のひとつで、かつては神経症と呼ばれていた

パニック障害

- ・ パニック発作…突然激しい不安に襲われ、身体症状を伴った「今にも死にそうな」苦悶が起こるもの。
 - （例）過呼吸発作、心臓神経症など。
 - 不安発作が何度も続く＝パニック障害（人口の1%）
- ・ 予期不安…パニック発作が何回も続くことで、いつ発作が起こるかという不安。
 - 空間恐怖（特に閉所に対する恐怖心）や外出恐怖へと発展する可能性も

恐怖症（フォビア）

…人には不可解な理由から、心理学的・生理学的に異常な反応を起こす症状。

- ① 物理的空間に関するもの…高所恐怖、閉所恐怖、広場恐怖など
 - ② 物体に関するもの…ばい菌恐怖(不潔恐怖)、尖端恐怖、動物恐怖など
 - ③ 対人状況に関するもの＝対人恐怖…社会的接触を恐れ、それを避けようとする症状を示す
 - ・ 赤面恐怖、表情恐怖など…他人から見られることに対する恐怖
 - ・ 自己視線恐怖、自己臭恐怖など
 - …自分が他人に対して何らかの影響を与えることで、他人が不快に思うのではないかという恐怖に駆られる
- ・ 思春期（15～17歳ごろ）に最も多く見られ、その後徐々に減少していく。
 - ・ 対人不安がおこりやすい状況
 - ・ 中間的人間関係（半知り）…赤の他人でもないし、よく知っているわけでもない
 - ・ 同年輩集団
 - ・ 2人、3人の状況のとき
 - ・ 雑談状況
 - ・ 男性よりも女性のほうが対人恐怖の度合いが強い。

※危険を避けようとするメカニズムから発生するものであり、誰にでも起こりうる。過剰な恐怖を抱いてしまうのが問題。

強迫（脅迫ではない！）

- ・ 無意味な観念・行動。バカバカしく無意味だという自覚は有るが、意思に反して繰り返される。（例：洗浄強迫）
- ・ 抑えると不安になる（パニック障害が伴うことも）
 - 過度であると生活障害となりうる。

ヒステリー症状

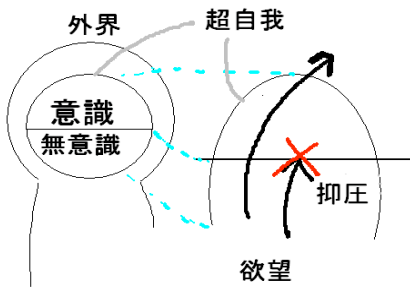
ヒステリー＝かつての精神医学において、転換症状と解離症状を主とする精神疾患群を指していた

- ・ 転換症状…心の葛藤が無意識的に身体症状に転換。器官的障害と詐病（意図的）との中間に分類される
 - ・運動障害（失立、失歩、運動麻痺）
 - ・ 知覚障害（聴覚・視覚障害、皮膚感覚の減退、性的障害）
- ・ 解離症状…一過性人格解体、多重人格、全健忘、解離性健忘

不安障害の精神分析

意識と無意識

- ・ 自分で現在認識していることを意識、現在認識しておらず、思い出せないことを無意識という。



- ・ 意識＝自我…現実原則に従い、自分の欲望を上手く抑える。
- ・ 無意識（エス）の奥深くには快楽原則に従う「リビドー（性的欲求）」があり、時に意識として表れ行動に移そうとする。
しかし、非合理的で利己的な欲望は社会生活を営むためには不都合なので、
小さいころからの教育によって作られた「超自我」がこれを抑え、無意識下に押し返す＝抑圧。
→過度の抑圧が神経症の症状に結びつく
⇒無意識的な抑圧を意識化することで症状を改善、消失させる＝精神分析療法
- ・ 夢を、隠れた願望の表現だと考える⇒「夢判断」のきっかけに

エリザベートの症例

- ・ エリザベートは24歳女性。失立、失歩、足の痛みを訴える
→フロイトはヒステリー性転換症状と考えた。
- ・ 姉の結婚相手の義兄に恋し、自分の恋心と道徳心の葛藤が生じ、義兄への想いを「抑圧」…していたことが面接で明らかに。
その結果、代理症状として足の痛みなどが発生（無意識的）「代理満足」
- ・ 「病気になるば義兄が心配してくれるかもしれない」という、病理利得もあり得る
～「症状には意味がある」by フロイト～
- ・ 抑圧されたものを意識化し、抑圧を緩める＝治療

アンナの症例

- ・ 主訴 ①右腕のマヒ
②言語の障害（ドイツ語圏なのに英単語しか出てこない）
③視力の障害（ぼやけて見えない）
④水が怖くて飲めない
- ・ フロイトはヒステリー性転換症状と診断
→催眠療法
- ・ 催眠状態で自由に連想してもらおう（自我を弱め、抑圧を解除しやすくする）
→感情の発散＝除反応
⇒症状の消失
 - ・ （催眠中のイメージⅠ）…好きじゃない客が犬を連れてきた→コップの中に入っていた水を犬が飲んだ→深いに感じた→しかも夏で水が欲しいのに水が飲めなくなった⇒④
→催眠で感情発散（好きでない客の悪口を言い続けた）→水を飲んだ
→催眠をオフにした。それ以後、アンナは④ではなくなった。
 - ・ （催眠Ⅱ）…病気で寝ていた父をアンナが看病していた→死にそうだと泣いていた→父は「今何時か？」と聞いた→父が心配すると思っ
て涙を我慢し時計を見た→涙で目がかすむ⇒③

→悲しみ、涙を発散、オフ。以後③はなくなった。

- ・（催眠Ⅲ）…父の看病をしていた→大きな黒い蛇が出てきて父を噛もうとする悪夢を見た→彼女は蛇を手で追い払おうとしたが、彼女の手も蛇になっていた→現実の体勢的に右腕が動かない状態で寝ていた⇒①
声を出すと父を起こしてしまうので叫べない→心を落ち着けるために学校で習った聖書（英語）を心の中で唱えた→心が安らいだ⇒②
→悲しみ、恐怖を発散、オフ。以後①と②はなくなった。

フロイトの精神分析療法

・ 症状形成

…外傷体験（トラウマ）→不安（身体部位との偶発的連合・情緒の抑圧）→ヒステリー転換症状

・ 治療過程

…催眠（自我の力を弱め、抑圧を取り除きやすくする）

→除反応＝外傷体験の再生（思い出し）・うっ積していた感情発散（カタルシス）

⇒症状の消失

・ フロイトの精神分析療法

(1) 催眠療法から自由連想法へ

…フロイトは催眠による治療を試みたが、思ったほどの効果が得られず、それに代わるものとして自由連想法を用いるようになる。これは、精神分析の治療のなかで患者の頭に浮かぶことを、すべて自由に話させる方法である。

→防衛をゆるめ、抑圧を意識化しやすい状態に導くのに有効。フロイトは特に転移分析（＝転移感情の分析）を重視。

(2) 転移分析…患者から治療者に対して向けられる強い個人的感情＝転移感情を分析すること

転移感情→ ・陽性転移…友情、愛情、信頼等、治療者に対するポジティブな感情。

・陰性転移…憎しみ、反抗、恨み等、治療者に対するネガティブな感情。

・治療者は患者に対して中立的な態度を取っているにも関わらず転移感情は発生。

・フロイトは、転移感情を、患者の幼児期の親子関係において未解決の持ち越された問題が原因で、患者は両親に対する感情や願望を無意識的に治療者に向けていると考えた。

→転移分析を利用し患者の未解決の感情等を知ろうとする。

・ フロイトへの批判

① 「性欲」への固執（例：エディプス・コンプレックス）

→アードラーは「社会関係」に着目、ユングは「自己実現」に注目（神秘主義的、宗教的）

② 個人心理中心、生物学主義→心理主義、社会性重視…新フロイト派（フロム、サリバン）

③ 科学的根拠なし、治療効果に疑問→発達理論・科学的研究（A.フロイト）、行動療法（アイゼンク）

④ 無意識への固執→意識の重視・来談者中心療法（クライアント中心療法・ロジャースによる）

パニック障害

不安障害（いわゆる神経症）

不安とは、明確な対象を持たない恐怖の事を差し、その恐怖に対して自己が対処できない時に発生する感情の一種である。

不安が強く、行動や心理的障害をもたらす症状を総称して不安障害と呼ぶ

1. パニック障害＋広場恐怖症

2. 特定の恐怖症

3. 社会恐怖

4. 強迫性障害

5. PTSD（外傷後ストレス障害）

6. 急性ストレス障害

7. 全般性不安障害

→今回のテーマはパニック障害

症状論 ～どんな症状か？～

- ・ パニック発作

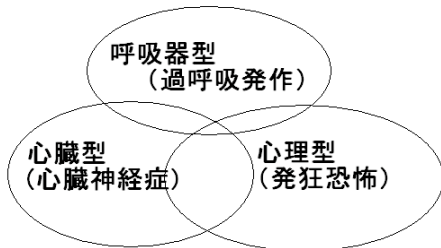
＝特に思い当たる理由もなく、突然、激しい不安におそわれ、身体症状を伴った「今にも死にそうな」苦悶が起こるもの

- ・ パニック発作が何回も続くもの＝パニック障害

→いつパニック発作がおこるかを恐れる予期不安の状態となり、不安が慢性化。

広場恐怖症が生じ、特定の場所に行けなくなる事もある

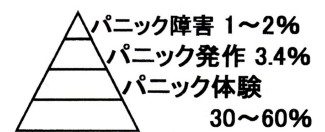
- ・ パニック発作の型



- ・ パニック体験の階層性

…パニック体験の経験者は全人の60%ほどでパニック体験は珍しくない。

パニック発作は1～2%、パニック障害(パニック発作が1ヶ月以上続く場合)は3～4%



⇒パニック体験は珍しくない

原因論 ～どんなメカニズム？～

- ・ パニック発作は生理的メカニズムによって発生することは明らか

…パニック障害の患者にパニック発作を誘発する物質(カフェインなど)を投与すると、パニック発作になりやすくなる

- ・ パニック障害の病因仮説→パニック発作への脆弱性

① ノルアドレナリン—青斑核仮説

② セロトニン仮説

③ GABA-BZD 仮説

- ・ ノルアドレナリン—青斑核仮説

＝窒息誤警報仮説

…青斑核(延髄の呼吸機能をコントロール、窒息を避けるメカニズムの中核)が過敏状態となり、

誤警報を出すことでパニック発作が引き起こされる

→青斑核を沈めれば良い

・ この説から見ると、パニック発作には二面性がある

窒息を避けるメカニズム →適応的側面…生体に備わったものであり、(窒息状態では)ないと生き延びられない。

→不適応的側面…(日常場面で)誤警報によりパニック発作が起こりうる。

※ 窒息を避けるメカニズムの消去は危険。誤警報がおきないように、自分でコントロールできるようにする

→パニック発作に対する認知を適切化して日常的側面からの暴走を防ぐ

⇒パニック発作に対する認知行動療法

- ・ パニック感情の悪循環

…不安感情→身体感覚の異常→自分の身体感覚の異常を認知

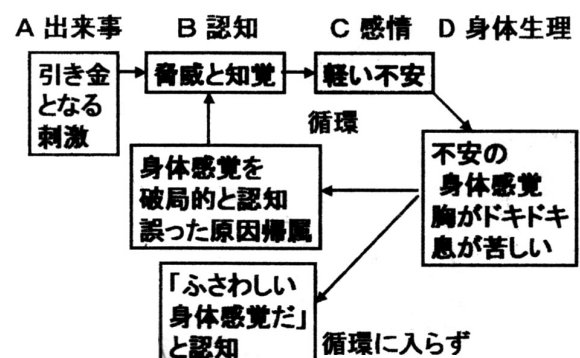
→不安感情を抱く→身体感覚の異常……

→パニック障害には心理的メカニズムがある

(例) 毒入り事件(勘違いで身体の不調を訴える人が多数現れる)

- ・ パニック障害の認知モデル(クラーク)

→右図



(例) 牛乳と間違えてヨーグルトを飲むと「味がおかしい」と刺激を感じ、毒だと思う(脅威)と、軽い不安がおこる。すると、不安の身体感覚(胸がドキドキして息が苦しい)状態に陥る。この不安の身体感覚を「毒を飲んだから」と考え、身体感覚を破局的と認知。そう思うと、不安が強まり、身体感覚も強まる…→循環の頂点でパニック発作がおこる

→誤った認知のしかたを変えることでパニック発作を改善できる

治療論 ～どのように治療するか？～

- ・ パニック障害への認知行動療法
 - ① 自発的な過呼吸状態をつくりだし、パニック発作と同じであることを、体験から理解させる<生理面>
 - ② 過呼吸状態に対する認知が発作を引き起こすことを説明する<認知面>
 - ③ 発作時に対処できるように、呼吸法訓練を行う<生理面>
 - ④ 発作時に、自分の身体感覚を適切に認知できるように訓練<認知面>
 - ⑤ パニック発作の引き金となる刺激を明らかにし、それを変えるようにつとめる
- ・ パニック障害への認知行動療法の手順
 - (1) アセスメント
 - (2) 認知的介入…認知面での説明
 - (3) 行動的介入…実際に過呼吸発作を起こすなど、行動面
 - (2)と(3)を平行して治療していく
- ・ 薬物療法よりも認知行動療法のほうがより効果が得られ、また長期間効果が持続
…併用するのが最も効果的

空間恐怖

- ・ 森田療法など…
- ・ 広場恐怖症 (アゴラフォビア)
…パニック発作の副産物
心理的・身体的ストレス→過呼吸状態→心臓発作やコントロール喪失の徴候と誤帰属→パニック発作
→パニック発作への恐怖から回避行動 (外出や地下鉄を回避) →空間恐怖
- ・ 空間恐怖の所発年齢は 26.3 歳と、社会恐怖、単一恐怖にくらべ 10 歳近く高い

恐怖症

症状論 ～どんな症状か？～

- ・ 恐怖症…人には不可解な理由から、心理学的・生理学的に異常な反応を起こす症状。
 - ① 物理的空間に関するもの…高所恐怖、閉所恐怖、広場恐怖など
 - ② 物体に関するもの…ばい菌恐怖 (不潔恐怖)、尖端恐怖、動物恐怖など
 - ③ 対人状況に関するもの=対人恐怖…社会的接触を恐れ、それを避けようとする症状を示す
- ・ 恐怖症の二面性
 - <不適応の面>高所恐怖の人が、高層階に行けない。閉所恐怖の人が、CT スキャンを受ける事ができない
 - <適応の面>高所恐怖症の無い人は、高いところから落ちて死ぬ→高所恐怖は無いと困る
 - 高所恐怖そのものは異常ではなく、コントロール不能な恐怖が困る
- ・ DSM-IV による恐怖症の分類
 - ・ 特定の恐怖症 (Specific Phobia) …動物型、自然環境型、血液・駐車・外傷型、状況型、その他の型
 - ・ 社会恐怖 (Social Phobia)
 - ・ 広場恐怖 (Agoraphobia)
- ・ DSM-IV による恐怖症の診断基準 (要約)
 - ①特定の対象、状況が存在、予期することをきっかけに生じた、強く持続的な恐怖で、過剰または不合理なもの

- ②恐怖刺激に暴露されると、直ちに不安反応（時にはパニック発作）が誘発
- ③当人は、恐怖が過剰、または不合理であることを認識
- ④社会活動や他者との関係に支障をきたしており、その恐怖により著しい苦痛を感じている

メカニズム論 ～なぜおこるのか？～

- ・ 学習理論からみた性格

…人間の性格は、学習の原理（古典的条件づけとオペラント条件づけ）によって、後天的に獲得された習慣である。
恐怖症も学習によって獲得されたものである。

- ・ ワトソンの恐怖症の学習理論

例）ワトソンによるアルバートの動物恐怖症の実験

- ①アルバートが白ウサギと遊んでいる。
- ②白ねずみと同時に金槌で大きな音を出す。
- ③アルバートは白ねずみを見ても恐れて逃げようとする。

→恐怖症は誤った学習の結果

- ・ パヴロフ型古典的条件づけ

- ①えさを食べる（UCS）→唾液反応（UCR：生得的反応）
- ②えさを食べる（UCS）＋ブザーの音（CS）→唾液反応（UCR）
- ③ブザーの音（CS）→唾液反応（CR）

UnConditioned…無条件性

Conditioned…条件性

Stimulus…刺激

Response…反応

- ・ アルバート坊やの恐怖の学習について考えると…

- ①大きな音（UCS）→恐怖反応（UCR）
- ②大きな音（UCS）＋白ネズミ（CS）→恐怖反応（UCR）
- ③白ネズミ（CS）→恐怖反応（CR）

- ・ 子供の白衣恐怖は、「大きな音」⇒「注射」、「白ネズミ」⇒「医者白衣」になったものと考えられる。

- ・ ドラえもんのネズミ恐怖も、同じ理屈

半分の人恐怖症の原因を覚えていると言われている。

治療論 ～どのように治療するか？～

- ・ 恐怖症の治療（ジョーンズによる）

<事例ピーター（2歳）に対する恐怖症>

- ①古典的条件づけ：ピーターにお菓子を食べさせ抱きしめながら、4メートル先にウサギを見せた。
平気になったらウサギを1メートルずつ近づけた。

…これは、お菓子に対する快感がウサギに対する快感になったと考えられる

- ②オペラント条件づけ：ピーターがウサギに近づくと、実験者はピーターをほめた
→ピーターはしだいにウサギに近づけるようになり、手で触れて遊べるようになった。

- ・ 学習理論からみた治療論＝行動療法

…学習の原理に従って、不安障害の症状を消去したり、適応的な行動習慣を再学習すること

- ・ 古典的条件づけによるもの …今回はこちらを説明
- ・ オペラント条件づけによるもの

- ・ 古典的条件づけを用いる方法

- 脱感作法＝恐怖刺激に慣れて鈍感になる方法

- ① エクスポージャー法…弱い刺激から段階的に恐怖刺激に慣れさせる

VRE 法（バーチャル・リアリティ・エクスポージャー法）…高所恐怖症、飛行機恐怖症など

- ② 系統的脱感作法

…不安段階表を作成し、筋弛緩訓練をした上で筋弛緩と不安感情を段階に分けて少しずつ不安を消去していく

1) 不安段階表の作成…最も不安を感じる出来事から、弱いものまでの段階表を作成

2) 筋弛緩訓練（Jacobson 法）…腕、顔、肩、腹、足、全身と筋弛緩

3) 系統的脱感作…全身を弛緩し、弱い不安場面のイメージ→しだいに強い不安場面に

⇒数週から数か月で不安が軽減、それはまた実際の場面でも不安が軽減

- ③ フラッディング法…段階を踏まず始めから強い刺激に当たらせる。（ショック療法）

- ④ イメージ上のフラッディング法

- 感作法＝恐怖刺激に敏感になり、望ましくない行為を消去する方法

…恐怖症の治療ではなく、アルコール依存や禁煙などの治療に用いられる

- ⑤ 嫌悪療法…禁酒したい人に、お酒を飲むと気分が悪くなるような薬を処方→嫌悪体験で禁酒へ

- ⑥ 内潜増感法…「大好きなお酒から虫が湧いてくる」イメージを想像させる

- ・オペラント条件づけを用いる方法

反応制止エクスポージャー法

→強迫性障害に効果あり…詳しくは次の回で

※認知行動療法…パニック障害や単一恐怖に対して、比較的早く効果があり、治療効果も維持されやすい

強迫性障害

症状論 ～どんな症状か？～

- ・強迫観念

…バカバカしく不快な考えが、自分の意志に反し繰り返し頭に浮かび、やめようと思っても意志ではどうにもならない

- ・強迫行為

…ある行為を、自分ではバカバカしいと思いつつも、それをしないと気が済まないこと（洗浄強迫、就眠儀礼など）

→強迫行為が高じると、生活を妨害するように

- ・強迫症状＝強迫性障害の症状で、強迫観念と強迫行為からなる

- ・強迫症状の階層性…強迫観念はほぼすべての人が体験し、強迫的な人＝潔癖性の人といえる。

→強迫体験そのものは異常ではないが、強迫観念が苦痛になると困る

- ・強迫の二面性

・不適応の面 強迫は生活を妨害する

・適応の面 コレラ流行しても洗浄強迫の患者は感染しない

強迫観念は創造性、ひらめき、ブレンストーミングにつながる

詮索癖は科学的思考の芽となる

メカニズムと治療

(1) 学習理論と行動療法

- ・不安障害の2段階学習（マウラー）

…苦痛な体験をした時、たまたま何か他の行動によって苦痛が和らいだ場合、

苦痛が和らいだ事自体が強化因子となって、オペラント条件づけが成立。

そして、今度は苦痛を感じそうな不安を予期するだけで、その行動をするようになる＝強迫症状

- ・発症＝古典的条件付け（例：アルバート坊やの恐怖症）

- ・持続＝オペラント条件付け（例：強迫行為、引きこもり、アルコール依存）

- ・オペラント条件付け（スキナーによって定式化）

…不安・恐怖が低減したことが強化となり、それによって、その行動が学習される。

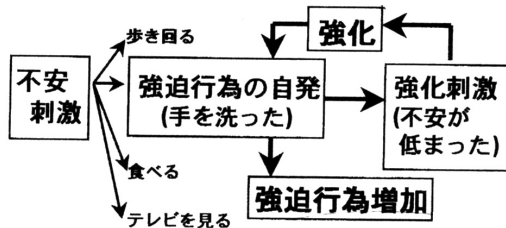
そして今度は、似たような場面で、その行為を儀式的に繰り返すようになる。

→今度は不安を予期するだけでその行為を行うようになる

⇒強迫症状や回避行動が説明できる

- ・オペラント条件づけで強迫行為を説明すると…

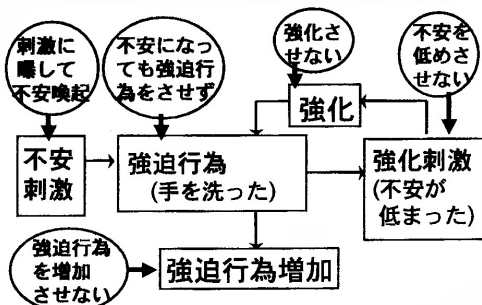
オペラント条件づけで強迫行為を説明
「手を洗った」⇒引きこもり(回避), 飲酒



- ・強迫性障害に効果があるのは…

反応制止エクスポージャー法（ERP法：Exposure and Response Prevention）

- ・強適性障害に効果あり
- ・洗浄強迫の場合…手洗いを制止しながら汚れを手につけて耐える
- ・確認強迫の場合…確認行動を制止しながら、確認が済んだという安心感を与えない
- ・反応制止エクスポージャー法の原理



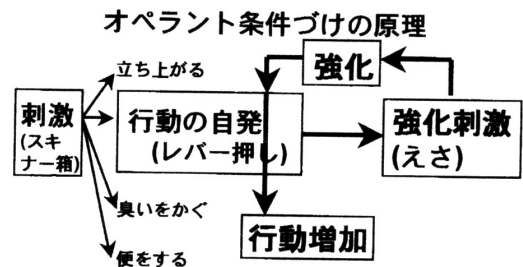
- ・ERP法の効果

- ・90%のクライアントについては、症状が30%低下。50%のクライアントについては症状が70%以上低下
- ・心理尺度：Y-BOC（Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale）の得点で62%低下
- ・長期予後は良好
- ・2割のクライアントは拒否

- ・薬物療法（SRI）はクライアントの60%が改善したが、90%が再発

(2) 認知理論と認知療法

- ・ERP法はドロップアウト率が高い…（2割のクライアントが拒否）
→認知療法を取り入れた治療を導入する試み
- ・強迫観念（侵入思考）は誰にでもあるもの
→強迫観念そのものは異常ではない。強迫観念への認知の仕方が問題
- ・強迫性障害の認知モデル（サルコフスキス）
…強迫性障害をうつ病のモデルに当てはめて考えた
A（出来事） 何らかの引き金となる刺激があると、



- B（認知） 強迫観念（侵入思考）が湧くが、
強迫スキーマ（責任のスキーマ）を持つ人、責任感の非常に強い人にとっては、
この侵入思考が堪え難い、抑うつ的な自動思考に変化し、
- C（感情） 抑うつ感情が生まれる。この抑うつ感情を打ち消そうとして、
- D（行動） 強迫行為、強迫儀式が生まれる＝強迫症状。

・ 強迫性障害の認知行動療法

…サルコフスキスが強迫性障害をうつ病のモデルに当てはめて考えた事によって、
患者に酷を強いる ERP 法に代わる、認知行動療法の考え方が登場

① 強迫観念は、異常なものではなく、きっかけ

（強迫観念の直接的消去＝思考中断法は無意味）

- ・ 思考中断法（Thought Stopping）→強迫観念の直接的消去…効果は薄い

① 強迫観念をわざと頭に描き、治療者が「ストップ」と声をかける。クライアントは考えを止める

② 強迫観念を頭に描き、クライアント自身が「ストップ」と声をかけて考えを止める

③ 日常生活で強迫観念が浮かんたら、クライアントが自分で「ストップ」と声をかけて、考えを止める

② 治療のターゲットは、自動思考や強迫的スキーマとすべき

→それには認知療法が有効（強迫観念が起きても苦痛を感じないようにする）

③ 中和反応（強迫行為）に対しては、従来通り反応妨害（制止）エクスポージャー法がよいだろう

・ 強迫性障害に対する認知行動療法の効果（パニック障害や恐怖症に対しての治療ほど効果はないが…）

- ・ 70% くらいの効果
- ・ 完治した後の効果の維持…3割から4割程度
- ・ 治療に要する時間は…4ヶ月程度

対人不安

対人不安論 ～対人不安はどのような症状か？～

・ 対人恐怖＝社会的接触を恐れ、それを避けようとする症状を示す

- ・ 赤面恐怖、表情恐怖、態度恐怖、他者視線恐怖など…他人から見られることに対する恐怖
- ・ 自己視線恐怖、自己臭恐怖など

…自分が他人に対して何らかの影響を与えることで、他人が不快に思うのではないかという恐怖に駆られる

・ 対人不安の階層性 対人恐怖とは人付き合いに対する恐怖で、必ずしも人間全般に恐怖を抱くのではない。

対人不安体験はおおよそ 50% と珍しくなく、対人不安そのものは異常ではない。

対人緊張や人見知り度が度を越すと対人不安やシャイネスに、そして最終的には対人恐怖症に繋がる。

※対人不安は思春期には約半分が体験し、女子がやや高い。成人期には自然に低下する。

・ 対人不安の二面性

→不適応の面 社会生活を妨害

→適応の面 幼児期に、未知の人に近づくのは危険→人見知り

恥の文化の中では対人不安が適度にあったほうが生きやすい。

・ 対人不安の解釈

ある場面では対人不安は適応的（自己主張し過ぎで仲間から外れると…生き延びていけない）

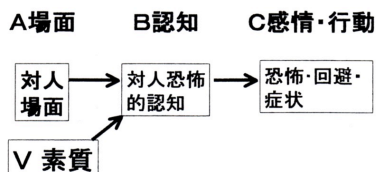
日常場面（特に自己主張すべき場面）で対人不安が暴走するのが困る

→コントロールできなくなる

⇒対人恐怖症へ

メカニズム論 ～対人不安はどのようにおこるか？～

・ 対人不安の ABC モデル



…対人不安についても、また ABC モデルで考えると図のようになる。

対人不安を引き起こす場面があり、そこに V 個人の素質がからみ、対人恐怖的认识が発生すると恐怖感情や回避行動を引き起こす。

・ A (場面)：対人恐怖者の苦手な場面

- ① 中間的な人間関係…半知り
- ② 同年輩のグループの中
- ③ 三人状況 (二人状況では少ない)
- ④ 雑談状況…間が空く時

・ V (素質)：対人恐怖になりやすい人

① 対人恐怖者の矛盾する性格

人に好かれたい・こまやかな心遣い・(他者志向的)・(自己主張の弱さ) である一方
負けず嫌い、他者より優れていたい・(自己志向的)・(自己主張の強さ)

② 家庭環境…問題の少ない家庭で、愛情としつけがしっかりしている

→ よい子意識、負けず嫌い、自尊心

③ 両親像

父親：社交性がなく頼りない

母親：積極的、人付き合いがよく社交的。母の過保護、母への依存

・ B (認知)：対人恐怖者は何を悩んでいるのか？

① 対人状況における行動の不調

- ・ 集団に溶け込めない悩み、グループに異質な自分
- ・ 人と接すると緊張する悩み、自然に振舞えない
- ・ 多勢の人に圧倒される悩み (聴衆不安)

② 関係的自己意識 (他人からどう評価されているか心配) …対人恐怖の最も特徴的な悩み

- ・ 他人から自分がどう思われているか気になる悩み
- ・ 自分の視線や表情が気になる悩み
- ・ 変な人に思われてしまっているのではないかと

③ 否定的自己意識

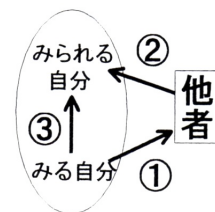
- ・ 自分に満足できない悩み
- ・ 身体の調子が悪い悩み

・ 対人不安の系列

- ① 対人不安 (狭義) …対人緊張・シャイネス・人見知り (ごく普通のこと)
- ② 対人恐怖…赤面恐怖・表情恐怖・態度恐怖・自己視線恐怖
- ③ 思春期妄想症…本人が非常に強く確信。 自己視線恐怖・自己臭恐怖・醜貌恐怖
- ④ 統合失調症の妄想…被害妄想・自己障害

※ ①～④は必ずしも順番に発展していくものではない。

※ 自己視線恐怖



＝自分が相手を見るときに「目つきが鋭いから相手に不快な思いをさせているのではないか」などと思うこと

※ ②・③…自分から出る物理的なものが相手に不快感を与え嫌われるのではないか、と思うことが共通

④…非物理的な手段で（どうしてかわからないけれど自分の考えがわかられてしまっている・ニュースで自分のことを扱っていると思い込むなど）

・リアリーの対人不安理論

…「対人不安は、他者に良い印象を与えたいという欲求があるのに、そうできる自信がないときに生じる」

・リアリーの公式

→ 対人不安の強さ = $f [M \times (1 - p)]$

・ f = 関数

・ M = 自己揭示欲求の強さ(特定の自己イメージを与えたい欲求)

・ p = 自己揭示の効力感(自分が望む自己イメージを作れる主観的確率 $0 < p < 1$)

・ $(1 - p)$ = 自信のなさ

・ M が高いほど対人不安は強くなる(自分をよく見せたい欲求が強い)

・ p が高いほど対人不安は起こらない(自分をよく見せる自信がある)

・ M は誰にでもある向上心。対人不安は健康的であり、病的なものではない。

・治療的示唆

・ M を減らす…自分をよく見せたい欲求を弱める。自己顕示欲を捨てて、ありのままを見せる。自分を「あるがまま」に受け入れようとする森田療法の考え

・ p を高める…自信をつけるため対人スキル訓練。高すぎる基準を変えるためには認知療法が有効

対人不安のまとめ

・ 対人不安は、中間的な人間関係（半知り）で最も強くなる。思春期に最も強くなり、成人期には自然に低下する。健康な対人不安は健常者にも珍しくはなく、場合によっては必要である。しかし、対人恐怖症や思春期妄想症などに発展する場合もある。

・ リアリーの社会心理学理論によると、対人不安は、他者に良い印象を与えたいという欲求があるのに、そうできる自信がないときに生じる。

PTSD と災害・事故の心理

丹野先生が「今日は試験に出ませんので…」っておっしゃっていましたので、とぼします…

心理療法の効果は測れるか

心理療法の効果は計れるか ～アイゼンクの問題提起～

・心理療法への批判

・ 心理療法はプラシーボ効果に過ぎないのでは？

・ フロイトの呪縛…フロイトは心理療法の効果を数量的に測れるはずがないと考えた

・アイゼンクの問題提起

…アイゼンクは、それまでの報告例や論文を参照すること（文献レビュー法）によって、神経症の自然回復率が 70%であるのに対し、心理療法の改善率は 45%（＝精神分析療法）～64%（＝その他の心理療法）にしか過ぎないとの研究結果を発表し、心理療法は逆効果であるとする

⇔バーギン反論

・文献レビュー法の限界…引用者の立場によって解釈が恣意的

→客観的に治療効果を測定する方法はないか？

⇒治療効果研究の出発点に

治療効果研究の方法 ～論争に決着がついた～

① 対象の明確化

→診断基準の採用 (DSM と ICD)

② 症状の数量化

→症状アセスメント技法の発明…症状の測定の方法

- ・ 構造化面接法、症状評価質問紙など

③ 対照実験

…治療群 (治療する群) と対照群 (治療しない群) を比べ、プラシーボ効果でないことを確かめる

- ・ 対照実験には階層性がある

事例研究→事例実験→対照実験→無作為割付対照実験 (RCT)

(右に行くほど大規模に実施されるため、バイアスが入らず、結論が確実であるが、コストが高い)

- ・ 無作為割付対照実験: RCT (Randomized Controlled Trial) …コーディネーターに依頼し、無作為に割り付け

④ 治療効果の数量化

→メタ分析…治療前と治療後の効果を比較して「効果量」という値を算出

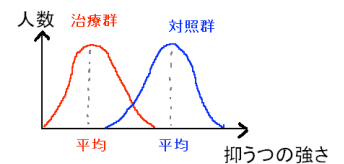
(偏差値の考え方が導入されているため、尺度に依存しない指標)

効果量 = $\{(\text{治療前の平均値}) - (\text{治療後の平均値})\} / (\text{治療前の標準偏差})$

- ・ 心理療法の先行研究 833 個の効果量を調べ、その平均値を調べると (文献レビューの数量化)

治療群の平均値は 0.68 であった。(治療しない群は 0.3)

⇒「心理療法には確かに効果がある」=アイゼンクとバーギンの論争に決着



メタ分析法の発展

- ・ 個々の技法ごとのメタ分析→どの技法が効果があるか?
- ・ 個々の症状ごとのメタ分析→どの症状に効果があるか?
- ・ 技法と症状の交互作用→技法と症状の相性はあるか?

⇒効果の高い治療技法だけが生き残る事になった

心理療法のガイドライン

- ・ 心理学的介入ガイドライン (米国心理学会) …どの症状にどの療法が効果的かを示す

「確立された治療法」の基準

- ・ 治療手続きが第三者にも理解でき、追試可能。治療マニュアルによる特定化
- ・ クライエントの特徴が明確に記述
- ・ 効果を実証する研究が2つ以上。プラシーボ対照群か他の治療法よりも優れるという事例研究が多数
- ・ 異なる2組の研究者により治療効果が確認
- ・ データベースの作成
 - ・ コクラン計画 (1992～)
 - …クライエントを統合失調症グループ、うつ病・不安・神経症グループ、認知症・認知障害グループ、アルコールグループなどに分類して実証。

→実証に基づく医学 (Evidence Based)

…メタ分析や薬物の効果を研究。治療効果を確認しつつ治療を進める。

まとめ

- ・ 心理療法は測定可能である
- ・ 数量的に示すメタ分析→治療ガイドラインなどのデータベースの整備
- ・ エビデンスにもとづく臨床実践が定着しつつある