

認知行動理論における強迫性障害の信念について

代田 剛 嗣

強迫性障害とは、強迫観念と強迫行為を主症状とする不安障害である。強迫性障害の治療ガイドラインでは、心理療法の一つである認知行動療法と、セロトニン再取り込み阻害薬による薬物療法が有効であるとされている (Frances, Docherty, & Kahn, 1997)。

また、強迫性障害の認知行動療法は、暴露・反応妨害法 (Exposure and Response Prevention: ERP)、あるいは ERP と認知療法の組み合わせが有効であるとされている。

暴露・反応妨害法は、強迫行為を誘発する刺激に患者をさらす暴露法と、誘発された強迫行為を阻止する反応妨害法の組み合わせからなる。強迫性障害の ERP は、レスポナント条件づけによる恐怖の獲得と、オペラント条件づけによる恐怖からの逃避・回避にもとづく症状の持続、という学習理論を背景としている (e.g., Rachman & Hodgson, 1980; Teasdale, 1974)。

一方、強迫性障害の認知療法は、非機能的な認知的評価の変容を目的とするものである。その理論的根拠は、Beck (1976) の認知理論を源流としており、1980年代以降、様々な理論が提唱されている (e.g., Salkovskis, 1985; Rachman, 1997, 1998)。これらの理論では、侵入思考に対する即時的な“解釈”と、普段から存在する“信念”が、発症と症状の維持に重要な役割を担うとされている。

しかし、変容のターゲットとすべき非機能的な解釈・信念については、様々な仮説があり、統一されていない。本論では、その統一の試みである Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) の一連の研究を軸に、これまで提唱されてきた強迫的信念の概観を行う。

1. 強迫的信念とは

強迫的信念 (obsessive belief) とは、抑うつにおける“喪失”、“失敗”の信念 (Beck, 1976)、社会不安における“他者からの拒絶”、“他者からのあざけり”の信念 (Beck & Emery, 1985) などと同様、強迫性障害に特有あるいは重要とされる信念である。

強迫性障害について、最初の洗練された認知行動理論を提唱した Salkovskis (1985) は、“責任”の思い込み (信念) が強迫性障害にとって重要であるとした。この“責任”の思い込みには、例えば、考えたことについての責任や思考をコントロールすることへの責任なども含まれる。つまり、責任の対象はややひろいものとなっている。

その後、強迫性障害の認知行動理論の発展とともに、多くの強迫的信念が指摘されてきた。様々な強迫的信念が指摘される中、1995年、これらの信念を整理・統合するため、強迫性障害の研究者達によって、Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) が結成された。OCCWG はまた、その信念を測定する尺度を作成することを目的とした。OCCWG (1997) は、メンバーのコンセンサスにもとづく手続きによって、強迫的信念として、“思考の重要性”、“思考のコントロール”、“責任”、“脅威評価”、“不確実さの非耐性”、“完全主義”の6領域を選び出した。

その後、OCCWG (2001, 2003) において、強迫的信念を測る自己記入式尺度である Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ) の分析をもとに、6領域の検討が行われてきた。その中で、最も問題となったことの一つに、各領域を表す下位尺度間の関連が高かったことがある。そのため、OCCWG (in press) ではOBQの因子分析を行ったが、結果は6領域に対応する6因子ではなく、“思考の重要性”と“思考のコントロール”の項目、“責任”と“脅威評価”の項目、“不確実さの非耐性”と“完全主義”の項目からなる、3因子が抽出された。OCCWG (in press) は、この3因子を採用し、それぞれ“思考の重要性と思考のコントロール”、“責任と脅威評価”、“完全主義と確実さ”と名づけた。

以下では、エキスパート・コンセンサスで決められた強迫的信念の6領域について概観する。なお、6領域の上位分類は、実証的に示された3領域 (OCCWG, in press) にもとづくものとする。

2. 思考の重要性と思考のコントロール (Importance / Control of thoughts)

この領域は、“思考の重要性”の信念と“思考のコントロール”の信念から構成される。

2-1. 思考の重要性 (Importance of Thoughts)

強迫性障害患者が侵入思考に過度の意味や重要性を付与することは、古くから知られていたが (e.g., Rachman, 1971), はじめて体系的に強迫性障害の認知行動理論にこの概念を組み込んだのは、Salkovskis (1985) である。Salkovskis (1985) の“責任”の概念には、思考への過度の意味づけがその構成要素として含まれている。具体的な例として、“ある行為についての考えを持つことは、その行為を行うことと同じである”という思い込み (assumption) があげられる。

Rachman (1993) は、強迫観念、罪 (guilt) と責任の関連において、“思考と行為の混同 (Thought-Action Fusion: TAF)” が強迫観念に与える影響を重視した。さらに、Shafran, Thordarson, & Rachman (1996) は、TAFを測定する自己記入式尺度である Thought Action Fusion Scale を作成した。そして、TAFにおける3つのタイプ、すなわち、“道徳に関するTAF”、“自分に何が起る見込みに関するTAF”、“他人に何が起る見込みに関するTAF”を見出している。

また, Freeston, Réaume, & Radouceur (1996) においても, TAF を“道徳”に関するものと“起こりやすさ(見込み)”に関するものに分けて考察している。加えて, 思考の存在そのものがその思考は重要であることを示す, とする認知的評価, および, 重要であるからその思考は存在する, という認知的評価の仕方をあげ, 思考への重要性の付与の独特な形について言及している。これらの議論を踏まえ, OCCWG (1997) は, “思考の重要性”を以下のように定義している。

思考の単なる存在が, それは重要であることを示すという信念。この領域には, 思考と行為の混同 (thought-action fusion) や魔術的思考を表す信念が含まれる。

OCCWG (1997) は, この領域を表す見本項目として, “私の侵入思考は, 私の本性を表している”, “悪いことを考えるのは, 悪い行為を行うのと同じである”などを挙げている。

その後, Thought Action Fusion Scale (TAFS; Shafran et al., 1996) は, Rassin, Merckelbach, Muris, & Schmidt (2001) によって, 詳しい信頼性および妥当性の検討がなされ, TAF を測定する有用な尺度となっている。また, 摂食障害の研究において, Shafran, Teachman, Kerry & Rachman (1999) は, TAF を発展させた“思考と容姿の混同 (Thought Shape Fusion: TSF)”という非機能的な認知的評価を提唱した。そして同時に, TSF を測定する自己記入式の Thought Shape Fusion Scale (TSFS) を作成している。このように TAF に関する研究は広がりを見せている。

なお, TAFS および TSFS の邦訳版は, 鈴木・代田 (2004) によって作成されている。

2-2. 思考のコントロール (Control of Thoughts)

McFall & Wollersheim (1979) は, 強迫性障害にとって重要な認知的評価として, 思考をコントロールすることに言及している。Salkovskis (1985) は, “責任”の思い込みの一つとして, “自分の考えをコントロールしなければならない (あるいは, することができる)”をあげている。

また, Clark & Purdon (1993) は, 思考のコントロールの重要性についての信念や, 侵入思考のコントロールの失敗がもたらす出来事に対する否定的評価が, 強迫性障害の中核的な要素であるとした。

これらの研究にもとづいて, OCCWG (1997) は“思考のコントロール”を強迫性障害における重要な信念とし, 以下のように定義した。

この領域は, 侵入思考・イメージ・衝動の完全なコントロールを行うことの重要性の過大評価と, これは可能でありかつ望ましいとする信念を表す。以下の4つの下位領域が定義された: (1) 心の中の出来事を追跡することや警戒を怠らないことの重要性につ

いての信念、(2) 思考をコントロールしないことの道徳的な結果についての信念、(3) 思考をコントロールすることの失敗についての、心理的かつ行動的な結果についての信念、(4) コントロールの有効性についての信念、すなわち思考をコントロールする努力は、成功、特に長期には成功するという信念。

見本項目として、“思考をコントロールすることが出来るように、私は心の中で起こっていることをいつでも分かっているなければならない”、“もし思考のコントロールが出来れば、私はより良い人間になるだろう”などがあげられている (OCCWG, 1997)。

その後、Clark, Purdon, & Wang (2003) は、強迫性障害における“メタ認知の信念 (meta cognitive beliefs)”を検討した。“メタ認知の信念”とは、精神的な出来事 (例えば、思考やイメージ) の内容や形式についての信念である。Clark, Purdon, & Wang (2003) は、この信念を測定する自己記入式尺度である Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire を作成した。そして、“メタ認知の信念”の一つである“思考のコントロール”の信念と強迫性障害との関連を見出している。

3. 責任と脅威評価 (Responsibility and Threat Estimation)

この領域は、“責任”の信念と“脅威の過大評価”の信念から構成される。

3-1. 責任 (Responsibility)

Salkovskis (1985) は、過度の“責任”が強迫性障害の中核的な認知的評価であるとした。この概念は、(1) 自分や他人への危害を防がない (あるいは、防ぐことが出来ない) ということは、そもそも危害を引き起こすのと同じである、とする思い込み、(2) 責任は、他の要因 (例えば、低い発生確率) によって軽くなることはない、とする思い込み、(3) 侵入思考が起こったときに中和 (neutralize) しないということは、その侵入思考に含まれる危害を望んでいるのと同じである、とする思い込み、を含む。(1)と(3)は、強迫性障害においては、省略バイアス (Spranca, Minsk, & Baron, 1991) が欠如していることを表すものである。

“責任”の信念を強迫性障害に重要なものとする研究者は多く (e.g., Freeston et al., 1996; Rachman, 1993), OCCWG (1997) は“責任”の信念を以下のように定義した。

主観的に重大な否定的結果を引き起こしたり予防したりする、きわめて重要な影響力をもっているという信念。これらの結果は、予防しなければならぬと知覚される。それらは、現実存在しているかもしれない、すなわち現実世界で結果をもたらすかもしれないし、また/あるいは、道徳の水準であるかもしれない。そのような信念は、危害を

予防したり取り消したりするために何かを行う責任や、しなくてはならないことをしなかった罪と、してはならないことをした罪 (errors of omission and commission) の責任に関係するだろう。

見本項目としては、“私は、うまくいかないことが自分のせいであるとしばしば思う”，“危険を予見していたのに行動しなかったら、私はどんな悪い結果にも責任がある”などがあげられている (OCCWG, 1997)。

“責任”の信念に関しては、信念を実験的に操作することで、強迫的な行動が引き起こされることを示したいいくつかの有名な研究がある (e.g., Loptaka & Rachman, 1995; Ladouceur, Rhéaume, Freeston, Aublet, Jean, Lachance, Langlois, & De Pokomandy-Morin, 1995; Ladouceur, Rhéaume, & Aublet, 1997)。このような実験法による厳密な検討は、信念の研究にとって非常に有用であろう。

3-2. 脅威の過大評価 (Overestimation of Threat)

強迫性障害の認知行動理論において、初期の理論家はすでに、強迫性障害患者の脅威に対する対処技術や、非現実的な脅威の評価について言及していた (e.g., Carr, 1974; McFall & Wollersheim, 1979)。

近年では、嫌悪的な出来事の起こりやすさや重大さを過大評価したり、過度に警戒する傾向が指摘されてきた (e.g., Freeston et al., 1996; Steketee & Frost, 1994)。また、Foa & Kozak (1986) は、強迫性障害患者には、安全だとわかるまでその状況を危険と知覚する傾向があることを指摘した。

OCCWG (1997) の“脅威の過大評価”の定義は、以下のようなものである。

この領域は、危害の起こりやすさや深刻さの過大評価を表す。

見本項目としては、“私は、世界は危険な場所であると信じている”，“他の人に比べて、私には悪いことが起こりやすいようだ”などがあげられている (OCCWG, 1997)。

不安障害患者は一般的に脅威の過大評価を行うことが多く、この領域は、不安感受性 (Anxiety Sensitivity; Reiss & McNally, 1985) と関係するかもしれない。不安感受性の研究は非常に盛んであり、この観点から“脅威の過大評価”について検討することは有用であろう。

4. 完全主義と確実さ (Perfectionism and Certainty)

この領域は、“不確実さの非耐性”の信念と“完全主義”の信念から構成される。

4-1. 不確実さの非耐性 (Intolerance of uncertainty)

初期の理論家は、不確実さの非耐性を、“対処能力の不足の信念”とともに強迫性障害に重要な信念としてとりあげている (e.g., Carr, 1974; Guidano & Liotti, 1983)。

近年では、Sookman & Pinard (1999) が、不確実さの非耐性と、危険・予測不可能性・新しいもの・変化に対する感受性についての信念との高い関連を仮定している。

これらの研究を受け、OCCWG (1997) は“不確実さの非耐性”を次のように定義した。

不確実さの非耐性には、3種類の信念が関連する。それらは、(1) 確実であることの必要性についての信念、(2) 予測できない変化に対処する能力が自分は足りないという信念、(3) 本来的に不確実な状況で、十分な活動をするための困難さについての信念、である。

見本項目は、“私は不確実さに耐えることが出来ない”、“もし、あることを完全に確信していなければ、私はきっとミスをするだろう”などである (OCCWG, 1997)。

4-2. 完全主義 (Perfectionism)

完全主義もまた、強迫性障害の認知行動理論において、古くから重要視されてきた概念であった (Guidano & Liotti, 1983; McFall & Wallersheim, 1979)。

しかし、近年まで完全主義の詳細な概念化が行われなかったため、完全主義と強迫性障害の関連が実証的に調べられることは少なかった。1990年以降、Frost, Maten, Lahart, & Rosenblate (1990), Hewitt & Flett (1991) らによる、完全主義についての一連の研究とともに、完全主義と強迫性障害の関連が盛んに研究されるようになった。Frost et al. (1990) は完全主義を構成する6次元を提唱したが、その6次元に含まれる“ミスへのとらわれ (Concern over mistakes)”と“行為への疑念 (Doubt about action)”が、強迫性障害に関連することを多くの研究が見出している。

また、健常者においては、完全主義の下位次元“ミスへのとらわれ”、“行為への疑念”と強迫症状との関連を指摘する報告が多い (e.g., Frost et al., 1990; Rhéaume, Freeston, Dugas, Letarte, & Ladouceur, 1995)。強迫性障害患者においても、完全主義と強迫症状との関連については、“ミスへのとらわれ”と“行為への疑念”が関連する点では共通している。しかし、健常者や他の不

安障害との比較においては、特に“行為への疑惑”が強迫症状に関連することを見出している研究が多い (e.g., Antony, Purdon, Huta, & Swinson, 1998; Frost & Steketee, 1997).

OCCWG (1997) は、強迫性障害に関する完全主義を以下のように定義した。

強迫性障害の観点からの完全主義は、どんな問題にも完全な解決があり、あることを完璧に (すなわち、ミスなしに) 行うことは可能だけでなく必要で、さらにささいなミスでさえ深刻な結果をもたらすということを感じる傾向。

OCCWG (1997) は、この領域を表す見本項目として、“あることがちょうどよく行われるまでそれをし続けることは、重要である”, “私にとって、部分的に失敗することは完全に失敗するのと同じくらい悪い”などを挙げている。

この定義は、“ミスへのとらわれ”が主となっている。これは、“行為への疑惑”が“不確実さの非耐性”の領域に近いものとされたためである。しかし、OCCWG (in press) の分析では、“不確実さの非耐性”と“完全主義”からなる因子が見出され、実証された領域は“不確実さの非耐性と完全主義”とされた。先行研究も鑑み、OCCWG (1997) による完全主義の定義と“不確実さの非耐性”の定義との関係は再検討される必要があるだろう。

さらに、“行為への疑惑”に関しては、Coles, Frost, Heimberg, & Rhéaume (2003), Coles, Heimberg, Frost, & Steketee (2005) の提唱した“感覚的完全主義 (Sensory Perfectionism)”との関連の検討が有用であろう。

5. まとめ

本稿では、OCCWGの一連の研究を軸に、強迫性障害に重要であると考えられる信念について概観してきた。OCCWGは、まず、エキスパート・コンセンサスによって、重要であると考えられる6領域を示した。その後、質問紙調査にもとづく分析によって、強迫的信念の3領域を見出した。

しかし、強迫性障害に重要な信念は、この3領域であると確定したわけではない。

まず、OCCWG (in press) でも言及されているように、不快 (disgust) に関する信念など、他にも強迫性障害に重要な信念が存在することを示唆する研究がある。また、これらの領域が本当に強迫性障害にとって重要であるかどうかについては、その信念をターゲットとした認知的変容が、治療効果に及ぼす影響を確かめる必要がある。さらに、これらの信念を実験的に操作することによって、思考などの内的な行動をも含む強迫的な行動の変化を確かめる必要がある。

加えて、Salkovskis (1996) は、“信念によって動機づけられた回避行動”という仮説を提唱し

ている。このような特異的な回避行動と認知的要因との相互作用に関する考察を立脚点にした、強迫性障害における行動的要因と認知的要因を統一的に理解する試みは有用であるかもしれない。

OCCWGの強迫的信念に関する一連の研究は、それまでばらばらだった強迫的信念を整理・統合するという点では、大きな成果を残している。しかし、これら一連の研究を直接的に引き継ぐ研究においても、異なった観点からの信念の研究においても、さらに検討すべき点は多い。今後は、OCCWGの残した課題のさらなる検討を行い、加えて、他の観点からの強迫的信念の研究も検討することが必要であろう。

引用文献

- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Dimension of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1143-1154.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81, 311-318.
- Clark, D. A., & Purdon, C. (1993). New Perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28, 161-167.
- Clark, D. A., Purdon, C., & Wang, A. (2003). The Meta-Cognitive beliefs questionnaire: development of a measure of obsessional beliefs. *Behaviour research and therapy*, 41, 655-669.
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Rheume, J. (2003). "Not just right experiences": perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 681-700.
- Coles, M. E., Heimberg, R. G., Frost, R. O., & Steketee, G. (2005). Not just right experiences and obsessive-compulsive features: Experimental and self-monitoring perspectives. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 153-167.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional Processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Frances, A., Docherty, J. P., & Kahn, D. A. (1997). Treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, Supplement 4.
- Freeston M. H., Réaume, J., & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 433-446.
- Frost, R., Maten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimension of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291-296.
- Guidano, V., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Ladouceur, R., Rhéaume, J., & Aublet, F. (1997). Excessive responsibility in obsessional concerns: a fine-grained experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 423-427.
- Ladouceur, R., Rhéaume, J., Freeston, M. H., Aublet, F., Jean, K., Lachance, 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.
- Loptaka, C. & Rachman, S. (1995). Perceived Responsibility and Compulsive checking: An experimental analysis.

- Behaviour Research and Therapy*, 33, 673-684.
- McFall, M & Wallersheim, J. (1979). Obsessive compulsive neurosis: A cognitive-behavior formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 333-348.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 863-878.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (in press). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory-part 2: Factor analyses and testing of a belief version. *Behaviour Research and Therapy*.
- Rachman, S. (1971). Obsessional ruminations. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 229-235.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S. (1998). Cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behavior Research and Therapy*, 36, 385-402.
- Rachman, S., & Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P., & Schmidt, H. (2001). The thought-action fusion scale: Further evidence for its reliability and validity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 537-544.
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). Expectancy model of fear. In *Theoretical Issues in Behavior Therapy* (ed. Reiss, S., & Bootzin, R. R.), 107-121. San Diego: Academic Press.
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Learte, H. & Ladouceur, (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785-794.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A Cognitive-Behavioural Analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1996). Avoidance Behaviour is Motivated by Threat Beliefs: A Possible Resolution of the Cognition-Behavior Debate. In *Trends in cognitive and behavioural therapies*. (ed. Salkovskis, P. M.), Chichester: John & Sons Ltd.
- Shafran, R., Teachman, B. A., Kerry, S. & Rachman, S. (1999). A cognitive distortion associated with eating disorders: Thought-shape fusion. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 167-179.
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391.
- Sookman, D., & Pinard, G. (1999). Integrative cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A focus on multiple schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 351-362.
- Spranca, M., Minsk, E., & Baron, J. (1991). Omission and commission in judgment and choice. *Journal of Experimental Social Psychology*, 27, 76-105.
- Steketee, G., & Frost, R. O. (1994). Measurement of risk-taking in obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22, 269-298.
- Steketee, G., Frost, R. O., & Cohen, I. (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 525-537.
- 鈴木公啓・代田剛嗣 (2004). Thought-Shape Fusion Scale 邦訳版の作成 パーソナリティ研究, 13, 91-101.
- Teasdale, J. D. (1974). Learning models of obsessional-compulsive disorder. In *Obsessional states* (ed. Beech, H. R.), 197-229. London: Methuen.