

## 「系統的脱感作法の適用についての一考察」\*とその後

山上敏子

Toshiko Yamagami

## 1. この研究に至るまで

わたくしは行動療法——とりかかりは系統的脱感作法であったが——の勉強を当時の日本の精神医学研究の流れとはほとんど関係をもたないところではじめている。わたくしにはこの治療法が他の精神療法よりもわかりやすくみえたので、自分自身の治療法にできるかもしれないという自分勝手なところではじめたのである。当時おこなっていた学位研究との関係で、このころに出版された「神経症と行動療法 (アイゼンク編)」や「パブロフとフロイト (ウエルズ)」などを読んでいたのもこのような考えをしやすいしていたのだと思う。当時は日本でも行動療法にかんする論文はわずかにではあるが、あるにはあった。しかし、ほとんどが単発の実験的な報告や総論的な紹介のような論文であり臨床論文とは言い難く、また、精神医学のなかではみられなかった。

わたくしが実際に行動療法の勉強をはじめたのは1969年であり、この論文を発表したのはその6年後の1975年である。わたくしは行動療法の勉強をはじめる前も論文を書いたときも九州大学の精神医学教室にいた。そこは臨床の匂いに満ちているところであったし、症例やその治療についての疑問や意見などが日常的に行き交っているところであった。このころは精神分析療法が盛んになってきて精力的におこなわれているところであったし、その少し前までは森田療法がおこなわれ

ていた。そのようななかで行動療法は異質にみえた治療法ではあった。しかし、その豊かな臨床の雰囲気の中かにいたことが、わたくしに行動療法を勉強しようと思わせ、その実践を可能にしてくれたのだと思いかえしている。実際にここでは行動療法実践のなかで、治療の実際の過程や具体的な効果やその理由や適用をめぐるの討論をおこなうのに退屈することはなかった。この研究論文はそのような環境のなかで作成したものである。

## 2. 当時の行動療法と系統的脱感作法

少しだけこのことについて説明をする。行動療法がまとまりをもった治療法としての名乗りをあげたのは、わたくしが行動療法の勉強をはじめたよりもわずかに10年前の1959年である。わたくしが勉強をはじめた頃の行動療法は技法もいまほどには多くはなく、背景の理論枠も、系統的脱感作法など神経症治療の背景になっている新行動SR理論とよばれているものと、問題の把握の基礎技術になっている応用行動分析理論の2つしかなかった。観察学習をもとにした社会学習理論が行動療法のなかに入る契機になった Bandura, A. の「Principle of Behavior Modification」が出版されたのは1969年であり、認知行動療法という理論枠（というより治療方法の集まりといった方がよいかもしれない）が出てきたのは1970年代後半からである。

\*文献3) (本論文・参考文献とも学会会員ホームページに掲載します)

著者所属：早良病院

系統的脱感作法は 1958 年に Wolpe, J. によって、「逆制止による精神療法」として提案された、それだけで完成している独立した治療法である。すなわち、系統的脱感作法は、神経症とその成因仮説と仮説に基づいた治療方法が提唱されたものであった。それは、神経症症状を「学習の結果の不適應的な持続する習慣」ととらえ、「不安が中核をなす」とし、「不安惹起刺激状況で不安拮抗反応があると、不安反応の制止が生じて、刺激状況と不安反応の結合が弱まる」とするものであった。この発症と症状と治療とを直結させた、むしろ精神生理学的と言えるような、完成し独立していた治療法を Eysenck, H. が行動療法の代表的な治療法として名指したことで、この治療法は行動療法として扱われるようになったのである。当時、ほとんどが単一技法の集合であった行動療法において、系統的脱感作法はそれだけでまとまりをもった独立した治療法であった。系統的脱感作法は典型的には、神経症性不安反応が生じる不安刺激状況の階層化であるハエラキーの作成と、不安に拮抗する力をもつ深い筋肉弛緩の訓練と、そして、ハエラキーにした不安状況の短時間（通常数秒）のイメージによる体験（不安反応）と筋肉弛緩反応との、段階的な、拮抗条件づけから構成されている治療法である。

蛇足ではあろうが、わたくしは行動療法はこの治療法をもっていたので、当時の精神療法や精神医学のなかに、なんとかその隅っこにでもいることを許されたのではないかと、Wolpe 教授の診察に陪席して思ったものである。診察は寝椅子ではなかったが、弛緩をした体を預けるに十分なゆったりとした安楽椅子を用いておこなわれていたし、教授の実に穏やかで綿密な面接のなかで問題は自然に浮かびあがり、ハエラキー（ときには複数の）は面接の一部のようにしてできあがっていたのである。また、行動療法には 1980 年代にはいつてから、特定の問題や疾患に向けて複数の単一技法を組み合わせた治療プログラムが少しずつ作られるようになったが、系統的脱感作法は治療の方法が具体的に構造的に示されているという点

からみると、行動療法のなかでの最初の治療プログラムであったということもできるだろう。当時わたくしがもっとも用いていた行動療法の技法はこの系統的脱感作法であった。この治療法の創始者から行動療法を学んだということや効果があることもその理由であったが、この治療法の姿が優しく当時の他の精神療法の雰囲気とに違和感がなく臨床の場に馴染みやすかったのもその理由であった。

### 3. 本研究の概略

1) 系統的脱感作法はいま述べたように神経症論と直結した治療法であり、方法が明記されており、それがこの治療法の適用の基準である。ところが、臨床実際においてはこの理論的な基準はかならずしも実際の適用や良好な効果をもたらす臨床的な適用基準として満足できないところがある。このようなところから、本研究を、系統的脱感作法によって有効な効果を予測できる症例の具体的な臨床基準をあきらかにすること、を目的としておこなった。

当時、当然のことではあるが、この治療法をはじめ行動療法の臨床有用性をあきらかにすることがわたくし自身にとっても必要であった。

2) 本研究は、1971 年から 3 年間の著者ら（山上、香西、大隈、疋田）の行動療法臨床実践自体を対象にしたものである。

対象になった患者は、この間に九大精神科を初診した患者のうちの 110 名の神経症（当時の診断名による）患者である。そのうちの 85 名はわたくしが初診をし、25 名は他医師から行動療法を勧められて、わたくしが行動療法での初診をしている。わたくしが初診をした 85 名のうち、休養や支持や環境調整や薬物などがまず必要であると考えられるような、臨床常識的にさしあたり積極的な精神療法の対象にならないと判断して勧めなかった患者 23 名と、勧めたが希望しなかった患者 21 名を除く 41 名すべてに行動療法を提案している。36 名が行動療法を受けることに同意し、

残りの5名は他の精神療法を希望したので他医師に紹介されている。行動療法を希望した36名と他医師から勧められた25名の、61名の患者に著者らのいずれかが行動療法をおこなっているが、全症例を山上がスーパーバイズしている。

3) 上記の症例について、具体的な症状、生活適応状態、発症時年齢、発症状況と経過、罹病期間、用いた技法、治療経過、治療効果などについての調査項目をあらかじめあげて、それを中心にして調べた。調査は症例ごとのカルテ記録をもとにしての著者全員の討論によった。そして、それらの調査結果について、(1) 積極的な精神療法(ここでは行動療法)が適当であると考えた症例とそうでない症例との差異、(2) 系統的脱感作法適用症例と行動療法の他の技法の適用症例との差異、(3) 系統的脱感作法著効症例と無効症例との差異、を調べた。

4) その結果、(1) については、適当群は他の精神療法の既往受療のある患者が多い、罹病期間が長い、社会適応状態と家庭適応状態との間に差がある、などがわかったが、これらは、臨床常識的な結果をでるものではなかった。(2) の系統的脱感作法の適用症例は、主症状が恐怖や不安を背景にしている症例が多い、症状の持続期間が長い、などがあることがわかった。また(3) について、すなわち、系統的脱感作法の著効例には、「不安の訴え」の言語行動に平行して自律系反応の表出がある、症状が一定していて動揺が少ない、「不安の訴え」の対象が外的な刺激状況として記述しやすい、などの特徴があり、さらに、発症を感情体験と関連づけてとらえている傾向がある、ことがわかった。また、運動性障害を主症状とする症例は無効例が多い、ことがわかった。

5) これらの結果から、「不安を訴える」行動と自律系に表出される不安反応との関係、見かけ上の不安惹起刺激と不安反応との関係、不安反応と筋肉系の反応との関係、について検討した。そし

て、系統的脱感作法理論および技法における不安反応と刺激状況について論じた。

その上で本研究の主目的である、「系統的脱感作法が有効であると予測できる臨床基準」の提案をした。それは、(i) 「不安の訴え」の言語行動に平行して自律系反応の表出がある、(ii) 症状は一定して動揺が少ない、(iii) 「不安の訴え」の言語行動の対象が外的な刺激状況として記述されやすい、(iv) 運動性障害を主症状としていない、を臨床基準として提唱した。さらに、補助的な基準として、(v) 発症を感情体験と関連づけて捉える傾向をもっている、をあげた。

#### 6) 感想

今はもうほとんど思い出すこともなくなっていた30数年前のこの論文をあらためて読み返した。几帳面に細部に拘って論述しており読みづらい論文ではあった。しかし、やはりこの論文は現在のわたくしの行動療法理解と臨床につながっていると思えた。たとえば治療技法の適用の可否の基準の第一を症状の分析把握に求めている。この後わたくしは行動療法を方法の体系であると理解してそのように表現するようになったが、この論文を書いたころはまだその自覚はあきらかではなかった。しかし、本論文の内容はその方向を示していると思う。

#### 4. その後

1) このころの行動療法研究では系統的脱感作法の効果と効果要因にかんする研究がおこなわれはじめていた。たとえば、系統的脱感作法が提示しているような丁寧な段階的なハエラキーが必要であるのか、深い筋肉弛緩が必要であるのか、恐怖刺激の提示は短時間でなければならないのか、弱い刺激からの段階的な提示でなければならないのか、などのこの治療法の構成因子にかんしての臨床実験的研究がおこなわれた。その結果、恐怖刺激が十分に長い時間提示される場合、恐怖刺激の強さは系統的脱感作法で用いるほどには細やかなハエラキーをもつ必要はなく、また弛緩反応も

不要である、ということがあきらまになってきた。そして神経症の行動療法の中心は繊細さと比較的長時間を要する系統的脱感作法から、徐々に、このプロロングトエクスポージャー（たんにエクスポージャーともフラッディングともいう）へと移っていった。現在、系統的脱感作法はそのままでは単一恐怖以外ではほとんど使われなくなっている。

わたくしも現在この方法をそのまま用いることはまずない。しかし、この治療法のもっている、患者の自己理解の深化とともにすすむ繊細で体系的な症状の把握のしかたや、不安への慎重な対応のしかたは、その後もわたくしの治療実践のもとになってきたと思う。

2) 強迫性障害の患者も本研究の対象になっていた。系統的脱感作法で効果があった患者もいたが、効果のない患者の方が多かった。系統的脱感作法を用いようとしても脱感作のための繊細な段階的なハエラキーが作りにくかった。恐怖はとても強いのか、ほとんどないかで、筋肉弛緩で制止できるような細やかな恐怖刺激状況をさがすことはむずかしかった。また、想像刺激はほとんど恐怖惹起の意味をもたなかった。そこで治療は実際の生活のなかで、恐怖が少しでも軽い状況をなんとかさがして、その状況に主治医が付き添い、落ち着くまでの長い時間、本当に長い時間であったが、その状況に居させ続けることで恐怖刺激に直面できるようにすることで治療していた。わたくしはこの方法を長時間の現物脱感作法であると考えていた。しかし、このような方法は、その少しあとになってから数例の症例報告ができるようになり、曝露反応妨害法とよばれるようになった。

わたくしたちはこの方法を主な手段にして、かなりの数にのぼる強迫性障害の患者の治療をした。その過程で、強迫症状の異種性に着目して、強迫行為、観念、不安、先行事態の有無や、それぞれの関連のしかたと強迫症状の持続の経過から、強迫症状を分類した。そしてそれぞれに適合する治療法の提案をした。

3) この研究論文は著者4人の臨床実践と討論をもとにして作成したものである。共著者のその後の行動療法研究にも少し触れたい。香西はこの論文報告のすぐあとに、行動の認知次元の変容に興味をもち自己臭患者の妄想的認知の行動実験的な修正を試み成功し、結果を日本行動療法学会で報告している。これは日本で最初の認知再構成法を用いた症例報告になった。大隈は主に発達障害、必然的に親への援助（問題行動への対応や養育技術の学習）にかんする多くの行動療法実践をおこなってきた。最近、AD/HD 児の親の養育技術の学習援助にかんしての著書を出版している。疋田は精神分裂病（当時）者を主にした45人の慢性期精神病患者の起床や摂食や身辺清潔行為などの基礎的な生活技術の行動分析をおこない、トークンエコノミーを用いて援助し、その効果を調べて報告している。この研究は1986年度の行動療法学会賞（内山記念賞）を受賞した。この頃の著者らの行動療法実践と研究は1987年に「行動医学の実際」として出版した。

4) なお、原論文の趣旨と関係しているの述べるのであるが、わたくしは「行動医学の実際」のなかで、系統的脱感作法にかぎらず、行動療法の多数技法の、その臨床の治療対象ごとに選択する基準について提案した。対象行動のタイプにかんする選択の基準、対象行動の反応次元（認知・思考なのか行為なのか身体反応なのかなど）にかんする選択の基準、患者の能力などの適用に関する現実的な選択の基準、にわけて述べた。このころは行動療法の技法も増加し、また複雑になってきていた。

5) そしてさらに20年が経過した。わたくしはその間も行動療法を主な臨床手段にして精神科臨床を続けてきた。その長い経験のなかで、わたくしはだんだんと行動療法を方法の体系としてとらえるようになってきた。行動療法の多数の技法や治療法や治療プログラムを、問題を認識把握する技術と変容する技術とにわけた。そしてさらに、

これらの技術を臨床に適用する，臨床適用技術，をとりだして考えるようになり，そのように主張するようになった。臨床実際では，これらの技術はお互いに関係しあい循環しあって治療を構成し，その臨床ごとに独自の治療法がつけられることになる，と考えているのである。その現在から，論文「系統的脱感作法の適用についての一考察」を読み返して，先に少し述べているが，そこにこの兆しを感じることができた。

## 文 献

- 1) 疋田好太郎：慢性精神分裂病の自立行動に対するトークンエコノミーの効果。行動療法研究，11， 55-76；1985
- 2) 大隈紘子，伊藤啓介監：AD/HDをもつ子どものお母さんの学習室。二瓶社，大阪，2005
- 3) 山上敏子，香西 洋，大隈紘子，疋田好太郎：系統的脱感作法の適用についての一考察。精神経誌，77；915-924，1975
- 4) 山上敏子編：行動医学の実際。岩崎学術出版社，東京，1987
- 5) 山上敏子：方法としての行動療法。金剛出版，東京，2007