

不安障害の診断及び不安の心理療法

金 美 伶¹

現代人は不安による様々な不安障害に悩まされている。不安は意識世界の混乱状態であり、混乱状態は心理的または精神的脅威の結果により発生する。不安を持続させる原因として、幼い頃の環境があげられている。本論文では現代人が感じる不安障害の診断、不安を持続させる原因及び不安に対する心理療法について考察する。不安を誘発する刺激条件や学習条件の改善、または不安を抑制することによって、不安による社会問題は大きく減少していくと考えられる。

I 序論

高度な科学文明、産業の発達により現代人の生活様式が向上したにも拘わらず、個人の生活問題や対人関係の問題の深刻さは深まるばかりである。経済不況、教育問題、家庭崩壊、理念と価値に対する矛盾等、様々な問題を抱えた現代社会の生活様式は不安と葛藤を引き起こす源になっている。

現代人は不安による様々な障害に悩まされている。いつの間にか不安というのは、現代人の社会生活に染み込み、避けることができないものになっているようである。ただ、正常な不安の限界がどこまでであり、非正常な不安の始まりがどこからかを確定することは難しい。本論文では現代人が感じる不安障害についての診断、不安を持続させる要因及び、不安に対する心理療法について先行研究を整理して考察する。不安の意味は、学者たちによって多様な見解が表されているが、ここでは心理的な側面から不安を議論する。

II 不安に対する理論

1. 不安の意味

不安 (anxiety) はラテン語の *anxius* から由来した用語であるという。不安と似ている用語としては、恐怖の感情を伴う悩み、心配、苦しさ、激情、憎悪、疑惑、恐慌、恐れ、脅威、混乱など、様々な言葉がある。不安と恐怖は相互交換可能な用語として使われることが多い。恐怖感とは、特殊な外的事件に対する心配であり (例：公開演説)、また不快な出来事が起こりそうな状況に対する持続的不安を恐ろしさと定義する (Kim, 1980)。

Freud (1959) は、恐怖と不安の概念を次のように定

義している。恐怖は注意対象が確かに存在するものであるが、不安は注意対象がない。脅迫的狀況に迫られると、不安状態から恐怖心に陥る。不安の特徴は、①不愉快な感情、②不透明な現象、③無意識的知覚である (Jung, 1972)。

不安というのは漠然とした概念であるため、明確に定義するのは難しいが、災難や危険が、自分に近づいて来るような切迫感、緊張感、混乱状態である (Lee, 1976)。不安は、外的というより内的なものであり、漠然とした危険に対する反応、ある状況を統制できなくなることに對する曖昧な感情である。すなわち、不安は破局に対する漠然とした予感、または身体的緊張や精神的無氣力を伴った生理的・精神的反応の総称である (Sieber et al., 1979)。

2. 不安の診断

A. 不安と不安障害

不安 (anxiety) というのは、現代社会生活の一部であり、避けることのできないものである。ただし、正常な不安の限界がどこまでか、非正常的な不安の始まりがどこからかを確定するのは難しい。不安感情が激しくなると、様々な不安障害 (anxiety disorder) が引き起こされる。不安障害は不安よりもっと強烈なものであり (例えば: panic, attack)、もっと長く持続し、日常生活を妨げる恐怖症を誘発する。また、不安障害とうつ病性障害の差異は、うつ病性障害の中核は悲しみ、絶望感、喜びや興味の減退にあることに對して、不安障害の中核症状は、恐怖感、予期懸念、自律症状にある。不安障害者、うつ病性障害者ともにネガティブな自己関連情報のアクセシビリティの亢進を示

キーワード：不安障害の診断、不安の心理療法、不安の発生、不安の持続、不安の測定

1 お茶の水女子大学大学院人間文化研究科

すのに対して、ポジティブな自己関連情報のアクセシビリティの低下はうつ病性障害者に限られる (Dozois & Dobson, 2001)。

B. 恐怖症による DSM IV の不安障害診断 (APA, 1994)

恐怖症は、ある状況に対する持続的で非現実的な強い恐怖感を意味する。恐怖症を持つ者は、劇場や教会、宴会場、市場の群衆を恐れたりする。群衆がいなくても自分が狼狽するかも知れない事態が起こることを恐れる。恐怖症の特徴は、①標物や状況に対する長期間の恐れ、②その恐れが妥当ではないと分かっているものの、それを吹きとばすことができないこと、③恐ろしい状況を回避することにある。

1) 広場恐怖症

広場恐怖症とは、逃げるのが困難であるかもしれない(または恥かしくなってしまうかもしれない)、またはパニック発作やパニック症状が起きた時に助けが得られないかもしれない場所や状況に対する不安または回避である。その不安のために、家の内外で独りになる、人込みの中に入る、自転車やバスや飛行機で旅行する、橋を渡る、エレベーターに乗るといった様々な状況に対する広い範囲で回避が見られる。広場恐怖症は教育、人種、宗教に関係なく、また全ての社会階層において頻繁に現われる。家族構成員がうつ病や恐怖症があるときに、より頻繁に現われ、アルコール中毒者がある家庭では最も頻繁に現れる。広場恐怖症の 2/3 は女性である。

2) 社会恐怖症

ある種の社会的状況また何らかの行為を行なう状況へ晒されることによって引き起こされる臨床的に著しい不安を特徴とし、しばしば回避行動が生じる。社会恐怖症を持つ者は、恐れている社会状況で恥かしい思いをすることを心配し、それに不安を感じ、自分が弱々しい、正気でない、また愚かであると他人に判断される状況を恐れる。自分の声を他人が気づくのではないかと心配し、人前で話すことを怖がることもある。他人と話をかわすときに非常に強い不安を感じることもある。社会恐怖症を持つ者は、自分が恐れている社会状況の中で、ほとんどいつも不安症状(例: 動悸、発汗、下痢、緊張、紅潮、混乱)を経験している。

3) 強迫性障害

著しい不安、または苦痛を伴う強迫観念及び強迫行為を特徴とする。強迫観念は、観念、思考、行動、または心像として、それが侵入的かつ不適切なものであ

ると体験されており、著しい不安または苦痛を引き起こしている。強迫観念の侵入的で不適切な性質は「自我違和的」と呼ばれている。強迫観念の内容が異質的なものであり、自分自身の制御下になく、自分が持つようとする思考ではないと感じられるものである。しかしながら、その人はその強迫観念が自分自身の心の産物であり、(思考吸入のように)外から押しつけられたものではないということは理解している。最も一般的な強迫観念としては、汚染についての反復する観念、物を秩序立てて並べたいという欲求(例: ものが非対称的になっているときの強い苦痛)、攻撃的または恐ろしい衝動がある。その思考、衝動、または心像は、単に現実生活の問題に対する過剰な心配(例: 経済面、職業面、または学業面の問題など現実起っている生活上の問題についての心配)ではないし、現実生活の問題ともあまり関係していない。

強迫観念を持つ人は、そうした思考または衝動を抑制しようとしたり、何か他の思考または行為(つまり、強迫行為)でそれを緩和しようとしたりする。例えば、ストーブを消したかどうかという疑念に苦しんでいる人は、それが消してあるということを確認しようと繰り返し調べることによってその疑念を緩和しようとする。

強迫行為は、反復行動(例: 手洗う、順序を正す、確認する)または心的行為(祈る、数える、黙って言葉を繰り返す)であり、その目的は、楽しみまたは満足を得るためではなく、不安または苦痛を防ぐため、あるいは軽減するためである。最も一般的な強迫行為には、洗うこと、きれいにすること、数を数えること、確認すること、保証を要求すること、反復性の行為及び順位立てがある。強迫観念及び強迫行為が非現実的であることを確認しているときには、その人はそれに抵抗しようとすることがある。強迫行為に抵抗しようと試みているときに、その人はしばしば不安または緊張の高まりを感じることもあるが、それらは、行為に従うことにより解除される。

強迫観念障害者と恐怖症障害者との差異点

第一、強迫観念を持つ者は、恐れる対象と向かい合うことに対する心配は恐怖症の者より少ないが、その対象と出会った後、引き続き長期間にかけて強迫観念に捕らわれている。

第二、強迫観念を持つ者は、恐怖症の者の恐れや恐怖感の代わりに不愉快や嫌悪感の反応を表す。

4) パニック発作

強い不安、恐怖、または脅威が突然始まり、破滅が

目前に迫ってきている感覚を伴う、はっきり他と区別できる期間である。女性は男性よりパニックで苦しみやすい。パニック障害は、突然の動悸や、めまい、吐き気、息苦しさという症状がパニックになって現れることが多い。パニック障害は乗物恐怖とか、外出恐怖、外食恐怖、留守番恐怖、過呼吸、心臓神経症など、いろいろな形で現れるが、いずれも、死の恐怖を直接的に感じることに特徴がある。

5) 外傷後ストレス不安障害

極度に外傷的な出来事の再体験と、それに伴う覚醒亢進症状と外傷と関連した刺激の回避を特徴とする。

6) 急性ストレス不安障害

極度に外傷的な体験の直後に起こり、外傷後ストレス障害の症状に類似した症状を特徴とする。

7) 全般性不安障害

少なくとも、6ヶ月続いている持続的で過剰心配と不安を特徴とする。

8) 物質誘発性不安障害

薬物乱用、投薬、または毒物への暴露の直接的な生理的結果であると判断される顕著な不安症状を特徴とする。上記以外にも、身体障害による不安障害、特定不能の不安障害など様々である。

C. 不安の症状による0～10段階¹⁾

- 1) 7～10段階：恐怖
- 2) 6段階：中間程度の恐慌攻撃
- 3) 5段階：恐慌の発生、空虚感、めまい、回避、動悸
- 4) 4段階：統制できない空虚感、動悸、緊張、混乱
- 5) 3段階：中間程度の不安、発汗
- 6) 2段階：軽い不安、神経質
- 7) 1段階：ささやかな不安、心の痛み
- 8) 0段階：温和、平和な感情

III 不安発症及び治療法

1. 不安発症の理論

①Mowrerの2要因理論

不安の発症と持続を説明する理論として、Mowrerの2要因理論が広く認められている(Mowrer, 1960)。まず、古典的条件づけによって、ネガティブな体験が特定の対象や状況と結びつき、不安反応が形成される。これが不安の発症である。次に、オペラント条件づけによって、恐怖を抑えるためにその状況を回避するこ

とを学習することである。これが不安の持続である。

②Beckの進化論的解釈理論

Beck & Emeryは、進化論的な視点から次のように考えている。恐怖の多くは生得的であり、進化論的に見ると、恐怖は種を保存する機能を持っている(Beck & Emery, 1985)。例えば、幼児期には見知らぬ人に近づくことは危険である可能性があるが、これは、太古の人類においてもそうであったかも知れない。犬・猫・クモへの恐怖症は多いが、これらの動物は、太古の人類にとって、身体的脅威となりえたものである。生存する確率を高めるためには、フォールス・ポジティブ・エラー(危険に対して敏感であること)のほうが、フォールス・ネガティブ・エラー(危険に対して鈍感なこと)よりは望ましいかも知れない。進化は不安な遺伝子を支持しているのである。この考え方は社会的危険にも当てはまることのできる。人間は社会的動物であり、生存のために他者に頼らざるを得ないので、仲間はずれに対して生得的な恐怖を持つようになったのかも知れない。この点で、不安の機能は、痛みの機能に似ている。すなわち、痛みを感じた時、痛みを止めるように動機づけられる。同じく、不安も脅威を排除するように動機づける反応とみなせる。

③生物学的な準備性理論

進化論的な考え方をとるのがSeligmanの生物学的な準備性(Biological Preparedness)の理論である(Seligman, 1971)。すべてのものが恐怖の対象になるわけではない。不安の対象となりやすいものと、なり難いものがある。犬・猫・クモへの恐怖は他の対象に比べて出現率が高い。これに対し、車でスピードを出すことは明らかに危険であるにも拘わらず、スピード恐怖になる人はあまりない。こうした特定の状況に対する生物学的恐怖傾向のことをSeligmanは生物学的な準備性と呼ぶ。

④不安の要因ストレスモデル理論

不安をもたらすようなネガティブなライフイベント(Negative Life Event)は誰でも経験する。こうしたストレスが不安障害の引き金となる。また、同じネガティブなライフイベントを経験しても、不安障害になる人はごく一部である。したがって、もともと不安障害になりやすい人となりにくい人があると考えざるを得ない。不安障害になりやすい人の要因のことを不安の脆弱性と呼ぶ。こうした考え方は要因ストレスモデル(Vulnerability-Stress Model)と呼ばれ、不安以外

1) 注: Edmund J. Bourne, op. cit Pp.104-105.

の抑うつについても提案されている。不安の脆弱性をもたらす要因として、①幼児期の教育のあり方、特に親による罰の使用(Krohne, 1980)、②気質、特に変化への適応の個人差(Williams et al., 1985)、③パーソナリティ特性、特に神経質のようなものがあげられる。

2. 不安の持続理論(不安スキーマと予期の理論)

不安はどのように持続するのだろうか。多くの理論は、ネガティブで非現実的なことを予期することが不安を持続させるとしている。Mowrerの2要因理論では不安の持続を回避学習から考えるが、この回避の中では「予期」のメカニズムが含まれている。Gray(1982)は、海馬機能不全と考え、予期と不安を結びつけている。Reiss et al. (1985)は、期待理論(expectance model)を提出している。一方、予期をもたらすメカニズムとして、不安スキーマ(anxious schema)を重視する認知理論家も多い。不安スキーマは危険を予期させる。不安スキーマは、環境の一部に対する感度を高め、危険検出を促進させる働きをもっている。不安スキーマと予期については、①危険の生起確率を過大視させ、②恐怖の対象に注意を向け、③以前の不安経験を選択的に想起させ、④ネガティブな予期がおり、不安が持続すると論証されている。さらに、以下に詳記される。

①主観的確率—危険の生起確率を過大に予期するために、不安が続く。普通の人々は主観的生起確率(subjective probability)を低く考えているが、不安障害の人々は確率をずっと高く考えている(Butler & Mathews, 1983; Kent, 1985a)。主観的確率の変化が不安を強めるか、逆に、不安が強まるから主観的確率が変わるのか、その因果関係ははっきりしていない。おそらく不安が強いために、それを何回も予期することが原因であり、その結果として主観的確率が変わるといふべきかもしれない。

②不適切注意点—恐怖対象に注意を向けすぎるので、不安症状が持続する。不安症状には、注意焦点の不適切さ(Inappropriate focus of attention)がある。つまり、注意向けが不適当なために不安を予期させる。猫恐怖症のクライアントは、猫に異様に過敏になっている。外を歩いていても、ほかの人はほとんど気づかないのに、ものかげに潜る猫をすぐ発見してしまい怖がる。恐怖発作では、自分の身体状態に注意を向けすぎるし、対人不安では、まわりの人に注意を向けすぎるのである(Sartory, 1986)。人の情報処理容量には限度があるので、特定の刺激に注意を向けると、他の課

題がおろそかになる。Wine(1971)は、テスト不安の自己注目説を提出し、本来ならテストそのものに向けてべき注目を自己に向けてしまうことによって、テスト不安が生じるとしている。

③記憶の障害—以前の不安体験が思い出されるので、不安症状が持続する。不安スキーマによって、前の不安体験が選択的に思い出させられるようになり、不安を予期させ、記録・保持・再生という記憶の3過程ごとに、不安スキーマが影響することが考えられる。

- a. 記録：特定の恐怖刺激にいつも注意を向けていれば、それは記憶に記録されやすいだろう。
- b. 保持：スキーマは記憶の再体制化に影響する。不安スキーマが活性化すると、昔の不安体験は、その時に体験した以上に不安なものとして思い出されるのである(Kent, 1985b)。
- c. 再生：不安な時は、昔の不安な記憶が再生されやすい。あるムードにある時はそのムードに一致する記憶の方が再生されやすい。この現象はムード一致効果(Mood-congruent effect)と呼ばれる。

④予期の神経学—海馬の機能不全が不安を持続させる。不安は海馬(Hippocampus)の機能不全である。海馬はいわば照合器(Comparator)であり、「環境の現実」と「予期」を照合している。つまり、環境について知覚情報と環境はこうなっているだろうという予期情報と照合し、「マッチか、ミスマッチか」を判定している。もし、予期の通りでないと、ミスマッチと判定され、個体は、それまで行った行動を抑制して、注意レベルを上げる。

Gray & McNaughton(2000)によると、海馬と不安は次のように関連する。第一に、海馬が過剰に活動すると、多くの項目をチェックしすぎ、照合を何回もくりかえす。これが「強迫症」にあたる。第二に、海馬がミスマッチを検出しすぎると行動の抑制が過剰になり、注意レベルが上がりすぎる。これが行動的には「不安」にあたる。

3. 不安の認知的行動療法

1) 三大認知療法

①エリスの論理情動療法

エリス(Ellis, 1962)の論理情動療法(Rational-Emotive Therapy)によれば、不適応の根底には、不合理な信念(Irrational Beliefs)がある。例えば、「私は何ごととも完璧にやるべきだ」といった「Should思考」「私はつねに一生懸命やらなければならない」といっ

た「Must思考」である。こうした信念は、ネガティブなライビイベントによって引き起こされることがある。情動療法では、クライアントの苦悩の原因となった信念を見つけ出し、その信念に直面させる。

②Beckの認知療法

Beckの認知療法もネガティブな思考が情動的苦痛の核となっていると考える (Beck & Emery, 1985)。しかし、対処の仕方を提示したり、ネガティブな思考を明らかにしてクライアントに直面させたりはしない。むしろ、クライアントと安定した治療関係を築くことを重視する。おもな治療法は質問法であり、「他の解釈はないのか」「この経験から何かを学ぶことが出来るだろうか」とクライアントに自問できるようにする。

③Meichenbaumのストレス免疫訓練

ストレス免疫訓練 (SIT: Stress Inoculation Training) は、不安の治療において重要である (Meichenbaum, 1977)。ネガティブ思考をクライアントに気づかせることを目指す点では同じであるが、ターゲットとするのは、クライアントの自己陳述 (self-statement) である。クライアントが何を自問自答しているかを分析し、その中でネガティブなものがあれば、あれをポジティブな思考に置きかえることによって、ストレス対処を目指すのである。

2) 恐怖症障害への認知行動療法

- ①過呼吸をくり返し、自発的な過呼吸状態を作りだし、恐慌発作と同じであることを体験から理解させる。
- ②過呼吸に対する認知が発作を引き起こすことを説明する。
- ③発作が起こったときに対処できるように、呼吸を落ち着かせる呼吸訓練を行なう。
- ④発作が起こったときに、自分の身体感覚を正しく解釈し、適切に認知できるように訓練しておく。
- ⑤恐慌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努める。

3) 空間恐怖への認知行動療法

- ①空間恐怖をどのように考えるべきか、クライアントに説明する。
- ②認知の再構成を行なう。出来事をどのように解釈するかによって、感情は違ってくるので、解釈を変えていくのである。
- ③過呼吸状態を実際に体験し、また呼吸コントロール訓練を行う。

4) 強迫性障害への認知行動療法

a) 強迫行為への行動療法

反応妨害エクスポージャー法 (exposure and response prevention) が用いられる。強迫行為を制止しながら、不安状況に直面させるものである。例えば、確認強迫者には、確認行動を制止し、確認が済んだという安心感を与えないようにする。こうしたことによって現実的には破局が生じないことを観察させるのである。これをくり返して、強迫行為が必要ないことを実証させる。

b) 強迫観念への行動療法

- ①思考中止法 (thought stopping) 強迫観念に集中させ、その後「ストップ」と声をかけて思考を中断させるものである。
- ②馴化法 (habituation) 強迫観念について、例えば60分間、休みなく考え続け、それに慣れてしまう方法である。

5) 強迫観念への認知行動療法

サイクリングや、友たちの家に遊びに行く気晴らし活動 (distracting activity) など。また、悩んでもよい時間を設定して、それ以外の時間に悩みが生じた場合は、悩んでもよい時間がくるまで、悩むのを延期して悩みをコントロールする。

IV 不安の測定

精巧な尺度は、次のような条件を満たさなければならない (Anastasi, 1990)。第一、尺度は個人差を測定するための道具なので、個人差の弁別性 (discriminate) が高い尺度、第二、信頼性 (reliability) の高い尺度、第三、測定しようとしたことを正確に測る妥当性 (Validity) が高い尺度、第四、標準化 (standardization) を経ている尺度である。

1. 質問紙による不安の測定

①状態-特性不安質問紙 (State-Trait Anxiety Inventory)

Spielberger et al. (1983) の不安理論に基づいて開発されたものであり、現在最も使われる。状態不安 (State Anxiety) は、その時の状況に対する反応としての不安であり、「いらいらしている」「緊張している」といった20項目をあげ、たった今、この瞬間に自分に当てはまるものを調査対象者に選ばせる。特性不安 (Trait Anxiety) は安定した人格特性としての不安であり、「疲れやすい」「泣きたいような気持ちになる」

といった20項目をあげ、ふだんどのくらいの頻度でおきるかを調査対象者に問う。

②テスト不安尺度 (TAS: Test Anxiety Scale)

マンドラーが作ったテスト質問紙 (TAQ: Test Anxiety Questionnaire) である。大切な試験を受けた時、「周りの生徒はなんて頭がよいのだろうと考えてしまう」といった37項目をあげ、「はい」「いいえ」の2件法で答えるものである。

テスト不安が情動的反応を伴う身体的不安とイメージ的思考を中心とする認知的不安の2側面を含む概念であるに対して、心配は認知的成分のみを示す(Mathews, 1990)。心配を測定する最も広く使われている質問紙は、PSWQとWDQである。PSWQは、GAD患者や臨床家の記述を元に作成されており、病理的な(pathological)心配を測定する質問紙である。杉浦・丹野(2000)や林・松見・林(2002)により日本版が作成され、信頼度と妥当性が確認されている。一方、WDQは一般の人達から集めた項目から作成されており、非病理的な(normal)心配の程度を測定するとされている。WDQは、5つの下位尺度「relationship: 関係性」「Lack of Confidence: 自信の欠如」「Aimless Future: 未来への目的の無さ」「Work Incompetence: 仕事への不適応」「Financial: 生計」からなる。

③苦痛思考質問紙 (DTQ: Distressing Thought Questionnaire)

Clark & Silva (1985) が開発した不安と抑うつ認知を測定する質問紙である。DTQでは頻度(どのくらいの頻度で思考が浮かぶか)だけでなく、悲観度(どのくらい悲しくなるか)、苦痛度(どのくらい悩ませるか)、非容認度(どのくらい耐えられるか)など多次元的に測定できる。項目は6つの不安思考と6つの抑うつ思考からなる。

④不安思考質問紙 (ASSQ: Anxious Self-Statement Questionnaire)

先行研究で重要とされた思考内容をリストアップ、調査対象者に経験したものをチェックさせている。

⑤多次元抑うつ不安症状尺度 (Multidimensional Depression and Anxiety Symptoms Scales: MDAS)

佐藤・安田・児玉(2001)により作成されたMDASでは、① ポジティブ情動の低下または無快楽症(抑うつで低下する喜び、興味、充実感、自己や将来に対するポジティブな評価を含むポジティブ情動の低下)、②ネガティブな情動または全般的ディストレス(抑うつ

つと不安に共通する心配、懸念、苦悩、焦燥、自己や将来に対するネガティブな評価を含むネガティブな情動ならび全般的なディストレス)、③生理的覚醒(不安特有の窒息感、動悸、発汗などの自律神経系症状)という3つを測定対象としている。

2. 面接方法による不安の測定

①半構造化面接法

クライアントに質問することによって不安観念を引き出す方法。この面接方法は2つの難点がある。第一、面接者が求めている答えをクライアントが察知し、本当にそのような観念を持ったことはないにもかかわらず、それを答えてしまう要求特性(demand characteristics)の可能性がある。第二、面接者が質問を出しつづけていけば、危険をテーマとする観念がいつか出てしまう可能性がある。

3. 自由再生法による不安の測定

①思考列挙法 (thought listing)

不安喚起状況の中で、調査対象者が何を考えているのか言語報告させる方法である。

②発話思考法 (think aloud)

調査対象者に課題を与え、それを遂行する間に考えたことを声に出して言ってもらう方法である。

③ 思考サンプリング方法 (thought sampling)

ランダムな間隔で合図が提示され、調査対象者は、その時の思考内容について報告する。

④思考モニター方法 (thought monitoring)

不安や緊張を感じるものがあつたら、その直前に何を考えたか思い起こして、用紙に記録を求める方法である。

4. 実験技法による不安の測定

①ストロープ課題 (Stroop color-naming task)

いろいろな色が書かれた単語を提示、その単語を読ませるのではなく、単語の色名を答えさせるテストである。色と関係ない単語を提示した場合、調査対象者は単語の色を早く答えることができる。しかし、色と関係した単語を提示した場合、調査対象者の反応は長くなる。つまり、色と関連した単語の意味(青)に注意を向けられ、色名(赤)への注意が減ったのである。そのため、課題への反応時間を遅らせたのである(干渉効果)。恐怖単語への注意が向けられ、色名への注意が減り、課題に干渉して反応時間が遅かった。ストロープ課題の干渉効果を、恐怖症の客観的な指標とし

て使うことができる (Watts et al., 1986)。

②ダイコティック・リスニング課題 (Dichotic listening: 両耳離聴課題)

調査対象者はヘッドフォンをつけ、右耳と左耳のどちらかに注意を向けている。右耳と左耳には、別の単語が提示される。調査対象者は、決められた単語を聞き取ったら、すぐの復唱しなければならない。ふつう注意を向けていない耳に提示された単語を聞き取るとは難しくなる。ところが、個人的に重要な単語を提示すると、注意を向けなかった耳でも聞き取れるのである。全般的な不安障害者と健常者を対象としてダイコティック・リスニング課題で比較した結果、全般的な不安障害の人では、中立単語よりも恐怖語のほうが検出の反応が長かった (Mathews & MacLeod, 1986)。このように、ダイコティック・リスニング課題は、意識の下で行われている恐怖の認知を測定することが可能である。

V 結論

不安は意識世界の混乱状態であり、混乱状態は心理的または精神的脅威の結果により発生される。DSM IVに基づいて分類した不安障害の類型は、恐慌障害、広場恐怖症、社会的恐怖症、単純な恐怖症、一般不安障害、強迫観念的障害、外傷後のストレス障害等々である。不安を持続させる原因として、幼い頃の環境があげられている。不安障害者の親は児童の主張を抑圧する傾向があり、児童に対する批判的態度、高すぎる要求水準、懸念、心配が、児童に世の中は危険な場所であると思込ませ、その結果、広場恐怖症が現れることもある。誤った信念による否定的独り言葉、両親の虐待、過保護、批判、怒り、欲求挫折、悲しみ、自分の感情を率直に表現できない自己主張の不足は不安を招き、不安を持続させる。また、極度の精神的緊張感がある生活、体の疲労、生の目標を見出せない時、自分の潜在力の足りなさを感じる時にも、恐怖症や不安が持続される。

不安治療方法としてよく使われる方法は、行動療法のエクスポージャー法、活発な運動、良好な栄養習慣、否定的言葉に対する抵抗などがある。特に、恐慌障害、広場恐怖、社会的恐怖、強迫症障害を乗り越えるために、身体的、行動的、情緒的、精神的面に自我調整を適用した治療法がある。普通、恐怖は5-30分内に消えるため、激しい恐怖感が来る時「消えていくものである」と状況を受容し、回避しないことが大切なことである。目標を達成しようとする執着を諦めようとす

る心構えも不安治療の一つの方法になる。

本論文では、不安障害の診断、不安の心理的原因及び持続と治療法に対して一般的傾向を展望した。今後の課題として専門的に詳細な経験を基に行なわれる多様な臨床的研究が必要と思われる。不安を誘発する刺激条件や学習条件の改善、または不安を抑制して行くことによって、不安による社会問題は大きく減少していくと考えられる。

引用文献

- American Psychology Association 1993 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, D.C.: Author.
- Anastasi, A. 1990 *psychological testing*. (6th Ed.) New York: Macmillan.
- American Psychology Association 1994 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association. (高橋三郎・大野 裕・染矢俊幸 訳 1996 *DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル* 医学書院)
- Beck, A.T., & Emery, G. 1985 *Anxiety Disorder and Phobia: A Cognitive Perspective*, New York: Basic Books.
- Butler, G., & Mathews, A. 1983 Cognitive processes in anxiety, *Advances in Behavior Research and Therapy*, 5, 51-62.
- Clark, D.A., & de Silva, P. 1985 The nature of depressive and anxious intrusive thoughts: distinct or uniform phenomena?, *Behavior Research and Therapy*, 23, 383-93.
- Gray, J.A. 1982 *The Neuropsychological of Anxiety: Enquiry into the Functions of the Septo-Hippocampal System*, Oxford: Clarendon Press.
- Gray, J.A., McNaughton, N. 2000 *The Neuropsychological of Anxiety*. 2nd ed. New York: Oxford University Press.
- Dozois, D., & Dobson, K.S. 2001 Information Processing and cognitive organization in unipolar depression: Specificity and co-morbidity issues. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 236-246.
- Ellis, A. 1962 *Reason and Emotion in Psychotherapy*, New York: Lyle Stuart.

- Freud, S. 1959 *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*, N.Y.: W.W. North & company, Inc, 4-9.
- 林 寛子・松本淳子・林 敬子 2002 「心配」の測定: Penn State Worry Question (PSWQ) 日本版の信頼度妥当性 日本心理学会第66回大会発表論文, 280.
- Jung, I.H. 1972 欲求不満に関する不安の心理的機材における考察 *The College Education of Mokpo University* 論文集, 8, 2-3 (In Korean).
- Kent, G. 1985a Cognitive processes in dental anxiety, *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 259-64.
- Kent, G. 1985b Memory of dental pain, *Pain*, 21, 187-94.
- Kim, Ch.J. 1980 不安の概念と測定に関する研究 *The College Education of Sangmyung University* 論文集, 8, 220-221 (In Korean).
- Krohne, H.W. 1980 Parental child-rearing behavior and the development of anxiety and coping strategies in children, in I. G. Sarason and C.D. Spielberger (Eds.) *Stress and Anxiety*, 7, London: Hemisphere.
- Lang, P.J. 1971 The application of physiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. In A.E. Bergin, & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: Wiley. 125-175.
- Lee, A.H. 1976 不安に関する考察 学生生活研究 第10 淑明女子大学 学生生活研究所, 89-90 (In Korean).
- Mathews, A., & MacLeod, C. 1986 Discrimination of threat cues with out awareness in anxiety states, *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 131-8.
- Mathew, A. 1990 Why worry ? The cognitive function of anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 28, 455-468.
- Meichenbaum, D.H. 1977 *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*, New York: Plenum.
- Mower, O.H. 1960 *Learning Theory and Behavior*, New York: Wiley.
- Reiss, S., & McNally, R. 1985 Expectancy model of fear, in S. Reiss and R. Bootzin (Eds.) *Theoretical Issues in Behavior Therapy*, New York: Academic Press.
- 佐藤・安田・児玉 2001 3要因モデルに基づく, 抑うつならびに不安症状の分類—多次元抑うつ不安症状尺度の作成— *The Japanese Journal of Personality*, 10, 15-26.
- Sartory, G. 1986 Effect of phobic anxiety on the orienting response, *Behavior Research and Therapy*, 24, 251-61.
- Seligman, M.E.P. 1971 Phobias and preparedness, *Behavior Therapy*, 2, 307-20.
- Sieber, J.E., O'neil, H.F., & Tobias, S. 1979 *Anxiety Learning and Instruction*, Lowrence Erlbaum Associates, Publishers Hillsdale, New Jersey, 12-13.
- Spielberger, G.D., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G. 1983 *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press.
- 杉浦義典・丹野義彦 2000 強迫症状の自己記入式質問表—日本版padua Inventoryの信頼度性と妥当性の検討 季刊精神科診断学, 11, 175-189.
- Watts, F.N., McKenna, F., Sharrock, R., Trezise, L. 1986 Color-naming of phobia-related word, *British Journal of Psychology*, 77, 97-108.
- Williams, J.M.G., Murray, J.J., Lund, C., Harkiss, B., de ranco, A. 1985 Anxiety in the child dental clinic, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 305-10.
- Wine, J. 1971 The Anxiety and direction of attention, *Psychological Bulletin*, 76, 92-104.