

異常心理学概説

臨床心理学と異常心理学

- 臨床心理学の実践活動においては、臨床心理アセスメントと介入がその両輪である。
- この臨床心理アセスメントの作業を有効に行うための参照枠を提供する学問体系が、異常心理学。
- 異常心理学のテーマ：心理的異常。
 - 心理的異常とは何か。
 - 心理的異常をどのようにテーマにするのか。

心理的異常の多元性

- 適応的基準：適応 - 不適応
 - 所属する社会での生活が円滑にできない場合。
- 価値的(理念的)基準：規範 - 逸脱
 - 判断のための理念体系に基く規範から逸脱した場合。
- 統計的(標準的)基準：平均 - 偏り(心理テスト)
 - 集団の中で平均からの偏奇の度合いが強い場合。
- 病理的基準：健康 - 疾病(DSM診断)
 - 精神病理学に基く医学的判断で疾病と診断された場合。

異常心理学と精神病理学

- 異常心理学
 - 心理的な正常と異常の多元的な基準
 - 基準毎の心理的問題のアセスメント技法や研究法
 - 異常行動の形成に関する心理学的な理論モデル
- 精神病理学
 - 病理的基準という枠組みに特化した診断分類に関する学問
 - 異常行動の形成に関する生物学的な理論モデル

心理学的な理論モデル

- 様々な理論モデル毎に、心理的問題発生に関する特有の説明仮説がある
 - 精神分析療法(14回): 自我・超自我・イド
 - 分析心理学(14回): 意識と無意識の相補性
 - クライエント中心療法: 自己概念と経験の不一致
 - 行動療法(12・13回): 学習理論
 - 認知行動療法(12・13回): 学習理論 + 情報処理理論
 - 家族療法(14回): システムズ・アプローチ
 - コミュニティ心理学: 環境要因と個人的要因の相互作用

心理機能の異常としての精神症状

- 知覚の異常: 錯覚、幻覚
- 思考の異常: 過程(観念放逸、思考制止、連合弛緩、滅裂思考、思考途絶)、体験(強迫観念、恐怖症、思考干渉)、内容(妄想)
- 記憶の異常: 記銘(意識障害、知能低下、気分障害)、追想
- 知能の異常: 精神遅滞、痴呆(認知症)
- 自我の異常: させられ体験、多重人格、離人症、考想伝播
- 感情の異常: 抑うつ気分、高揚気分、不安、アンビバレンス、感情鈍麻、気分変動
- 欲動・行動の異常: 精神運動抑制、精神運動興奮、食欲、性欲、アパシー、無為、混迷、常同性

精神障害の診断分類体系

- クレペリンは、身体疾患と同様の考え方に基づいて精神疾患の分類体系を構築した。
- DSMは、心理機能を基本単位に分け、その機能の障害を精神症状とし、その症状のまとまりで精神障害を分類。

(下山晴彦, 2003)

伝統的診断分類体系 [病因論]	DSM-IV [症候論]
外因性精神疾患* (1)脳器質性精神病(脳疾患) (2)症状精神病(脳以外の疾患) (3)中毒性精神病(有害物質)	第1軸 (1)幼小児期または青年期の精神障害 (2)せん妄、痴呆、健忘等の認知障害 (3)一般身体疾患による精神疾患 (4)物質関連障害 (5)精神分裂病および他の精神病性障害 (6)気分障害 (7)不安障害 (8)身体表現性障害 (9)虚偽性障害 (10)解離性障害
内因性精神疾患 (1)精神分裂病 (2)躁うつ病 (3)非定型精神病, その他	(11)性障害および性同一性障害 (12)摂食障害 (13)睡眠障害 (14)衝動制御の障害 (15)適応障害
心因性精神疾患 (1)神経症 (2)心身症 (3)心因精神病	第2軸: 人格障害, 精神遅滞 第3軸: 一般身体疾患 第4軸: 心理社会的および環境的問題 第5軸: 機能の全体評定
異常性格	
精神遅滞	
* () 内は病因を示す	

精神障害の国際的診断基準

- DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision): アメリカ精神医学会の診断基準
- ICD-10 (International Classification for Disease, 10th Revision): 世界保健機構 (WHO) の診断基準
- M.I.N.I. (Mini International Psychiatric Interview): DSM-IV及びICD-10に準拠した精神疾患簡易構造化面接法

一定の診断基準を使用する意義

- 専門家、関連職種の間で、共通言語を持つことができる。
- それぞれの疾患に対して、臨床上有用な(経過や治療反応性に関する)知識と経験を蓄積し共有できる。
- 教育学習効果を高めることができる。
- 実証的研究を蓄積することによって、診断基準自体を改訂することが可能になる。

DSMの開発と発展

- DSM-I (1952)、DSM-II (1968)、DSM-III (1980)、DSM-III-R (1987) の刊行に引き続き、1994年に発表され、2002年解説部分のみ改定。
- DSM-IIIに至り、各精神障害毎に操作的診断基準が設定され、また多軸評価システムが採用されたことにより、アメリカ国内のみならず世界的に広く用いられるようになった。
- 「国際的疫学研究には過去との整合性を重視し伝統的診断名を包含したICD-10を、研究や臨床にはデータが豊富なDSM-IVを」。

多軸評価システム

- 多軸(多面的)評価システムを用いており、以下の5つの面から生物・心理・社会的に評価を行う。
 - 第1軸 - 臨床疾患・臨床的関与の対象となることのある他の状態(病理的基準)
 - 第2軸 - パーソナリティ障害・精神遅滞(病理的基準)
 - 第3軸 - 一般身体疾患
 - 第4軸 - 心理社会的および環境的問題(適応的基準)
 - 第5軸 - 機能の全体的評価(適応的基準)
- 精神障害の診断と分類に関わるのは第1軸と第2軸のみであり、どちらもカテゴリカルモデルに基づく分類法である。

記述定義

- 症候論的ということ。
- 臨床像の記述により各疾患を定義する。
- 臨床像の記述は、容易に確認できる行動の徴候や症状、例えば、失見当識、気分の障害、精神運動興奮などで成り立っており、観察者側の解釈は最小限しか必要とされない。
- しかし、パーソナリティ障害などの診断においては、観察者側の解釈の必要性がより大きいとされている。その場合、ある診断基準を満たすかどうかは、結局、“臨床家の判断”に任せられている。

操作的診断基準と多神論的診断様式

- 操作的診断基準：複数の特徴的病像が認められるかどうかで操作的に診断を下す。
- 多神論的診断様式：複数の診断基準のうち、一定の数以上を満たすことで診断を確定する。
 - 各診断カテゴリーに含まれるケースが均一なものでないことの認識に基づいている。
 - 各々の診断基準を全て満たさなければ診断できないという一神論的様式よりも診断の信頼性を高めるとされている。

無理論的立場

- 無価値的ということ。
- 記述的、操作的な立場に基づき、各疾患の病因、病態生理学的過程に関しては、十分に解明されているもの(器質性精神障害と適応障害)を除き特定の理論に準拠しない。
- したがって、“神経症”、“心身症”といった診断分類も採用しない。

実際に使用されるツール

- MINI-D：操作的診断基準集で臨床現場で活用。
 - 米国精神医学会(編)、高橋三郎ほか(訳)：DSM IV TR 精神疾患の分類と診断の手引。医学書院、2002
- マニュアル：診断基準に加えて、診断的特徴、関連する検査所見、文化・年齢・性別に関する特徴、有病率、病型と経過、家族発現様式、鑑別診断などの豊富なデータの記述あり。
 - 米国精神医学会(編)、高橋三郎ほか(訳)：DSM IV TR 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院、2002
- パーソナリティ障害用構造化面接
 - M.B. ファーストほか(著)、高橋三郎ほか(訳)：SCID II DSM IV 2軸人格障害のための構造化面接。医学書院、2002

Bさんの場合

- 心理検査
 - BDI-Ⅱ:6点(正常範囲)
 - STAI-S:58点、T:51点(状態、特性とも高不安状態)
- 問題リスト
 - 腹痛(排便によって軽快する)
 - 下痢(繰り返し起こる、血便はない)
 - 乗り物恐怖(腹痛、下痢が怖くてすぐに降りる、朝の満員の通勤電車だけ)
- DSM-Ⅳ 診断
 - .パニック障害の既往のない広場恐怖、身体疾患に影響を与える心理的要因、.パーソナリティ障害:なし、.身体疾患:過敏性腸症候群、.心理社会的ストレス要因:新人の指導、.社会適応度:65点