

## Salkovskisの強迫症モデル及び治療技法に関する研究の展望

矢野, 宏之  
九州大学大学院人間環境学府

黒木, 俊秀  
九州大学大学院人間環境学研究院

<https://doi.org/10.15017/2233868>

---

出版情報：九州大学総合臨床心理研究. 10, pp.77-82, 2019-03-27. 九州大学大学院人間環境学府附属総合臨床心理センター  
バージョン：  
権利関係：

# Salkovskisの強迫症モデル及び治療技法に関する研究の展望

矢野宏之 九州大学大学院人間環境学府 / 黒木俊秀 九州大学大学院人間環境学研究院

## 要約

本研究の目的は、強迫症への認知行動療法モデルの一つであるSalkovskisのモデルについて、その後の実証的研究の動向及び現在のモデルの修正状態、治療技法の発展について展望することであった。モデルについては、強迫症の認知・行動的特徴の重要要因を、侵入的に生じる強迫観念、中和化と呼ばれる強迫観念を無効化する試み、逆効果の対処行動、認知的バイアス、強迫観念に対する解釈にわけて展望を行った。その結果、Salkovskisのモデルには含まれていなかった認知・行動的特徴がその後の研究により、モデルに組み込まれていることが示された。また、強迫症への治療技法としては、暴露反応妨害法と行動実験のどちらが優れているかについての論争があった。その後、暴露の方法は、制止学習による暴露として統合されることになった。制止学習による暴露は暴露に関する実験的研究から生み出された効率のよい暴露の方法である。制止学習による暴露は、暴露反応妨害法および行動実験を統合した新しい治療技法である。

キーワード：強迫症、認知行動療法、制止学習による暴露

## I. はじめに

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)によれば、強迫症とは強迫観念とそれを打ち消す強迫行為に特徴づけられる精神疾患である。現在の所、強迫症の下位分類として、①確認を繰り返す確認強迫症、②タブーに関する想像が止められない想像型強迫症、③整理整頓や納得を過度に追求する整理整頓強迫症、④手洗い・汚染に関する洗浄強迫症の4つが主要な強迫症の下位分類である (Foa & Wilson, 1991; Mataix-Cols et al., 2005; Rosario-Campos et al., 2006)。

強迫症への代表的な認知・行動的モデルとしてはSalkovskisによるモデルがある。それまで、強迫症は条件づけによる病理を想定した行動モデルが一般的であった。しかし、Salkovskis (1985)は、強迫症の中核症状を、強迫観念に対する解釈であると考えた。例えば、「ドアが空いているかもしれない」という強迫観念に対して強迫症者は、『非常に、恐れるべき問題が起こっている』と脅威を拡大して解釈してしまう。Salkovskisのモデルは、このように強迫症の認知的側面を中心としたモデルのため、認知モデルと呼ばれる。さらに、このモデルでは、強迫観念に対する解釈の後に中和化・逃避行動と呼ばれる不安を低減する行動を取ると想定された。

また、強迫症の行動的モデルにおいては、暴露反応妨害法を主な治療技法にしていたが、Salkovskisによる認知モデルでは、行動実験を中心的な技法とした。暴露反応妨害法とは、強迫症者の不安対象に対して直面する治療であり、行動実験とは体験を通して、強迫症者の認知の修正を行う技法である。強迫症者の治療に行動実験が用いられ始めた結果、暴露反応妨害法と行動実験の治療成績・効率に関する比較研究が行われるようになった (Foa, 2010)。

近年、強迫症には不安症に見られない認知・行動的特徴を持つことが分かってきた (Abramowitz & Jacoby, 2014)。Salkovskis自身もモデルを改定し、Bream et al. (2017)が報告したモデルが最も新しいモデルになる。このモデルでは、強迫症の症状を維持する要因として、侵入的に生じる強迫観念、中和化と呼ばれる強迫観念を無効化する試み、逆効果の対処行動、認知的バイアス、強迫観念に対する解釈 (信念)が上げられている。

そこで、本稿では、Salkovskis (1985)が想定した強迫症状を維持する認知・行動的特徴について、その後の研究によって

どのように考えられるようになったのか、認知行動療法としての技法がどのように変化したかについて展望を行う。

## II. 認知モデルにおけるその後の研究

Salkovskis (1985)は、強迫症の症状を維持するものとして、強迫観念と中和化及び逆効果の対処行動との悪循環を仮定している。この悪循環を更に促進する要因として、認知的バイアス及び信念の役割が指摘されている。ここでは、それぞれの要素ごとに展望を行う。

### 1. 強迫観念

強迫観念とは強迫症を持つものにとって不快な感情を生じさせるものである。これまで、Salkovskis (1985)では、「手が汚れているのではないか」等のように言語化できる強迫観念が中心であった。しかし、Coles et al. (2003)により、「びったりではない感覚 (not just right experiences; 以下, NJREs)」という言語を介さない強迫観念が報告された。NJREsとは、強迫症者が考える理想的な状態と目の前の状況に解離がある状態に生じる感覚である。例えば、ものが雑然と並んでいる、家具が左右対称におかれていないなどの状況で生じる。これまで、整理整頓強迫症は強迫行為のみを持つと考えられており、Salkovskis (1985)では説明できないとされてきたが、NJREsの発見により説明可能となった。

また、Salkovskis (1985)において、強迫観念そのものが強迫症の病理ではなく、強迫観念に対する解釈が強迫症の病理であるという見解が示されたものの、調査研究による根拠はなかった。その後、Berry & Laskey (2012)が、強迫症者の強迫観念の内容について調べた調査研究をレビューし、強迫症者の強迫観念の内容には、健常者に比べて暴力的/攻撃的であり奇妙なものがみられるものの、健常者と連続していることを示した。この事により、Salkovskis (1985)における見解が正しいことが示された。

### 2. 中和化

Salkovskis (1985)では強迫観念の脅威を無効化する行動が中和化であると定義され、手洗い・確認などの強迫行為が想定されていた。しかし、その後の研究により、中和化は手洗い・確認などの強迫行為以外の行動も存在していることが指摘されている。以下の3つの行動は、Bream et al. (2017)における

表1. 精神的強迫行為リスト

行為	具体的な内容
自己再保証	自分自身に対して大丈夫だと言いつけさせる
同じ方法で特別な祈りを繰り返す	「神様」と唱える。お呪いを心のなかで唱える
願う、「～であるはずだ」と考える	あれは違うものであるはずだと言いつけさせる / 祈る
特定の言葉、数字、イメージを繰り返す	「綺麗」「7」「美しいイメージ」などを思い浮かべる
頭の中で数える	見えるものの数を数える
頭の中でリストを作る	頭のリストを作る
考え・感情・会話・行動をふりかえる	自分がとった行動や、その時の考え、行動を思い出して確認する
好ましくないイメージを打ち消す	注意をそらそうとする。嫌な考えを否定する
頭の中でやり直す	自分が特定の行為をやり直していることを想像する

Foa et al. (1995), Salkovskis (1989), Silva (2003), Clark (2004), Abramowitz & Houts (2005), Challacombe et al. (2011), Hyman & Pedrick. (2010), Gillihan et al. (2012) をもとに作成

モデルに組み込まれた重要な行動である。

第一に、精神的強迫行為と呼ばれる強迫症者の頭の中で完結する強迫行為が指摘されるようになった(表1)。精神的強迫行為の中で最も知られている行為は、頭の中で記憶を頼りに確認するメンタル・チェックングである。しかし、表1にみられるように、様々な種類の強迫行為が存在する。このような精神的強迫行為は全ての下位分類に存在する(Rosario-Campos et al., 2006)。また、実証的な研究はないが精神的強迫行為への対応が不十分であると認知行動療法の治療が奏功しないことが言われている(Gillihan et al., 2012)。そのため、精神的強迫行為は強迫症の病理を考える上で重要な要因となる。

第二に、再保証を求める行動(Reassurance-Seeking Behavior)である(Bream et al., 2017)。再保証を求める行動とは、自分自身で中和化が完了しない場合に自分以外の対象を媒介して中和化を行う行動である。Kobori & Salkovskis (2013)は、再保証を求める行動についての質問紙を作成し、因子分析を行った。その結果、再保証を求める行動には、①家族などの身近な人に対して確認を求める、②セラピストなどの専門家に保証を求める、③自分自身で再保証を行う、④インターネットや本によって安心できる保証を探すの4つの因子があることを示した。この再保証を求める行動により強迫症を持つ家族の心理的負担が高くなり、(Ramos-Cerqueira et al., 2008; Steketee, 1997)、強迫症者の症状を維持し、重症化する要因になる(Lebowitz et al., 2012)。

第三に、強迫観念が反復的に侵入し続け、強迫観念について考え続ける強迫的反芻(obsessional rumination)があげられる(Rachman et al., 1971)。この強迫的反芻は、想像型強迫を中心とした強迫症では中心的な強迫行為になる(Lee & Kwon, 2003)。Salkovskis (1989)は、強迫的反芻に対して、強迫観念を含んだ恐怖を喚起させる録音テープを繰り返し聞かせることで、強迫症者の精神的強迫行為を妨害し、強迫症者の恐怖を低減させることに成功した。その結果、強迫的反芻は、強迫観念とそれを打ち消す精神的強迫行為の連鎖によって生じている複合的な行動であると結論付けられた。

### 3. 逆効果の対処行動

Salkovskis (1985)は、逆効果の対処行動の一例として、恐怖場面からの逃避をあげている。この時点では、恐怖場面に直面しているか否かは考慮されていないことになる。しかし、Bream et al. (2017)において、回避行動と明確化された。回避行動は恐怖場面に直面する前に恐怖場面を避ける行動であり、恐怖場面に直面しないことになる。この背景には、回避行動は強迫症の59.7%が持っている症状であり(Starcevic et al., 2011)、

強迫症の症状を維持する重要な行動であるとする認識が広まったことが影響している。

また、強迫症者は、強迫観念が浮かんできた場合、その強迫観念から注意をそらし、強迫観念を抑制しようとする行動を行う。Bream et al. (2017)は、この行動を逆効果の対処行動としてあげている。Purdon (1999)は、強迫観念を抑制することで強迫観念の出現頻度が増える現象を思考抑制(thought suppression)と名付けた。この思考抑制は、その後の実験によって検証され、現在は強迫症の悪循環の一つとして認識されるようになっている(Purdon, 1999)。

### 4. 認知的バイアス

認知的バイアスとは、強迫症者が心配する内容を支持する情報を選択的に収集し、自分の心配に対する予測が正しいと思いつ込んでしまう過程である。Hezel & McNally (2016)は、これまでの認知的バイアスに関する実験研究をレビューし、注意と記憶の認知過程において認知的バイアスが生じていると結論付けている。

注意については、感情的ストループ課題が主な実験課題として用いられている。通常のストループ課題において、被験者は提示された文字の色を答えさせられる。その際に、文字情報が干渉し、被験者の回答が遅延することが知られている。感情的ストループ課題では、強迫症者が脅威に感じる単語の処理が干渉効果を持つと仮定し、ストループ課題を行う。具体的には、「私は、殺人者だ」などのように強迫者にとって脅威に感じる文字列の色を答えるように求められる。これらの実験的研究により強迫症者は脅威に関する情報処理が干渉効果を持つことが示された(Foa et al., 1993)。

記憶について、Tolin et al. (2001)は、強迫症者に対して、危険なもの、危険でないものを含んだリストを覚えてもらう実験を行った。確認強迫症者は、健常者に比べて、記憶の再生テストには問題がなかったが、頭の中での確認を繰り返すほど、自分自身の記憶に対する自信を失っていくことが示された。さらにこの傾向は、危険でないものよりも危険なものでより顕著であった。このような実験より、強迫症者の確認においては、正しい記憶内容を想起した場合であっても、その記憶が正しいという確信は低くなることが示された(Macdonald, et al., 1997)。

Salkovskis (1985)では、認知的バイアスは想定していなかった。しかし、このような実証的な研究により、Bream et al. (2017)においては、認知的バイアスが強迫症のモデルに組み込まれた。

### 5. 信念

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997)は、これまで報告されてきた強迫症の信念についての質問紙調査を

レビューし、以下の6カテゴリーが同定した。①拡大された責任：強迫症者の失敗により生じた結果に過剰に責任を感じてしまう。②思考の重要視：思考が自分の頭に浮かぶのであれば、重要な意味があると思ひ込むこと。考えていることが現実に起こるという認知的特徴を含む(Thought-Action Fusion)。③思考コントロールへの関心：自分の思考をコントロールしなければいけないという信念。④脅威の拡大視：脅威を拡大して考える。⑤不確定性への非耐性：不確定なことがある状態に不快感を覚え、確定させようとする。⑥完全主義：あらゆる問題に対する完璧な解決策があると信じる傾向。小さな失敗は、完全な失敗と同じである。

Salkovskis (1985) においては、強迫症が持つ信念の内容については同定されなかったが、Bream et al. (2017) においては、拡大された責任、脅威の拡大視が強迫症における信念としてモデルに組み込まれた。また、思考の重要視及び思考のコントロールへの関心は思考抑制と同一の内容であると考えられる。

一方、不確定性への非耐性及び完全主義は、Bream et al. (2017) においてもモデルに組み込まれていない。Abramowitz & Jacoby (2014) は、強迫的反芻、思考抑制、再保証を求める行動が不確定性への非耐性を介し強迫症状を維持する要因として重要な働きをしている可能性を指摘している。このように不確定性への非耐性の重要性は近年大きくなっている。そのため、今後のSalkovskisのモデルにおいて、不確定性への非耐性をどう扱うかは重要な課題であると考えられる。

また、その後の研究で、6つのカテゴリーに含まれない信念が発見されている。例えば、Tolin et al. (2004) は、鉛筆の先で汚染物質を触り、その汚物を触った鉛筆に更に別の鉛筆で触るといった操作を繰り返し、何本目の鉛筆まで汚染されていると感じているかを強迫症者と健常者で比較した。その結果、強迫症者には、「汚染物質と接触すると、汚染物質を取り除いても接触した物質は汚染され続けている」という共感呪術(Olatunji & McKay, 2009) と呼ばれる信念があることを示した。また、Rachman (1993) は、精神的汚染(Mental contamination) と呼ばれる、汚染物質と物理的な接触がないにもかかわらず汚染が広がるという認知特性の可能性を指摘している。このように、強迫症の信念に関する研究は、今後の実証的な研究の蓄積によ

りモデルに組み込まれていく可能性も考えられる。

### III. 迫症への治療法

#### 1. 暴露反応妨害法と行動実験

強迫症には認知行動療法の一種である暴露反応妨害法が推奨される(Koran et al, 2007; National Institute for Health and Care Excellence, 2006)。暴露反応妨害法とは、強迫症者が不安を感じる刺激に暴露する暴露法と、暴露法を実施している間に強迫行為を行わない反応妨害を組み合わせた方法である。暴露反応妨害には、平均して14.6%の治療脱落率、4.0%の治療拒否などの問題がある(Ong et al., 2016)。また、20%の強迫症に対して暴露反応妨害法は無効である(Foa, 2010)。Salkovskis(1985) は、暴露反応妨害法の問題を行動実験によって解決しようとした。行動実験とは、強迫症が持つ誤った信念を体験によって修正する方法である。その後、暴露反応妨害法及び行動実験のどちらが強迫症に対して有効であるかのランダム化無作為比較試験が行われたが、現在の所、暴露反応妨害法と行動実験の治療成績に差はみられない(Foa, 2010)。

#### 2. 制止学習による暴露

近年、強迫症への治療として制止学習(Inhibitory Learning)による暴露という新しい方法が提案されている(Arch & Abramowitz, 2015)。制止学習とは、学習心理学における馴化のメカニズムに対する新しい理論である。これまで、馴化は連合学習によるメカニズムを想定されていた。馴化の成立は中性刺激と恐怖との連合の解除であると考えられていた。しかし、制止学習では連合の解除ではなく、中性刺激が恐怖の到来を告げる刺激ではないと新たな学習を行うことであると想定し、この新たな学習が恐怖症状を制止するために馴化が起こると考える(Craske et al., 2014)。

Craskeは、制止学習のメカニズムに基づき、様々な実験により制止学習を促進する要因について検討した。その結果、導き出された暴露に関する知見を表2、表3に示す。この表の各項目に対応する参照される実験的研究がある(Arch & Abramowitz, 2015)。表2、表3に示したように、制止学習による暴露では、暴露反応妨害法における反応妨害と同様、暴露中の不安を下げようとする強迫症者の行動を抑制することが強調されている。

表2. 制止学習を最大化するために、セラピストが暴露中におこなったほうがよい行動としてはいけない行動

セラピストがしたほうがよい行動	セラピストがしないほうがよい行動
クライアントが持つ恐怖が生じる頻度と強度に関する悲観的な予測を繰り返さず。クライアントの悲観的な予測を5%以下にするために、ときに強度の高く長時間の暴露が必要になる。	恐怖の減少が起こる前に暴露をやめるべきではない
暴露する刺激や文脈を変える	暴露を単一の刺激、単一の文脈のみで行うべきではない。例えば、室内のみやセラピストがいる場合のみで行う
直線的に不安階層表を進めない(もしくは、階層表を使わない)	不安階層にしたがい、恐怖の小さいものから大きいものへ進めるべきではない
恐怖刺激、強迫観念などを組み合わせ、消去を複合的に行う	最初に単一刺激での暴露や、それぞれの刺激での暴露をせずに、複合的な暴露を行うべきではない
暴露中に何度も生理的な覚醒の頂点を経験し、恐怖を報告するように進める	恐怖の強度が直線的に減少すると説明する。それが理想であり予期されると説明しないほうがよい
恐怖や不確定に対する耐性を学ぶことを強調する	恐怖の減少が暴露中、セッション間によって生じると強調しないほうがよい
暴露中に経験する感情を言葉にさせる	暴露中に気ざらしを教えないほうがよい
安全信号、安全確保行動を除去するか減らす	クライアントが全ての安全信号、安全確保行動の除去を拒んだ場合、暴露が失敗すると想定しないほうがよい
セッション後や、セッション間において、クライアントが暴露によって身についた精神的耐性について伝える	制止学習は安全信号(例えば、リストバンド)などと結びつきやすいため、クライアントが暴露体験を繰り返し思い出すように練習させてはいけない。それは安全信号になってしまう
セッションの間隔を徐々に空ける、ブースターセッションを用意して間隔をあけていく	継続的な暴露や、安全確保行動の除去をせずに週1回の集中した暴露を行わないほうがよい

表3. 制止学習を最大化するために、クライアントが暴露中におこなったほうがよい行動としてはいけない行動

クライアントがしたほうがよい行動	クライアントがしないほうがよい行動
クライアントは、暴露中に起こるであろうネガティブな出来事の頻度と強度の予測を正直に述べる必要がある。予測を超えるまで、暴露を継続させ、何度も暴露を行なう必要がある。より強く、頻繁に驚くほうがよい。	クライアントは恐怖の減少がすぐに起こると予測しないほうがよい。また、それを目的にするべきではない。
クライアントは、様々な種類の恐怖刺激、可能な限り様々な文脈へ暴露する必要がある。また、セラピストがいるときでないとき、一人でセラピストではない人(友人、家族、他人)と一緒に暴露する必要がある。	クライアントは、暴露を行うのに、セラピストと一緒にセッション中に行う暴露や、セラピールーム内の暴露では不十分であることを知っているほうがよい。クライアントは、セラピールームを出て、実生活の多様な文脈や、様々な文脈での多様な恐怖刺激へ暴露される必要がある。
制止学習を促進させるために、セッション間及びセッション内において、クライアントは恐怖刺激・恐怖状況をランダムに経験する必要がある。例えば、中度の恐怖刺激、軽度の恐怖刺激、強度の恐怖刺激などのように。	セッション間及びセッション内において、クライアントは、暴露の対象を恐怖が少ないものから強いものへと直線的に進めないほうがよい。
長期的な学習を促進するために、単一刺激への暴露が終わった後に、クライアントはそれらを組み合わせた暴露を行なう必要がある。例えば、オーガニックではない石鹸で手を洗い、その後すぐにオーガニックではないブルーベリーを食べる。	クライアントは単一刺激の暴露が終わるまで、複合的な刺激への暴露を行うべきではない。
暴露中、クライアントは恐怖刺激・文脈との相互作用で生理的な覚醒と恐怖の頂点を繰り返し体験したほうがよい。例えば、オーガニックではないブルーベリーを一粒食べ、同じ暴露の中で、一握みのブルーベリーを食べることで何度も頂点を体験する。	クライアントは暴露を不安低減のためだけに用いないようにする。例えば、ブルーベリーを食べ、暴露中に不安が低減するのを待つ。
クライアントは、暴露の目的を現実世界(化学物質でまみれた世界)で起こっている恐怖と不確定に対する耐性を身につけ、それらと共に生活していくことを目標とする必要がある。そのため、クライアントが暴露によって強い恐怖を感じ、恐怖が急上昇した場合、そこから逃げ出したり、安全確保行動を取ろうとする衝動に抵抗する必要がある。そして、恐怖と不確定性に耐えることで、強迫症から回復し長期的な学習を促すことができると思い出す必要がある。	クライアントは暴露中は、不安を下げるためにいかなる行動もとるべきではない。例えば、気ぞらし、安全確保行動、再保証を求める行動を外的にも内的にもとるべきではない。クライアントは、暴露中に恐怖が低減しなくても失敗だと感じるべきではない。
10代のクライアントが暴露をする場合は、クライアントに直面している刺激や状況、今の感情を声に出してもらう。	クライアントは気ぞらしを使って暴露中に回避を行う代わりに、できるだけ今の不快な感情を口に出してもらう。
クライアントは、安全信号や安全確保行動を減らすか除去すべきである。	クライアントが全ての安全信号や安全確保行動の除去に失敗しても暴露が失敗すると思う必要はない。
暴露のセッションが行われる間で、恐怖刺激・状況に直面した場合、クライアントは暴露が行われたこと、そこで学んだことを思い出すべきである。	クライアントは安全確保行動として暴露の記憶を思い出すということを避けるべきである。思い出す行動は、時々留めるべきであり、通常は記憶に頼らずに恐怖刺激に向き合うべきである。クライアントは、恐怖刺激に直面した場合に、暴露の記憶を思い出すことで恐怖の出現を阻止できると期待するべきではない。
クライアントは、セラピーの頻度を最初は高く設定しだんだんとセッションの予定を離れていくべきである。通常のセラピーが終わった後もいくつかのブースターセッションを行なうほうがよい。	クライアントは暴露を一度に全て終わらせようとするべきではない。数日や数週間の強烈な暴露のみで後に暴露をしないという治療にするべきではない。

Arch &amp; Abramowitz (2015) より引用一部改変

また、制止学習による暴露では、予測と暴露の結果を突き合わせることで、暴露による認知の変容を積極的に促すことになる。この方法論は行動実験と共通である。

このように制止学習による暴露の研究によって、暴露反応妨害法及び行動実験は、統合されることになった。すなわち、暴露においては不安の低減と認知変容を同時に行うことが最も効率がよいことが示されたのである。この制止学習による暴露の登場により暴露反応妨害法と行動実験の論争は統合された。

さらに制止学習による暴露は学習の定着についても最適な方法を提供する。例えば、暴露の課題をランダムに行う、頻度あげる、恐怖刺激へ強迫症者の注意が向くようにするなどの方法論である。

#### IV. まとめ

Salkovskis (1985) から、強迫症の認知モデルは、実証的な研究により発展を遂げている。しかし、Bream et al. (2017) においても、強迫症において指摘されている病理を全て内包しているとはいえない。今後、さらなる研究が行われた結果、さらなる認知モデルの改定が期待される。

強迫症への認知行動療法については暴露反応妨害法と行動実験の論争が行われていたが、現在のところは制止学習による暴露として方法論が統合されつつある。今後は、この制止学習による暴露による介入研究が求められる。

#### V. 引用文献

Arch, J. J., Abramowitz, J. S. (2015). Exposure therapy for obsessive-compulsive disorder: An optimizing inhibitory learning approach. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 174-182.

- Abramowitz, J. S., Houts, A. C. (2005). *Concepts and Controversies in Obsessive-Compulsive Disorder*. Springer-Verlag New York.
- Abramowitz, J. S., Jacoby, R. J. (2014). Scrupulosity: A cognitive-behavioral analysis and implications for treatment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 140-149.
- Abramowitz, J. S. and Jacoby, R. J. (2014). Obsessive-compulsive disorder in the DSM-5 *Clinical Psychology, Science and Practice*, 21 (3), 221-235.
- Berry, L., Laskey, B. (2012). A review of obsessive intrusive thoughts in the general population. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1 (2), 125-132.
- Bream, V., Challacombe, F., Palmer, A., Salkovskis, P., (2017). *Cognitive Behaviour Therapy for Obsessive-compulsive Disorder*. Oxford University Press.
- Challacombe, F., Oldfield, V. B., & Salkovskis, P. M. (2011). Break free from OCD. *Vermilion*.
- Clark, D. A. (2004). *COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR OCD*. The Guilford Press.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10-23.
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., Rheaume, J. (2003). "Not just right experiences": perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 681-700.
- Foa, E. B., Wilson, R. (1991). *Stop Obsessing!: How to Overcome Your Obsessions and Compulsions*. New York: Bantam Books.
- Foa, E. B., Ilai, D., McCarthy, P. R., Shoyer, B., & Murdock, T. (1993). Information-processing in Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 17 (2), 173-189.
- Foa, E. B., Kozak M. J., Goodman W. K., Hollander E., Jenike M. A., Rasmussen S. A. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 90-96.
- Foa, E. B. (2010). *Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive*

- disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12 (2), 199-207.
- Gillihan, S. J., Williams, M. M., Malcoun, T. E., Yadin, E., Foa, E. B. (2012). Common Pitfalls in Exposure and Response Prevention (EX/RP) for OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 1 (4), 251-257.
- Haidt, J., McCauley, C., Rozin, P. (1994). Individual Differences in Sensitivity to Disgust: A Scale Sampling Seven Domains of Disgust Elicitors. *Personality and Individual Differences*, 16, 701-713.
- Hezel, D. M., McNally, R. J. (2016). A Theoretical review of cognitive biases and deficits in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychology*, 121 (Pt B), 221-232.
- Hyman, B. M., Pedrick, C. (2010). *THE OCD WORDKBOOK*. New Harbinger Publications
- Kobori, O., Salkovskis, P. M. (2013). Patterns of reassurance seeking and reassurance-related behaviours in OCD and anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35 (7), 667-81.
- Koran, L. M., Hanna, G. L., Hollander, E., Nestadt, G., Simpson, H. B. (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164 (suppl.), 1-56.
- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., Su, J., Bloch, M. H. (2012). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12 (2), 229-38.
- Lee, H. J., Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 1 (1), 11-29.
- Ludvik, D., Boschen, M. J., Neumann, D. L. (2015). Effective behavioural strategies for reducing disgust in contamination-related OCD: A review. *Clinical Psychology Review*, Dec. 42:116-29.
- Macdonald, P. A., Antony, M. M., Macleod, C. M., Richte, M. A. (1997). Memory and confidence in memory judgments among individuals with obsessive compulsive disorder and non-clinical controls. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 495-505.
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C., Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162 (2), 228-38.
- National Institute for Health and Care Excellence (2006). *Obsessive-Compulsive Disorder Core Interventions in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder*. NICE Clinical Guidelines, No. 31.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 7, 667-681.
- Ong, C. W., Clyde, J. W., Bluett, E. J., Levin, M. E., Twohig, M. P. (2016). Dropout rates in exposure with response prevention for obsessive-compulsive disorder: What do the data really say? *Journal of Anxiety Disorders*, 40:8-17.
- Olatunji, B. O., McKay, D. (2009). Disgust and Its Disorders: Theory, Assessment, and Treatment Implications. *American Psychological Association*.
- Pinto, A., Noppen, B. V., Calvocoressi, L. (2013). Development and preliminary psychometric evaluation of a self-rated version of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 2 (4), 457-465.
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 37 (11), 1029-54.
- Rachman, S., Hodgson, R., Marks, I. M. (1971). The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. *Behaviour Research and Therapy*, 9 (3), 237-47.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31 (2), 149-54.
- Ramos-Cerqueira, A. T., Torres, A. R., Torresan, R. C., Negreiros, A. P., Vitorino, C. N. (2008). Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 25 (12), 1020-7.
- Rosario-Campos, M. C., Miguel, E. C., Quatrano, S., Chacon, P., Ferrao, Y., Findley, D., Katsovich, L., Scahill, L., King, R. A., Woody, S. R., Tolin, D., Hollander, E., Kano, Y., Leckman, J. F. (2006). *Molecular Psychiatry* 11 (5), 495-504.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23 (5), 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27 (6), 677-82.
- Silva, P. (2003). *Obsessions, Ruminations and Covert Compulsions*. OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER Theory, Research and Treatment 195-208. The Guilford Press.
- Silva, P., Menzies, R. G., Shafran, R. (2003). Spontaneous decay of compulsive urges: the case of covert compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (2), 129-137.
- Steketee, G. (1997). Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42 (9), 919-28.
- Starcevic, V., Berle, D., Brakoulias, V., Sammut, P., Moses, K., Milicevic, D., Hannan, A. (2011). The nature and correlates of avoidance in obsessive-compulsive disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45 (10), 871-9.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., Amir, N., Street, G. P., Foa, E. B. (2001). Memory and memory confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39 (8), 913-27.
- Tolin, D. F., Worhunsky, P., Maltby, N. (2004). Sympathetic magic in contamination-related OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35 (2), 193-205.
- Williams, M. T., Farris, S. G., Turkheimer, E., Pinto, A., Ozanick, K., Franklin, M. E., Liebowitz, M., Simpson, H. B., Foa, E. B. (2011). Myth of the pure obsessional type in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*, 28 (6), 495-500.

## **Clinical review: A prospect of research on the obsessive-compulsive model and therapeutic technique of Salkovskis**

Hiroyuki YANO

Graduate School of Human-Environment Studies, Kyushu University

Toshihide KUROKI

Faculty of Human-Environment Studies, Kyushu University

The purpose of this study was to look at the trend of empirical research afterwards, the revision status of the current model and the development of therapeutic techniques on the model of Salkovskis which is one of cognitive behavioral therapy models for obsessive compulsive disorder. Regarding the model, the important concept of cognitive and behavioral features of obsessive-compulsive disorder is divided into three categories: intrusive occurrence of obsession, attempt to invalidate obsession called neutralization, coping behaviors of counter effect, cognitive bias, obsession I made a prospect by dividing into interpretation. As a result, cognitive and behavioral features not included in Salkovskis' model were demonstrated to be incorporated into the model by subsequent studies. Also, as a treatment technique for obsessive compulsion, there was a controversy as to whether the exposure and response prevention method or the behavioral experiment is superior. Subsequently, the method of exposure was to be integrated as an exposure by inhibitory learning. Exposure from inhibitory learning is a method of efficient exposure generated from experimental work on exposure. Exposure by inhibitory learning is a new treatment technique that integrates the exposure reaction interference method and behavioral experiments.

Keywords: Obsessive-Compulsive disorder, cognitive behavior therapy, inhibitory learning approach