

# 強迫性障害の患者に影響を与える家族の要因と家族に対する 支援に関する研究の動向と展望

臨床心理学コース 片岡優介

A Review of Researches on Family Factors and Family Supports for Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Yusuke KATAOAKA

Obsessive compulsive disorder (OCD) is a mental health condition characterized by obsessive thoughts and/or compulsive behaviors, which can have negative effects on a sufferer's social functioning. The maintenance of the disorder can be related to family factors. In this study, the characteristics of families' behaviors towards patients with OCD are discussed, and family factors such as "expressed emotion" and "family accommodation" are reviewed. In addition, treatments involving the family, with or without patients themselves, are explored. Finally, perspectives about future studies that would yield helpful data are provided.

## 目次

- 1章 はじめに
- 2章 強迫性障害の家族の特徴
- 3章 患者に影響を与える家族の要因
  - A 感情表出
    - 1 定義及び、患者への影響とその機序
    - 2 感情表出と関連する要因
  - B Family Accommodation
    - 1 定義及び、患者への影響とその機序
    - 2 Family Accommodationを予測する要因
      - a 患者の要因
      - b 家族の要因
- 4章 家族に対する支援
  - A 患者への認知行動療法に家族を含めたアプローチ
  - B 家族のみに対する支援
- 5章 これまでの研究の課題と今後の研究の展望

## 1章 はじめに

強迫性障害 (Obsessive-Compulsive Disorder; OCD) とは繰り返し生じ、侵入的で持続する思考、衝動、イメージである強迫観念と繰り返される行動もしくは心の中の行為である強迫行為のどちらか、もしくは両方が存在する精神疾患である<sup>1)</sup>。この障害の有病率は海外では子ども、青年で約1-3%と言われ<sup>2) 3) 4)</sup>、日本では、近畿圏に所在する総合病院精神科9施設に

おいて半年間に初診した割合で、強迫性障害の診断基準を満たした患者の割合は、1.75~3.82%と報告されている<sup>5)</sup>。強迫性障害の症状は4つの因子に分けられ、対称性についての強迫観念と順序、繰り返し、数かぞえについての強迫行為で構成された「対称性」因子、攻撃的、性的、宗教的な強迫観念を含む「禁止された思考」因子、汚染についての強迫観念と洗浄についての強迫行為で構成された「洗浄」因子、ためこみについての強迫観念と強迫行為で構成された「ためこみ」因子とされる<sup>6)</sup>。日本人を対象とした研究では強迫観念においては、「攻撃的な観念」、「汚染に関する観念」が多く、強迫行為においては、「掃除と洗浄」が最も多く、続いて「確認に関する行為」が多いことが報告されている<sup>7)</sup>。近年、強迫性障害が単一なものではなく多様な病態が存在することが指摘されており、繰り返し行為の中でも不安を伴う認知的プロセスを介したcognitiveタイプの強迫性障害と認知的プロセスを介さず、まさにぴったり感を追求するようなmotoricタイプの強迫性障害が存在し、治療方法も異なることが知られている<sup>8) 9)</sup>。強迫性障害の併存症についても幅広い疾患が存在し、注意欠如・多動障害が34~41%、大うつ病性障害33~39%、チック障害26%、特異的発達障害24%、トゥレット障害18~25%、反抗挑戦性障害17~51%、不安障害16%と言われている<sup>10)</sup>。強迫性障害の症状により、仕事、学校、家庭での機能不全に陥り<sup>11) 12)</sup>、生活の質も阻害される<sup>13) 14)</sup>。強迫性障害は適切な介入がなされなければ、慢性化す

るとも言われており<sup>15)</sup>、早期の介入が予後において重要である。更に、強迫性障害に対する取り組みは、発症後の介入だけでなく、その予防の重要性についても問われてきている<sup>16)</sup>。

一方で、強迫性障害の患者だけでなく、家族にも着目することも重要視されている<sup>17) 18)</sup>。強迫性障害の患者に対する家族の関わりは、統制群や他の精神疾患の患者に対する家族の関わりと異なることが言われている。更に、家族の関わりが、患者の症状や社会機能に対して大きな影響を持つことが報告されている。

そこで本研究では、強迫性障害の家族の特徴を概観し、患者に影響を与える家族の要因として特に注目を集めている感情表出と Family Accommodation について論じる。その後で、家族に対する様々な支援について概観する。最後には、強迫性障害の家族に対する研究を行う上での、今後の課題と展望を論じる。

## 2章 強迫性障害の家族の特徴

これまでの調査研究や患者と家族の相互作用場面における観察研究を通して、統制群や他の精神疾患と比べて、強迫性障害の家族が異なる特徴を持つことが明らかにされている。

統制群の親に比べて強迫性障害の親は自身の子どもに対してより批判的で、親子の関わりのもとも低いとされている<sup>19)</sup>。また、父親のみ、もしくは両親ともに、温かみが少なく、統制的、拒絶的であるという研究もある<sup>20) 21)</sup>。強迫性障害の患者の親は過保護であることも示されている<sup>22)</sup>。我が国での研究でも、父親は統制群と比べて受容的でない一方で、過保護的であり、母親も統制群と比べて過保護的であると報告されている<sup>23)</sup>。更に、問題解決に対する向社会的なアプローチの促進や提案が少なく、自立をあまりさせず、子どもの能力に自信を持っていないことも言われている<sup>24)</sup>。親子で課題に取り組む際に、強迫性障害の母親は、統制群の母親に比べては、行動に対する自身の責任を低める一方で、子どもの責任を高めることが明らかにされている<sup>25)</sup>。強迫性障害の家族は凝集性が低いことを指摘する研究も存在する<sup>26)</sup>。

他の精神疾患との比較検討についても、いくつか行われている。強迫性障害の患者の母親はうつ病やパニック障害の患者の母親に比べて、無秩序的ではない一方で、過保護的であり<sup>27) 28)</sup>、強迫性障害の患者の父親はパニック障害の患者の父親に比べて、要求の厳しさは少ない<sup>29)</sup>。我が国での研究でも、強迫性障害の

患者は、強迫特性が低いうつ病患者に比べて父親をより過保護的であると知覚している<sup>30)</sup>。一方で、家族の患者に対する行動において、統制群や他の精神疾患の家族と違いがないという結果も存在する<sup>31) 32) 33) 34)</sup>。ただし、これらの研究は横断でなされた研究であり、強迫性障害の家族の関わりが患者の強迫症状の発症、維持に影響を与えているのか、患者の強迫症状によって家族の関わりが影響を受けているのか、もしくはその両方かを断定することはできない。

## 3章 患者に影響を与える家族の要因

患者に影響を与える家族の要因として、大きく分けると感情表出と Family Accommodation が挙げられる。以下では、それぞれの定義及び、患者への影響と機序と関連、予測する要因について概観する。

### A 感情表出

#### 1 定義及び、患者への影響とその機序

Expressed Emotion (以下、感情表出) は障がいを持つ個人に対する家族の態度であり、批判的コメント (critical comments)、敵意 (hostility)、情緒的巻き込まれ過ぎ (emotional overinvolvement) が代表的な指標として取り上げられている<sup>35)</sup>。感情表出についての研究は、Brown, Carstairs, and Topping (1958)<sup>36)</sup> が精神疾患の患者が治療を終えて、親や配偶者のもとへ戻った時に予後が不良になりやすいことを明らかにしたことまでさかのぼる。その後、他の研究者によっても検討され<sup>37)</sup>、現在は当初の統合失調症の家族に留まらず、うつ病<sup>38)</sup>、摂食障害<sup>39)</sup> など様々な精神疾患の患者を持つ家族へと対象が広がっている。

強迫性障害の家族においても、高い感情表出が知られている。Peris et al. (2012)<sup>40)</sup> によると、母親の55%が高い感情表出を示し、Leonard et al. (1993)<sup>41)</sup> によると母親の77%、父親の49%が高い感情表出と評定されている。Hibbs et al. (1991)<sup>42)</sup> によれば、統制群の家族と強迫性障害の家族では高い感情表出を示す割合が有意に異なり、統制群の家族の41.5%が高い感情表出を示したのに対して強迫性障害の家族の81.6%が高い感情表出を示した。更に、きょうだいに比べて患者に対してより感情表出や批判が高いという報告もある<sup>43)</sup>。Koujalgi, Nayak, Patil, & Chate (2014)<sup>44)</sup> による強迫性障害の本人を対象とした研究では、統制群に比べて、家族が批判的で、情緒的に巻き込まれていると知覚している。

更に強迫性障害においても、家族の敵意、批判、情緒的巻き込まれの高さが患者の症状の悪化や予後の悪さの一要因として位置づけられている。Peris et al. (2012)<sup>45)</sup>では、ベースライン時の母親の感情表出が治療結果の悪さを予測している。Leonard et al. (1993)<sup>46)</sup>では、ベースライン時の親の高い感情表出の有無が2-7年後フォローアップ時の社会機能を予測している。Steketee (1993)<sup>47)</sup>は家族の批判的な反応や怒りが予後を悪くし、再発を予測すると述べている。Chambless and Steketee (1999)<sup>48)</sup>の強迫性障害と広場恐怖を対象とした研究によると、家族の高い情緒的巻き込まれと敵意が患者の治療のドロップアウトを予測すること、高い敵意を持つ家族のいる患者は治療による症状の軽減度合いや社会機能の向上度合いが小さいことが明らかにされている。Przeworski et al. (2012)<sup>49)</sup>では本人に対する母親の批判と父親に対する子どもの批判が治療前の症状の悪さを予測し、母親の批判に関しては、治療後の社会機能に対しても予測していることが示された。感情表出の中でも、本人の適応に肯定的な影響を与えうるとされるのが敵意のない批判 (nonhostile criticism) である。Chambless and Steketee (1999)<sup>50)</sup>では、敵意のない批判が、行動回避テストのスコアの良さを予測した。一方で、症状やフォローアップ時における予後との関連が示されていない知見もある<sup>51) 52)</sup>。

家族の感情表出が患者の適応に悪影響を与える機序について結論は出ていないが、1つの可能性として、感情表出が患者の生理的なストレス反応を増強することで援助効果を妨げることが考えられる。感情表出の高い家族を持つ患者は、安静時における皮膚コンダクタンス反応が高く、実験課題に対しての馴化も遅いことが明らかにされている<sup>53)</sup>。このような患者はエクスポージャーにおける馴化が難しく、エクスポージャーを始める際にすでに生理的にも高い情動喚起が見られるため、援助効果が妨げられる可能性があることが指摘されている<sup>54)</sup>。

## 2 感情表出と関連する要因

家族の感情表出と関連する要因を検討することは家族の感情表出への理解と対応方法について、様々な視点や支援に寄与する。これまでの研究では、家族の要因として、家族の高い感情表出は家族自身のうつ症状との関連があり、批判は患者への非難との関連があり、情緒的巻き込まれは不安、うつ、強迫症状との関連が認められている<sup>55)</sup>。その他に、達成志向性の高い家族は高い感情表出と関連する<sup>56)</sup>。患者の要因として

は、外在化行動が感情表出や批判の高さと関連しており<sup>57)</sup>、洞察が不良の群はそうでない群と比べて、感情表出が高いことが報告されている<sup>58) 59)</sup>。

## B Family Accommodation

### 1 定義及び、患者への影響とその機序

Family Accommodationとは強迫性障害の個人の儀式に家族が関与することである<sup>60)</sup>。例えば、患者が安心できるように声をかけること、患者の代わりにドアのロックを確かめること、手洗いのための洗浄液を買い与えること、強迫行為が終わるまで待っていること等がFamily Accommodationに含まれる。

Family Accommodationが強迫症状を和らげると思っていない人は69%、社会機能を改善すると思っていない人は50%いる一方で<sup>61)</sup>、Family Accommodationはほぼ全ての家族によって行われている<sup>62) 63) 64) 65) 66)</sup>。他の家族関係に比べ、夫婦やパートナーの場合により多く行われ<sup>67) 68)</sup>。否定している研究も存在する一方で<sup>69)</sup>、患者が子どもの場合には、父親より母親の方がFamily Accommodationをよく行っている<sup>70)</sup>。

現在では、Family Accommodationは心理的側面からのみならず、神経生物学的側面からも理解が試みられており<sup>71)</sup>、その知見を用いた強迫性障害の治療への応用が期待されている。加えて、Family Accommodationが強迫性障害の家族だけでなく、他の精神疾患の患者を持つ家族にも行なわれている。Family Accommodationの研究は強迫性障害の家族から始まったが、現在は不安障害<sup>72) 73) 74)</sup>、ためこみ症<sup>75) 76)</sup>、抜毛症<sup>77)</sup>、自閉スペクトラム症<sup>78)</sup>などの家族にも広がりを見せている。

Family accommodationによって、患者の強迫症状の悪化、社会機能の低下、援助効果の低減が明らかにされている。認知行動モデルに基づく、Family Accommodationによって、患者は儀式行動を控えることによって生じる不安の馴化を経験することが妨げられてしまうこと、強迫観念に関する恐れている結果が起こらないことを学習することを妨げられてしまう<sup>79) 80)</sup>。これまでの研究では、患者の症状の重さや認知的な機能不全に陥ることによる恐怖といった不安感受性がFamily Accommodationを促し、その結果として、患者の社会機能が阻害されることが実証的にも明らかにされている<sup>81) 82) 83) 84)</sup>。更に、Family Accommodationは患者の治療抵抗性の一つの要因となっており<sup>85)</sup>、Family Accommodationは患者の治療効果にも影響を及ぼす。ベースライン時やインテーク時のFamily Accommodationの高さは、治療の結果<sup>86)</sup>や寛解への時



間<sup>87)</sup>、2年後のフォローアップ時の重症度<sup>88)</sup>を予測する。治療後のFamily Accommodationは治療後の強迫症状を予測する<sup>89)</sup>。

## 2 Family Accommodationを予測する要因

### a 患者の要因

Family Accommodationを引き起こしやすい患者の要因が数々の研究によって示されてきている。特に、認知的機能不全に陥る恐怖<sup>90)</sup>、注意欠如多動症<sup>91)</sup>、うつ病の併存症<sup>92)</sup>、感情面、行動面の難しさ<sup>93)</sup>、重症度<sup>94) 95) 96) 97) 98) 99)</sup>、強迫観念<sup>100)</sup>、うつ症状<sup>101)</sup>、仕事や社会的な機能の低さ<sup>102)</sup>、症状への回避<sup>103)</sup>、洗浄・汚染強迫<sup>104) 105) 106)</sup>、症状への洞察<sup>107)</sup>が挙げられる。加えて、患者の単極性障害の併存症や高い強迫観念が介入によるFamily Accommodationの軽減度合いを小さくしている一方で、教育レベルが高いことはFamily Accommodationの軽減の度合いに肯定的に作用する<sup>108)</sup>。

### b 家族の要因

これまでの研究では家族の要因としては、うつ症状、不安症状、ストレス症状といった家族の精神病理がFamily Accommodationを予測すると報告されている<sup>109)</sup>。その他に、特性的な罪悪感、罪悪感への感受性<sup>110)</sup>や不安障害の家族歴がFamily Accommodationを予測する<sup>111)</sup>。更に、家族のため込み症状の高さはFamily Accommodationを予測するという知見がある一方で<sup>112)</sup>、治療によるFamily Accommodationの軽減度合いに肯定的に寄与しているとする知見もあり<sup>113)</sup>、一貫していない。その他に、Family Accommodationに負の予測を示すものとしては、家族の凝集性が挙げられる<sup>114)</sup>。

## 4章 家族に対する支援

強迫性障害の患者に有効な支援は大きく分けて、薬物療法、行動療法、認知療法が挙げられる。

薬物療法は強迫性障害の治療を受けている人の79%に用いられており、最も選択されている治療法と報告されている<sup>115)</sup>。日本での効果研究では、セロトニン再取り込み阻害作用を持つ薬物（Selective Serotonin Reuptake Inhibitor：以下、SSRI）によって強迫症状の程度が50%以下となる患者は50~60%であり、SSRIに反応のみられなかった強迫性障害に抗精神病薬を付加した時の改善率は68%と言われていた<sup>116)</sup>。

行動療法の中でも特に強迫性障害に用いられているのが暴露反応妨害法（Exposure and Response Prevention;

以下、ERP）である。ERPは暴露法と反応妨害法を組み合わせた治療法である。暴露法とは、不適応的な不安反応を引き起こす刺激に持続的に直面することにより、その不安反応を軽減させる治療法で、反応妨害法とは、強迫観念により引き起こされる不安や不快感を一時的に軽減するための強迫行為を行わずにすませる治療法とされる<sup>117)</sup>。ERPによる強迫性障害への介入は60年代に報告された<sup>118)</sup>。1980年の終わりにはERPが強迫性障害の治療方法として広く認識され<sup>119)</sup>、有効性が明らかになっている<sup>120)</sup>。ERPによって、条件づけられた恐怖反応の消去、強迫症状の基底をなす認知の機能不全の是正、恐怖を乗り越えることによる自己効力感の獲得がなされる<sup>121)</sup>。

一方で、認知理論、認知療法も強迫性障害の理解、治療を進めた。その中でも強迫性障害の認知評価を重視したSalkovskisによる認知モデルが強迫性障害の病態の理解に大きく貢献した<sup>122)</sup>。Salkovskisによる認知モデルはベックによる知見<sup>123)</sup>を取り入れ、強迫観念を患者にとっての刺激として扱い、その刺激を処理する自動思考の存在を仮定したところに特長がある<sup>124)</sup>。強迫観念は健常者も同様に持っており<sup>125) 126)</sup>、強迫観念の存在が強迫性障害を説明するのではない<sup>127)</sup>。むしろ、強迫性障害の患者が健常者と異なる点は強迫観念の認知的評価にあるとされる<sup>128)</sup>。

以上のような認知モデルに基づいた心理的援助として認知療法が挙げられる。認知療法は行動療法における課題を補うものとしても有効と言われていた<sup>129) 130) 131)</sup>。強迫性障害に対する認知療法は症状の維持に寄与してしまう歪んだ認知に焦点を当てる。ERPに比べ不安を喚起させないものであるため心理療法からのドロップアウトを抑えることも期待されている<sup>132)</sup>。認知療法による実践も蓄積されており、有効性が明らかにされている<sup>133) 134)</sup>。

ただし、現在は行動療法でも認知的側面に焦点を当てることもあり、認知療法でも行動実験など行動に基づいた認知的介入を取り入れるため、認知行動療法という形で実践されている<sup>135) 136) 137) 138)</sup>。

更に、近年になって、家族を支援に含めることで患者の治療効果を更に高めることが期待されている。強迫性障害の患者の援助効果を高めるためには、家族への援助によって家族が自身の役割を理解し、患者への適切な関わりを取ることが必要不可欠である。患者に対して家族の取るべき態度として、儀式行為を手伝うことや非難することではなく、受容し支えることであり<sup>139)</sup>、家族の共感的な関わりは治療効果の維持につ

ながる<sup>140)</sup>。患者のみを対象とする介入よりも、家族を含めた介入の方が高い効果を上げることも示されており<sup>141)</sup>、家族を支援に含めることの重要性はますます高まっているといえる。以下では、家族を含めた様々な治療について概観し、その特徴を整理する。

#### A 患者への認知行動療法に家族を含めたアプローチ

患者の認知行動療法に加えて、1人、もしくは複数の家族の積極的な関与を取り入れるアプローチは多くの研究者、実践家によって取り組まれている。内容はさまざまに統一されていないが、強迫性障害とERPに関する心理教育、Family Accommodationや症状への関与を減らすこと、強迫性障害に関する行動への敵対的な反応を減らすこと、ERPにおいて家族をコーチ、もしくは共同セラピストとして治療に入れることが家族を含めた介入の内容としてまとめられている<sup>142)</sup>。対象者は、4歳の幼児から大人の患者まで幅広い年齢で実施されており<sup>143) 144) 145)</sup>。近年では、セッションの回数を減らしたり<sup>146)</sup>、通常の回数を短い期間で集中して行ったり<sup>147) 148) 149)</sup>、子どもの場合においては両親ともに参加させたり<sup>150)</sup>、家族療法や動機づけ面接を組み合わせた<sup>151) 152)</sup>、集団で行ったり<sup>153)</sup>と様々な形式による実践が報告されている。

治療効果についても患者の症状や機能の改善に有効であることが示されている。メタ分析によると強迫症状に対する効果量が1.68、全般的な機能には0.98であると報告されている<sup>154)</sup>。家族を含めたさまざまな支援の中でも、家族が援助に関与する度合いは症状や機能に対する治療効果と関連が認められなかったが、Family Accommodationを軽減することに焦点を当てた支援は、そうでない支援に比べて、より多くの機能の改善が認められている<sup>155)</sup>。更に、患者のみへの支援に比べて、家族を含めたほうがより効果的であることが一部の研究で確認されている。例えば、Mehta (1990)<sup>156)</sup>では、患者の行動マネジメントを用いた治療に家族が加わる場合の方が、加わらない場合よりも、強迫症状が改善していた。Grunes, Neziroglu, & McKay (2001)<sup>157)</sup>は、家族が参加した患者グループは、家族が参加しなかった患者グループよりも、強迫症状の改善が大きいことを報告している。Emmelkamp & Delange (1983)<sup>158)</sup>はパートナーも患者の援助に参加した方が、患者のみに援助する場合より、援助後の強迫症状が改善したことを報告している。ただし、フォローアップでは、両群の差は認められず、この理由として、患者のみの群が援助後にも改善が見られたため

とされている。Thompson-Hollands (2015)<sup>159)</sup>は、患者へのERPに加え、家族に対して2回の援助を行った群と行っていない群を比較したところ、家族を支援に入れた場合では、入れていない場合よりも4週目と8週目でFamily Accommodationが、8週目と16週目で強迫症状が有意に低いことを明らかにした。

#### B 家族のみに対する支援

患者のCBTに家族を含めた支援は、大きな効果を挙げている一方で、子どもが治療に参加しない場合においては、家族のみでも参加できる治療が必要となる。

家族のみの支援として、心理教育プログラムが挙げられる。このプログラムでは、強迫症状と不安症状を報告した子どもの親で、特にネガティブな態度を示す親を対象にし、週に1回90分を計8回グループで行われる<sup>160)</sup>。子どもに対する直接の介入はなく、強迫性障害に関する情報だけでなく、親の態度、感情面の自己の気づき、思考感情行動の関係、ストレス状況のマネジメント、コーピング技術、コミュニケーションスキルについての情報が親に提供される。この心理教育プログラムを通じて、子どもの強迫症状と親のネガティブな態度の軽減が認められている<sup>161)</sup>。

他にも家族のみを対象とした体系化された支援の1つにSupportive Parenting for Anxious Childhood Emotions (SPACE) プログラムがある<sup>162)</sup>。SPACEプログラムは不安障害や強迫性障害の子どもを持つ親を対象にしたプログラムで、10回のセッションによって構成される<sup>163) 164)</sup>。このプログラムでは実践的、具体的な方法で親の子どもへの関わりを支援するところが特徴であり、子どもの不安対処能力や親の内的な状態を制御する能力を高めるような関わりを親が取るだけでなく、親自身も子どもとの関係を改善できるようにする。SPACEプログラムの特長としては、子どもの機能を改善し、動機づけを高めるためにFamily Accommodationの軽減を主な目的とすること、Family Accommodationの支援において親のみを対象としていること、Family Accommodationの体系的なモニタリングと軽減、子どもの攻撃的な反応への対応に対してツールを提供することなどが挙げられている<sup>165)</sup>。SPACEプログラムは以下の8つの部分から構成されている<sup>166)</sup>。1つ目は段階を設定すること (Setting the Stage) である。ここでは、プログラムや不安、個人の境界、サポートについて説明が行われる。その際に、プログラムでは、子どもを変えるのではなく、親自身の行動を変えることに焦点を当てることが強調される。2つ目は、Acco-

mmodation をチャートにすること (Charting Accommodation) である。ここでは、Family Accommodation について説明が行われ、セラピストと一緒に Family Accommodation についてリストを図にまとめる。3 つ目は、ターゲットとなる問題を選び、子どもに知らせること (Choosing a Target Problem and Informing the Child) である。ここでは、最も重要とされるターゲットとなる問題について決める。そして、子どもに対して親の考え、気持ち、計画について言葉や文字にして知らせる。4 つ目は、計画を立てること (Formulating a Plan) である。ここでは、Family Accommodation に関する行動を少なくすることや子どもに回避をさせないようにするといった親の明確な行動の変化を決めることを目的としている。ここでも親の行動の変化について子どもに伝えられる。5 つ目は、引き続き Accommodation を減らすこと (Reducing Accommodation -Continued) である。ここでは、子どもの不安に対する Family Accommodation を減らすために計画を実行すること、モニタリングすること、徐々に発展させることに焦点を当てる。6 つ目は、親がリードして、追加のターゲットに取り組むこと (Additional Targets - Parents Take the Lead) である。ここでは、更にターゲットとなる問題を選んで、それに取り組むための計画を立てることが行われる。親は Family Accommodation に関する行動を変えるために、子どもに知らせる準備や計画を立てることに、より積極的な役割を取るよう促される。7 つ目は、引き続き追加のターゲットに取り組むこと (Additional Target -Continued) である。ここでは、もともとのターゲットとなる問題と前のパートの問題の両方についての進展について振り返る。8 つ目はまとめと終了 (Summary and Termination) である。ここでは、子どもの不安症状の変化、親の態度や獲得したスキルの変化を振り返ることや更なる目標、進歩の維持、悪化した際の対処について話し合われる。以上のパートに加え、極端な破壊行動や自傷行為など治療を妨げる様々な要因に対するツールが用意されており、個人のニーズや状況によって用いられる。SPACE プログラムを通して、子どもの強迫症状、Family Accommodation、破壊的行動の減少が認められている<sup>167)</sup>。近年では、洞察が低く、Family Accommodation が極めて高い患者を持つ家族に対する実践も報告され、効果が認められている<sup>168)</sup>。

## 5章 これまでの研究の課題と今後の研究の展望

以上に論じたように、強迫性障害の家族は、一般の家族や他の精神疾患を持つ患者の家族とは異なる特徴を持つ可能性が指摘されている。加えて、患者に対する家族の影響についても多くの研究が積み重ねられている。特に、感情表出と Family Accommodation は、患者の治療効果、症状、社会機能に与える影響が大きいことが明らかである。家族が患者に与える影響の大きさを鑑みると、患者の支援を進める上で、家族の協力を得ることは重要であり、家族を含めた実践の効果が検証されてきたことは、患者と家族の生活の質の改善に貢献してきたと言えるだろう。

しかしながら、今後更に家族の要因を理解していくうえで、取り組まなければいけない課題がある。以下では、いくつかの課題を提示し、今後の研究の展望を論じる。

1 つ目は、我が国において強迫性障害の患者の家族と統制群の家族における関わりに違いが見られるのかどうか家族の立場から検討する必要がある。我が国の児童・思春期の強迫症状は家族の文化と関連していることが指摘されている<sup>169)</sup>。これまでの日本での研究は、強迫性障害の患者によって知覚された家族の養育態度に関して他の精神疾患や統制群との比較研究が行われているが<sup>170)</sup>、家族による自身の関わりについての比較検討は十分ではない。患者だけでなく、家族が捉える自身の関わりについても比較検討することで、患者と家族の関係性について更に深い理解を得ることができるだろう。

2 つ目は、感情表出や Family Accommodation に影響を与える要因が十分に検討されていないことである。感情表出や Family Accommodation がどのような要因によって促進、抑制されるのかを明らかにすることで、様々な観点から家族の感情表出や Family Accommodation を軽減するための支援を行うことができると考えられる。近年では、感情表出や Family Accommodation に対して、家族の共感性が重要な役割を果たしていると考えられている。他者に対する共感的な配慮は利他的な動機につながると考えられており<sup>171)</sup>、高い共感性を持つ家族は障がいを持つ患者に対して支持的な関わりを取ることが示されている<sup>172)</sup>。しかしながら、強迫性障害においても共感性が支持的な関わりにつながるかどうかは結論に至っていない。これまでの研究では、家族のケアや心配が Family Accommodation につながると言われており<sup>173)</sup>、一般的



な人間関係において共感性と感情表出の情緒的巻き込まれには、正の相関が認められている<sup>174)</sup><sup>175)</sup>。近年では、共感性とFamily Accommodationの関連性は家族が現在の欲求よりも将来の結果を重視する傾向によって異なることが明らかになっている<sup>176)</sup>。感情表出やFamily Accommodationの促進、抑制に共感性が果たす役割を検討することは、家族が患者と適切に関わることを支援するうえで重要と考えられる。

3つ目は、強迫性障害の患者と関わる上で家族がどのような工夫を行ったかについても研究する必要があるだろう。Griffiths (2012)<sup>177)</sup>は強迫性障害の親を持つ子どもに対する質的な研究を通して、子どもが親の強迫症状に対してFamily Accommodationを行うことはあるものの、親からの要求に抵抗し、うまく親子の境界を作っているという適応的な側面も見出した。Griffiths (2012)<sup>178)</sup>による研究は強迫性障害の親を持つ子どもを対象にしているため、患者が配偶者や子どもの場合には異なる工夫をしている可能性も考えられる。例えば、親が自身の家族の凝集性が高いと捉えるほど、子どもの強迫症状への保証や回避の促進が軽減されることが示唆されており<sup>179)</sup> (Wu et al., 2014), 他の家族成員からのサポートや協力を得ることも患者への対応の工夫の1つとなるかもしれない。今後の研究では、家族支援に有効な手がかりを提供するためにも、患者と生活する中で得た家族の関わり方の工夫を質的に検討することが求められる。

## 引用文献

- 1) American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association. (American Psychiatric Association, 高橋三郎・大野裕 (監訳) (2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院)
- 2) Mancuso, E., Faro, A., Joshi, G., & Geller, D. A. (2010). Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 20, 299-308.
- 3) Mullick, M. S. I., & Goodman, R. (2005). The prevalence psychiatric disorders among 5-10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 663-671.
- 4) Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Waller, J. L., McKeown, R. E., Addy, C. L., & Cuffe, S. P. (1995). Family and psychosocial predictors of obsessive compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 4, 193-206.
- 5) 松永寿人・切池信夫・大矢健造・守田嘉男・中井丈夫・福居頭二…中嶋照夫 (2004). 強迫性障害 (OCD) に関する 9 施設共同研究—半年間の総初診患者におけるOCD患者の割合、およびその臨床像に関する検討—精神医学, 第46巻, 第6号, 629-637.
- 6) Block, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., & Leckman, J. F. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 1532-1542.
- 7) 前掲5).
- 8) 松永寿人・吉田賀一 (2016). 強迫症および関連症群への認知行動療法法の適用をいかにするか 認知療法研究, 第9巻, 第1号, 23-33.
- 9) 吉田賀一・松永寿人 (2016). 児童思春期の強迫性障害 精神科, 第28巻, 第4号, 290-295.
- 10) 岡田俊 (2013). 児童青年期における強迫性障害の位置づけ 精神科, 第23巻, 第2号, 194-200.
- 11) Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13, 61-69.
- 12) Valderhaug, R., & Ivarsson, T. (2005). Functional Impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 164-173.
- 13) Bobes, J., González, M. P., Bascarán, M. T., Arango, C., Sáiz, P. A., & Bousño, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 16, 239-245.
- 14) Moritz, S., Rufer, M., Fricke, S., Karow, A., Morfeld, M., Jelinek, L., & Jacobsen, D. (2005). Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 453-459.
- 15) Abramowitz, J. S. (2006). The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 407-416.
- 16) 李曉茹 (2008). 青年期における強迫症状の予防的教育プログラムの作成に向けて 東京大学大学院教育学研究科紀要, 第47巻, 279-287.
- 17) Shrinivasa, B., Arumugham, S. S., & Hamza, A. (2020). Role of family variables in the maintenance and treatment of obsessive compulsive disorder. *Indian Journal of Health and Well-being*, 11, 106-110.
- 18) Waters, T. L., & Barrett, P. M. (2000). The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 173-184.
- 19) Mathieu, S. L., Farrell, L. J., Waters, A. M., & Lightbody, J. (2015). An observational study of parent-child behaviours in paediatric OCD: Examining the origins of inflated responsibility. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 132-143.
- 20) Alonso, P., Menchón, J. M., Mataix-Cols, D., Pifarré, J., Urretavizcaya, M., Crespo, J. M., ...Vallejo, J. (2004). Perceived parental rearing style in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions. *Psychiatry Research*, 127, 267-278.
- 21) Lennertz, L., Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Rampacher, F., Vogeley, A., Schulze-Rauschenbach, S., ...Wagner, M. (2010). Perceived parental rearing in subjects with obsessive-compulsive disorder and their siblings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 280-288.

- 22) Hafner, R. J. (1988). Obsessive-compulsive disorder: A questionnaire survey of a self-help group. *International Journal of Social Psychiatry*, 34, 310-315.
- 23) Yoshida, T., Taga, C., Matsumoto, Y., & Fukui, K. (2005). Paternal overprotection in obsessive-compulsive disorder and depression with obsessive traits. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 533-538.
- 24) Barrett, P., Shortt, A., & Healy, L. (2002). Do parent and child behaviours differentiate families whose children have obsessive-compulsive disorder from other clinic and non-clinic families? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 597-607.
- 25) Farrell, L. J., Hourigan, D., & Waters, A. M. (2013). Do mothers enhance responsibility in children with obsessive-compulsive disorder? A preliminary study of mother-child interactions during a problem solving discussion. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, 78-84.
- 26) 前掲4).
- 27) Chambless, D. L., Gillis, M. M., Tran, G. Q., & Steketee, G. S. (1996). Parental bonding reports of clients with obsessive-compulsive disorder and agoraphobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 77-85.
- 28) Merkel, W. T., Pollard, C. A., Wiener, R. L., & Staebler, C. R. (1993). Perceived parental characteristics of patients with obsessive compulsive disorder, depression, and panic disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 24, 49-57.
- 29) 前掲28).
- 30) 前掲23).
- 31) 前掲25).
- 32) Mantz, S. C., & Abbott, M. J. (2020). Parent-child interactions and childhood OCD: Comparing OCD families with other clinical and non-clinical families. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, 1005-1019.
- 33) Turgeon, L., O'Connor, K. P., Marchand, A., & Freeston, M. H. (2002). Recollections of parent-child relationships in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 310-316.
- 34) Vogel, P. A., Stiles, T. C., & Nordahl, H. M. (1997). Recollections of parent-child relationships in OCD out-patients compared to depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 469-474.
- 35) Barrowclough, C., & Hooley, J. M. (2003). Attributions and expressed emotion: A review. *Clinical Psychology Review*, 23, 849-880.
- 36) Brown, G. W., Carstairs, G. M., & Topping, G. (1958). Post-hospital adjustment of chronic mental patients. *Lancet*, 272, 685-689.
- 37) Vaughn, C., & Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157-165.
- 38) Okasha, A., El Akabawi, A. S., Snyder, K. S., Wilson, A. K., Youssef, I., & El Dawla, A. S. (1994). Expressed emotion, perceived criticism, and relapse in depression: A replication in an Egyptian community. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 1001-1005.
- 39) van Furth, E. F., van Strien, D. C., Martina, L. M. L., van Son, M. J. M., Hendrickx, J. J. P., & van Engeland, H. (1996). Expressed emotion and the prediction of outcome in adolescent eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 19-31.
- 40) Peris, T. S., Yadegar, M., Asarnow, J. R., & Piacentini, J. (2012). Pediatric obsessive compulsive disorder: Family climate as a predictor of treatment outcome. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 267-273.
- 41) Leonard, H. L., Swedo, S. E., Lenane, M. C., Rettew, D. C., Hamburger, S. D., Bartko, J. J., & Rapoport, J. L. (1993). A 2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 50, 429-439.
- 42) Hibbs, E. D., Hamburger, S. D., Lenane, M., Rapoport, J. L., Kruesi, M. J. P., Keysor, C. S., & Goldstein, M. J. (1991). Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 757-770.
- 43) Przeworski, A., Zoellner, L. A., Franklin, M. E., Garcia, A., Freeman, J., March, J. S., & Foa, E. B. (2012). Maternal and child expressed emotion as predictors of treatment response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 337-353.
- 44) Koujalgi, S. R., Nayak, R. B., Patil, N. M., & Chate, S. S. (2014). Expressed emotions in patients with obsessive compulsive disorder: A case control study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36, 138-141.
- 45) 前掲40).
- 46) 前掲41).
- 47) Steketee, G. (1993). Social support and treatment outcome of obsessive compulsive disorder at 9-month follow-up. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 81-95.
- 48) Chambless, D. L., & Steketee, G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 658-665.
- 49) 前掲43).
- 50) 前掲48).
- 51) Shanmugiah, A., Varghese, M., & Khanna, S. (2002). Expressed emotions in obsessive compulsive disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 44, 14-18.
- 52) Steketee, G., & Chambless, D. L. (2001). Does expressed emotion predict behaviour therapy outcome at follow-up for obsessive-compulsive disorder and agoraphobia? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 389-399.
- 53) Hibbs, E. D., Zahn, T. P., Hamburger, S. D., Kruesi, M. M. P. J., & Rapoport, J. L. (1992). Parental expressed emotion and psychophysiological reactivity in disturbed and normal children. *British Journal of Psychiatry*, 160, 504-510.
- 54) Peris, T. S., & Miklowitz, D. J. (2015). Parental expressed emotion and youth psychopathology: New directions for an old construct. *Child Psychiatry and Human Development*, 46, 863-873.
- 55) 前掲40).
- 56) Hibbs, E. D., Hamburger, S. D., Kruesi, M. J. P., & Lenane, M. (1993). Factor affecting expressed emotion in parents of ill and normal children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 103-112.
- 57) 前掲40).
- 58) De Berardis, D., Campanella, D., Serroni, N., Gambi, F., Carano, A.,



- La Rovere, R. ...Ferro, F. M. (2008). Insight and perceived expressed emotion among adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 14, 154-159.
- 59) Ozkiris, A., Essizoglu, A., Gulec, G., & Aksaray, G. (2015). The relationship between insight and the level of expressed emotion in patients with obsessive-compulsive disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69, 204-209.
- 60) Lebowitz, E. R., Panza, K. E., Su, J., & Bloch, M. H. (2012). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12, 229-238.
- 61) Calvocoressi, L., Mazure, C. M., Kasl, S. V., Skolnick, J., Fisk, D., Vegso, S. J. ...Price, L. H. (1999). Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 636-642.
- 62) Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Price, L. H. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 441-443
- 63) Flessner, C. A., Freeman, J. B., Sapyta, J., Garcia, A., Franklin, M. E., March, J. S., & Foa, E. (2011). Predictors of parental accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder: Findings from the Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study (POTS) trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 716-725.
- 64) Gomes, J. B., Van Noppen, B., Pato, M., Braga, D. T., Meyer, E., Bortolucello, C. F., & Cordioli, A. V. (2014). Patient and family factors associated with family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68, 621-630.
- 65) Stewart, S. E., Beresin, C., Haddad, S., Stack, D. E., Fama, J., & Jenike, M. (2008). Predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 20, 65-70.
- 66) Vikas, A., Avasthi, A., & Sharan, P. (2011). Psychosocial impact of obsessive-compulsive disorder on patients and their caregivers: A comparative study with depressive disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 57, 45-56.
- 67) 前掲64).
- 68) Shrinivasa, B., Cherian, A. V., Arumugham, S. S., Philip, B. V., Pandian, D. R., Math, S. B., & Reddy, Y. C. J. (2020). Predictors of family accommodation in obsessive compulsive disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 53, 102189.
- 69) Futh, A., Simonds, L. M., & Micali, N. (2012). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Parental understanding, accommodation, coping and distress. *Journal of Axiety Disorders*, 26, 624-632.
- 70) Monzani, B., Vidal-Ribas, P., Turner, C., Krebs, G., Stokes, C., Heyman, I. ...Stringaris, A. (2020). The role of paternal accommodation of paediatric OCD symptoms: Patterns and implications for treatment outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48, 1313-1323
- 71) Norman, K. R., Silverman, W. K., & Lebowitz, E. R. (2015). Family accommodation of child and adolescent anxiety: Mechanisms, assessment, and treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 28, 131-140.
- 72) Lebowitz, E. R., Woolston, J., Bar-Haim, Y., Calvocoressi, L., Dauser, C., Warnick, E., ...Leckman, J. F. (2013). Family accommodation in pediatric anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 30, 47-54.
- 73) Lebowitz, E. R., Scharfstein, L., & Jones, J. (2015). Child-report of family accommodation in pediatric anxiety disorders: Comparison and integration with mother-report. *Child Psychiatry and Human Development*, 46, 501-511.
- 74) Storch, E. A., Salloum, A., Johnco, C., Dane, B. F., Crawford, E. A., King, M. A., ...Lewin, A. B. (2015). Phenomenology and clinical correlates of family accommodation in pediatric anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 35, 75-81.
- 75) Drury, H., Ajmi, S., Fernández de la Cruz, L., Nordsletten, A. E., & Mataix-Cols, D. (2014). Caregiver burden, family accommodation, health, and well-being in relatives of individuals with hoarding disorder. *Journal of Affective Disorders*, 159, 7-14.
- 76) Nordsletten, A. E., Fernandez de la Cruz, L., Drury, H., Ajmi, S., Saleem, S., & Mataix-Cols, D. (2014). The family impact scale for hoarding (FISH): Measure development and initial validation. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 29-34.
- 77) Falkenstein, M. J., & Haaga, D. A. F. (2016). Symptom accommodation, trichotillomania-by-proxy, and interpersonal functioning in trichotillomania (hair-pulling disorder). *Comprehensive Psychiatry*, 65, 88-97.
- 78) Storch, E. A., Zavrou, S., Collier, A. B., Ung, D., Arnold, E. B., Mutch, P. J., ...Murphy, T. K. (2015). Preliminary study of family accommodation in youth with autism spectrum disorders and anxiety: Incidence, clinical correlates, and behavioral treatment response. *Journal of Anxiety Disorders*, 34, 94-99.
- 79) Bipeta R., Yerramilli, S. S., Pingali, S., Karredla, A. R., & Ali, M. O. (2013). A cross-sectional study of insight and family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7, 20.
- 80) Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., ...Grabill, K. (2007). Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 207-216.
- 81) 前掲79).
- 82) Caporino, N. E., Morgan, J., Beckstead, J., Phares V., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2012). A structural equation analysis of family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 133-143.
- 83) 前掲80).
- 84) Wu, M. S., McGuire, J. F., & Storch, E. A. (2016). Anxiety sensitivity and family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 205, 344-350.
- 85) Ferrão, Y. A., Shavitt, R. G., Bedin, N. R., de Mathis, M. E., Lopes, A. C., Fontenelle, L. F., ...Miguel, E. C. (2006). Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 94, 199-209.
- 86) Garcia, A. M., Sapyta, J. J., Moore, P. S., Freeman, J. B., Franklin, M. E., March, J. S., & Foa, E. B. (2010). Predictors and moderators of

- treatment outcome in the pediatric obsessive compulsive treatment study (POTS I). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 1024-1033.
- 87) Cherian, A. V., Pandian, D., Math, S. B., Kandavel, T., & Reddy, Y. C. J. (2014). Family accommodation of obsessional symptoms and naturalistic outcome of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 215, 372-378.
- 88) Francazio, S. K., Flessner, C. A., Boisseau, C. L., Sibrava, N. J., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2016). Parental accommodation predicts symptom severity at long-term follow-up in children with obsessive-compulsive disorder: A preliminary investigation. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 2562-2570.
- 89) Boeding, S. E., Paprocki, C. M., Baucom, D. H., Abramowitz, J. S., Wheaton, M. G., Fabricant, L. E., & Fischer, M. S. (2013). Let me check that for you: Symptom accommodation in romantic partners of adults with obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 316-322.
- 90) 前掲84).
- 91) Farrell, L. J., Lavell, C., Baras, E., Zimmer-Gembeck, M. J., & Waters, A. M. (2020). Clinical expression and treatment response among children with comorbid obsessive compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders*, 266, 585-594.
- 92) Storch, E. A., Lewin, A. B., Larson, M. J., Geffken, G. R., Murphy, T. K., & Geller, D. A. (2012). Depression in youth with obsessive-compulsive disorder: Clinical phenomenology and correlates. *Psychiatry Research*, 196, 83-89.
- 93) 前掲70).
- 94) 前掲64).
- 95) Mahapatra, A., Kuppili, P. P., Gupta, R., Deep, R., & Khandelwal, S. K. (2020). Prevalence and predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder in an Indian setting. *Indian Journal of Psychiatry*, 62, 43-50.
- 96) 前掲70).
- 97) 前掲65).
- 98) 前掲80).
- 99) 前掲84).
- 100) 前掲64).
- 101) 前掲95).
- 102) 前掲68).
- 103) 前掲68).
- 104) Albert, U., Bogetto, F., Maina, G., Saracco, P., Brunatto, C., & Mataix-Cols, D. (2010). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Research*, 179, 204-211.
- 105) 前掲68).
- 106) 前掲65).
- 107) Storch, E. A., Milsom, V. A., Merlo, L. J., Larson, M., Geffken, G. R., Jacob, M. L., ...Goodman, W. K. (2008). Insight in pediatric obsessive-compulsive disorder: Associations with clinical presentation. *Psychiatry Research*, 160, 212-220.
- 108) Gomes, J. B., Cordioli, A. V., Bortolotto, C. F., Braga, D. T., Gonçalves, F., & Heldt, E. (2016). Impact of cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder on family accommodation: A randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, 246, 70-76.
- 109) 前掲70).
- 110) Cosentino, T., Faraci, P., Coda, D., D'Angelo, R., De Pari, L. A., di Crescenzo, M. R., Esposito, L., & Scelza, A. (2015). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: A study on associated variables. *Clinical Neuropsychiatry*, 12, 128-134.
- 111) 前掲104).
- 112) 前掲64).
- 113) 前掲108).
- 114) Wu, M. S., Lewin, A. B., Murphy, T. K., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2014). Phenomenological considerations of family accommodation: Related clinical characteristics and family factors in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 228-235.
- 115) 吉里千佳・飯倉康郎・海老原竜二・中川彰子・加藤奈子・吉岡和子 (2001). インターネットを利用した実態調査—強迫性障害の行動療法について—日本行動療法学会大会発表論文集, 第27巻, 121-122.
- 116) 住谷さつき (2015). 強迫性障害に対する薬物療法 臨床精神医学, 第44巻, 第11号, 1497-1503.
- 117) 後藤晶子 (2005). 強迫性障害の行動分析と治療の基本 飯倉康郎 (編著) 強迫性障害の行動療法 (pp. 37-84) 金剛出版
- 118) Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 273-280.
- 119) Abramowitz, J. S. (2015). *Understanding and treating obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach*. New York, NY: Routledge.
- 120) Whittal, M. L., Thordarson, D. S., & McLean, P. D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1559-1576.
- 121) 前掲15).
- 122) Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problem: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- 123) Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.
- 124) 前掲122).
- 125) Rackman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- 126) Salkovskis, P.M. & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- 127) 前掲119).
- 128) 前掲112).
- 129) Rachman, S. (1983). Obstacles to the successful treatment of obsessions. In E. B. Foa & P. M. G. Emmelkamp (Eds), *Failures in behavior therapy*. (pp. 35-57) New York, NY: Wiley.
- 130) Oppen, P. van, & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79-87.

- 131) 前掲120).
- 132) 前掲120).
- 133) 前掲130).
- 134) Wilhelm, S., Berman, N. C., Keshaviah, A., Schwartz, R. A., & Steketee, G. (2015). Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: Role of maladaptive beliefs and schemas. *Behaviour Research and Therapy*, 65, 5-10.
- 135) 石川亮太郎 (2015). 確認強迫に対する認知行動療法—記憶に対する自信と過剰な責任感に着目して—駒澤大学心理臨床研究, 第14巻, 9-17.
- 136) 石川亮太郎 (2015). 強迫症に対する認知行動療法—認知的介入に焦点を当てて—不安症研究, 第7巻, 第1号, 92-99.
- 137) 石川亮太郎・金原信久・小堀修・永岡紗和子・清水栄司 (2013). 音楽の題名を過剰に調べ続けてしまう強迫性障害に対する認知行動療法—全身麻酔手術後の一時的な健忘体験から強迫性障害へと発展した症例—認知療法研究, 第6巻, 第1号, 69-77.
- 138) 吉田賀一・中嶋章浩・柳澤嘉伸・向井馨一郎・松永寿人 (2014). 小児の強迫性障害に認知行動療法が奏功し短期間で症状改善へと至った症例 日本認知・行動療法学会大会プログラム・抄録集, 第40巻, 376-377.
- 139) Baer, L. (1991). *Getting control: Overcoming your obsessions and compulsions*. Boston: Little, Brown & Co. (ベア一, L. 越野好文・五十嵐透子・中谷英夫 (訳) (2000). 強迫性障害からの脱出 晶文社)
- 140) 前掲47).
- 141) Mehta, M. (1990). A comparative study of family-based and patient-based behavioural management in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 157, 133-135.
- 142) Renshaw, K. D., Steketee, G., & Chambless, D. L. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 164-175.
- 143) Freeman, J. B., Garcia, A. M., Coyne, L., Ale, C., Przeworski, A., Himle, M., ...Leonard, H. L. (2008). Early childhood OCD: Preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 593-602.
- 144) Labouliere, C. D., Arnold, E. B., Storch, E. A., & Lewin, A. B. (2014). Family-based cognitive-behavioral treatment for a preschooler with obsessive-compulsive disorder. *Clinical Case Studies*, 13, 37-51.
- 145) 前掲141).
- 146) Baruah, U., Pandian, R. D., Narayanaswamy, J. C., Math, S. B., Kandavel, T., & Reddy, Y. C. J. (2018). A randomized controlled study of brief family-based intervention in obsessive compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 225, 137-146.
- 147) Marien, W. E., Storch, E. A., Geffken, G. R., & Murphy, T. K. (2009). Intensive family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Applications for treatment of medication partial- or nonresponders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 304-316.
- 148) Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Mann, G., Duke, D., Munson, M., ...Goodman, W. K. (2007). Family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Comparison of intensive and weekly approaches. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 469-478.
- 149) Storch, E. A., Lehmkuhl, H. D., Ricketts, E., Geffken, G. R., Marien, W., & Murphy, T. K. (2010). An open trial of intensive family based cognitive-behavioral therapy in youth with obsessive-compulsive disorder who are medication partial responders or nonresponders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39, 260-268.
- 150) Rosa-Alcázar, Á., Rosa-Alcázar, A. I., Olivares-Olivares, P. J., Parada-Navas, J. L., Rosa-Alcázar, E., & Sánchez-Meca, J. (2019). Family involvement and treatment for young children with obsessive-compulsive disorder: Randomized control study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19, 218-227.
- 151) Merlo, L. J., Storch, E. A., Lehmkuhl, H. D., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., & Geffken, G. R. (2010). Cognitive behavioral therapy plus motivational interviewing improves outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder: A preliminary study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 24-27.
- 152) Peris, T. S., Rozenman, M. S., Sugar, C. A., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2017). Targeted family intervention for complex cases of pediatric obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56, 1034-1042.
- 153) Barrett, P., Healy-Farrell, L., & March, J. S. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 46-62.
- 154) Thompson-Hollands, J., Edson, A., Tompson, M. C., & Comer, J. S. (2014). Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 28, 287-298.
- 155) 前掲154).
- 156) 前掲141).
- 157) Grunes, M. S., Neziroglu, F., & McKay, D. (2001). Family involvement in the behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder: A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, 32, 803-820.
- 158) Emmelkamp, P. M. G., & de Lange, I. (1983). Spouse involvement in the treatment of obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 341-346.
- 159) Thompson-Hollands, J., Abramovitch, A., Tompson, M. C., & Barlow, D. H. (2015). A randomized clinical trial of a brief family intervention to reduce accommodation in obsessive-compulsive disorder: A preliminary study. *Behavior Therapy*, 46, 218-229.
- 160) Akinci, E., & Sevi, O. M. (2020). The effect of psycho-education about maternal attitudes on childhood obsessive compulsive disorder symptoms. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, 23, 7-22.
- 161) 前掲160).
- 162) Lebowitz, E. R., & Omer, H. (2013). *Treating childhood and adolescent anxiety: A guide for caregivers*. Hoboken, NJ: Wiley.
- 163) Lebowitz, E. R. (2013). Parent-based treatment for childhood and adolescent OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related*



- Disorders*, 2, 425-431.
- 164) 前掲162).
- 165) 前掲163).
- 166) 前掲162).
- 167) 前掲163).
- 168) Lee, E. B., Goodman, W. K., Schneider, S. C., & Storch, E. A. (2020). Parent-led behavioral intervention for a treatment-refusing adult with obsessive-compulsive disorder with poor insight and extreme family accommodation. *Journal of Psychiatric Practice*, 26, 149-152.
- 169) 下山晴彦 (2011). 児童思春期の強迫性障害の認知行動療法プログラムの研究 1—プログラムの開発と評価— 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース紀要, 第34巻, 29-36.
- 170) 前掲23).
- 171) Batson, C. D., Fultz, J., & Schoenrade, P. A. (1987). Distress and empathy: Two qualitatively distinct vicarious emotions with different motivational consequences. *Journal of Personality*, 55, 19-39.
- 172) Penner, L. A., Cline, R. J. W., Albrecht, T. L., Harper, F. W. K., Peterson, A. M., Taub, J. M., & Ruckdeschel, J. C. (2008). Parents' empathic responses and pain and distress in pediatric patients. *Basic and Applied Social Psychology*, 30, 102-113.
- 173) Abramowitz, J. S. Baucom, D. H., Wheaton, M. G., Boeding, S., Fabricant, L. E., Paprocki, C., & Fischer, M. S. (2012). Enhancing exposure and response prevention for OCD: A couple-based approach. *Behavior Modification*, 37, 189-210.
- 174) 橋本愛 (2001). 「情緒的巻き込まれ」に関する研究—共感性との関連から— 武庫川女子大学発達臨床心理学研究所紀要, 第3巻, 238-247.
- 175) 鈴木久美子・小川俊樹 (2000). 「情緒的巻き込まれ」に関する研究 (2)—共感性との異同から— 日本心理学会第64回大会発表論文集, 第64巻, 82.
- 176) 前掲82).
- 177) Griffiths, J., Norris, E., Stallard, P., & Matthews, S. (2012). Living with parents with obsessive-compulsive disorder: Children's lives and experiences. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85, 68-82.
- 178) 前掲177).
- 179) 前掲114).