

# 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

臨床心理学コース 李 晓 茹

Preventive Programs for Obsessive-Compulsive Symptoms in University Students – A Review

Xiaoru LI

The Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) has two symptoms, namely the obsession and the compulsion. This study represented that it is very important to develop the preventient intervention for Obsessive-Compulsive symptoms. In this study, the risk factors for OCD were indicated. The risk factors include individual factors, cognitive factors, social-culture factors, family factors, and life-events. In risk factors, the two key-words, the parental nurture-style and the obsessive schema were taken particular note. This paper reviews published studies for [Parental Nurture-style and OCD] and [obsessive schema and OCD]. It is useful to create a program for prevention for Obsessive-Compulsive symptoms.

## 目 次

- 1 はじめに
- 2 強迫に関する論点
  - A 強迫性障害
    - A - 1 病気の重荷
    - A - 2 他障害との関連
    - A - 3 OCD の治療の困難さ
  - B 強迫現象の普遍性
  - C 強迫傾向
- 3 強迫症状のリスクファクター
- 4 親の養育態度と強迫性障害
  - A 親の養育態度に関して
  - B 強迫症状と養育態度
  - C まとめ
- 5 強迫的信念と強迫性障害
  - A 認知行動理論
  - B まとめ
- 6 強迫に関する予防研究の展望
  - A 予防の分類
    - 介入時期に着眼する予防 3段階
    - 対象者に着眼する予防の 3段階
    - 発達的な視点からの予防の 2段階
  - B 國際比較の必要性
- 7 今後の課題

## 1 はじめに

強迫性障害(Obsessive-Compulsive Disorder : OCD, 以下 OCD)は古くて新しい障害である。古くは、OCD に関する記載はすでに16世紀に登場し、治療の難しい疾患とされていた。一方、近年生物学的研究や薬物療法の進歩により、新しい発見として、OCD の発症は脳の機能障害に基づくという考え方が注目されている。OCD は強迫観念(obsession)と強迫行為(compulsion)という 2種の症状からなり、セロトニンの再吸収を防ぐ薬物療法と暴露一反応妨害法(exposure & response prevention)を中心とする行動療法と組み合わせ、よい治療効果が確かめられている。従来難治ゆえに敬遠された OCD への活発な治療法接近が数多く試みられている。

しかし、今までの治療法はいずれも限界があり、患者の治療抵抗性や治療へのモチベーションを高める難しさ、再発防止などの面で、まだ問題重々であることは否めない。OCD は個人と社会のいずれもが多大な損失を被る重症の疾患であり、これまで認識されていなかった以上に有病率が高いことで、OCD が世界規模の問題であることを明らかに示している。(成田, 1995)<sup>50)</sup>こうした状況は、苦痛や不安を訴える人に治療的な介入を行うだけでなく、程度がまだ軽い強迫傾向に行う

介入予防的な介入にも目を向けなければならない時期が来ていると思われる。

次に、ここで、本研究は青年期を対象とする理由と意義を述べる。青年期とは「もはや子供ではないが、まだ大人ではない」という曖昧な境界性を特徴とする発達時期である。青年期にある大学生は、両親からの自立を確保し、初めての社会生活の中で自分の役割や位置づけについての自覚を見出していく時期で、自我同一性を追い求めていく段階にある。これまでの発達段階をうまく乗り越えてきたかどうかが大きな要因となっているが、大学生は、その不安定な境界性の中で子供から大人への構造転換という困難な発達課題に取り組まなければならず、そのため青年期はライフサイクルの中でも最も心理的混乱が生じやすい時期とされる(下山, 1998)<sup>1)</sup>。一方、強迫傾向についても、「大人になりつつあることの意識」と「大人としての行動能力への不安」という青年期課題が関連していると指摘されている(中島, 2003)<sup>2)</sup>。また、OCDの発症年齢は早く、平均すると19歳~20歳で、児童期に始まることもあるが、普通は青年期または成人期早期に始まる(DSM-IV, 1994)<sup>3)</sup>。本研究では、青年期の不安定な境界期にある大学生を研究対象とする。このことは、強迫症状が学業や対人関係に支障をもたらすという現在の心理社会的障害だけでなく、将来的に青年期課題の達成や不安の軽減、強迫症状の予防のためにも大きな意義があるといえる。

本論文では、強迫症状への治療的介入に加え、予防的介入の重要性を主張する。そこで、OCDに至るリスクファクターを特定し、強迫症状への予防的教育プログラムの作成に向けて、これまでの研究成果と問題点をまとめた。さらに、OCDの予防につながる研究課題を取り上げる。

## 2 強迫に関する論点

### A 強迫性障害

強迫観念や強迫行為は著しい苦痛を引き起こし、時間を浪費させ、社会的機能を妨害する。重症患者は強迫行為に1日の大部分の時間を費やし、正常な活動を続けることができない。比較的最近まで、OCDは稀な疾患だと思われていた。しかし、ここ10~15年のOCDに焦点を合わせた多くの研究により、OCDはこれまで考えられていたよりずっと多いことが判明した。大規模な疫学研究の結果によると、現在OCDは全世界で5000万人以上罹患している最も多い精神障害の一

つであることがわかっている。このことはOCDが世界規模の問題であることを明らかに示している。Weissmanら(1994)<sup>4)</sup>は4大陸(アメリカ、ヨーロッパ、アジア、オーストラリア)、7つの国と地区にわたる大規模な国際的疫学調査によると、OCDの有病率は、台湾を除き、各国で2~3%を示すという驚きの一一致率を見せた。なお、台湾は他の精神障害の有病率はすべて低い値を示している。また、KarnoとGolding(1991)<sup>5)</sup>の研究では、OCDの有病率は人種、社会経済状態、教育水準との相関関係も認められなかった。

### A-1 病気の重荷

OCD自体と、病気がもたらす日常生活における制約から個人や、その家族が莫大な苦痛を受ける。表1(Hollanderら, 1997より改変)<sup>6)</sup>に示すように、OCDにより、患者は自尊心の低下や、人間関係の崩壊、職業・学業の停滞など、社会的機能が著しく妨害されていることがわかる。また、OCDは大うつ病や他の精神障害と合併する症例が多く、多種の疾患からの苦痛に耐えている。さらに、OCDは生命を脅かす可能性もある。健常者母集団と比べて、OCD患者の自殺企図の発生率が高い。大うつ病患者の自殺の発生率が高いことを除けば、OCDと共に精神障害がある患者では、自殺の発生率が高い(Hollanderら, 1997)<sup>7)</sup>。

### A-2 他障害との関連

OCD患者の多くは、その他の精神障害の症状も持つ

表1 OCDによる社会機能の妨害

社会機能の妨害	妨害の頻度(%)
自尊心の低下	92.1
職業向上心の低下	66.3
配偶者との関係悪化	64.4
友人の減少	62.1
学業成績の低下	60.1
親との関係への悪影響	59.8
症状への家族の巻き込み	57.8
自殺念慮	57.1
子供との関係への悪影響	51.7
転職	47.7
親しい人間関係の破壊	42.9
家族との交流の妨害	33.1
家族の仕事の妨害	26.1
家庭生活・人間関係の崩壊	23.7
一時解雇	22.4
アルコールの乱用	18.6
その他の薬物の乱用	13.1
自殺企図	12.2
家族の学業の妨害	9.3

ている。OCD 患者にはうつ病性症状がしばしばみられ、その三分の二は大うつ病の診断基準を満たす抑うつ症状があり、三分の一が大うつ病の診断基準を満たしている (Rasmussen & Eisen, 1992)<sup>8)</sup>。OCD と共に存する I 軸障害の診断には大うつ病(67%), 特定の恐怖症(22%), 社会恐怖症(18%), および摂食障害(17%)がある (Rasmussen & Eisen, 1988)<sup>9)</sup>。他にも、摂食障害(西園マーハ, 2006)<sup>10)</sup>, 子供の自閉性障害, アスペルガー障害をはじめとする広汎性発達障害(十一, 2006)<sup>11)</sup>, トウレット障害(金生, 2006)<sup>12)</sup>と強迫が関連していることが認められている。

### A-3 OCD の治療の困難さ

OCD その特異な症状や、治療の困難さゆえ長く心理学研究者や精神科医の興味と関心を引いてきた。OCD の治療において、精神分析的アプローチは十分な治療成果が得られなかった。近年、薬物療法と認知行動療法を組み合わせ、一定の成果が得られている。しかし、行動療法としての暴露一反応妨害法は、強迫行動の抑制が、患者にとって非常に苦痛で不快なことであり、患者を納得させ、治療を始めることはなかなか難しい。さらに、Hiss ら (1994)<sup>13)</sup>の研究によると、行動療法を中止した患者の 6 ヶ月以内の再発率は 66% であったため、治療への反応率と治療後の改善の度合いについて改善の余地が大きいことも指摘されている。

薬物療法として、OCD に対して効果を示したのは抗抑うつ薬である。セロトニン神経伝達系に対して強力な作用がある薬物のみが、抗 OCD 効果を持つと思われる。しかし、その効果は短期間で、薬物を服用中止すると再発する可能性が高くなるといわれている。(成田, 1995)<sup>14)</sup>さらに、OCD の治療には薬物を高用量に使用すべきことが明らかになっているが、それによって、高水準の副作用が引き起こされる。

以上の治療法以外、精神外科手術が行われることがある。手術によってある程度、症状が軽快すると報告されている (Goodman, 1990)<sup>14)</sup>が、患者の後の人生にかかわり、その効果も十分に分かっていないため、あくまでも最後の手段と考えられている。

要するに様々な治療法にかかわらず、OCD の治療は難しく、多様な治療法を組み合わせることによって、効果的な治療が行われる。しかし、それでも 30~40% の患者には治療にほとんどあるいは全く反応しない。今後、OCD の発症メカニズムや各治療法が効果を發揮する機序について研究を重ねる必要があると思われる。

以上述べたように、OCD による患者自身と家族の

苦痛が引き起こされ、社会生活が大きく妨害される。また、OCD は他のさまざまな精神障害と並存する特徴がある。さらに、OCD の治療は輝かしい進歩を達成したにもかかわらず、依然として治療の難しい障害である。特に、OCD の発症は早く、小児期早期に始まり、ピークは十代後半あるいは成人期早期にある。身体的にも、心理的にも成長期に発症することは、正常な発達を阻害し、人生に大きな悪影響が出ると考えられる。これらの年齢群における OCD を認識し、予防的な介入を行うのは急務であり、病気の早期発見、早期治療することがとても重要である。

### B 強迫現象の普遍性

しかし、強迫という現象は、正常な精神生活においても実際によく見られる。ただし、精神科患者の強迫症状はもっと頻度が高く、著しい苦痛をもたらすものである。実際に職場や学校においても、日常生活の中でも、強迫は状況によって、適応的な機制(すなわち役に立つ場合)も含まれる。例えば、個人情報を紛失してしまった公務員は、物事の扱いはもっと慎重になって、チェックを入念にするようになるという話が知られる。また、学校で、毎回試験の前に「答案に名前を書くのは絶対忘れないでね」と何回も注意されたり、食事の前「手を洗ってきてなさい」と母親に大声で命令されたりして、知らず知らずのうちに強迫的な行為を強化されている。このような強迫的な行為や几帳面な人は現代社会に求められ、ある程度強迫的な側面を持っていたほうがむしろ職場や学校、社会生活に適応しやすいだろう。

以上のような正常に機能する強迫的な行動から、精神科診断基準に満たす病的な強迫症状、OCD に至るまで、Salzman (1973)<sup>15)</sup>はスペクトラムとして捉え、いくつかに分かれる中間段階は量的なものに過ぎず、社会適応の度合いの差異によって生じるとした。また、自分の意志でコントロールできる度合いが高く、不快感は低いものの、健常者の 84% も強迫観念を体験している (Rachman & de Silva, 1978)<sup>16)</sup>。健常者と患者が体験している強迫の内容はほぼ一緒で、質的な違いがない。ただし、頻度の大きさや苦痛の大きさ、自己違和感など量的な面で両者を分ける。強迫観念そのものは異常ではないのである。このような研究に基づき、最近、DSM-IV や ICD-10 でも、かつてのように正常と疾患を質的に二分法で区別するのではなく、段階的に移行していくという考え方になってきている (坂本, 1995)<sup>17)</sup>。こうした強迫の連続性を認める立場におい

て、強迫症状の早期予防が現実的になってきた。しかし、抑うつ分野で予防的な介入を盛んに研究・実践されていることに比べ、不安障害や強迫性障害の分野において、予防的アプローチをほぼ検討されていない。

### C 強迫傾向

前述のように、強迫には性格の一部に組み込まれて必ずしも不適応状態には至らない群から、患者がその症状の不合理性に著しく悩む典型群、さらに境界水準あるいは精神病水準に至る群までの広がりがある(成田, 2002)<sup>18)</sup>。強迫的な思考や行動は、単に病気の症状というだけでなく、健常者の中でもそれと似たような心理的傾向が認められている。健常者に認められる強迫的な状態は、強迫傾向と呼ばれ、これと病的な強迫現象との間に明確な境界線を引くことはできない。症状の内容だけを見ると健常者と OCD 患者を区別するのが難しいが、形式的に両者を区別することができる(Rachman & de Silva, 1978)<sup>16)</sup>。健常者に認められる強迫的な状態は、OCD 患者と比べ、頻度、強度、苦痛度、制御困難性など、ともに軽微である。このことは、Rachman & de Silva (1978)<sup>16)</sup>が指摘して以来、Muris, Merckelbach & Clavan(1997)<sup>19)</sup>など多くの研究者によって確認されてきている。

本研究は、診断基準には満たない強迫傾向に焦点を当てる。その理由は、第一に、メンタルヘルスの側面から考えれば、全ての人を対象とする予防的介入が理想であるが、実施には多くの人数と時間がかかるため、現段階で導入するのは困難だと考えられる。第二に、OCD の障害有病率は 2 ~ 3 %だが、それより頻度、強度などが低い強迫傾向を経験している人がたくさんいるからである。第三に、軽度と言っても本人が全然苦痛と感じないわけではなく、自己違和感や環境への適応などの面で悩みを抱えている人が多々あるからである。第四に、強迫傾向はストレスによって増加することも指摘され(Horowitz, 1985)<sup>20)</sup>、OCD 発現の素因となるとの指摘もある(Salzman, 1973)<sup>15)</sup>。健常者の強迫傾向への着目は、OCD の予防につながるという点で研究する意義がある。

### 3 強迫症状のリスクファクター

アメリカ医学研究所による研究では、予防的介入に必要とされる課題を挙げている。すなわち、発症に関与するリスクファクターの特定、リスクファクター同士の関連に関する検討、リスクファクターからもたらす影響を軽減する予防法の開発という三つである(Mrazek & Haggerty, 1994)<sup>21)</sup>。他の精神障害と共通している部分があるが、ここで、強迫症状のリスクファクターを挙げてみる。強迫症状のリスクファクターは主に個人内要因と個人外要因に分けると考えられる。

表2(石川, 2006を参考に作成)<sup>22)</sup>に示すように、個人内要因は主に遺伝子情報や気質の脆弱性、先天性・後天性の大脳生理学的問題、うつ病など精神障害の存在が挙げられる。さらに、認知の誤りや強迫的信念(スキーマ)などの認知的要因も個人内要因に属す。個人外要因は主に社会・文化要因、家族要因、否定的なライフイベントが挙げられる。個人内要因と個人外要因が複雑に絡み合って、強迫症状のような不適応な思考や行動に結実すると考えられる。

表2には列挙した5つの要因のうち、「外的出来事」は、ストレスの感受性によると考えれば認知的な要素と関連があるが、それ以外はほとんど人力でコントロールできない要素である。また、「社会・文化的要因」は、国や民族、宗教など多く関連し、簡単に変容させることが難しい要因である。さらに、「生物学的要因」の究明は医学、工学の進歩に頼るが、現段階では、予防的な意味で無力に感じる。実際に操作しやすくて、介入可能で、予防を考える時に常に注目を浴びているのは、「家族的要因」と「認知的要因」である。中にも特に重要視されたのは「親の養育態度」と「認知の誤り(強迫的信念)」である。これから章では、この二つのキー

表2 強迫症状のリスクファクター

	リスクファクター	内 容
個人内要因	生物学要因	遺伝的な負因 気質の脆弱性 大脳などの身体疾患 うつ病などの精神疾患
	認知的要因	認知の誤り(強迫的信念) 自己否定的な帰属スタイル 歪んだ学習パターン
個人外要因	社会・文化的要因	不充分なソーシャルサポート 社会的スキルの欠如 悪影響を及ぼす社会体制などの文化要素 知識普及の不十分などの教育要素
	家族的要因(発達的要因)	不適切な親の養育態度 不健全な家族関係 不健全な夫婦関係 不健全な親の生活スタイル
	外的出来事	否定的なライフイベント 日常生活のストレス

ワードについて詳しく述べる。

#### 4 親の養育態度と強迫性障害

人間は幼少期で、環境、特に人間環境に左右されやすい。子どもは感受性が強く、周囲の人々の言葉や態度を鋭く感知する特徴があり、親の言葉や態度が無意識のうちに子どもの心や性格を形成することは、すでに学者の研究によって証明されている。さらに、子ども時代に親から受けた養育の内容と質が成人になってからの精神健康や精神疾患発症に関連しているとの認識は、臨床精神医学の領域では以前から指摘されてきていた。本論文では、親の養育態度とOCDとの関連に関する研究を中心に、親の養育態度の先行研究を概観し、その不足と問題点をまとめることとする。

##### A 親の養育態度に関して

精神分析派のアドラー(Alfred Adler, 1931)は子どもを溺愛する両親や過度に支配的な両親が、その子の有能感の発達を阻むために障害が生じると主張し、OCDに関する理論を組み立てていった。森田(1974)<sup>23)</sup>もOCDの患者は、幼少期に厳格なしつけを強調され、不足の面に注意を促されすぎる環境を体験していることが多いと述べている。それ以外も、数多くの研究では人生早期に親から受けた養育態度が青年期・成人期以降の精神症状の発症となんらかの関係を持つことが指摘された。古くはFreud, Bowlby, Ainsworthらの研究から、親の養育態度が子どもの人格形成や発達に及ぼす影響とその過程について検討してきた。

Freudが提出した理論は「親子間の愛着と愛着行動」研究の源と言われている。Freudの理論では、親の役割・機能の理論的因素は父親(男性性)と母親(女性性)の役割をはっきりと分別している。特に母親—子どもの相互依存関係や父親の超自我形成における役割、母子共生関係を断ち切る役割の強調は、精神分析理論と方法論の確立において非常に大きな部分を占めている(竹内, 1999)<sup>24)</sup>。Bowlby(1951)は幼少期の養育経験が子どもの成育や後年の人格発達に及ぼす影響について検討し、後年の親子・家族の発達的機能の研究を方向づけた研究者である。「乳幼児と母親との人間関係が親密かつ継続的で、両者が満足と幸福感に満たされるような状況が乳幼児の性格発達や精神衛生の基礎である」と述べた(Bowlby, 1951)。彼は親の機能・役割を考える視点を母親に方向付けたのである。Ainsworthは「母子愛着と愛着行動」を観察的手法によって検討し、

研究史において、初めて愛着行動のタイプを質的に分類した研究者である。愛着の形成は接触・交流の量だけではなく、質の重要さを強調された。

以上の研究をはじめ、「幼少期の養育経験」がその後の人生における精神健康に対して重要な影響力を持つ要因として扱い、養育態度や親子関係の評価尺度がこれまでにたくさん開発されてきた。これらを使って、抑うつ(Plantesら, 1988; Burbachら, 1989など)、精神分裂病(Warnerら, 1988; Onstadら, 1994など)アルコールや薬物依存(Bernardiら, 1989; Schweizerら, 1989)、境界性人格障害(Byrneら, 1990; Zweigら, 1991など)、摂食障害(Kentら, 1992; Bergerら, 1995)、大うつ病(Satoら, 1997)などの精神疾患と養育態度との関連を検討する研究は数多くなされている。

##### B 強迫症状と養育態度

強迫性障害と養育態度との関連に関する研究は、Adams(1973)<sup>25)</sup>、市川(1988)<sup>26)</sup>、水野(1989)<sup>27)</sup>、成田(1982)<sup>28)</sup>、塩原(1992)<sup>29)</sup>などがある。これらの研究は、OCDの児童を対象とし、母親の過保護・過干渉、共感性の乏しい養育態度を見出された。一方、父親については精神的不在性を強調した。

辻ら(1966)<sup>30)</sup>は8人のOCD患者にTATを実施することによって、彼らの両親像に対して検討した。その結果、父親との温かい、良好な親子関係は観察されていない。また、母親に関しては、過保護、内的拘束が母子関係における基本的特徴であると考えられると述べている。Adams(1973)<sup>25)</sup>は子どもが強迫症状を示す要因は、①過度に文化的であろうとする；②共感の欠如；③自発性や自由な場での自由な活動を評価しない；④愛の仮面で嫌悪を隠す、という4つの養育態度にあると述べている。

また、Parental Bonding Instrument(PBI)養育態度の尺度を用いて、検討した研究は以下の通りである。Hafner(1988)<sup>31)</sup>の研究では、OCDの診断基準(DSM-III)を満たした81人を対象にPBIを実施し、検討したが、その結果、父親、母親ともに健常群よりprotection得点が高かった。Cavedoら(1994)<sup>32)</sup>はOCDの尺度MOCIと養育態度尺度PBIを大学生344人に同時に実施し、その結果、両親のcare得点と強迫傾向との相関は明らかにならなかったが、両親のprotection得点と強迫傾向の間に正の相関が見られた。Vogelら(1997)<sup>33)</sup>はOCD患者26名を対象にPBIを実施した。その結果、健常群と比べ、OCD群の両親はともにcare得点が低くて、protection得点が高い傾向がある

と報告された。吉田ら(1999, 2001)<sup>34)35)</sup>の研究では、思春期以降の OCD 患者を対象に検討した結果、OCD 群は正常対象群と比較して両親とも care 得点は有意に低く、protection 得点は有意に高い養育態度を示した。特に、protection が高い傾向は両親ともに顕著で、OCD 患者においては、母親だけではなく、父親も同様に過干渉的な養育態度を持っている。従来重要視されてこなかった父親の支配、干渉的な養育態度が OCD の発症要因を考える際に重要な意味を持つものと考えられたと述べている。

### C まとめ

以上、親の養育態度に関する先行研究を概観してきたが、まとめてみると以下の不足や問題点が挙げられる。

第一に、今までの研究は、ほとんど親の養育態度尺度 PBI を用いて、検討されてきたが、そこで、これらの研究は「愛情・理解」(care) と「過保護・過干渉」(over-protection) という二つの側面からしか強迫症状に対する影響を検討できなかった。しかし、親の養育態度はそれだけではなく、「懲罰・拒否」、「放任」、「偏愛」など多面的なものがあり、養育態度と強迫症状との関係やメカニズムを究明するために、多角度から検討する必要があると考えられる。

第二に、「低 care・高 protection」型という親の養育態度は子どものその後の人生における抑うつ症状や不安障害の発症に特に強く関連すると指摘された。より深層のことを探求すれば、両者はどのような関わりがあるか、つまり、強迫症状は大別すると強迫観念と強迫行為に分けられるし、主な下位症状もいくつかあるが、それがすべて養育態度の影響を受けているか、それとも一部だけなのか、さらにどの種類の症状が一番関係強いかという点では、先行研究では明らかされていない。

第三に、今までの研究では、養育態度の得点と強迫症状の総合得点を比較し、検討された。しかし、強迫症状には、領域固有性という特徴があると言われる。つまり、患者は強迫症状を幅広く示すよりも、特定の症状に強く煩わされる傾向がある(杉浦・丹野, 1999)<sup>36)</sup>。単独の症状しか持っていない人にとって、その症状に高い点数をとっても、総合得点が必ずしも高くない。従って、総合得点を使って検討すると、強迫症状と養育態度との関係性が見えなくなる危険性があると考えられる。

OCD に関しては、治療についても予防についても、

心理学的要因の重要性が指摘されるようになってきており、特に予防との関連では、親の養育態度が OCD の形成因として注目されている。李(2004)<sup>37)38)</sup>の研究では、親の養育態度を「愛情・過保護」「厳格・拒否」「過干渉・放任」という 3 次元から分析し、強迫傾向との関連を見られた。しかし、養育態度のどの要素を増やすことによって、強迫傾向が軽減するかという問題はまだ明らかになっていない。両親の養育行動への有益な知見は、強迫症状の予防につながると考え、更なる研究が期待される。

### 5 強迫的信念と強迫性障害

#### A 認知行動理論

本研究は強迫傾向に焦点を当てるが、強迫現象の関連要因や発生メカニズムに関する研究は病的な強迫状態 OCD を対象とするものがほとんどであった。OCD には多かれ少なかれ身体的な基盤が存在する可能性が明らかになってきたが(傳田, 2002)<sup>39)</sup>、心理社会的要因はどのようなメカニズムで、身体的基盤と関係しながら OCD の発症に関与しているのかについて検討することは非常に意義のある課題だと思われる。OCD の発症メカニズムの研究において、生物学的研究以外に、近年、認知行動理論が注目を浴びている。

OCD の認知行動理論の中心となるのは、侵入思考(病的ではなく、健常者が体験している強迫観念のこと)に対する認知的評価である。認知的評価理論では、人間を環境と相互作用する主体として捉える。個人が体験にどのように主観的な意味づけを行うか、つまりどのように評価するかによって、情動を規定される(杉浦, 2002)<sup>40)</sup>。OCD 患者は悪い結果が生じる可能性のある状況において、その結果が起こる可能性を過大に評価する傾向がある。さらに、本人は自ら脅威を避けようしたり、対処したりする。こうした認知の仕方は、強迫症状を強化し、増加させることになると考えられる。

現在、OCD に関して、Salkovskis(1984)<sup>41)</sup>の認知行動モデルに基づき、侵入思考、自動思考、中和反応という三つの流れに分かれて、実証研究が進んでいる。中でも自動思考(侵入思考に対する認知的評価)の部分は問題の中核であり、さらにその深層にある信念に関する研究はとても重要だと考えられる(杉浦, 2002)<sup>40)</sup>。信念は認知構造であり、強迫的信念(Obsessive Belief)は個人の持つ不適応な信念で、認知プロセスを歪ませる。この強迫的信念は、Obsessive Compulsive Cogni-

tions Working Group(以下 OCCWG)を中心に研究され、臨床経験に基づいて、強迫的信念尺度の試案を提出した。この試案は日本語に訳され、杉浦ほかにより標準化された(杉浦・佐々木・伊藤・小堀・佐藤・代田・鈴木・毛利・森本・丹野, 2004)。

強迫的信念が自動思考の内容に強く影響し、健常者の強迫傾向を強迫症状へと悪化させる大きな原因となっていると指摘された(杉浦, 1996)<sup>42)</sup>。それでは、強迫的信念と強迫傾向の間にはどのような関連があるのだろうか。強迫傾向と強迫的信念の各下位領域(下位尺度)との関連を検討する研究は、理論的レベルや臨床経験に基づくものが多い。「責任」の信念に関して、Ladouceur, Rheaume & Aublet (1997)<sup>43)</sup>などの実験法による厳密な検討を行った。信念を実験的に操作することで、強迫的な行動が引き起こされることを示した。また、「完全主義」の信念に関しても、1990年以降、盛んに研究されるようになった(Hewitt & Flett, 1991)<sup>44)</sup>。しかし、これらの研究は強迫症状と、強迫的信念の個々の異なる側面との関連性を検討するものばかりで、信念全体を研究するものや、「責任」、「完全主義」以外の信念を検討する実証研究はほとんどなかった。李(2007, 投稿中)<sup>45)(46)</sup>では、強迫的信念の各側面はどのように強迫傾向の各側面に影響しているかを検討した。今後、更なる研究の蓄積が必要と考えられる。

## B まとめ

以上、OCDに関するリスクファクターを挙げてみた。発症のメカニズムをより多面的理解するため、さまざまな領域から研究をされているが、現段階での知見として、OCDの発症に関しては、生物学的要因、心理的要因、環境要因、社会文化的状況などの諸要因が相互に絡み合って、関与しているものと考えられる(吉田ら, 1999; 松永, 2002)<sup>34)(47)</sup>。したがって、OCDの予防も多領域同時に接近するのはベストであろう。

## 6 強迫に関する予防研究の展望

### A 予防の分類

#### 介入時期に着眼する予防 3段階

一般的には予防という言葉は、疾病や疾患の発生の予防に使用されるが、公衆衛生学の分野では、広義に1次、2次、3次予防という三段階の予防の概念が使われている。第1次予防とは疾病・疾患の発生を予防することを指し、第2次予防は早期発見、早期援助を目的とし、第3次予防は社会復帰やリハビリテーション

に焦点を当てる。このような予防は、単に発症を予防するだけでなく、すでに発症した場合、いかに早期発見し治療に専念するか、さらに、いかにスムーズに社会復帰を促し、再発を防ぐかという視点が重要である。

#### 対象者に着眼する予防の3段階

アメリカ医学研究所による予防の分類では、第1類は一般の人たちすべてを対象とし、第2類は精神障害のリスクが平均と比べ高い個人や集団を対象とし、第3類は多少はあるが精神障害の兆候や症状のある個人や集団を対象とする。障害の発生を未然に防ぐことや障害程度を軽減させるという目的が想定できる。

#### 発達的な視点からの予防の2段階

本研究では、介入時期は発症する前の段階に焦点を当て、対象者は、現段階でははじめ第2類の強迫傾向の高い個人と集団を対象とする。それから、一般の人たちすべてを対象とするメンタルヘルス活動を開拓する必要があると思われる。前述で挙げられた強迫症のリスクファクターの中、現段階で特に予防的な意義の大きい要因は、環境要因の「親の養育態度」と認知的要因の「強迫的信念」と考えられる。そして、本研究では改めて、家族との関係に焦点を当て、発達的な視点から予防を2段階に分ける。

第1段階は、生育史早期における予防である。人間は誕生に遡って多様な個人差が見られる。こうした生育史早期に見られる個性は、その後の人生の中で出会う人々やさまざまな出来事の影響を受け、変化したり安定化したりして、その人のパーソナリティへと発達していく。特に生命の誕生から青年期まで、ほとんどの子供は親と密接な関係を持ち、先天の気質と環境のマッチングで性格や思考パターンを形成していく。また、対人関係や自己概念の根底を成すような素朴な信念も、親との関わりを通じて肌で学んでいく。家族環境、親の養育態度は子供の成人後の精神疾患(OCDなど)と関連があるか、またどのような関連があるか、さらに、精神疾患(OCD)を予防するために、どのような家族環境や養育態度が望ましいかという検討が非常に重要なと思われる。

次に、第2段階は、成人以後の予防(強迫傾向の高い人に対して)である。子供は大人になるつれ、親離れを果たし、いずれは自立する。成人後、家族環境や親の養育態度からあまり影響を受けなくなる。この時期における予防は、まず認知的な誤りを修正することが挙げられる。強迫症状に関しては、認知療法などによって強迫的信念を修正することである。他には、社

会スキルの習得を促す訓練、コミュニケーション能力や問題解決能力を高める訓練や、抗ストレス能力(心理的免疫力)を高める訓練を含む教育プログラムの開発が有効だと考えられる。

## B 國際比較の必要性

心理学は国際的に共有されている学問で、人間共通の心理現象を検討することを主たる課題としてきた。しかし、心理現象には文化に特殊な側面がある、文化によりその特徴や発生メカニズムも異なることがある(岩脇、1994)<sup>48)</sup>。こういう文化と心の相互形成、相互影響のプロセスは、近年、文化心理学の名のもとに精力的に研究されてきている(Shweder, 1991)<sup>49)</sup>。本研究で扱う強迫傾向や強迫的信念には生物学的要因以外にも、社会的価値観や養育環境、宗教観など社会・文化的影響が大きいとされている(松永、2002)<sup>47)</sup>。強迫傾向と強迫的信念はその国の歴史的背景や累積してきた習慣、国民性などと関わりがあると予測できる。しかし、強迫傾向の病的状態 OCD の発生や、形成に関する社会・文化的影響に関する研究は、ほとんどなされていない。そこで、OCD に関する研究をさらに発展させるためには、国際比較の視点から、文化的な要因の影響(相違点)及び強迫症状のより中核的な部分(共通点)についての検討が必要となる。

## 7 今後の課題

最後には、強迫症状の予防に関して今後の課題をまとめる。

第一に、OCD の発症メカニズムに関する更なる研究が必要である。OCD は生物学的な基盤の存在が示唆されたが、生物学的病因の証拠は今なおわずかであり、それらはまたしばしば対立している(高橋、2006)<sup>9)</sup>。また、依然として心理・社会的要因の関与を否定していない。OCD の発症は遺伝だけでも、環境だけでも説明切れないと感じ、強迫症状へ遺伝と環境両方からの接近が求められているだろう。さまざまな要因から発症メカニズムを究明するのは OCD の予防と治療に大きく貢献すると考えられる。第二に、強迫症状のリスクファクター間の関連を検討する意義が大きいと思われる。李(2006)<sup>7)</sup>では、親の養育態度、強迫的信念から健常者の強迫傾向へとパスを引いて、三者の関連性を検討した。その結果、親の養育態度と強迫傾向の間に示された正の相関関係は、強迫的信念の投与によって、その関連が見られなくなった。強迫症状の発現は

さまざまな要因が想定できるが、これからも、それぞれの要因直接に強迫症状に影響しているか、それともある中心的な要因を媒介して影響しているかを明らかにしたい。第三に、介入の要素を精選し、介入の目標を定める。前述した強迫症状のリスクファクター(介入要素)のうち、筆者は「親の養育態度」と「強迫的信念」に着目し、研究をしたが、どの要素に介入したら最も効果があるかという研究の積み重ねが不足している。現段階では、すべての要素を視野に入れて、長期的大規模の調査は難しいが、基礎研究の知見に基づく介入要素の精選は必要だと思われる。また、強迫傾向の高い人への予防的介入は、どのような目標を設定したほうが妥当かの問題もある。症状の低減、強迫得点の減少、不適応状態の改善、自己改善能力の高め、気分の改善などさまざまな指標があるが、それぞれの対象者のニーズに応じて調整する必要があると思われる。

強迫症状の予防はまだ研究の蓄積が必要であるが、今後、前述のような問題点を踏まえて、研究課題をクリアしつつ、本論文で得られた知見を発展させていきたい。

(指導教官 下山晴彦教授)

## 引用文献

- 1) 下山晴彦(編) (1998). 教育心理学Ⅱ: 発達と臨床援助の心理学(pp.183-236). 東京: 東京大学出版会.
- 2) 中島香澄 (2003). 現代学生にみられる強迫的心性と青年期発達課題(大人になること)への意識. こころの健康, 18(1), 60-68.
- 3) APA; American Psychiatric Association 1994 Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV. (高橋三郎・大野裕・染谷俊幸(訳) (1995). DSM-IV: 精神疾患の分類と診断の手引き 東京: 医学書院)
- 4) Weissman MM, Bland RC, Canino GL et al. (1994). The Cross National Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder. J Clin Psychiatr. 55, 5-10.
- 5) Karno M, Golding JM. (1991). Obsessive compulsive disorder. In Robins LN, Regier DA (Eds) Psychiatric Disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study(London:Macmillan). 204-219.
- 6) Hollander E, Greenwald S, Neville S et al. (1997). Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. Depression and Anxiety. 4, 111-119.
- 7) 李曉茹 (2006). 強迫傾向に至る心理的メカニズムの検討—強迫信念の役割に着目して. 日本心理学会第70回大会論文集, 405.
- 8) Rasmussen S, Eisen J. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. Psychiatr Clin North Am. 14, 743-758.

- 9)高橋克朗 (2006). 子どもの強迫総論：病因(生物学的視点) 児童青年精神医学とその近接領域, 47(2), 83-90.
- 10)西園マーハ 文 (2006). 摂食障害と強迫. 児童青年精神医学とその近接領域, 47(2), 142-146.
- 11)十一元三 (2006). 広汎性発達障害における強迫関連現象 児童青年精神医学とその近接領域, 47(2), 127-134.
- 12)金生由紀子 (2006). トウレット障害の強迫. 児童青年精神医学とその近接領域, 47(2), 135-141.
- 13)Hiss H, Foa E, Kozak MJ. (1994). relapse prevention programme for treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol.* 62, 801-808.
- 14)Goodman, W.K. & Price, L.H. (1990). Rating scales for obsessive-compulsive disorder. In Jenike MA, Baer L, Minichiello EW(Eds): *Obsessive-compulsive disorder, Theory and management*. Year Book Medical Publishers, Chicago, 154-166.
- 15)Salzman, L. (1973). *The obsessive personality: origins, dynamics and therapy*. New York: Jason Aronson, Inc.
- 16)Rachman, S. & de Silva, P.(1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- 17)坂本真士 (1995). 抑うつと不安における正常と異常. 精神科診断学, 6(2), 131-142.
- 18)成田善弘 (2002). 強迫性障害の力動的精神療法. 精神療法, 28(5), 34-40.
- 19)Muris, P., Merckelbach, H. & Clavan, M. (1997). Abnormal and normal compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 249-252.
- 20)Horowitz, M. (1985). Intrusive and repetitive after experimental stress. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1457-1463.
- 21)Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Eds.) (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academies Press.
- 22)石川信一・戸ヶ崎泰子・佐藤正二・佐藤容子 (2006). 児童青年に対する抑うつ予防プログラム—現状と課題. 教育心理学研究, 54, 572-584.
- 23)森田正馬 (1974). 神経衰弱と強迫観念の根治法(森田正馬全集二巻). 東京：白揚社.
- 24)竹内美香 (1999). PBIの発生と養育態度尺度の歴史 精神科診断学, 10, 375-398.
- 25)Adams, P. L. (1973). *Obsessive children: a sociopsychiatric study*. Brunner/Mazel: New York.(山田真理子, 山下景子訳(1983). 強迫的な子どもたち. 星和書店: 東京).
- 26)市川光洋 (1988). 児童期の強迫神経症—強迫症状の背景と家族療法. 児童青年精神医学とその近接領域, 29(3), 148-159.
- 27)水野和子 (1989). 児童期における強迫神経症について—5例の自験例を通して. 児童青年精神医学とその近接領域, 30, 165-180.
- 28)成田善弘 (1982). 女性の強迫神経症について. 臨床精神病理, 3, 53-64.
- 29)塩原順子 (1992). 幼児期から発症した強迫性障害の臨床像について. 児童青年精神医学とその近接領域, 33, 275-291.
- 30)辻悟・小林良成・清水将之・坂本昭三 (1966). 強迫症状を主症状とする境界線症例と強迫神経症の異同(主にTATを中心として). 精神分析研究, 12, 21-28.
- 31)Hafner, R. J. (1988). Obsessive-compulsive disorder: a questionnaire survey of a self-help group. *The International Journal of Social Psychiatry*, 34, 310-315.
- 32)Cavedo, L. C. & Parker, G. (1994). Parental bonding instrument: exploring for links between scores and obsessiveness. *Social Psychiatr Epidemiology* 29, 78-82.
- 33)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.
- 34)吉田卓史 (1999). 強迫性障害のPBI. 精神科診断学, 10, 409-416.
- 35)吉田卓史・多賀千明・福居顯二 (2001). 強迫性障害患者における両親の養育態度の男女差—Parental Bonding Instrument(PBI)を用いた研究. 精神医学, 43(9), 951-956.
- 36)杉浦義典・丹野義彦 (1999). 強迫症状の自己記入式質問票—日本語版Padua Inventoryの信頼性と妥当性の検討 精神科診断学, 11(2), 175-189.
- 37)李曉茹 (2004). 強迫傾向の関連要因の検討—親の養育態度に着目して. 日本教育心理学会第46回大会論文集, 83.
- 38)李曉茹 (2004). 健常者の強迫傾向に関する展望—予防の視点から. 東京大学教育学研究科紀要, 191-200.
- 39)傳田健三 (2002). 強迫性障害の発症機制—心理社会的要因と生物学的要因の関係. こころの科学, 104, 34-38.
- 40)杉浦義典 (2002). 強迫性障害, 下山晴彦・丹野義彦(編), 「講座臨床心理学」第3巻「異常心理学I」(pp81-98). 東京:東京大学出版会.
- 41)Salkovskis, P. M. & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions-A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- 42)杉浦義典 (1996). 強迫性障害への認知行動アプローチ—概観と展望. 東京大学教育学研究科紀要, 36, 331-339.
- 43)Ladouceur, R., Rheaume, J., & Aublet, F. (1997). Excessive responsibility in obsessional concerns: a fine-grained experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 423-427.
- 44)Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- 45)李曉茹 (2007). 青年期における強迫傾向に関する日中比較研究—強迫の信念との関連を中心に 心理学研究 (投稿中).
- 46)李曉茹・下山晴彦 (2007). 中国大学生における強迫傾向と親の養育態度. 日本パーソナリティ研究 (修正採択).
- 47)松永寿人 (2002). 強迫神経症から強迫性障害へ. こころの医学, 7, 10-14.
- 48)岩脇三良 (1994). 異文化間研究の方法論に関する考察. 社会心理学研究, 10(3), 180-189.
- 49)Shweder, R. A., (1991). *Cultural Psychology: Thinking through cultures*. Harvard University Press.
- 50)成田善弘(1995). OCD(精神医学レビュー: No.14). 東京: ライフ・サイエンス.