

強迫傾向に関する研究の展望

—健常者に対する予防の視点から—

教育心理学コース 李 曉 茹

Review of the Obsessive-Compulsive tendency among non-clinical subjects: Focusing on protection

Xiaoru LI

Obsessive-Compulsive-Disorder (OCD) consists of two major symptoms, which are obsession and compulsion. However similar types of thoughts and behavior are also found among non-clinical subjects. In these cases, they are called Obsessive-Compulsive tendencies (OCT) instead of disorder (OCD). Currently, OCD is extremely difficult to be treated. However, if it is OCT among non-clinical subjects, it is assumed that the thoughts and behavior could be treated with less difficulty compared with OCD. With this hypothesis, treating OCT becomes extremely beneficial. By reviewing the existing OCD scales and its etiology, this paper attempts to describe three perspectives on preventing OCD.

目 次

- 1 はじめに
 - A 問題意識
 - B 本論文の構成
- 2 強迫傾向から強迫性障害へ—予防の重要性
 - A 健常者の強迫傾向
 - B OCD の難治療性
 - C 強迫傾向から OCD への連続性
 - D 予防の重要性
- 3 先行研究の概観
 - A OCD 及び強迫傾向尺度の概観
 - B OCD の病因論
- 4 研究の展望

1 はじめに

A 問題意識

自分の手や体を汚いと感じて洗ったり、大事な物事を行うとき、確認したりすることは、我々が日常生活の中で普通に行っていることである。しかし、「ドアの鍵をちゃんと閉めたかどうかを何回も確認して、なかなかその場から離れられない」「外から家に入ると、すぐに手を洗ったり、着替えたりしないと気がすまな

い」「左右の対称性や順序にとらわれて、物事がなかなかはかどらない」など、このような確認行為や洗浄行為、正確性へのこだわりはあまり過剰に繰り返されると、日常生活に支障をもたらし、本人もその家族も大変わずらわされる。さらに、学校や職場でも対人関係がうまく行かなくなるため、日常生活が損なわれる。以上のような過剰な確認や洗浄などは強迫性障害 (Obsessive-Compulsive disorder: 以後、OCD と称することにする) の強迫行為 (compulsion) と呼ばれる典型的な症状である。強迫行為以外に、OCD の症状として、強迫観念 (obsession) と呼ばれる症状がある。不愉快な考えが頭に浮かんで止められなかったり、どうでもいいことをなかなか決められなかったりする、というようなことを指している。

強迫的な思考や行動は、OCD 患者特有のものではなく、健常者の中でもそれと似たようなことが認められている (Rachman & de Silva, 1978¹⁾; Salkovsiks & Harrison, 1984²⁾)。症状の内容だけを見ると健常者と OCD 患者を区別するのは難しいが、形式的に両者を区別することができる (Rachman, 1978)。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、いずれも軽微である。

OCD の生涯有病率は 2 ~ 3 % (DSM-IV, 1995) であるが、それより軽度の強迫傾向に悩んでいる人はずっ

と多いと考えられる。また、「軽度」といっても OCD 患者に比べ軽いと言うだけで、本人が全然悩んだり、煩わされたりしていないわけではなく、見過されるべきものではない。さらに、健常者の強迫症状は、生活における順応と適応がうまくいかなくなると増大し、OCD の状態に至ると強調され (Salzman, 1973³⁾)、後に発症しやすい脆弱因として、研究される意義がある。また、そこから得られた知見は、OCD の予防に示唆を与えると考えられる。したがって、強迫傾向に対する研究も、OCD に対する研究と同様に、欠かすことのできないものである。しかし、健常者を対象にした強迫傾向についての研究はまだ少ない。

B 本論文の構成

本論文では、強迫傾向から OCD への連続性を認め、さらに OCD の治療の難しさから予防の重要性を主張している。そこで、OCD の予防につながる研究課題を3つ取り上げる。それから、OCD 及び強迫傾向の尺度、OCD の病因論を概観し、これまでの研究成果と問題点をまとめ、研究の現状と課題を明確にする。

本論文は以下3つの要素から構成される。まず、第2章では、強迫傾向と OCD の症状の区別について述べ、予防に焦点を当てる。続いて第3章では、既存の OCD 尺度と強迫傾向尺度を整理し、問題点を取り上げる。また、OCD の病因論に関して、各学派の理論をまとめる。最後に第4章では、本論文の主張を明確にして今後の課題を取り上げ、研究の発展性について述べる。

2 強迫傾向から強迫性障害へ——予防の重要性

A 健常者の強迫傾向

A-1 強迫性障害の定義

強迫性障害 (Obsessive Compulsive Disorder: OCD) は、DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition) (日本語版, 1995⁴⁾) の診断基準では、反復する自我違和的な思考 (強迫観念 obsessions) と、そこからもたらされた不安を軽減するために行われる儀式的な行動 (強迫行為 compulsions) という2種類の症状からなると定義されている (症状に関する具体的な定義は DSM-IV 1995⁴⁾ を参照)。強迫観念または強迫行為という症状によって、著しい苦痛を引き起こされている、時間が費されている (1日1時間以上を使う)、またその人の正常な日常的、職業的機能、通常の社会的活動、他者との関係が著しく妨害

されている場合、OCD と診断される。

A-2 OCD の発症契機

OCD は、普通青年期または成人期早期に始まるが、児童期に始まることもある (DSM-IV, 1995⁴⁾)。平均的に男性のほうが女性より発症年齢が低く、確認強迫がよく見られる。一方女性は洗浄強迫を伴うことが多いと指摘されている。発症契機を調査した研究によると、男性、女性それぞれ特徴があり、男性は学業成績や進学での競争、または仕事上の挫折、過労などに関連し、女性はそれ以外に異性関係、結婚、妊娠、出産、育児、家庭内の葛藤などが大きな意味を持っている。要するに OCD は、ストレスの高い出来事を経験した後に発症することが多い (成田, 1994⁵⁾)。

A-3 本研究で扱う強迫傾向

DSM-IV によれば、OCD と判断されるためには、いくつかの基準を満たす必要がある (2-A-1 強迫性障害の定義の部分をご参照)。これらの基準より程度がかなり低い、病的ではない思考や行動は健常者も多く体験している。健常者の54.7%が強迫行為と似ている行動をしているとの指摘がある (Muris et al, 1997⁶⁾)。健常者の強迫観念 (侵入思考と呼ぶ) に関しては、ラックマン (1978) を中心に盛んに研究され、その後の研究では、ほぼ100%の人が強迫観念と同様な内容の思考を体験したことがあると報告されている (Purdon & Clark, 1993⁷⁾)。すなわち臨床群と健常群を区別できるのは強迫観念の内容ではなく、その形式的な側面であるといえる。

例をあげて説明すると、健康な人でも、理由なくある言葉や音楽などが頭に浮かんできて困ることがあるが、通常注意を転換すれば消えるもので持続性はない。OCD 患者は、そればかり気になり、ますますとらわれ、大きな不安を引き起こす点に大きな違いがある。また、家の鍵を閉めることにおいても同様である。健康な人でも出かける時、鍵を閉めたにもかかわらず、外に出たら、「あ、ドアをちゃんと閉めたか？」と考え始め、念のためまた戻って来て、チェックすることはよくある。しかし、同じ確認行動であっても、OCD 患者は何度でもチェックし、なかなかその場から離れられないし、数時間以上かかる人もいる。二つの例はともに、前者は強迫傾向のものとして扱われ、後者はいうまでもなく OCD の症状である。

B OCD の難治療性

OCD は治療の難しい心理学的問題のひとつである。

治療法として、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、行動療法と薬物療法を組み合わせ、よい効果が得られたという報告があった。しかし、行動療法としての暴露—反応妨害法(exposure & response prevention)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、患者を納得させることはなかなか難しい。OCD の人が実際に治療を始めるのを拒否したり中断したりということが問題になっている。さらに、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。

薬物療法としては、セロトニンに注目し、セロトニンの再吸収を妨げる三環系抗うつ剤(クロミプラミン、フルオキセチン)が効果的であると指摘されている。しかし、その有効性は短期間に限られていて、薬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。また、薬物療法については、精神科の他の疾患と比べ、OCD への効果が低いと指摘されている(作田, 1997⁸⁾)。

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(Jenike et al, 1991)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。その結果、日常生活の中では、強迫的な行動がそれほど目立たなくなることもあるが、症状はある程度残るものであるとされている。

C 強迫傾向から OCD への連続性

OCD 患者は発症する前、強迫性人格障害の人格特性を持っていないことが明らかになったが、強迫傾向は持っていることが認められている。Salzman(1973³⁾)は健常者の強迫症状、つまり強迫傾向は、生活における順応と適応がうまく行かなくなると増大し、OCD の状態に至ると強調し、後に発症しやすい脆弱因とし

て扱っている。本研究でも、強迫傾向から OCD への連続性を認める立場を取る。

D 予防の重要性

図1で示したように、OCD の治療困難性と OCD 症状の連続性から考えると、強迫傾向が OCD 症状まで悪化する前の予防が非常に大きな問題であり、研究を積み重ねるべく焦点であると考えられる。それでは、OCD の予防につながる研究とはどのようなものか？筆者は、主に以下の3点をあげたい。

① 健常者が体験している強迫傾向の現状を知ること

現状を知ることに関しては、健常者の強迫傾向を半構造化面接によって評価するなどの手法もあるが、この方法には、a. 評価者がある程度習熟しなければならず、b. 面接のため、やや長い時間が必要であるという欠点がある。一方、自己記入式質問紙を利用する手法には利点が多い。自己記入式質問紙は比較的短時間で、多数の人に簡便に使用できるという長所があり、OCD 患者と一般健常者の強迫傾向のスクリーニングとしては適しており、疫学的調査などにもよく用いられている(吉田ら, 1995⁹⁾)。また、中国の現状から見れば、精神医療のマニパワー不足は大きく、さらに、臨床心理の専門家も含めて精神医療サービスは、ほぼ都市部に集中しているため、中国の人口の七割を占める農民たちはカウンセラーを尋ねようとしても行く場所がない。また、社会的偏見や観念的な原因もあるが、カウンセリングを受けるのは恥ずかしいこととされる。したがって、日常的にも、臨床的にも強迫における健康度をチェックできる尺度があれば、受け入れられやすいし、疾病の予防にもつながるという意味で、非常に意義があると考えられる。既存の OCD 尺度と強迫傾向尺度については次の章で概観する。

② 強迫傾向の関連要因を検討すること

尺度を使って、強迫傾向の現状把握に過ぎず、さらに、なぜ強迫現象が起こるかについて検討することも重要な課題である。Rachman & de Silva(1978¹⁾)の研究から分かったように、健常者の中でも非常に多くの

- ◎ 強迫性障害の臨床的難治療性
- ◎ 強迫症状の連続性

予防が重要

- ① 健常者の強迫傾向を知る
- ② 強迫症状に関連する要因を探る
- ③ 対処方略を検討する

図1 本研究の発足点

人が強迫観念と類似した現象を体験しているため、強迫観念そのものは異常ではなく、異常なのは、苦痛度の大きさや自分ではコントロールできないという点にある(丹野, 1998¹⁰)。強迫症状出現の原因は各学派がいろいろな側面から主張してきた。具体的には次の章で概観する。

③ 強迫傾向に関して、有効な対処方略を検討すること

OCD 患者の強迫症状と内容的に似たようなものを健常者も体験しているとすれば、なぜそれが問題とならない人と、病理的なものまで発展する人がいるのだろうか。本人は意識していないかもしれないが、さまざまな対処方略を取っているのではないか？そこで、どのような内容の対処方略を、どのように行うのが効果的かということについて検討することは、適応的な対処を促進し、精神的健康を高め、さらに OCD の予防につながる大事な研究分野と思われ、日常的、臨床的に非常に意義があると考えられる。

3 先行研究の概観

A OCD 及び強迫傾向尺度の概観

ここでは、日本及び海外の OCD に関する尺度を概観する。まず、中国では OCD のアセスメント技法に関する研究は少なく、強迫症状を測る尺度はほとんどみあたらない。日本にある尺度はほとんどが海外の翻訳版である。欧米では、代表的なものとして MOCI(Hodgson & Rachman, 1977¹¹)、PI(Sanavio, 1988¹²)、Y-BOCS(Goodman, 1989¹³)があげられる。以下では、この三つの尺度以外のものも含めて、先行研究をまとめる。

OCD の尺度として、古くは MMPI や MPI に強迫症状を測る項目がある。しかし、それは一部の強迫症状しか測ることができないし(権・谷水・渡部, 1992¹⁴)、強迫症状単独の尺度ではない。強迫症状の尺度のうちよく利用されるのは以下の4つである。

LOI(Leyton Obsessional Inventory)

Cooper(1970)による LOI は、すでに日本語版に翻訳されている(福山ら, 1983; 小林, 1996)。LOI には、強迫症状のほか強迫性格を測る項目もあり、症状の有無だけではなく、患者の症状への抵抗や症状による妨害の程度も測定できる。この面から考えると、LOI は OCD 患者の強迫現象を各側面から、全体的にとらえていると言える。しかし、その反面、いろいろなものを測るため、項目数が多く(個人差によって、最大147

項目を測定することがある)、項目内容が偏っている。また、LOI が最初に作られた目的から、家庭内での清潔整頓などを中心に質問項目が作られており、女性には有用であるが男性では有用性にかけるという意見(多賀, 1999¹⁵)や内容妥当性にかけることも指摘される。また、強迫症状と強迫性格の区分に問題があるということも指摘されている(Talis, 1995)。

MOCI(Maudsley Obsessional Compulsive Inventory)

Hodgson&Rachman(1977¹⁰)による MOCI も日本語版があり、30項目から構成された尺度である。「はい」、「いいえ」のいずれかで回答を求める2件法で測定するため、その簡便さが一番の特徴である。しかし、MOCI は強迫症状の有無しか測定できないし、因子構造も不安定(吉田ら, 1995⁹)で、強迫症状と直接に関係していない項目も混在している(杉浦, 1999¹⁶)。さらに、項目の内容が強迫行為の症状に偏っており、強迫観念を測る項目が少ない(Sanavio, 1988¹²)という問題点がある。実際に MOCI を用いた検討においては、強迫観念に関する因子より強迫行為に関する因子が多く認められている(井手ら, 1995²⁶)。強迫観念と強迫行為には強い関連があり、強迫観念によりもたらされた不安や苦痛に対処しようとするために、強迫行為が行われる。したがって、項目内容が強迫行為の症状に偏っている MOCI を使って検討すると、強迫症状の全体像をとらえきれない可能性があると考えられる。

PI(Padua Inventory)

Sanavio(1988¹²)による PI は、杉浦(1999¹⁶)による日本語版があり、60項目からなっている。PI には、認知的症状として、旧来の尺度に欠けていた「衝動」(衝動感に悩まされ、自分の行動に対する制御困難さを感じる症状)の項目が新たに加えられている。また日本語版では、儀式的なことや順序性などへのこだわりという強迫行為の症状を表す「正確」も同定されている。このことから、PI は以前の尺度より多くの強迫症状をとらえていると考えられる。しかし、整理整頓に関する強迫行為や、後述するように、OCD の大事な認知症状の1つである「優柔不断」に関する強迫観念や強迫行為を測定できない。

Y-BOCS(The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale)

Y-BOCS は、Goodman ら(1989¹³)が OCD の患者に対する薬物療法の効果判定のために考案した強迫症状重症度評価尺度である。Nakajima ら(1995¹⁷)による日本語版が作成された。もともと半構造化面接によって

評価する尺度であるが、Baer(1992¹⁷⁾)が自己記入式 Y-BOCS を作成し、浜垣(1999¹⁹⁾)らは日本語版を作成した後標準化した。Y-BOCS は治療の標的となる症状について、強迫観念と強迫行為それぞれに、費やす時間、社会的障害、伴う苦痛(不快感)、抵抗、制御の程度などの10項目について尋ねている。内容として強迫症状をほぼカバーしている反面、項目数(70項目)がやや多い。また、薬剤の効果を判定することや、症状の重症度判定には適しているが、患者より程度がかなり低い健常者の強迫傾向を測る時にふさわしい尺度であるかが疑わしい。

他の尺度

評価者評価尺度として、Comprehensive Psychopathological Rating Scale-OCD Subscale(CPRS-OC)、NIMH Global Obsessive-Compulsive Scale(NIMH-OCS)という二つの尺度がある。CPRS-OC は包括的な精神症状評価尺度(65下位尺度)CPRS の中の OCD の下位尺度8項目を指している。それぞれ0～3点の4段階で評価されるが、弁別的妥当性に問題を残している(Goodman & Price, 1990²⁰⁾)。NIMH-OCS は重症度評価を目的とする全体的評価尺度である。各項目のそれぞれが強迫症状の程度、介助の要否を含めた日常生活での障害の程度、強迫症状に対する抵抗の程度を評価している(多賀, 1999¹⁵⁾)。しかし、この二つの尺度ともに評価者の指示を受けて強迫症状を測定する尺度で、

自己評定できないという点に不便さが感じられる。

また、Symptom Checklist-90(SCL-90)は90項目からなった尺度で、強迫、抑うつ、不安など9次元があり、そのうち強迫症状を測る10項目がある。SCL-90も他の精神疾患と区別する妥当性に欠けると指摘されている(Kim SW ら, 1992²¹⁾)。

まとめ

以上、OCD の尺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ことが問題点としてあげられる。

①既存の尺度にはそれぞれ問題点があり、表1のようにまとめられる。

②強迫観念は、強い疑惑の念、ぐずぐずした優柔不断さ、決定することが著しく困難となるという形でも現れる。患者は結論を出せなくなり、いつまでも同じことを考え続けてしまうことが指摘された。Reed(1976²³⁾)は優柔不断を OCD の中心的症状とみなし、臨床的・実験的にも、優柔不断が OCD 患者に認められる認知的症状であることは確かめられている(Beech & Liddell, 1974²³⁾; Ferrari & McCown, 1994²⁵⁾)。また、健常者においても、優柔不断が確認、疑惑の症状と関連していることが明らかになっている(井出ら, 1995²⁶⁾)。しかし、先行研究の尺度の中では、MOCI に優柔不断の項目が少しある以外、他の尺度にはほとんど入っていないし、重要視されていないようである。

表1 既存の強迫性障害尺度の問題点

尺度	作者	出版年	項目数	欠点
LOI	Cooper	1970 年	69～147 項目	項目内容の偏りがあり(杉浦, 1999 ¹⁶⁾)、強迫症状と強迫性格の区分に問題がある(Talis, 1997 ²²⁾)
MOCI	Hodgson	1977 年	30 項目	因子構造が不安定で(吉田ら, 1995 ⁹⁾)、逆転項目の意味が分かりにくい、行動的症状に偏って、認知的症状を測定する項目が少ない(Sanavio, 1988 ¹²⁾)
PI	Sanavio	1988 年	60 項目	優柔不断に関する強迫観念や強迫行為、整理整頓に関する強迫行為を測定できない
Y-BOCS	Baer	1989 年	半構造化面接	評価者がある程度習熟することが必要; 時間がかかる; 多数の精神疾患患者や、一般人の OCD や、強迫症状のスクリーニングに用いるには難がある(吉田ら, 1995 ⁹⁾)
	Goodman ら	1992 年	58+12 項目	薬剤の効果を判定することや、症状の重症度判定には適しているが、健常者の強迫傾向を測る時適するか。
CPRS-OC	Asberg M et al	1978 年	8 項目	弁別的妥当性に問題を残している(Goodman & Price ¹³⁾)、評価者評価尺度としての不便さがある
NIMH-OCS	Insel T et al	1983 年	15 段階	評価者評価尺度としての不便さがある
SCL-90	Derogatis L et al	1973 年	10 項目	他の精神疾患と区別する妥当性に欠ける(Goodman & Price ¹³⁾)

③今までの尺度は臨床群を対象に作られてきた。しかし、臨床群より頻度、強度、苦痛度、制御困難さなどすべて軽い健常群にとって、尺度の識別力がおちる可能性が大きい。OCDの尺度をそのまま健常者に適用するのは無理があると考えられる。

④今までの尺度は欧米人を対象に作られたものであるが、社会システムや文化的背景の違いが大きい。中国の事情に即した研究が必要であると思われる。先行研究(Rubenstein, Peynircioglu, Chanbless & Pingott, 1993²⁷⁾)においても、健常者の強迫傾向に関して検討を加えられているが、そのほとんどがMOCIを用いて検討された研究である。前述のようにMOCI自体いろいろな欠点があるため、これらの研究での検討も不十分である可能性がある。強迫傾向尺度を作成したものには、井出ら(1995²⁶⁾)の研究があげられる。井出らの調査は健常者対象であるが、質問紙の内容は主にMOCI, PIを参考しており、OCDの項目から成っている。既に述べたように、頻度、強度、苦痛度などにおいてOCD患者と大きな区別がある健常者に対し、OCDの項目を実施すると、個人差が出るかどうかの問題となる。よって現状では、健常者の強迫傾向を、高い妥当性と信頼性をもって測定・評価する尺度がまだみあたらないといえる。

B OCDの病因論

ここでは、強迫症状出現の原因に関する各学派の理論を概観する。以下に心理的要因仮説、生物学的要因仮説、行動学理論、認知的理論という順番にとりあげる。

B-1 心理的要因仮説

OCDはかつて強迫神経症と呼ばれ、代表的な心因性の精神疾患と考えられていた。心因とは、心理・社会的環境要因が誘因となって精神症状がもたらされる場合をさしている。1つには発達過程にかかわる要因、すなわち生育史早期の母子関係の問題などが含まれ、性格形成や対人関係様式などに影響を与え、脆弱因として後年の発症の一因となりうる。もう1つには状況的心因であり、精神的問題発見の直接的、または間接的引き金となりうるものである(松永, 2002²⁸⁾)。ここでは、代表的な心理的病因論を整理したい。

古典的精神分析

Sigmund Freudが提唱した精神分析理論では、幼少期の性発達を、口唇期(0～1歳ころ)、肛門期(1～3歳ころ)、男根期(4～6歳ころ)、潜伏期(7～12歳ころ)というように分類した。このような性発達及び

自我発達のいずれかの時期に問題が起こったら、その時期特有な葛藤や防衛機制などが成人後も持続し、神経症の発症につながると考えた。OCDの成因として、肛門期への固着と退行という概念を構想した。肛門期とは、身体的欲求の充足を完全に親に依存する受身的なあり方から、自律的な個体になるべく能動的になっていく時期をさしている。この時期では、子どもは、排泄に関する万能感を放棄し、両親への両価的(愛と憎しみなど)な感情にも折り合いを付けていく。しかし、肛門期に厳しいしつけを受けた子どもには、この時期の葛藤が解消されないまま残ってしまい、万能感を捨てきれず、両価的な感情も処理しきれなくなる。そして、この葛藤と防衛機制はその後にも持続するようになる。強迫的な防衛機制としては、主に隔離、打ち消し、反動形成の3つがよく強調されている。

対人関係学派

H. S. SullivanやSalzmanは、強迫症状を自己の無力さや頼りなさから安全感を取り戻すための試みの1つと考えている。子どもは幼児期に自分の無能さと周囲の環境を完全にコントロールできないことに対する不安を覚えようになる。OCD患者は周囲の環境に不安感を持ちやすいし、特に、人生早期の体験や外傷的な出来事に関連している場合、強い不安感を引き起こすので、強迫的防衛機制が働いて対抗しようとする。これによって自己の強さを与えられ、内的安全感も取り戻すと述べられている(藤澤・白波瀬, 2002²⁹⁾)。

その他の理論

まず、森田正馬によって提唱した森田理論では、「生の欲望」と「死の恐怖」の不調和、及び精神交互作用によって、OCD症状を解釈している。OCD患者は「生の欲望」と「死の恐怖」という両者をバランスよく共存させることができず、「死の恐怖」(不安)を完全に排除しようとしすぎてしまう。また、ある身体・精神感覚に注意を集中すればするほど、その感覚は鋭敏になり、注意はさらにそこに固着されるという精神交互作用が起こる。実際に、強迫観念が浮かんできた時、OCD患者は一生懸命に撃退しようとしても、ますますとらわれて、結局徒労になる。その他、新フロイト派、自我心理学派、対象関係学派などの研究者にも精神分析的な解釈がなされたが、いずれでも幼児期の心因の役割が重視されている(森田, 1974³⁰⁾; 松永, 2002²⁸⁾)。

B-2 生物学的要因仮説

近年、OCDに対する生物学的要因を裏付ける数々の証拠が提出され、OCDは脳の機能障害により発症

した疾患という考え方が注目されている。まず、神経生物学では、セロトニンに注目し、その再吸収を防げる薬物、特に三環系抗うつ薬であるクロミプラミンは1960年代後半より強迫の治療に使用され、1980年代に他の薬との比較試験において、強迫に対する有効性が実証された。さらに多系統抗うつ薬に比べて、有意な効果が明らかとなり、強迫症状発現の神経生物学的機序としてセロトニン系機能障害の関与、すなわち「セロトニン仮説」が考えられた(松永, 2002²⁸⁾)。しかし、薬物治療に抵抗する患者も多く、さらに、治療効果も部分的な改善にとどまる場合が多いため、セロトニン系単独の障害では説明できなくなった。ドーパミン系など多くの神経伝達物質や神経調整機構が複雑に関与することを示唆するものと解釈された。また、1990年代に入ってポジトロン放出断層撮影(positron emission tomography: PET)のようなさまざまな機能的脳画像の研究が急速に発展し、前頭葉皮質から基底核、視床に至る神経回路の機能的障害、つまり、「ネットワーク」仮説が提唱された(高橋, 2002³¹⁾)。

その他、OCDにはかなり遺伝性的要素があるという仮説を裏付ける知見が報告されている(Carey & Gottesman, 1981; Lenane et al, 1990)。しかし、この障害における文化的及び行動学的効果の影響を判別することはできず、まだ証拠は十分とはいえない。Jenike(1986)は脳炎や頭部のけが、脳腫瘍なども、OCDの形成に関係すると指摘している。また、電気生理学、睡眠脳波研究、及び神経内分泌学などいろいろな領域で研究がなされている。

B-3 行動学理論

行動理論の見地からは、強迫観念も強迫行為も結果によって強化された獲得行動であると考えられる。強迫行為が起こる理由はマウラー(Mowrer)が二過程理論によって説明している。マウラーは、恐怖の獲得を古典的条件づけにより、また強迫行為をオペラント条件づけによって説明した(Mowrer, 1960³²⁾)。強迫行為をすることで、恐怖感や不安感を緩和され、これが強化となり、その行動が学習される。例えば、ばい菌に汚されるという強迫観念が浮かんできた時、手を洗うことによって不安感を弱めると、オペラント条件づけがおこり、手を洗う行動が学習される。以降は、不安を感じた時、さらに不安を予期するだけで手を洗いたくなるようになる。

以上の理論は不安の軽減という理由から強迫行為を行うことを説明したが、実際の実証研究でも、程度は違うが強迫行為によって不安感が軽減されることがわ

かっている(Hodgson & Rachman, 1972³³⁾)。しかし、強迫観念と同じ理由で説明することは困難である。Rabavilas & Boulougourisの研究(1974)では、OCD患者は強迫観念を持つことによって、不安感を高めると報告された。そのように不安を高めることを、ウェグナーらは白熊実験によって説明した。つまり、強迫観念のような思考はかなり多くの人が経験したことがある(Rachman & deSilva, 1978¹¹⁾)。健常者と違いOCD患者はそればかりが気になってしまう。そして、一生懸命考えないようにしようとする結果、かえってその考えにとらわれて頭から追い払えなくなってしまう。さらに、不快な考えを抑制しようすると強い情動状態を生み、強い情動により抑えていた考えが呼び起こされ、不安を高める結果になる。

B-4 認知的理論

認知行動理論

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とらえる。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、情動が規定される(杉浦, 2002³⁴⁾)。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としたり、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。

認知行動理論の代表的な理論家 Salkovskis は、モデルを作って、強迫症状を分析し、さらに症状の背後にある意図や動機を解明しようとしている。そのモデルは基本的には Beck(1976³⁵⁾, 1979³⁶⁾)の認知療法の枠組みに沿っており、認知を、スキーマ(信念)⇒推論の誤り⇒責任の評価(自動思考)という三つのレベルで深層から表層へ分けて考える。現在、Salkovskisの認知行動モデルを巡った実証研究は三つの流れに分けて進んでいる。つまり、侵入思考の研究、中和の逆説的效果に関する研究と責任の評価を巡った研究である。侵入思考は誰でも体験できるので、そのものは異常ではない。中和反応としての強迫行為は、強迫観念によってもたらされた不安や苦痛を軽減しようとする二次的な症状と考えられる。問題の中核は自動思考の部分であり、さらにその深層にあるスキーマに関する研究はとても重要だと考えられる。

情報処理理論

ドアを閉めたかどうかを何度でも確認する OCD 患者は、確認行動によって、その不確実感を減少させようとしている。ここから考えれば、OCD 患者は自分が実際に行った行動をはっきり覚えていなくて、現実と想像との区別が混乱しているのではないかという記憶の障害とも考えられる。シャーら (Sher, Frost & Otto, 1983) の研究は、その観点を支持しなかったが、OCD 患者は前に行った行動を思い出すことが苦手であることは明らかになった。また、OCD 患者は視空間的記憶や行動の記憶に障害が見られる (Tallis, 1997²¹⁾; 鷗木, 2000³⁶⁾)。少なくともあるタイプの強迫行為は、ある種の記憶障害に関係していると指摘されている (杉浦, 1999¹⁶⁾)。また、OCD 患者は意図に反して浮かんでくる強迫観念に悩まされており、このことから、必要ない情報を無視する能力の障害 (注意の障害) も考えられる (杉浦, 2002³⁴⁾)。このような先行研究の結果によって、OCD 患者は無関連な情報を抑制する機能に障害があると考えられる (Enright, 1996³⁸⁾)。

B-5 まとめ

以上、OCD に関する病因の仮説を概観した。近年、生物学的研究や薬物療法の進歩により、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。また、暴露-反応妨害法を中心とした行動療法の治療効果が確立されるにしたがって、精神分析的治療は OCD の治療において、主役の座を明け渡したといわれている。しかし、精神分析的治療に関する研究は、OCD の発症のメカニズムをより多面的理解するため行ったが、発症への心理的要因の関与を否定していない。むしろ、OCD の発症に関しては、心理的要因、生物学的要因、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おり、関与しているものと考えられる (吉田ら, 1995⁹⁾; 松永, 2002²⁸⁾)。さらに、精神発達の、人格の問題や心因などの把握と理解が薬物療法や行動療法を適用するうえで重要な役割を果たしており、患者の対人関係上に生じた問題を扱う際には不可欠なものとなる。

4 研究の展望

ストレス社会の真っ只中にいる私たちは悩みのない人などいようはずがない。病気に陥る前に、普段から心の健康に留意し、適応的な生き方を身に付けていく心がけが大切である。強迫傾向を持っている健康者で

も、大きなストレスのかかる出来事に遭遇すれば、OCD にまで発展する可能性が十分ある。さらに、OCD の治療にはまだまだ難点が残っているし、完全に治るのは非常に難しいともいえる。したがって、予防が大切である。

本論文では、OCD の研究において、健常者の強迫傾向に対する研究も非常に重要であることを述べた。また、OCD になる前の予防を強調し、予防につながる研究を重要視することを主張した。今後筆者は本論文で得られた知見をもとに、調査に基づく実証研究を行いたい。すなわち、本論文の第2章で、OCD の予防につながる3つの研究課題を取り上げたが、今後の実証研究の方向性としては、それに沿って、以下の3点を考えている。

まず、第一に、現時点では健常者の強迫傾向を測る高い信頼性と妥当性を備える尺度が見当たらないので、現状を認識するために、尺度作成がますます必要となる。具体的には、インタビュー調査や自由記述質問紙調査を利用して、強迫傾向の思考、感情、行動などについての情報を広く集めることとする。そして、得られた記述を参考にしながら、質問紙を構成し、より多くの人々を対象に実施する。また、尺度の信頼性 (内的整合性、再検査信頼性) と妥当性 (因子的妥当性、他尺度との関連) を検討し、標準化する。

第二に、心理的要因は OCD の発症にかかわりが深く、心理的要因の把握、理解が薬物療法や行動療法を適用する上で重要な役割を果たしているといわれている。筆者は、中国の現状から考え、心因になりうる「親の養育態度」に注目し、養育態度と強迫傾向との関連性を明らかにしていきたい。具体的には、質問紙調査を行い、親の養育態度の多側面を測定できる尺度を採用する。親の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、両尺度の総合得点を比較することだけではなく、下位尺度を中心に検討していきたい。

第三は、強迫傾向に対する対処方略の検討である。侵入してきた思考に対する評価、対処方略の面で、健常者と OCD 患者の間に大きな違いがある。OCD 患者は強迫行為を取ることで、不安や苦痛を抑えようとする。しかし、強迫行為により一時的に不安が下がるが、強迫行為をやめるとまた不安になり、徐々に強迫観念を強化し、少し不安になるたびに強迫行為をしないと気がすまなくなるという悪循環に陥ってしまう。そこで、強迫行為をとることではなく、かわりに不安に対してどのように対処し、どのような方略を取

れば有効であるかについて研究する意義があると思われる。

OCD 発症の脆弱因として、強迫傾向は日常的にも経験されうる問題であるが、その関連要因との間にあるメカニズムについてさらなる研究が期待される。今後は、こうした課題をクリアしつつ、本論文で得られた知見をより発展させることができれば、OCD の介入を考える上でより有益な示唆が得られると思われる。
(指導教官 下山晴彦教授)

引用・参考文献

- 1) Rachman, S. & de Silva, P. 1978 Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- 2) Salkovskis, P. M. & Harrison, J. 1984 Abnormal and normal obsessions-A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- 3) Salzman, L. 1973 The obsessive personality: origins, dynamics and therapy. New York: Jason Aronson, Inc.
- 4) 高橋三郎 大野裕 染谷俊幸(訳) 1995 DMS-IV精神疾患の分類と診断の手引き/American Psychiatric Association 東京:医学書院.
- 5) 成田善弘 1994 強迫症の臨床研究 金剛出版.
- 6) Muris, P., Merckelbach, H. & Clavan, M. 1997 Abnormal and normal compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 249-252.
- 7) Purdon, C., & Clark, D. A. 1993 Obsessive intrusive thought in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 713-720.
- 8) 作田勉 1997 強迫性障害 B.疫学・予後 松下正明(編) 臨床精神医学講座第5巻神経症性障害・ストレス関連障害, 中山書店, 306-316.
- 9) 吉田充孝 切池信夫 永田利彦 1995 強迫性障害に対する Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (MOCI) 邦訳版の有用性について 精神医学, 37(3), 291-296.
- 10) 丹野義彦 1998 強迫性障害の認知モデル 丹野義彦 エビデンス臨床心理学—認知行動理論の最前線 金子書房 93-108.
- 11) Hodgson, R. J. & Rachman, S. 1977 Obsessional-compulsive. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- 12) Sanavio, E. 1988 Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- 13) Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA et al 1989 The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 46: 1006-1011.
- 14) 権成鉉 谷水真由美 渡辺昌祐 1992 強迫症の自己記入式調査票——Leyton Obsessional Inventory より 精神科診断学, 3, 447-455.
- 15) 多賀千明 1999 不安障害—強迫性障害 臨床精神医学, 増刊号, 160-170.
- 16) 杉浦義典 丹野義彦 1999 強迫症状の自己記入式質問票一日本語版 Padua Inventory の信頼性と妥当性の検討 精神科診断学, 11(2), 175-189.
- 17) Nakajima T, Nakamura M, Taga C et al 1995 Reliability and validity of the Japanese version of the Yale-Brown obsessive-compulsive scale. *Psychiatr Clin Neurosci* 49 121-126.
- 18) Baer, L. 1992 *Getting Control*. Plume New York.
- 19) 浜垣誠司 高木俊介 漆原良和 石坂好樹 松本雅彦 1999 自己記入式 Yale-Brown 強迫観念・強迫行為尺度(Y-BOC) 日本語版の作成とその検討 精神神経学雑誌, 101(2), 152-168.
- 20) Goodman WK, Price LH 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.
- 21) Kim SW, Dysken MW, Kuskowski M 1992 The symptom checklist-90: obsessive-compulsive subscale: A reliability and validity. *Psychiatry Res* 41: 37-44.
- 22) Tallis, F. 1997 The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: A review and consideration of clinical implication. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 3-20.
- 23) Reed, G, F. 1976 Indecisiveness in obsessional-compulsive disorder. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 443-445.
- 24) Beech, H. R. & Liddel, A. 1974 Decision-making, mood states and ritualistic behaviour among obsessional patients. In H. R. Beech. (Ed), *Obsessional states*. London: Methuen. 143-160.
- 25) Ferrari, J. R. & McCown, W. 1994 Procrastination tendencies among obsessive-compulsives and their relatives. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 162-167.
- 26) 井出正明 細羽竜也 1995 強迫傾向尺度構成の試み 広島大学総合科学部紀要IV理系編, 21, 171-182.
- 27) Rubenstein, C. S. Peynircioglu, Z. F. Chambless, D. L. & Pigott, T. A. 1993 Memory in sub-clinical obsessive-compulsive chechers. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 759-765.
- 28) 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.
- 29) 藤澤大介 白波瀬一郎 2002 強迫性障害の心理的成因仮説 こころの科学, 7, 19-22.
- 30) 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) 白揚社.
- 31) 高橋克郎 2002 強迫性障害の生物学的病因仮説 こころの科学, 7, 23-27.
- 32) Mowrer, O. H. 1960 *Learning Theory and Behavior*. Wiley.
- 33) Hodgson, R. J. & Rachman, S. 1972 The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behaviour Research and Therapy*, 10, 111-117.
- 34) 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」 東京大学出版会 81-98.
- 35) Beck, A. T. 1976 *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Univ. Press, New York. 大野裕(訳) 1990 認知療法—精神療法の新しい発展 岩崎学術出版社
- 36) Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. 1979

Cognitive Therapy of depression. Guilford Press, New York.

37) 鶴木恵子 2000 強迫性障害の認知過程：注意と記憶を中心に
人間文化論輯, 53-60.

38) Enright, S. J. 1996 Obsessive-compulsive disorder: Anxiety disorder or schizotypic? In, R. M. Rapee(ed.), Current controversies in the anxiety disorders. The Guilford Press.