

# 博士論文

## 児童・思春期における強迫スペクトラムへ の支援の検討

—トウレット症候群を中心として—

野中 舞子

## 目次

<b>第1部 問題と目的</b> .....	1
第1章 強迫スペクトラム障害とは.....	2
1-1 強迫スペクトラム障害とは.....	2
1-2. 強迫スペクトラム障害におけるチック障害の重要性.....	7
1-3. チック障害と強迫性障害の違い—有効な治療の差異.....	10
1-4. 本研究の着眼点.....	12
第2章 児童・思春期における強迫の特徴と支援の必要性.....	13
2-1. 児童・思春期における強迫.....	13
2-2. 強迫症状が日常生活に与える困難.....	15
2-3. 我が国の児童精神科臨床における強迫スペクトラムの位置づけ.....	17
2-4. 第2章のまとめ.....	19
第3章 本研究の目的と構成.....	20
3-1. 問題点の整理と本研究の目的.....	20
3-2. 本論文の構成.....	21
<b>第2部 児童・思春期の強迫性障害への支援の検討</b> .....	25
第4章 強迫性障害への支援の概観.....	26
4-1 強迫性障害への支援の流れ.....	26
4-1-1. 薬物療法.....	26
4-1-2. 認知行動療法.....	27
4-2. 児童・思春期強迫性障害への支援の特徴.....	29
4-3. 我が国における研究の現状.....	31
4-4. 今後の展望.....	33
第5章 認知行動療法の効果に関する要因の検討.....	35
5-1. 問題と目的.....	35
5-2. 方法.....	37
5-2-1. 対象.....	37
5-2-2. 実施場所.....	37
5-2-3. 効果指標.....	37

5-2-4. 分析方法.....	37
5-2-5. 倫理的配慮.....	38
5-3. 結果.....	38
5-3-1. 全体の結果.....	38
5-3-2. 介入効果に影響する要因の検討.....	39
5-4. 考察.....	41
5-4-1. 認知行動療法プログラムの効果.....	41
5-4-2. 治療効果と関係した要因.....	42
5-5. 本研究の限界.....	43
第6章. 児童・思春期における強迫スペクトラムの特徴理解.....	44
6-1. 問題と目的.....	44
6-2. 方法.....	45
6-2-1. 対象.....	45
6-2-2. 調査項目.....	46
6-2-3. 手続き.....	46
6-2-4. 分析手順.....	46
6-3. 結果.....	47
6-3-1. 記述統計.....	47
6-3-2. プログラム適用に影響した要因.....	47
6-3-3. 併発症ごとの特徴.....	49
6-3-4. 具体的な経過の検討—チック障害を併発した事例から.....	49
6-4. 考察.....	51
6-4-1. 来談者の特徴.....	51
6-4-2. 症状ディメンジョンごとの検討の必要性.....	52
6-4-3. 併発症ごとの特徴の差異.....	53
6-5. 本研究の限界と今後の展望.....	53
第7章 併発症状としての強迫への支援.....	54
7-1. 第2部のまとめ.....	54
7-2. チック障害への支援に向けて.....	54

<b>第3部 チック障害への支援の検討</b> .....	<b>56</b>
第8章 チック障害への支援の概観.....	57
8-1. チック障害とは.....	57
8-2. 支援の概要.....	59
8-2-1. 心理教育と環境調整.....	61
8-2-2. 薬物療法.....	62
8-2-3. 行動療法／認知行動療法.....	62
8-3. チックに対する行動療法の近年の動向.....	64
8-4. 我が国における支援の現状.....	65
8-5. 今後の展望.....	67
第9章 ハビット・リバーサルによる介入プログラムの効果の検討.....	69
9-1. 問題と目的.....	69
9-2. 方法.....	70
9-2-1. 対象.....	70
9-2-2. 評価バッテリー.....	71
9-2-3. 研究の手続き.....	72
9-2-4. 介入内容と具体的な工夫.....	73
9-3. 結果.....	77
9-3-1. チック及び関連する症状の変化.....	77
9-3-2. チックに対する主観的な苦痛の変化.....	78
9-3-3. 具体的な事例の経過.....	79
9-4. 考察.....	82
9-4-1. 行動療法の有効性.....	82
9-4-2. 強迫性の影響の検討—汚言症の特殊性.....	83
9-5. 本研究の限界と展望.....	85
第10章 チック障害に伴う心理的困難と強迫性の関連.....	87
10-1. 問題と目的.....	87
10-2. 方法.....	89
10-2-1. 対象.....	89
10-2-2. 調査項目.....	89

10-2-3. 分析方法 .....	94
10-3. 結果 .....	95
10-3-1. 基礎情報の算出 .....	95
10-3-2. 汚言症の有無による属性の差異の検討 .....	95
10-3-3. 本人の捉え方の影響 .....	96
10-4. 考察 .....	97
10-4-1. 音声チックの影響について .....	99
10-4-2. 心理的困難を予測する変数について .....	100
10-4-3. 本研究の限界と今後の展望 .....	101
第 11 章 社会との相互作用への注目の必要性 .....	103
<b>第 4 部 社会の中でのチック障害 .....</b>	<b>106</b>
第 12 章. トウレット症候群の子どもを持つ家族の心理過程の理解と支援 .....	107
12-1. 問題と目的 .....	107
12-1-1. 家族の心理過程を理解する必要性 .....	107
12-1-2. 研究 5 の目的 .....	108
12-2. 方法 .....	109
12-2-1. 対象 .....	109
12-2-2. データ収集方法 .....	110
12-2-3. 分析方法 .....	110
12-2-4. 倫理面への配慮 .....	112
12-3. 結果 .....	113
12-4. 考察 .....	119
12-4-1. 理論的示唆 .....	120
12-4-2. 臨床心理学的支援への示唆 .....	121
12-5. 本研究の限界と今後の課題 .....	122
第 13 章 保護者の精神的健康に影響を及ぼす要因—本人との相互作用への注目 .....	123
13-1. 問題と目的 .....	123
13-2. 方法 .....	124
13-2-1. 対象者 .....	124

13-2-2. 調査項目.....	124
13-2-3.分析方法.....	125
13-3. 結果.....	126
13-3-1. 基礎統計量の算出.....	126
13-3-2. 保護者の精神的健康に係る要因の検討.....	126
13-3-3. 親子相互作用で生じる影響.....	129
13-4. 考察.....	130
13-4-1. 保護者の心理過程が精神的健康に及ぼす影響.....	131
13-4-2. 子どものチックへの捉え方と保護者の心理過程の関係.....	132
第14章. チック障害についての学校現場の認識と対応.....	134
14-1. 問題と目的.....	134
14-1-1. チック障害の子どもが学校で抱く困難.....	134
14-1-2 研究7の目的.....	136
14-2. 方法.....	136
14-2-1. 対象.....	136
14-2-2. 調査項目.....	137
14-2-3. 分析方法.....	137
14-2-4.倫理面への配慮.....	137
14-3. 結果.....	138
14-3-1. 「チック」「トゥレット症候群」についての教員の認識.....	138
14-3-2. チックを有する児童・生徒の担当経験と配慮を要した経験.....	139
14-3-3. チックについて知りたいこと.....	140
14-4. 研究7の考察.....	141
14-4-1. チックやトゥレット症候群の教員の認識.....	141
14-4-2. チックを有する児童・生徒の担当経験.....	142
14-4-3. 教員からのニーズ.....	143
14-5. 研究8の目的.....	143
14-6. 研究8の方法.....	144
14-6-1. 対象.....	144
14-6-2. 質問紙の構成.....	145

14-6-3. 分析方法.....	146
14-6-4. 倫理面への配慮.....	147
14-7. 結果.....	147
14-7-1. 働きかける対象.....	147
14-7-2. 働きかけの内容.....	148
14-8. 考察.....	150
14-8-1. 日常場面における関わり.....	150
14-8-2. 対応必要場面における関わり.....	151
14-8-3. 研究8の限界.....	152
<b>第5部 総合考察.....</b>	<b>153</b>
第15章 総合考察.....	154
15-1. チック障害への支援モデルの提示.....	154
15-2. 本研究で得られた知見と臨床的意義.....	157
15-2-1. 我が国の強迫スペクトラムへの支援への示唆.....	157
15-2-2. 発達特性としての強迫性.....	159
15-3. 本研究の臨床心理学的意義.....	160
15-4. 本研究の限界と今後の展望.....	162
引用文献・参考文献.....	163

## 第 1 部 問題と目的



## 第1章 強迫スペクトラム障害とは

本章では、強迫スペクトラム障害の概念について論じ、本研究の着眼点を示す。

### 1-1 強迫スペクトラム障害とは

強迫という言葉はしばしば、強迫性障害という精神障害について論じる過程で用いられる。強迫性障害(Obsessive- Compulsive Disorder)とは、強迫観念と強迫行為によって特徴づけられる精神疾患の一つである。強迫観念(obsession)とは、侵入的・反復的に体験される思考や衝動、イメージのことであり、時に苦痛や不快感を伴うものである。強迫行為(compulsion)とは、主に強迫観念を軽減させることを目的として、自分でもばかばかしいと理解していたとしても繰り返してしまう儀式的行動のことを示す(American Psychiatric Association, 2013)。強迫観念の中で多くみられる症状は、汚染(例: 黴菌や汚れに対する過剰な不安や恐怖)、加害(例: 誰かを自分が傷つけてしまうのではという考え)、ぴったり感などの対称性(例: 左右対称にせずにはいられない)、ため込み(例: いらないとわかっているものでも捨ててはいけないものではと不安になる)などであり、それに対して強迫行為は、洗浄行為、確認行為、儀式的繰り返し行為などが多くみられる(Bloch, Landeros-Weisenberger, Rosario-Campos, Pittenger & Leckman, 2008; 松永・切池・大矢・守田・中井・福居・山下・吉田・多賀・岸本・徳山・洪・米田・西田・稲田・木下・柳生・越智・武田・中尾・渡邊・前田・千郷・中嶋, 2004)。中根(2006)のレビューによれば、地域によって差があるものの、0.3-3.2%の生涯有病率だと言われており、珍しい障害ではない。

強迫性障害という精神障害の診断基準を満たさなくとも、誰しもある種の強迫性を有すること、そして強迫的な精神現象を経験することは私たちの日常生活の体験からも、先行研究が示す結果からもある程度コンセンサスが得られている。電車のホームに立っている時に、『誰かに突き落とされるのでは?』という考えが浮かんだことはないだろうか。そうした考えをばかばかしいと思いつつも、ホームから一步下がって電車を待ってしまう。これはある種の侵入思考と安全行動であり、誰しもが経験しうるものである。こうした強迫観念に類似した思考の中でも頻度の高い事象を調査した研究の結果によると、暖房やストーブなどを消し忘れて火事になることを心配した経験がある者は女性の79%、男性では62%に上り、トイレの便座や水洗のレバーに触れて、伝染病に感染することを心配する者

は女性の 60%、男性の 40%に上った (Clark, 2004)。そのため、強迫性障害の診断を有していない健常者であっても、軽度の強迫症状と類似した体験をしていることは珍しくない。

こうした強迫症状は他の精神障害にもしばしば併発する。そして、強迫症状をしばしば併発し、かつ強迫症状と類似した症状を主症状とする他の精神障害との関係性の深さに注目が集まる中で、強迫性障害の位置づけが見直されつつある。強迫性障害は DSM-III 以降、不安障害の 1 つとして位置付けられてきた (Stein, Fineberg, Bienvenu, Denys, Lochner, Nestadt, Leckman, Rauch & Phillips, 2010)。しかし、強迫性障害内の多様性や、病因、経過、治療など様々な側面で、他の不安障害との相違が注目され、近年、「とらわれ」や「繰り返し行為」に焦点を当てた、より包括的で生物学的な見方がなされるようになってきている (松永, 2012)。2013 年に公刊された DSM-5 では、「強迫関連障害 (Obsessive-Compulsive and Related Disorders)」という章ができ、従来の不安障害から強迫性障害は独立し、他の観念様のとらわれと反復行動によって特徴づけられる疾患と同じ章に位置づけられるようになった (Table 1-1)。こうした変化には、「強迫スペクトラム障害」の考え方とその妥当性を支持するエビデンスの蓄積が影響している。

Table 1-1. DSM-5 における強迫性障害および関連障害 (Obsessive - Compulsive and Related Disorders, American Psychiatric Association, 2013, 筆者訳)

---

強迫性障害 (Obsessive- Compulsive Disorder)
身体醜形性障害 (Body Dysmorphic Disorder)
溜め込み障害 (Hoarding Disorder)
抜毛障害 (Trichotillomania, Hair - Pulling Disorder)
皮膚むしり障害 (Excoriation / Skin -Picking Disorder)
物質/薬物による強迫関連障害
他の医学的状態による強迫関連障害
その他の強迫関連障害
特定不能の強迫関連障害

---

強迫スペクトラム障害 (Obsessive- Compulsive Spectrum Disorders) とは, Hollander

のグループによって提唱された考え方である。強迫スペクトラム障害について体系的にまとめた **Hollander (1993)**によれば、強迫的な考えや儀式行動は強迫性障害の有する特徴ではあるが、それらの症状自体は他の障害でもみられ、それら同様の特徴を有する障害はおそらくなにか共通の生物学的基盤を有すると指摘している。たとえば、食事や体型についての考えにとらわれることが多い摂食障害や、自分でもやめようと思ってもやめることができず髪を抜き続けたりする抜毛癖などは、強迫的な考えにとらわれたり、儀式的行動を行ってしまうという点で強迫性障害と何らかの共通基盤を有している可能性がある。関連する障害として挙げられていた疾患を **Table 1-2**に示した。

**Table.1-2 強迫スペクトラム障害として検討されていた障害 (Hollander, 1993)**

身体醜形障害	トゥレット症候群
離人性障害	性的倒錯
拒食症	病的賭博
心気症	衝動的な人格障害
抜毛癖	妄想性障害

こうした、ある種の侵入体験とそれに対する反復的な行動や儀式によって特徴づけられる強迫スペクトラム障害であるが、**Table1-2**に示したように多様な障害を含むため、それぞれの持つ特徴によって分類がなされたり、次元的な理解がなされている。**Lochner & Stein (2006)**による文献レビューで取り上げられていた代表的な視点をいくつか紹介する。

まず、危機回避（強迫性）と危機探究（衝動性）を軸の両端の連続線上においた理解がある。この考え方では、危機回避の程度が強い人ほど、未来の危険を大きく見積もる傾向があり、危機探究の程度が強い人ほどネガティブな結果を想定せずに行動をとってしまう傾向がある（**Hollander, 1993**）。**池田(2002)**は、**Hollander**の説に加えて、以下のように説明している。「この説に従うならば、人間は危機に瀕した時に強迫性と衝動性という点で対照的な行動に出る。強迫的な性格傾向の強い人は危険性に対し、不安や苦痛を回避するために儀式的な行動を行う。他方、衝動性の強い人間は危機に対し、好奇心、満足感、快楽を得ようとして、ときには反社会的な行動をとる(p. 63, 64)」。このように、人は強迫性と衝動性という対照的な行動を危機場面で呈すると考えられるため、それぞれを軸の両端におき、次元的に整理をして強迫スペクトラム障害の特徴を検討することができる

(Figure.1-1)。この軸はわかりやすいものの、実際には強迫性も衝動性も高い患者も存在するため、垂直に交わると考えるほうが適切だという研究者も存在する (Lochner & Stein, 2006)。

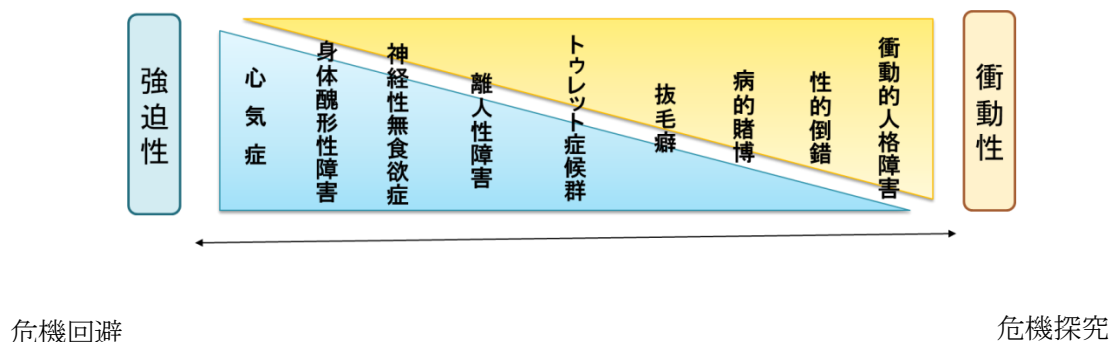


Figure.1-1. 強迫性・衝動性のディメンジョン (Hollander, 1998 を筆者が訳・改変)

次に、類似した特徴を持つもの同士をまとめて、①身体のイメージ・身体へのとらわれの障害、②衝動制御の障害、③繰り返し行動を伴う神経障害の3つのクラスターに分類するという考え方もある (Hollander, Friedberg, Wasserman, Yeh, & Iyengar, 2005 ; Hollander, 1998, Figure 1-2) それぞれのクラスターについて、Bartz & Hollander (2006) は以下のように説明している。

まず、第1のクラスターは、身体と関係するとらわれや思い込みに特徴づけられ、身体醜形障害、心気症、拒食症、離人症が含まれる。これらの障害はいずれも過度の思い込みや考えにとらわれ、そのことは煩わしく不安を感じさせるものであり、何らかの行動の繰り返しを引き起こすため、強迫性障害と症状の構造が類似している。

第2のクラスターは、衝動性、特に攻撃的な行動やそれに伴う負の結果に特徴づけられ、病的賭博、盗癖、性的倒錯、自傷行為、抜毛癖が含まれる。強迫性障害と同様に何らかの行動の前に覚醒や緊張が伴うけれど、これらの障害はそういった行動が喜びや快刺激を引き起こすという部分が異なる。しかし、これらの行動は何らかの不安を軽減させる機能を持っていることがあり、強迫行為と類似した点もある。加えて、これらの障害を有する人はしばしば強迫的な考えも有している。

第3のクラスターは、反復行動を伴う神経学的障害で構成され、自閉症、シデナム舞踏病、斜頸、トゥレット症候群、ハンチントン病が含まれる。これらの障害は脳基底核の機能障害があることが示されてきている。また、これらの障害が併発して有する強迫症状は通

常の強迫性障害にみられるものと内容が異なると言われている。たとえば、自閉症の場合、繰り返し順序立てる行動や、ためこみ、質問をすることや触ることなどに関連した強迫症状が多い。

また、強迫性障害内の併発症の傾向についてクラスター分析を行った Lochner, Hemmings, Kinnear, Niehaus, Nel, Corfield, Moolman-Smook, Seedat, & Stein (2005) による研究結果は上記の分類と類似した結果を得ており、3つのクラスターが抽出されている。第1のクラスターは報酬系の異常，“reward deficiency”（抜毛癖、トゥレット症候群、病的ギャンブリング、性欲過剰障害）であり、第2のクラスターは衝動性，“impulsivity”（強迫的買い物、盗癖、摂食障害、自傷行為）であり、第3のクラスターは身体的“somatic”（身体醜形障害、心気症）であった。それぞれに分類される障害が異なるものの、抽出されたクラスター自体は類似した傾向を有していたと示唆されている。

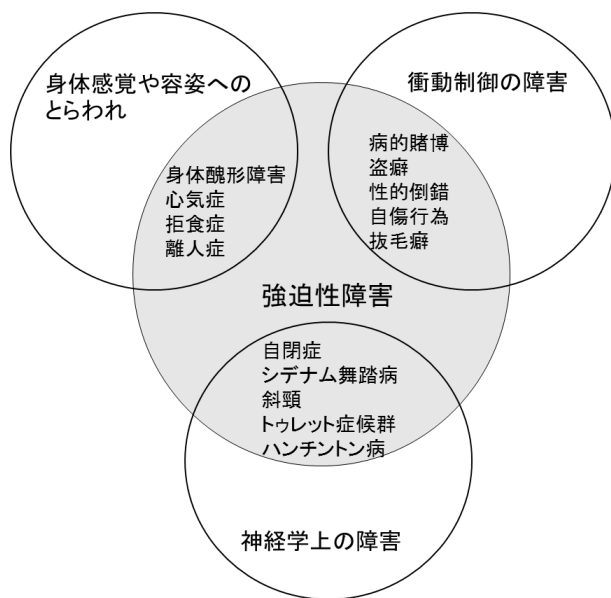


Figure 1-2. 強迫スペクトラム障害のクラスター（Hollander,1998,池田,2002 を参考に作成）

このように、様々な精神疾患がある種の共通した特徴を持ち、連続線上にあると考えることは、共通する生物学的基盤の解明や診断カテゴリにとられない治療効果の検討が可能になるという意味で有意義だといえるだろう。現に、強迫性障害は他の不安障害と異なり、セロトニン系だけではなくドパミン系も関与していることが明らかとなってきた（中尾，2009；松永，2007）。ドパミン系の関与は他の不安障害ではほとんど見られない

が、他の強迫スペクトラム障害での関与は示唆されることから、強迫性障害が不安障害よりも、他のドパミン系の関与が明確な強迫スペクトラムとの関与を示す生物学的特異性を示す根拠となっている（松永，2007）。また塩入（2011）によれば、多くの不安障害において扁桃体が重要な役割を担うことが多いのに対して、強迫性障害では皮質—線条体—視床—皮質回路の関与が大きいと指摘されており、強迫スペクトラム障害の一部と脳科学的研究の知見は共通することが示されている（中尾，2009）。強迫性障害はより生物学的な基盤の関与が大きいという理解も、不安障害から独立した位置づけとなったことでより明確になったと考えられる。

## 1-2. 強迫スペクトラム障害におけるチック障害の重要性

強迫スペクトラム障害は前節で示したように多様な障害を含む概念であるが、その発展に大きく寄与したのはトゥレット症候群を中心としたチック障害と強迫性障害の類似性を示唆する知見だといえる。チック障害と強迫性障害は、その症状自体が類似しているだけでなく、遺伝研究による家族凝集性の高さの指摘や併発率の高さ、脳画像研究により何らかの共通基盤を有することが支持されている。

金生（2005）は、トゥレット症候群患者の第一親族を対象にチック障害や強迫性障害の有病率を検討した先行研究を概観し、トゥレット症候群は0.9~17.9%、慢性チック障害は7.8~17.3%、強迫性障害は0.9~13.6%が罹患していたことを示唆している（金生，2005）。例えば、338名のトゥレット症候群患者の第一親族のうち、トゥレット症候群は8.7%、慢性チック障害は17.3%、強迫性障害は11.5%の頻度であったことから、一般有病率よりも高率にトゥレット症候群患者の第一親族はチック障害だけではなく強迫性障害も罹患しやすいことが指摘されている（Pauls, Raymond, Stevenson, & Leckman, 1991）。Phillips, Stein, Rauch, Hollander, Fallon, Barsky, Fineberg, Mataix-Cols, Ferrão, Saxena, Wilhelm, Kelly, Clark, Pinto, Bienvenu, Farrow, Leckman (2010)のレビューによれば、トゥレット症候群発端者の第一親族のうち、強迫性障害は15%以上の女性の親族で、チック症状は20%以上、トゥレット症候群は17%以上の男性の親族で見られると示唆されており、それと同時に、強迫性障害発端者の第一親族の中では、チック症状を有する者の割合が対照群に比較して高くなることも明らかとなっている。また、そもそも、チック症状と強迫症状はそれぞれに併発しやすい。Freeman, Fast, Burd, Kerbeshian, Robertson, & Sandor (2000)による3500人のトゥレット症候群患者の国際的なデータベースからは、強

強迫性障害の平均併発率は 27%(2-66%)、強迫的な行動が見られたものは 32%(13-66%)だと述べられている。Cardona, Romano, Bollea, & Chiarotti (2004)の研究ではチック障害患者 125 名を対象に調査をした結果、臨床域の強迫症状を有しているものが 19.2%、軽度の強迫症状を有していた者は 45.6%だったことを示唆している。

この傾向は特に早期発症の事例で強くみられる。チック症状を有する者は児童・思春期強迫性障害のおおよそ 10-40%に上るといわれている (Leckman, Denys, Simpson, Mataix-Cols, Hollander, Saxena, Miguel, Rauch, Goodman, Phillips, & Stein, 2010 ; 島田・金生, 2009)。Taylor (2011)は早期発症の強迫性障害は、後発の強迫性障害とはたして異なるのか、という疑問を検討するために過去の先行研究を分析した。その結果、おおよそ 4 分の 3 の対象者は平均年齢が 11 歳の早期発症と考えられるグループに属することが示唆された。早期発症の強迫性障害の特徴として、①男子に多いこと、②強迫の全般的な重症度が高く、有している強迫症状のタイプも異なること、③チックと併発しやすく、強迫スペクトラム障害もしばしば併発すること、④第一親等が強迫を有している割合が高いこと、を指摘している。Leckman, Bloch, & King (2009)も、早期発症の強迫性障害の特徴の中でも、特にエビデンスが蓄積されている点として、家族負因の大きさとチック関連強迫性障害の存在をあげている。たとえば、Chabane, Delorme, Millet, Mouren, Leboyer, & Pauls (2005)による調査では、早期発症の強迫性障害のうち何らかのチック障害を併発する者は 44%にもものぼることを示すとともに、第一親族において強迫性障害とチック障害を併発する者の割合は高く、順に、17%、12%であったと報告している。また、Rosario-Campos, Leckman, Curi, Quatrano, Katsovitch, Miguel, & Pauls (2005)でも、早期発症強迫性障害の親族のうち強迫性障害であったものは 22.7%、慢性チック障害であったものは 11.7%であり、コントロール群よりも高い割合を占めていた。こうした一定の凝集性がチックと強迫性障害では見られることから、チック関連強迫性障害というサブタイプの想定は、遺伝研究において特に重要な概念とされている。Eichstedt & Arnold (2001)によれば、早期発症の強迫性障害とチック障害の関連は深く、両者ともに大脳基底核の異常の関与が強いと考えられている。以上のように、強迫性障害、その中でも特に早期発症の強迫性障害とチック障害は相互に併発しやすく、家族集積性がみられる。そして、強迫性障害の中でも、早期に発症しチックを伴う型と、チックを伴わない型が想定されている (Rauch, Cora-Locatelli, & Greenberg, 2002 山下訳 2005)。

また、上述したように、強迫性障害は皮質—線条体—視床—皮質回路の異常が想定され

ているが、トゥレット症候群においても同部位の機能異常が想定されている。強迫性障害では尾状核に、トゥレット症候群は被殻に、それぞれ構造的な異常があることも支持されている (Rauch et al.,2002 山下訳 2005)。Baxter et al(1990)は強迫性障害とトゥレット症候群が線条体の機能異常による病態生理を共有しているとの仮説を立て、そこから、皮質—線条体の回路の様々な部位で生じた異常により、それぞれ異なった症状が生じるといふ、複数の疾患が一つのスペクトラムを形成していると考えた。こうした指摘は現在の強迫スペクトラムの考え方に通じており、強迫性障害とトゥレット症候群の共通性が示されたことが、強迫スペクトラムの考えに寄与してきたことが伺える。

Rauch et al(2002 山下訳 2005)は、強迫スペクトラム障害に共通する病理は、何らかの侵入的体験であり、その侵入が感覚運動系に関わるか、認知的な要素なのかによって分類されると示唆している。すなわち、強迫性障害や身体醜形障害は認知的な侵入を体験するのに対して、抜毛障害やトゥレット症候群では感覚運動的な侵入を体験する。この指摘は、強迫スペクトラム障害を、強迫観念などの認知的プロセスの関与を認めない繰り返し行為によって特徴づけられる運動性的一群 (Motoric OCSD) と、認知的プロセスの関与を認める一群 (Cognitive OCSD) とした松永(2012) の表現とも合致している。Figure 1-3 に Motoric OCSD と認知的プロセスの関与を認める Cognitive OCSD の関係を示した。Phillips et al(2010)によると、MotoricOCSD と呼ばれるものは、チックや自閉症スペクトラム障害の繰り返し行動などを示し、習癖についての動物モデルを用いた研究によっても検証される一群だといえ、一方 Cognitive OCSD とされるものはより複雑な認知プロセスが関与する一群だと指摘している。チックとの関連が深い強迫スペクトラムは Motoric OCSD に位置づけられる一群だと考えられるだろう。



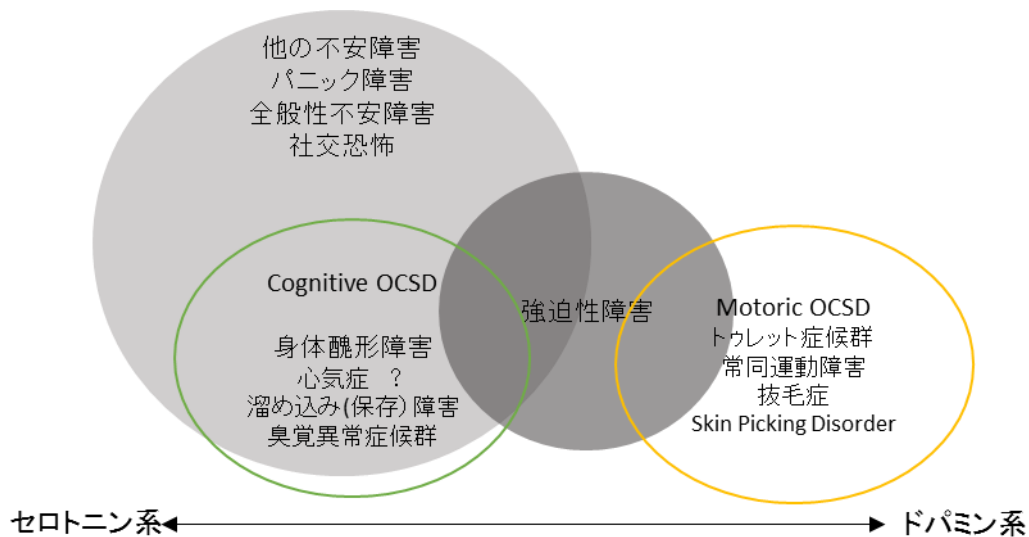


Figure 1-3. 強迫スペクトラム障害と他の諸不安障害との関係性（松永，2011）

DSM-5 の改訂に向けた専門家調査によれば，身体醜形障害（75%），抜毛障害（70%），チック障害（61%），心気症（57%）の4つの障害が，強迫スペクトラム障害の章を作成するとしたら組み込むことに賛同できると専門家から支持されていた（Mataix-Cols, Pertusa, & Leckman, 2007）。Phillips et al(2010)によると，2006年に行われた専門家会議では，身体醜形障害，トゥレット症候群，心気症の3障害を同カテゴリに組み込むことが支持されていた。こうした専門家調査や先行研究から，MotoricOCSD の中でもチック障害は重要な位置づけにあると考えられ，金生(2011)も同様の指摘をしている。松永(2012)も，強迫スペクトラムの概念の中核に位置付けられていたチック障害やトゥレット症候群が除外されたことにより，強迫スペクトラムという言葉が DSM-5 には残らなかった可能性を指摘するなど，その影響の大きさを指摘している。Figure1-1 をみても，トゥレット症候群は中心に位置づけられており，強迫スペクトラム障害の中でも重要な位置づけにあるといえるだろう。

### 1-3. チック障害と強迫性障害の違い—有効な治療の差異

では，なぜチック障害は，DSM-5 において強迫関連障害に位置づけられなかったのだろうか。その理由として，有効な治療や支援の差異が挙げられる（Phillips et al.,2010）。

支援についての詳細はそれぞれ後述するが，強迫性障害に対しては，選択的セロトニン

再取り込み阻害薬(Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, 以下, SSRI)の有効性が支持されており, この傾向は一部の強迫スペクトラム障害でも確認されている(身体醜形障害や抜毛癖)。しかし, チック障害に対しては, 抗精神病薬の有効性が支持されており, ドパミン系の関与の大きさが確認されている。加えて, 薬物療法だけではなく, 認知行動療法の選択においても, 違いがあると考えられている。強迫性障害に対して有効な曝露反応妨害法(Exposure and Response Prevention; 以下 ERP)は, 不安障害にも用いられる技法であり, 不安や恐怖を引き起こす刺激や状況へ曝露することが重要な治療原理の一つとなる。しかし, 抜毛癖やトゥレット症候群のような motoric OCD に含まれるような対象の場合には, その背景にある「衝動」への対処が求められることから, 通常の ERP の手続きだけでは有効ではないことも多いと指摘されている(Baer, 1991)。このように, 薬物療法と認知行動療法の併用が多くの場合に推奨される, という枠組みは類似しているものの, 第一選択となる薬剤や技法が異なっている。

それぞれの疾患に対して有効な治療や支援が発展していることは望ましいことであるが, 時に, チック障害と強迫性障害においては, 双方の特徴が交わる一群の存在が示唆されている(Eichstedt & Arnold, 2001; 松永, 2012)。前節で述べたチック関連強迫性障害といわれる一群がその代表であろう。強迫性障害の中でもチックを併発する場合には, SSRI による薬物療法への反応が悪くなるという治療効果研究の結果(March, Franklin, Leonard, Garcia, Moore, Freeman, & Foa, 2007)や, SRI 単剤投与で改善しなかった強迫性障害のうち, 3分の1程度の者が抗精神病薬の追加投与で改善が確認され, チックを併発している患者に対しては特に有効であったこともメタ分析から明らかになっている(Bloch, Landeros-Weisenberger, Kelmendi, Coric, Bracken, & Leckman, 2006)。また, 強迫性障害患者の中にも, 何かがまさにぴったりと来ない感覚や不快感(not just right feeling)のような感覚現象を有し, そうした感覚現象を解消するために強迫行為を繰り返すものが一定数いることが示唆されている。Ferrão, Shavitt, Prado, Fontenelle, Malavazzi, de Mathis, Hounie, Miguel, & do Rosário (2012)の調査では, 1001人の強迫性障害患者のうち65%がこうした感覚現象を有していたと指摘している。そして, 感覚現象を有する者は, 対称性や順序の強迫症状と汚染や洗浄の強迫症状がより重症で, 慢性チック障害であるトゥレット症候群を併発し, 家族にチック障害の既往がある者が多かったことを明らかにしている(Ferrão et al., 2012)。March & Mullen(2006 原井・岡嶋訳 2008)によれば, チック障害との境界線上にある症状を有する患者の場合, こうした不快感によ

る繰り返し行動がみられるため、第一選択となる ERP ではなくハビット・リバーサルを適用するほうが有効な場合があると指摘している。Mansueto & Keuler(2005)は、こうしたチック障害（その中でもトゥレット症候群）と強迫性障害の両方の特徴を持つ一群として、“Tourette OCD (TOCD)” という概念を提唱している。複雑性の高いチックと強迫行為を見極めることの難しさは以前から指摘されてきた。Mansueto & Keuler (2005)は、臨床家が「チックか強迫行為か」というカテゴリカルな判断にとらわれてしまうことがあるが、「これは、トゥレット症候群と強迫性障害のブレンドなんだ (“It is a blend of the two with characteristics associated with both.”,p.363)」と考えることで、患者の主観的な感覚や症状の機能を分析して、治療に取り組むことができると指摘している。TOCD の特徴として、SSRI や ERP が効きにくいいため、十分な時間の確保やリラクゼーション法の併用が推奨されるなど、通独自の工夫が提唱されている。衝動制御の障害を併発する強迫性障害は、早期に発症し、治療反応が悪いことも Matsunaga, Kiriike, Matsui, Oya, Okino, & Stein, (2005)では示唆されており、チック障害も衝動性をその特徴として有していることに表れているようにチック障害も含めた MotoricOCS D は、今後支援の発展が望まれる対象だといえる。

こうした指摘からも、強迫性障害、チック障害それぞれで治療が発展するだけでなく、連続線上で捉えることで、双方の支援の枠組みを転用できる可能性があると考えられる。特に、衝動コントロールの問題が関与している対象への支援の難しさは複数の文献からも示唆されているため、強迫スペクトラムの中でも特に MotoricOCS D への支援の発展に向けた知見の提示は今後求められると考えられる。

#### 1-4. 本研究の着眼点

以上の先行研究から、強迫スペクトラム障害の中でもチック障害に代表される衝動を主たる特徴として有する MotoricOCS D への支援の発展に寄与する知見を提示することは重要だと考えられた。そのため、本研究では、MotoricOCS D の代表例であるチック障害、その中でも特にトゥレット症候群を中心とした、支援の発展を目指した検討を行うこととした。そのため、MotoricOCS D に位置づけられる障害が発症しやすく、かつチック障害と強迫性障害の併存率や関連性が高い児童・思春期に焦点を当てて検討することとした。

そのため、本研究全体の問題意識を述べる前に、児童・思春期における強迫の特徴と支援の必要性について文献を概観することとした。

## 第2章 児童・思春期における強迫の特徴と支援の必要性

本章では、児童・思春期における強迫及び強迫スペクトラムの特徴について概観し、我が国の傾向や現在の問題点について指摘する。

### 2-1. 児童・思春期における強迫

かつては児童・思春期において強迫性障害がそもそも存在するのか、強迫的な行動は正常な発達の中でみられる現象の一つでしかないのか、など、様々な議論がなされていた。(山崎, 1994)。例えば、信号を渡るときに白い線だけを踏んで渡りたがったり、ある物の収集にこだわったりすることは、健常の発達過程でみられる儀式行動の代表的なものである。こうした行動がみられるのは、2歳頃がピークだと示唆されている(Leckman et al., 2009)。だが、近年では疫学研究の蓄積を経て、児童・思春期において強迫性障害の診断基準を満たす対象や強迫症状を有する者は珍しくないと考えられている。Flament, Whitaker, Rapoport, Davies, Berg, Kalikow, Sceery & Shaffer (1988)によりアメリカで行われた5596人の高校生を対象とした調査の結果では、推定一年有病率は $1 \pm 0.5\%$ と示唆されていた。Valleni-Basile, Garrison, Jackson, Waller, Mckeown, Addy, & Cuffe (1994)による3283人の縦断調査の結果からは、有病率は3%だったと示唆されている。Tadai, Nakamura, Okazaki, & Nakajima (1995)は面接式の調査で350人の学生のうち6人が強迫性障害の診断基準を満たしたことから、有病率は1.7%であったと報告している。Flament & Cohen (2002)は児童・思春期強迫性障害についての包括的なレビューの中で、有病率としてはおおよそ1-5%程度の値を報告する研究が多いことを示している。加えて、強迫性障害の診断が明確につかないが強迫症状を有している閾値下(“subclinical”)の強迫性障害の割合も報告されており、上述した研究では、Flament et al(1988)の調査では0.2%、Valleni-Baile et al(1994)の調査では19%、Tadai et al(1995)の調査では、強迫性障害と推察される対象(“probable OCD”)は5.4%だと報告されている。こうした疫学研究の結果から、児童・思春期において、強迫性障害自体も珍しい障害ではないが、診断を明確に満たさなくとも強迫症状を有する者も一定程度存在することが推察される。

また、強迫性障害は慢性化する障害だと示唆する研究の多さも、児童・思春期の強迫に注目する必要性を支持している。成人の強迫性障害についての研究から、強迫性障害患者

は症状発症から初診までにおおよそ3~7年(Dell'Osso, Buoli, Hollander, & Altamura, 2010; Belloch, Del Valle, Morillo, Carrió, & Cabedo, 2009)の期間を要することが示唆されており、強迫性障害はその症状の苦痛の程度と比して援助機関にかかるまでに時間がかかる病気だといわれている。強迫性障害についての予後調査の中で、早期に発症した者の転帰があまり良くないという指摘も存在する(Dell'Osso, Benatti, Buoli, Altamura, Marazziti, Hollander, Fineberg, Stein, Pallanti, Nicolini, Ameringen, Lochner, Hranov, Karamustafalioglu, Hranov, Menchon, Zohar, 2013)。原田(2006)は複数の文献を紹介する中で、経過が「良好」であるものが0~40%、「かなり良好」が14~55%、「ごくわずかに改善、不変、または悪化」が22~76%であり、報告によるばらつきが大きいと指摘している(p.36,37)。大規模な研究では、Skoog & Skoog(1999)による調査があげられる。1947年から1953年までの間に最初の評価は行われ、251人の入院していた強迫性障害患者を対象としていた。その後、1989年から1993年にかけて、生存しかつ追跡できた122人の患者を面接式の方法で予後の調査を行った。その結果、81%の患者に改善が確認され、そのうち寛解と判断できるものは48%であった。一方で、48%の者は30年以上強迫性障害の診断基準を満たした状態であることを示すとともに、多くの者が診断基準を満たさなくともなんらかの強迫症状は有していることを指摘した。加えて、20歳以下に発症した者の予後が有意に悪く、発症年齢の関連を示唆した。また、プロスペクティブな調査では、Steketee, Eisen, Dyck, Warshaw, & Rasmussen(1999)による5年間の100名を対象とした追跡調査がある。その結果、Kaplan-meierによる生命表によって算出された、5年後の完全寛解率は22%、部分寛解率は53%だとしている。Bloch, Craiglow, Landeros-Weisenberger, Dombrowski, Panza, Peterson, & Leckman(2009)のコホート調査に参加していた強迫性障害患者では、経過を追跡できた45名(平均年齢:21.1歳)について検討した結果、20名(44%)の者は強迫症状が寛解したと判断できる状態であったが、14名(31%)は軽度、6名(13%)は中程度、5名(11%)は重度の強迫症状を有していた。以上の先行研究からも、強迫性障害の症状が完全に寛解する者は少なく、強迫症状は残存することが多いことがうかがえる。

また、治療効果の影響にも発症年齢は関係する傾向がある。Leonard et al(1993)による調査では、従来の追跡調査では薬物療法や行動療法の有効性を加味して予後を検討できていないという問題点を指摘した上で、クロミプラミンによる治療研究に参加した54名の児童・思春期強迫性障害患者の平均3.4年(1.9—7.3年)の予後調査を行っている。その

結果、23名（43%）はまだ DSM-III-R の基準で強迫性障害の診断基準を満たし、強迫観念も強迫行為もないものは6名（11%）のみであった。Stewart, Geller, & Jenike (2004) による16の研究を対象としたメタ分析の結果では、児童・思春期強迫性障害の長期的なアウトカムについて検討し、フォローアップ時点で強迫性障害の診断を完全に満たすものは41%、部分的にでも満たすものを含めると60%であることを示した。強迫性障害の診断基準を満たす状態を予測した変数は、入院患者だったこと、発症年齢が早いこと、ベースライン時点での強迫性障害の罹患期間が長いこと、であった。我が国で行われた調査は少ないが、例えば前林・松永・松井・林田・興野・大矢・切池（2006）の報告では、初診時18歳以上の強迫性障害患者106名のSSRI（フルボキサミンかパロキセチンによる治療を主治医が選択）による治療の予後に関する要因を検討した。その結果、発症年齢が15歳以下であったかどうか有意に治療反応と関係した変数の一つとして示された。

以上の先行研究からは、強迫性障害は慢性化しやすく、児童・思春期において強迫性障害を発症したもののうち半数以上が強迫症状を長期間有したままであることがわかる。加えて、早期発症であることは薬物療法への反応の悪さや慢性化を予測する要因の1つであることが示唆されている。こうした背景から、児童・思春期の強迫性障害や強迫症状を有する者に対しては、その特徴を加味しながら、慢性化を防いだり、慢性化しても社会機能が低下せずに二次障害に発展しないような支援が必要であると考えられる。

## 2-2. 強迫症状が日常生活に与える困難

前節の議論からは、児童・思春期強迫性障害の一部には症状を抱えながらも援助につながらない状態で、日常生活を営んでいるものも多いことが推察される。では、こうした症状は、子どもたちにどのような影響を与えているのだろうか。

強迫観念はそれ自体が不快であることが多く、強迫行為はしばしば長時間に及ぶことで生活に影響を及ぼす。こうした症状自体が持つ特徴だけではなく、恐怖対象への回避や強迫行為を止められないことから、家から出られなくなる者も多い。強迫症状はひきこもりとの関係が深いと斎藤（2006）は指摘しており、「①ひきこもり状態に陥る前から強迫傾向や強迫症状を持つものが多いこと。②ひきこもり状態そのものが、強迫症状を助長し増悪させる傾向を持つこと。③逆に、強迫症状があることによって、ひきこもり状態から離脱することがますます困難になること。（p.279）」を3つの理由として挙げている。Honjo, Hirano, Murase, Kaneko, Sugiyama, Ohtaka, Takei, Inoko, & Wakabayashi (1989)によ

る 18 歳以下の 62 人の強迫症状を有する患者を対象とした調査では、36%の患者が不登校傾向を有していた。本人の主観的な満足度と関係した QOL の観点から強迫性障害の子どもへの影響を検討した論文も存在する。Lack, Storch, Keeley, Geffken, Ricketts, Murphy & Goodman (2009)による調査では、62 名の児童・思春期の強迫性障害患者を対象に、QOL と併発症の関係について検討した。その結果、強迫性障害患者の QOL が健常群に比べて低いことを示すとともに、QOL を予測する割合は強迫症状よりも併発する抑うつや不安のような内的な症状のほうが大きいことを示唆した。以上から、児童・思春期強迫性障害への支援を検討する際には、QOL について評価することが有効であるとともに、併発症状についてもアセスメントする必要性が示唆された。

そもそも、児童・思春期強迫性障害患者のうち、うつ病や他の不安障害を併発する者の割合は高い。児童・思春期、成人を含めた 706 名の患者の併発症の有無による分類を試みた Nestadt, Di, Riddle, Grados, Greenberg, Fyer, McCracken, Rauch, Murphy, Rasmussen, Cullen, Pinto, Samuels, & Roche(2009)の報告では、全般性不安障害やうつ病、皮膚かきむしり障害がおおよそ 4 割程度に併発していた。Geller, Biederman, Faraone, Agranat, Craddock, Hagermoser, Kim, Frazier, & Coffey (2001)は、児童期 (11 歳以下, 46 名), 思春期 (12 歳以上, 55 名), 成人 (すでに出版されたデータ, 560 名) で強迫症状のプロフィールをはじめとした特徴を発達的に検討しており、その中で大うつ病性障害を併発する者の割合は、順に 39%, 62%, 78%だったと指摘している。いずれの人口でも高いものの、年齢が上がるにつれてうつ病の併発率が高くなると考えられた。その一方で、不安障害 (パニック障害, 広場恐怖, 特定の恐怖症, 分離不安障害) は、概ね年齢による差はみられず、分離不安障害のみ児童期に多いという結果であった。また、ADHD と反抗挑戦性障害は児童期のうち 51%の割合を占めていた。本人の意思に反して些細なきっかけで突如爆発的に攻撃的な行動をとってしまうといわれる怒り発作 (rage attack)について調べた Storch, Jones, Lack, Ale, Sulkowski, Lewin, & Murphy(2012)の研究では、対象者 86 名のうち、おおよそ半数 (47 名, 54.7%) が怒り発作や怒りについて検討する尺度である Rage Outbursts and Anger Rating Scale(ROARS)において高い点数だと判断されていた。こうした怒り得点の高さは強迫症状と相関していたが、家族の巻き込みとより強く相関していたため、怒り発作の存在が家族の巻き込みを強くし、家族の巻き込みが強まることで強迫症状をさらに強める可能性があるかと著者らは指摘している。

では、他の診断に強迫性障害が併発する場合の影響はどうであろうか。トゥレット症候

群に強迫性障害が併発する場合には、トゥレット症候群単独の場合よりも支障が大きくなることも示されている。Conealea et al(2011)による 740 人の保護者と 232 人の児童・思春期の当事者を対象としたインターネットベースの調査では、トゥレット症候群に何らかの他の診断が併発している場合のほうが QOL が低下することを示唆している。同様に、Eddy, Rizzo, Gulisano, Agodi, Barchitta, Cali, Robertson,& Cavanna, A. (2011)による調査でも、トゥレット症候群そのものも本人の感じる QOL への影響を及ぼすが、強迫性障害や ADHD を併発する場合にはより QOL が低い傾向がみられることを示唆している。我が国の対象者で検討した Kano, Ohta., Nagai., & Scahill (2010)による調査でも、強迫症状を有しているトゥレット症候群者のほうが、自傷行為や不登校、衝動的な行動等の傾向が高いことを示唆している。

以上のように、強迫症状は、それ自体が社会機能に影響を及ぼすだけでなく、抑うつや不安などの内面の問題や怒り発作や衝動的行動など外在化する問題としばしば併発し、それらの問題が強迫症状と相互作用を起こして子どもやその親に影響を及ぼすと考えられる。子どもの強迫性障害における異種性の問題には、子どもの強迫症状が、正常な発達の現象から、強迫神経症レベル、強迫性人格障害のレベル、トゥレット症候群や発達障害にまで広がりを持っていることが背景にあると傳田（2006）も指摘している。症状の子どもに与える影響が大きだけでなく、併発症も含めた包括的なアセスメントが求められることが児童・思春期強迫性障害の特徴だといえるだろう。

### 2-3. 我が国の児童精神科臨床における強迫スペクトラムの位置づけ

最後に、我が国の児童精神科領域における強迫スペクトラムの位置づけを確認して本章を終える。

近年、我が国では発達障害、いじめ、虐待など親子を対象とした支援の重要性が指摘されている。2005 年には発達障害者支援法が成立し、2009 年からは特別支援教育が学校現場に導入された。そのことをきっかけに発達障害への支援に臨床心理士が携わる機会も増えており、児童精神科領域の発展は特に著しいといえる。平成 20 年より厚生労働省では「子どもの心の診療拠点病院機構推進事業」を実施し、複数の医療機関を子どもの心の診療事業における拠点病院と指定し、子どもを対象とした精神科医療の発展を目指している（厚生労働省、2011）。

実際に専門外来を受診した患者数の内訳を報告した調査から、その傾向を検討する。ま



ず、市川(2004)は、自身の勤務する病院の外来初診者の傾向を分析している。2001年度の来談者の分析の結果、ICD-10のカテゴリの中でも、心理的発達障害（F8：広汎性発達障害、学習障害など）、行動及び情緒の障害（F9：多動性障害、行為障害、チックなど）の占める割合が男子において特に多かった。女子では、神経症関連（F4：強迫性障害、解離、適応障害など）が一番多かった。1990年からの変遷を見ても、注意欠如多動性障害、広汎性発達障害、行為障害の初診患者の中に占める割合の増加をしていることも示唆されている。主訴別でみると、落ち着きがない、言語遅滞の次に、強迫症状が挙げられており、その増加傾向が指摘されていた。また、来談者のうち年齢が比較的低い者の占める割合も年々高くなっていた。川上（2012）は、自らの診療所を来談した者のうち、気分障害圏、不安障害圏がそれぞれ30%、25%と多かったと報告している。ついで、統合失調症圏、発達障害圏が続いていた。川上（2012）の報告では、年齢が13歳を超える来談者の割合が高いことも述べられていた。武井・目良・宮崎・佐藤・原岡・本田・太田（2007）による1996年から2005年までの市立旭川病院精神科の受診者数の報告によれば、児童・思春期患者は新患全体の15.5%を占め、患者数が増加傾向を示していると指摘するとともに、多動性障害とアスペルガー障害に該当するものが特にこの5年間で増加していると示唆している。

これらの報告から、近年、児童・思春期に精神科を受診する者が増えていることが伺える。また、来談者の傾向として児童期にしばしばみられる発達障害やチックなどの問題が増加傾向にあることが指摘されている。対象者の年齢が思春期が多かった川上(2012)の調査では不安障害圏や気分障害圏の患者が多かったことから、思春期に入ると周囲との関係の影響を強く受ける気分障害や不安障害が増えると考えられる。この傾向は、強迫性障害に伴う併発症の傾向と類似している。また、強迫スペクトラムという観点でデータを見直すと、近年特に注目されているのは、広汎性発達障害やチック障害など器質的な要因の大きい、Motoric OCSに分類されるような障害であることが伺える。

杉山（2006）は、いわゆる神経症に分類されるような強迫性障害は減少しているという傾向を指摘している。平成13年4月から平成17年3月までの間にあいち小児センターを受診した患者2860名のうち、強迫性障害と診断された者はわずか32名（1.1%）であった。同調査ではチック障害は69名、高機能広汎性発達障害は942名であり、他の疾患に比較して割合が低いことがうかがえる。こうした近年の傾向を踏まえて杉山（2006）はTable2-1のように強迫を呈する近縁の精神障害を列挙し、今後は発達障害系の強迫症状や非定形的な強迫症状が増加する傾向にある可能性を指摘している（Table 2-1）。また、小

平（2014）によると、児童・思春期の強迫性障害の場合は特に、自我違和感が語られない事例も多いことから、広汎性発達障害にみられるこだわりやチックと強迫症状が類似することも多く、強迫スペクトラムの考えを適用することが重要だと指摘している。

#### 2-4. 第2章のまとめ

先行研究からは以下の点が示唆される。まず、強迫性障害の多くは児童・思春期に発症しており、慢性化する者も多く存在する。診断基準は満たさないが強迫症状を有している対象はさらに多く、症状自体の支障も大きいことから早期の支援がもとめられる。また、実際の児童精神科医療の来談者の傾向をみると、強迫性障害の診断を有する来談者の占める割合は高くはなく、強迫スペクトラムの観点から患者の特性を見直す必要があると考えられる。併発症状が患児へ与える影響も大きいことから、その異種性も含めた特徴の理解が求められるだろう。また、今後増加していくことが予想される発達障害との関連が深い器質的な脆弱性に関わるような強迫性障害への支援を検討する必要性も高いといえる。

Table 2-1. 強迫症状が認められる児童の精神科疾患（杉山，2006）

発達障害系	非発達障害系
チック障害	分離不安障害
トゥレット障害	抜毛癖
注意欠如多動性障害	転換性障害
自閉性障害	身体表現性障害
アスペルガー障害	不登校
ダウン症の青年期退行	うつ病
	パニック障害
	摂食障害
	境界性人格障害
	統合失調症

## 第3章 本研究の目的と構成

本章では、第1章、第2章で概観してきた先行研究をまとめ、問題点を整理し、本研究の目的を提示する。

### 3-1. 問題点の整理と本研究の目的

第1章で述べてきたように、強迫性障害は、近縁の障害との関係性が示されるにつれて、強迫スペクトラム障害の枠組みでの理解が進み、ある考えや衝動へのとらわれと反復行動に特徴づけられる一群として不安障害とは異なる疾患群として理解されるようになった。強迫スペクトラム障害の概念の発展にはトゥレット症候群をはじめとしたチック障害と強迫性障害の類似性を示唆する知見の影響が大きいですが、支援という点で両者には差異が見られた。しかし、双方の特徴を有する一群を指摘する研究も存在し、強迫スペクトラムの観点から複数の障害の特徴を有する対象者への支援を検討することが必要だと考えられた。特に、衝動制御の問題を併発する場合の支援の難しさも指摘されており、今後の発展が求められる。Motoric OCS D と呼ばれる運動系の関与が大きい一群は、衝動制御の問題を抱えやすいと考えられ、その中核であるチック障害への支援を検討することは他の強迫スペクトラムへの支援に向けた示唆を提供できる可能性がある。

第2章では、チック障害と強迫性障害の関連が特に深いといわれている児童・思春期における強迫の特徴と支援の必要性について述べた。多くの強迫性障害患者は児童・思春期に発症し、少なくない割合の者が成人まで症状を有していること、強迫症状を有する対象は併発症と複雑に関係しながら患児とその家族に影響を与えることが示された。また、我が国の児童精神科臨床においても、典型的な神経症に類似した強迫性障害よりも発達障害との併発を思わせるような、より衝動・感覚の影響を受ける強迫性障害患者が増加している可能性があり、第1章で示したような衝動や感覚の影響をより受ける強迫症状への支援の検討は今後ますます求められると考えられた。

以上の先行研究から、本研究では、児童・思春期における強迫スペクトラム障害への支援の発展に寄与する知見を提示することを目的とした。具体的には、感覚や衝動の影響をより受ける Motoric OCS D への支援の発展を目指すために、強迫スペクトラム障害の中でも特に強迫性障害との関連の深さが示されているトゥレット症候群を中心としたチック障

害を対象に研究を行うこととした。そのために、我が国における児童・思春期の強迫スペクトラム全体におけるチック障害をはじめとした併発症の特徴を把握することを目指してし、まずは強迫性障害を対象として、有効な支援と併発症の関係や来談者の特徴の分析を行うこととした。

### 3-2. 本論文の構成

本論文では、3-1で示した目的に合致するように、以下の研究を行った。

まず、第2部では、研究全体の土台として、我が国の児童・思春期の強迫性障害への支援の現状を明らかにするとともに、支援の発展が特に求められる対象を明らかにすることを目指した。第4章では、児童・思春期強迫性障害への支援に焦点をあてた文献レビューを行い、その概要と現在示されているエビデンス、我が国の支援の現状について述べ、問題点を整理した。その結果、児童・思春期患者を対象とする場合は特に、認知行動療法が有効だと考えられること、その中でもERPは中核となる技法であることが確認されるとともに、我が国においては援助者の不足が大きな問題の1つであることが示された。そこで、研究1（第5章）では、我が国の援助者訓練機関で実施された児童・思春期の強迫スペクトラムを対象とした認知行動療法プログラムの効果の検討とその効果と関係する要因の検討を行った。検討の結果、探索的ながら認知行動療法プログラムの効果が示されるとともに、家族調整の併用がしばしば行われることが示唆され、家族を含めた支援の発展が望まれると考えられた。介入の効果には症状への苦痛と年齢が関係していることが示唆されるとともに、広汎性発達障害を有している者の特殊性が示された。研究2（第6章）では、プログラムを終えていないものも含めた来談者の特徴について、後方視的に検討した。その結果、強迫性障害の診断を有していない対象者も多く来談していることが示唆され、強迫スペクトラムの考えが児童・思春期において特に有用であることが確認された。また、併発症によって有している症状ディメンジョンが異なり、工夫が求められると考えられた。第2部を通して、我が国の児童・思春期における強迫スペクトラム障害への支援において、他の疾患に併発する強迫症状の影響を検討する必要性と、衝動制御を主たる問題とする対象への支援を発展させることはやはり重要であることを確認できた。

以上を受けて、第3部では、本研究の目的である、衝動制御を主たる特徴とする強迫スペクトラム障害への支援の発展を目指して、トゥレット症候群を対象とした検討を行った。第8章において、チック障害への支援の概要を示すとともに、現在チックや反復動作に対

して有効性が示されている行動療法を中心とした文献レビューを行い、現状の問題点を示した。文献レビューの結果、ハビット・リバーサル・トレーニングのエビデンスが蓄積されていることが示唆されるとともに、近年では環境の影響をより積極的に理解して介入するプログラムが開発されていることが示された。また、我が国ではトゥレット症候群を対象とした行動療法の効果の報告は十分なされていないという問題点が明らかとなった。以上を受けて、研究3（第9章）では、ハビット・リバーサル・トレーニングに基づいた介入プログラムの紹介とその探索的な効果の検討を行った。その結果、先行研究に比して重症度の高い対象に対しても、介入プログラムが有効であること、しかし汚言症はその主観的な苦痛がなかなか低下しないことから介入の際には工夫が必要だということが示された。事例を通して支援の工夫について検討した結果、チックを対象とした介入においても、汚言症の場合には、その症状の特殊性から、周囲に対して過度に気を使うようになることが、強迫性も高めていく可能性が示唆された。以上の結果を受けて、研究4（第10章）では、強迫症状と汚言症の関係性やチックについての主観的な困り感の心理特性への困難について検討した。その結果、汚言症を有している者は有意に強迫症状得点が高いことを示すとともに、強迫症状とチックへの主観的な困り感が特性不安を、強迫症状と運動チックの重症度が抑うつ症状を予測することが示唆された。以上の結果から、強迫症状の存在は不安の抱きやすさや抑うつの抱きやすさと深く関係しており、トゥレット症候群への援助の際には、衝動制御を目指した支援と並行して、こうした二次的に発展する強迫傾向を考慮に入れる必要があると考えられた。加えて、症状から派生する周囲の反応やその本人への影響を検討することも重要だと考えられた。

そこで、第4部では、周囲との関係に注目した研究を行うこととした。研究5（第12章）では、主たる環境の一つであるトゥレット症候群の子どもを持つ母親の心理過程について質的に検討した。その結果、【違和感を抱く】【症状に戸惑う】【症状と向き合う】【見守る】という4つの時期の存在が明らかになると同時に、〈“障害”の不安定さからくる戸惑い〉が慢性的に続いている可能性が示唆された。研究6（第13章）では、研究5で見いだされた結果を実証するために量的な調査を行った。その結果、研究5の仮説が一定程度支持されるとともに、保護者の社会からの孤立感とチックに対する動揺が強いほど、本人のチックに対する捉え方にも影響が生じることが示された。そのため、保護者が社会的に孤立することを防ぐ様なサポートを増やすことが支援においては重要だと考えられた。研究7、研究8（第14章）では、家庭以外での児童・思春期における主たる環境の一つである、学

校場面において、チック障害がどのように認識されているのかの実態調査を行った。研究 7 では、情緒障害通級指導教室、特別支援学級、通常学級の教員を対象とした、チック障害についての知識や対応経験についての実態調査を行った。その結果、ほぼすべての教員がチックについては知っていると回答したのに対して、トゥレット症候群を知っている教員の割合は低く、特に通常学級の教員の中では 2 割を切ることを示唆された。教員は保護者や他児にも働きかけ様々な工夫をした対応をしている一方で、「どの程度の症状であれば症状に声をかけていいのか」という疑問があることが示された。以上を受けて、研究 8 では、症状の程度に応じた教員の関わり方の変化について、その認識について検討した。その結果、チックに触れないで関わる教員は 6 割を占めるとともに、背景にあるストレス因を検討するような関わりが中心であることが示された。その一方で、チックが他児に影響する程度の場合には、別室の利用をはじめとした、チックについて本人と話題をするような対応をする教員の割合も増加することが示された。こうした関わりの割合はまだ 4 割であったことから、やはり、チックには触れないほうがよいという考え方が教員の中では中心であると考えられた。その一方で、背景のストレス因を探る過程で、保護者が理解されていない感覚を強める可能性があることから、両者の理解を橋渡しするような支援が重要だと考えられた。

第 5 部では、以上の知見を踏まえて、本研究で主に取り上げたチック障害への支援の包括モデルを示すとともに、児童・思春期における強迫スペクトラム障害への支援に対する本研究の意義について考察した。本論文の全体の構成を **Figure3-1** に示す。

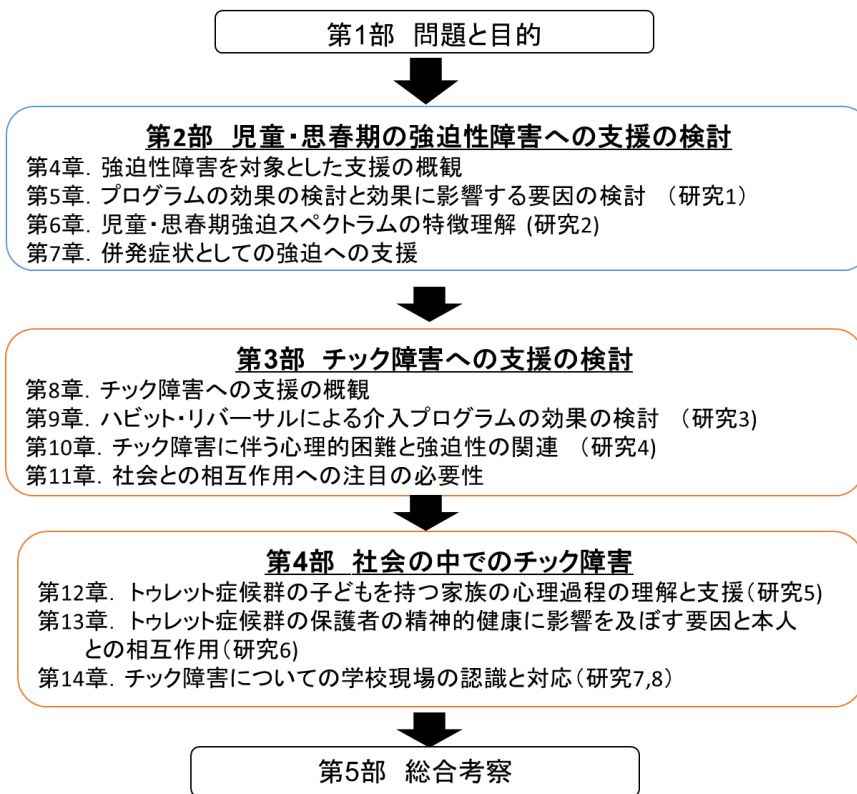


Figure 3-1 本研究の全体図

## 第2部 児童・思春期の強迫性障害への支援の検討

第2部では児童・思春期の強迫性障害の支援についてまとめた先行研究を概観し、それらの問題意識に沿って行われた実践研究・実証研究を行った。



## 第4章 強迫性障害への支援の概観

本章では、強迫性障害への支援について現状のエビデンスと我が国の現状について概観した。

### 4-1 強迫性障害への支援の流れ

強迫性障害への支援については、様々な支援法のエビデンスが蓄積されている。その概要として、強迫性障害の治療の専門家を対象として実施した調査の結果から、専門家が合意した治療ガイドライン (March, Frances, Carpenter, & Kahn, 1997 大野訳 1999)が公開されている。そのガイドラインによると、認知行動療法が第一選択とされ、重症例の場合は認知行動療法と薬物療法を併用することが第一選択とされることが示されている (Table 4-1)。その後も統制された研究による効果の検討および、そのメタ分析が行われてきた。

Table 4-1. 年齢に応じた第一選択となる介入法 (March et al.,1997 を改変)

	成人		思春期		思春期前	
	比較的軽度	比較的重度	比較的軽度	比較的重度	比較的軽度	比較的重度
第一選択	最初に CBT <sup>a</sup>	CBT+SRI <sup>b</sup> 最初に SRI	最初に CBT	CBT+SRI	最初に CBT	最初に CBT
第二選択	CBT+SRI 最初に SRI	最初に CBT	CBT+SRI 最初に SRI	最初に CBT 最初に SRI	CBT+SRI 最初に SRI	CBT+SRI 最初に SRI

\* Y-BOCS で 10~18 点は軽度, 18~29 点は中度, 30 点以上は重度とする。

a. CBT=Cognitive-behavioral therapy

b. SRI (serotonin reuptake inhibitor) とは, 5つの薬を含む (クロミプラミン, フルオキセチン, フルボキサミン, パロキセチン, セルトラリン)。SSRI とは, クロミプラミン以外の 4つの薬のことである。

#### 4-1-1. 薬物療法

Table.4-1 に示されているとおり, 強迫性障害に対しては選択的セロトニン取り込み阻害薬 (SSRI) による治療の効果が示されており, 治療の第一選択とされている。Soomoro et al(2012)は, 強迫性障害の治療について系統的レビューを行い 43 の系統的レビュー,

RCT, 観察研究に基づいてエビデンスの検討を行っている。その結果では、クロミプラミン及び SSRI はプラセボに比べて強迫症状改善に有効であるとする研究が蓄積されていること、SRI 間での有効性の差は確認されていないこと、副作用の懸念がみられるため、使用の際にはその考慮が必要であることを示唆している。他の不安障害に比べて治療が困難だと指摘されてきた強迫性障害だが、薬物療法の有効性は 1980 年代にクロミプラミンの有効性の報告 (Clomipramine collaborative study group, 1991 ; Thorén, Asberg, Cronholm, Jörnstedt, Träskman, 1980 など) がなされるようになってから、発展してきた。そのため、クロミプラミンと他の SSRI を比較した研究は複数あるが (Freeman, Trimble, Deakin, Stokes, Ashford, 1994; Mundo, Maina, Uslenghi, 2000), その結果からは、強迫症状軽減の効果に差はないものの、副作用によるドロップアウトはクロミプラミンのほうが他の SSRI よりも高いと示唆されている。我が国でも、31 名の成人強迫性障害患者を対象とした Nakatani, Nakagawa, Nakao, Yoshizato, Nabeyama, Kudo, Isomura, Kato, Yoshioka & Kawamoto. (2005) による研究で、薬物療法群 (フルボキサミン+自律訓練法), 行動療法群 (ERP+プラセボ), 統制群 (自律訓練法+プラセボ) の 3 群での RCT が実施されている。その結果では、行動療法群, 薬物療法群の順に、統制群に比して強迫症状が改善したことが示されている。

中尾・神庭 (2006) によると、他の気分障害や不安障害への SSRI 治療に比べて強迫性障害治療に特徴的な点として、SSRI 以外の抗うつ薬や抗不安薬では十分な効果が期待できないこと、効果発現に高用量 SSRI を必要とすること、SSRI でも 30~50% の患者は治療に反応しないことを指摘している。特に、早期発症の強迫性障害に対しては抗うつ薬では反応しない対象が多く、抗精神病薬の増強療法の効果が検討されつつある (中前, 2011)。

#### 4-1-2. 認知行動療法

薬物療法と同程度の効果があり、かつ効果が長期間にわたり持続し、再発の確率を低減させる介入方法として認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy ; 以下 CBT) の効果の実証されている (O'Kearney, Anstey, & von Sanden, 2006)。Meyer による事例報告 (1966) に端を発し、1960, 1970 年代に効果研究が蓄積されてきた ERP の有効性が注目されるようになった (例えば, Foa & Goldstein, 1978; Boersma, Hengst, Dekker, & Emmelkamp, 1976)。その後エビデンスが蓄積され、現在までに、RCT による効果の立証やメタ分析などにより、治療の第一選択としての位置付けが確立しつつある (Gava,

Barbui, Aguglia., Carlino., Churchill, De Vanna, McGuire, 2007)。

ERP は、曝露法(Exposure)と反応妨害法 (Response Prevention) からなり、前者は嫌な刺激や考えが生じたとしてもその刺激や考えに十分な時間接したり触れることを通して、そうした刺激に伴って生じる感情 (主に不安や恐怖) の馴化が起こるようにすること、後者はそういった刺激が生じた際に不安を軽減するために行う行為(強迫行為などの儀式的行動)を妨害することで、そういった不安感や回避をせずすむようにすることである。両者を組み合わせることで、ある強迫観念が生じる刺激をみても、強迫行為をせずとも不安感が下がっていくことを体験することができると考えられている(飯倉, 1999, Figure 4-2)。強迫症状に対する有効性は高く、もしも治療を完遂することができればおおよそ 64%の対象が改善するといわれている (Eddy, Dutra, Bradley, & Westen, 2004)。その一方、不安刺激に積極的に触れさせることから、ドロップアウト率や治療を拒否する者も多い。たとえば、Mataix-Cols, Marks, Greist, Kobak, & Baer (2002)の報告では、ドロップアウトした者の割合は 17%に上ると示唆されており、特に溜め込みの症状を有する者で割合が高いと指摘されている。

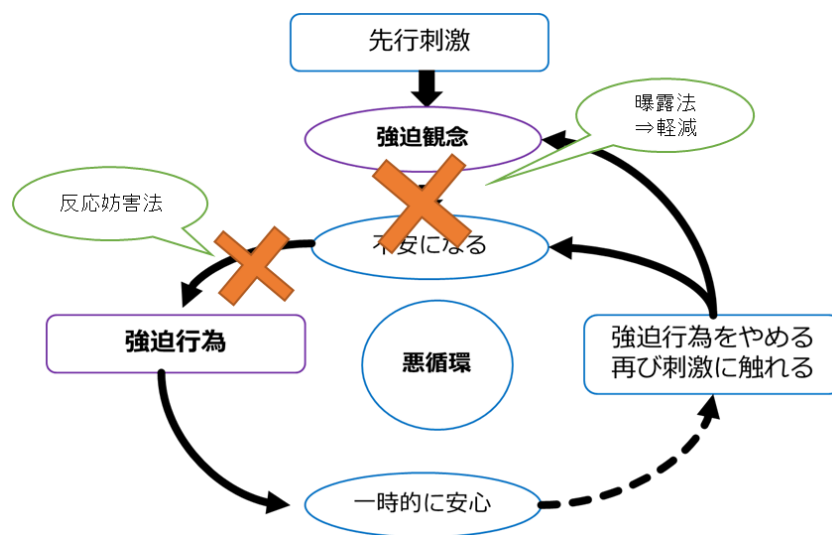


Figure 4-1. 強迫性障害の悪循環と ERP の仕組み (飯倉(1999)を元に作成)

ERP の有効性は生物学的な側面からも実証されつつある。Nabeyama Nakagawa, Yoshiura, Nakao, Nakatani, Togao., Yoshizato, Yoshioka., Tomita., & Kanba (2008)は、11名の強迫性障害患者と19名の健常対照群を対象として、認知行動療法前後の脳血流の

変化を fMRI を用いて検討した。その結果、強迫症状の有意な改善により、小脳と頭頂葉で賦活が増加し、眼窩前頭皮質、中前頭回、側頭葉領域で賦活の減少が認められた。Linden (2006)は、様々な心理療法の脳機能の変化についてレビューをしており、その中で、強迫性障害への認知行動療法の脳機能への影響を調べた研究は一貫して右尾状核の血流の減少を示していることを示唆している。前頭葉—皮質の回路の過活動がその生物学的な基盤に想定される強迫性障害において、適切な認知行動療法の実施は脳機能の改善にも寄与することが実証的に示されてきている。

#### 4-2. 児童・思春期強迫性障害への支援の特徴

成人を対象として CBT、薬物療法それぞれの効果が確認されてきた強迫性障害治療であるが、児童・思春期の強迫性障害については 1990 年代に臨床研究が開始され(Franklin, Kozak, Cashman., Coles., Rheingold., & Foa, 1998)、SSRI による薬物療法及び ERP を中心とした CBT の介入プログラムの効果が確認されている (Franklin, Sapyta, Freeman, Khanna, Compton, Almirall., Moore, Choate-Summers, Garcia, Edson, Foa, & March, 2011)。

その根拠となった最も強固なエビデンスには The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) による RCT が挙げられるだろう。POTS(2004)による RCT では、7-17 歳の強迫性障害の患者を、①認知行動療法を受ける群、②セルトラリンによる薬物療法を受ける群、③認知行動療法と薬物療法を組み合わせた群、④プラセボの薬物療法群にそれぞれ 28 名ずつに無作為に割り振り、それぞれの有効性を比較した。その結果、認知行動療法と薬物療法を組み合わせた群と認知行動療法を受ける群には有意な差がみられず、有効性が薬物療法のみ群やプラセボ群よりも高いことが示唆された。なお、その際に用いられた認知行動療法は、ERP を中心とし、心理教育や認知的訓練、強迫性障害の外在化などを組み合わせたプログラムであった (March & Mulle, 2006 原井・岡嶋訳 2008)。また、POTS II による研究では、こうした認知行動療法の有効性は、薬物療法に認知行動療法の原理を伝えるだけよりも、セッションを付与したほうが有効性をより得られることも示唆されている (Franklin et al., 2011)。

POTS(2004)の研究で見られるように、児童・思春期強迫性障害を対象とした研究では、成人と同様に ERP の有効性が様々な研究で示されている。児童・思春期強迫性障害への認知行動療法の効果を検討したメタ分析は筆者の探した範囲では 5 つある。Sánchez-Meca,

Rosa-Alcázar, Iniesta-Sepúlveda, & Rosa-Alcázar I(2014)によるメタ分析の結果では、認知行動療法 (d=1.203) 及び認知行動療法を組み合わせた介入 (d=1.704) が薬物療法 (d=0.745) よりも有効性が高いことを指摘したことに加えて、認知行動療法群ではプロトコルの内容とセッションに有した時間がその有効性と関係していることを指摘している。加えて、プロトコルの中でも、家族の関与が高いほうが有効性が高い可能性が示唆されている。特に、Barret et al (2004)による family-based CBT の有効性は高く、効果量は 2.5 に及ぶ (Watson & Rees, 2008)。Barrett, Farrell, Pina, Peris, & Piacentini (2008)によると、集団での認知行動療法の効果を報告する文献もみられ、その有効性が支持されつつあるものの、まだそのエビデンスは探索的な段階だと結論付けられている。5 つのメタ分析の結果を Table.4-2 にまとめた。

Table 4-2. 児童・思春期強迫性障害の介入研究についてのメタ分析の結果

(Sánchez-Meca et al, 2014 をもとに筆者が改変)

	効果量指標 <sup>a</sup>	心理的介入	薬物療法
Abramowitz et al(2005)	d <sub>R</sub>	1.98 n=10	1.13 n=10
Freeman et al(2007)	d <sub>R</sub>	1.55 n=12	
O’Kearney (2007)	d <sub>R</sub>	0.78-3.49 n=19	
Watson & Rees (2008)	d <sub>c</sub>	1.45 n=13	0.48 n=10
Sánchez-Meca et al(2014) <sup>b</sup>	d <sub>c</sub>	1.203 n=11	0.745 n=10

a. それぞれの表記は以下の通り： d<sub>R</sub>：介入前後の差の標準化された平均値差，d<sub>c</sub>：介入群と対照群の変化の差について標準化された平均値差，n：研究の数

b. 効果量として、心理的介入、薬物療法、組み合わせた介入で比較をしており、対照群を統制して効果量を調整している。調整後の数字を表には乗せた。なお、調整前はそれぞれ、d=1.710. d=0.746

また、Storch, Bussing, Small, Geffken, McNamara, Rahman, Lewin, Garvan,

Goodman & Murphy (2013)の研究では、CBT とプラセボの薬を服用した群と CBT と sertraline を服用した群（標準服用群と漸増群の 2 群を設定）の 3 群に対象者をランダムに割りつけて強迫症状の変化を検討したところ、群間差はみられずいずれの群でも改善した。以上の結果から、児童・思春期強迫性障害に対しては薬物療法を実施すること自体にプラシーボ効果がある可能性が考えられる。我が国の SSRI と SNRI の使用実態について調査した宇佐美・齊藤・傳田・齊藤・岡田・松本・山田（2011）の調査結果では、37 施設、483 事例について分析したところ、自殺関連現象が 21 名に確認されていたことから、適切な使用指針の策定が望まれると示唆している。この 21 名のうち強迫性障害の診断を得ていたものは 1 名だけであったものの、こうした有害事象が生じた際の他の治療選択肢を増やすという意味でも、認知行動療法に基づいた支援の充実は、児童・思春期患者にたいして特に重要だといえる。

#### 4-3. 我が国における研究の現状

以上の先行研究からは、児童・思春期強迫性障害への支援を行う際には特に認知行動療法に基づいた支援が重要となると考えられる。では、我が国において、児童・思春期強迫性障害に対して、どの程度認知行動療法の実践が行われているのだろうか。

Ono, Furukawa, Shimizu, Okamoto, Nakagawa, Fujisawa, Ishii & Nakajima (2011) は、我が国の認知行動療法の現状について体系的なレビューを行っている。その報告によると、強迫性障害を対象とした行動療法についての報告は、1983 年から 2009 年の間にわずか 8 つしか該当していなかった。そのうち、統制された研究は先述した Nakatani et al(2005)による報告のみであったとしたうえで、その他の複数例の転帰を報告した文献からは行動療法の有効性を支持する結果が得られているとしている（岡嶋・橋本・野口・原井, 2007）。また、論文として報告はされていないものの、原井・岡嶋(2008)は強迫性障害を主訴に来談した患者のうち 18 歳以下であった 48 名の治療経過を検討している。その結果、ERP を実施した者は 18 例、実施しなかった者は 21 例であり、心理教育やハビット・リバーサルなど様々な技法を用いて児童・思春期の強迫性障害へ介入を行っていた。治療の転帰に影響した要因を探索的に検討した結果、年齢や性別などの属性ではなく ERP 実施の有無のみが要因として治療成績と関係していたことも指摘されていた。

Ono et al(2011)で報告されていない文献を検討するために、CiNii によって、「強迫性障害」+「行動療法」+「児童期」or「思春期」で検索し、その結果該当した 2013 年まで

の症例研究について、Table4-3にまとめた。なお、該当する文献の少なさを考慮して、学会発表の抄録であっても、対象と転帰についての結果が記載されている場合には掲載した。概説や成人の症例に介入していた研究は除外した。

文献検索の結果、2005年以降の文献に限定されていた。これは、検索のキーワードの問題だと考えられるものの、我が国での児童・思春期強迫性障害患者に特化して行動療法の実践を報告したりその効果を検討したりすることは、比較的最近の取り組みであることがうかがえた。また、用いられていた技法は全てERPであり、それに加えて、それぞれの患者の特徴に応じた工夫をしている報告が多かった。たとえば、佐藤・松田・新井(2006)では、繰り返し行動に対してはERPが有効であったが、なかなか改善しない強迫観念に対して認知的技法を導入し、患者の主観的な苦悩が改善したことを報告している。家族をはじめとした環境を積極的に巻き込むことの重要性が、首藤(2011)、小林・五十嵐(2013)では指摘している。思春期のクライアントへの支援の場合は主体性を伸ばしたり(小林・五十嵐, 2013)、動機づけを意識した関わりを取り入れたり(小林・原井, 2013)する必要性も指摘されている。こうした事例報告からも、ERPを中心とした行動療法の有効性は確かであり、それに個々の患者に合わせた工夫を行う必要性が示唆される。

しかし、我が国ではこうした実践が行われる機関が少ないと指摘されている。岡嶋ら(2007)は、菊地病院での行動療法プログラムの概要及びその効果を報告しているが、その中で県外からの来院患者が年々増加していることに言及し、強迫性障害に対する行動療法の需要の拡大に、我が国の支援システムが追いついていない状態であることを指摘している。渡部・黒江(2011)の報告では入院患者62名中ERPを実施した者は3名(4.8%)であり、また、都立梅ヶ丘病院における入院治療について報告した新井・市川・江尻・渡部(2006)の報告でも、40名中3名(7.5%)にしかERPは実施していなかった。以上から、高度の治療を実施している機関においても、我が国ではERPを実施しない機関が多いという現状がうかがえる。こうした社会背景も加味して先行研究の傾向を再考すると、まずは第一選択であり最もエビデンスが構築されているERPを個々に工夫をしながら導入していく、その試みが始まったばかりの段階に、我が国の児童・思春期強迫性障害への支援は位置づけられるといえるかもしれない。なお、児童・思春期強迫性障害への支援については齋藤・金生(2013)による治療ガイドラインが公刊され、今後、我が国における児童・思春期の強迫性障害治療の発展が期待される。

#### 4-4. 今後の展望

強迫性障害に対する治療や支援について、その概説と我が国で行われている研究について述べてきた。その結果、①強迫性障害に対しては、認知行動療法が有効であり、第一選択となること、②児童・思春期の強迫性障害に対しては薬物療法によって生じる副作用の存在が指摘されていることから、特に認知行動療法の発展が望まれること、③我が国において、児童・思春期の強迫性障害を対象に、行動療法の有効性を検討した研究はまだ十分ではないことに加え、行動療法を実践できる専門家が不足しており、強迫性障害への行動療法の需要に比して実践の提供が追い付いていない現状が示唆された。

このように、児童・思春期の強迫性障害に対しては認知行動療法の有効性が示されているにもかかわらず、我が国においては報告されている症例数も限られていることが明らかとなった。そのため、認知行動療法による支援を提供する際に、どの程度のものが併発症を有し、またそうした併発症の存在が介入効果にどのように影響しているのかも明らかになっていないことが示唆された。以上の結果から、第2部においては、我が国における児童・思春期の強迫スペクトラムの特徴を理解すること、そしてエビデンスが蓄積されているERPの有効性を探索的ながら検討することが重要だと考えられた。そこで、第2部の目的は、①我が国において、強迫症状を主訴に来談する対象者はどのような特徴を持つのか理解すること、②そうした対象者の中で併発症を有することがどのように支援のプロセスや効果に影響するのかを理解すること、とした。以上の目的のために、まずは、既に開発され、吉田・野中・松田・野田・平林・西村・下山(2014)で紹介されている認知行動療法プログラムの紹介及びその効果の検討を行う。その際に、併発症の影響について特に検討する。



Table 4-3. 国内で児童・思春期強迫性障害への行動療法の報告

著者名	年	年齢	症例数	介入方法	結果と考察
岡嶋・原井	2005	平均 13.6 (9-17)	14	セルフモニタリング+ ERP+家族教育。(ERPを実施できたものは3名のみ)	強迫症状の改善(CY-BOCS 平均値変化:11.5。かなり改善、改善:12名  治療終了後、6年後も症状なく経過している。強迫症状の外在化、家族へのケア、報酬設定等の工夫が必要。
中谷	2006	14	1	ERP(入院⇒外来)	繰り返しの行動へはERPが有効であったが、残存した観念に対しては認知的技法を導入する必要があった。
佐藤ら	2006	11	1	ERP+認知的技法	面接場面でのERPの導入及び母親も一緒にERPすることが必要
辻村・坂井	2008	11	1	ERP	短期プログラムが通常ERP群を上回る効果。思春期CLにはその年齢の課題に応じた工夫も必要。
岡嶋・原井	2009	平均 15.2 (13-17)	5(13)	2日間の短期集中プログラム vs 通常ERP	自宅でのERPを中心に介入し、改善。児童における工夫について考察。
首藤	2011	12	1	ERP (面接場面に加え、Moと自宅で実施)	思春期CLは他者と異なることへの抵抗が強く、症状が語られにくいこともある。動機づけを意識した関わりや周囲の関わりの変化の重要性
小林・原井	2013	16	1	ERP+動機づけ	思春期CLへの支援の際に、家族とともにチームとなって支援する必要性を指摘
小林・五十嵐	2013	17	1	ERP(自宅訪問含む)	

## 第5章 認知行動療法の効果に関係する要因の検討

本研究では児童・思春期強迫性障害に対する認知行動療法プログラムの効果を探索的に示すとともに、その有効性と関係する要因を明らかにすることを目的とした。対象は強迫症状を主訴に来談した36名であった（平均年齢：14.1歳）。分析の結果、プログラムの前後で有意に強迫症状の改善が確認された。また、ERPに家族調整を付与している者が多く、家族への積極的な介入が求められることが示唆された。広汎性発達障害を有している者は独特の経過をたどることも確認されるとともに、年齢と介入前の強迫行為に対する苦痛の高さが強迫症状の改善を予測することが示された。

### 5-1. 問題と目的

前章までに示した通り、児童・思春期強迫性障害への支援の際には、その発達段階に応じた認知行動療法による支援の発展が求められると考えられた。しかし、我が国では、その効果を実証的に検討した報告は少なく、まだまだ普及と発展の段階だといえる。また、強迫性障害への認知行動療法に対する需要の高まりに比して、支援を提供できる場が限られているという問題も明らかとなった。以上から、児童・思春期強迫性障害に特化した認知行動療法プログラムの開発および、その効果の検討が求められると考えられた。こうした背景を受けて、下山・西村・平林・慶野・石津・吉田（2009）、西村・平林・慶野・石津・吉田・下山（2009）で紹介されているような、主たる支援者を大学院生とした児童・思春期強迫性障害に対する認知行動療法プログラムが開発され、その効果が確認されている（吉田ら、2014）。本章では、そのプログラムによる介入の有効性の検討だけではなく、介入の効果に関係する要因を検討することを目的とした。

下山ら（2009）において紹介されている認知行動療法プログラムは、児童・思春期の強迫性障害に対する認知行動療法の標準テキスト（March & Mulle, 2006 原井・岡嶋訳, 2008）および子どもの認知行動療法プログラム（Stallard, 2005）を参考に開発された（以下、「プログラム」と表記）。その後、臨床研究を通して、以下の問題点が明らかとなった。①本人が来談しながらないケースがある、②症状が家族のシステムの中に組み込まれている、③家族全体が我慢の文化、気遣いの文化を持っているケースが多い、④家族が変わることによって患者の症状が変化する、⑤症状との共存、⑥自我違和感が弱く治療への動機づけが低い、⑦学校では問題を隠しているケースが多く対応がなされていない（吉田・野田・梅

垣・下山, 2010)。加えて、下山 (2011) では、強迫性障害に併存している症状に応じて介入を変化させることが重要だと指摘しており、それぞれの障害に有効な技法と ERP の併用が有用だと指摘している。こうした臨床研究を経て、ケース・フォーミュレーションに時間がかかること、家族や本人の動機づけを高めたり協働関係を形成する関わりをアセスメント段階で取り組む必要性が確認された。こうして改定されたプログラムは全 18 セッションから構成されている (Table.5-1)。その特徴として、機能分析を重視していることが挙げられており、アセスメント面接において、ERP が実施困難ないしは不適切と判断された場合には、他の介入を選択することとなっている。さらに、ERP を実施した場合にも、アセスメントの結果をふまえ、適宜他の介入を併用している。吉田ら(2014)では、17 名の ERP を実施したプログラム参加者を対象に、その効果を探索的に検討し、効果を確認している (効果量: 1.70)。しかし、少人数での検討であり、その結果の一般化可能性には疑問が残る。加えて、併発症という観点からの分析はなされていない。

本研究の目的は、その後来談した対象者も含めてプログラムの効果を再確認するとともに、およびどのような介入の工夫が児童・思春期の強迫性障害に対する支援で重要だと考えられたか、どのような対象の支援に工夫が求められるのかを明らかにすることとした。

Table.5-1. 子どもと若者の認知行動療法プログラムの構成 (吉田ら, 2014)

- 
- ① 受付面接 1 回
  - ② アセスメント面接 2~3 回 CY-BOCS 実施
  - ③ 介入 12 回
    - 【第一段階】問題に取り組む準備をする (2 回)
    - 【第二段階】ゆっくり問題に取り組む。軽い症状から ERP の開始 (4 回)
    - 【第三段階】進み具合の見直し。問題の改善の程度をチェック (1 回)
    - 【第四段階】再び問題に取り組む。中心の症状に対する ERP 実施 (4 回)
    - 【第五段階】振り返りと卒業式。再発を防ぐ対策と終結 (1 回) CY-BOCS 実施
  - ④ フォローアップ 3 回
-

## 5-2. 方法

### 5-2-1. 対象

研究対象者は、A 大学附属相談室にて「子どもと若者の認知行動療法プログラム」に参加した、7 歳から 20 歳の子どもであった。事前に送付した強迫症状のチェックリストに基づいて受付面接を実施し、強迫症状が認められることを、プログラム参加の適格基準とした。なお、医療機関を受診している場合には、主治医より診断書を得た。

### 5-2-2. 実施場所

介入は全て A 大学附属相談室にて行われた。研究実施期間は X 年 4 月から X+4 年 10 月であった。介入は同大学にて臨床心理学を専攻する修士課程および博士課程の学生が担当した。学生は、単一のスーパーバイザーによる助言および、単一の研究室内での事例検討を行うことで、介入の方針を検討した。

### 5-2-3. 効果指標

プログラムの効果を測るために、プログラムの前後で子どもの強迫性障害の重症度を定量的に示す客観的症狀評価尺度である Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS, Scahill, Riddle, McSwiggin-Hardin, Ort, King, Goodman, Cicchetti, & Leckman, 1997) の日本語版を実施した。評価は原則として介入者と同一の人物が行った。

### 5-2-4. 分析方法

介入担当者に併発症、性別、年齢、強迫症状といった臨床特徴に加え、強迫症状の内容、実施した介入方法、ケースの特徴についての報告を求め、それをまとめたものを分析の対象とした。CY-BOCS の評価が介入前、介入後ともに行われている者を分析の対象とした。

初めに、プログラムの前後で CY-BOCS 全体の重症度が有意に変化しているか確かめるため、介入前後の得点の差を対応のある t 検定で比較した。次に、ERP 以外に用いられた技法の傾向を知るために、ERP の実施の有無に分けて併用技法の傾向の記述統計を算出した。また、プログラムの効果に対する併発症および服薬の影響を調べるため、独立変数を併発症の有無、抗うつ薬の有無、SSRI/抗精神病薬を含む向精神薬の有無と、従属変数を CY-BOCS 全体の変化量とし、それぞれ t 検定を行った。最後に、介入効果に関係する要因を検討するために、CY-BOCS の変化量と、介入前の CY-BOCS 下位項目の得点と併発症や用

いた技法との相関を求めた。その上で、有意な相関がみられた変数を独立変数として、CY-BOCSの変化量と関係する要因を予測するステップワイズの重回帰分析を行った。すべての分析は、Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 18を用いて行った。

#### 5-2-5. 倫理的配慮

本研究では、参加者の特徴理解及び介入方針との関係を理解することを目的としていたため、後方視的な調査を実施するという手続きを取った。具体的には、文部科学省及び厚生労働省の疫学研究の指針 ([http://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/37\\_139.pdf](http://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/37_139.pdf), 2014年1月4日取得) に基づいて、該当する来談者について、すでに臨床上の必要性から作成されているケース記録から、事例担当者の協力を得て分析に用いた情報を抽出した。不明点については、再び事例の担当者に確認を取った。また、本調査の実施に当たっては、①調査対象者が多数存在すること、②匿名性の高い情報のみ調査・解析の対象としていること、③既に存在している記録の二次的な利用であり、調査を実施することで新たに調査参加者に負担をかけることがないことから、個別に同意を取る必要性はないと判断された。そのため、上述した厚生労働省の疫学研究の指針に則り、東京大学心理教育相談室のホームページにおいて、調査の概要について明示し、調査への参加の拒否を調査対象者が行える自由を確保した。

ただし、吉田ら(2014)の研究でも報告された来談者のデータはX年～X+2年3月までに来談した者を対象としており、プログラム開発研究の実施時期に行われた介入であった。そのため、全ての参加者より事前に研究の趣旨についての説明を受け、同意書に保護者からの署名を得ている。なお、本研究は東京大学教育学研究科倫理委員会および東京大学ライフサイエンス倫理委員会によって承認を受けて行った。

### 5-3. 結果

#### 5-3-1. 全体の結果

分析の対象となった者は37名であったが、うち1名はCY-BOCSの強迫観念と強迫行為の下位項目のデータが欠損していたため、除外した36名を対象として分析した。対象者の基本属性をTable.5-2に示した。対象者36名の平均年齢は14.1 [SD= 3.2歳]、そのうち男性が22名であった。介入前におけるCY-BOCSの重症度得点は、平均値が23.4点であった。36名全体で介入前後のCY-BOCSの重症度得点を比較した結果、介入後の得点は

38.0%減少し、有意な改善が確認された(介入前得点：M=23.4, SD=5.9, 介入後得点：M=14.5, SD=7.7, 統計値：t=8.35, df=35, p<.001)。

36名のうちERPを実施したのは31名であり、5名にはERPを行わずその他の介入を介入者が選択していた。ERP非実施群5名の主たる強迫症状の内容は、確認強迫が2名、強迫性緩慢が1名、汚染強迫が2名であり、併発症として1名が広汎性発達障害、1名が気分障害を有していた。また、1名が境界知能であった。ERPに替わる介入法として、確認強迫を有する2名と汚染強迫を有する1名には認知療法を実施していた。また、2名には家族調整を実施し、そのうち強迫性緩慢を有する1名にはプロンプティングとシェイピングを行っていた。ERPを実施した群において、併用された技法は認知療法が5名(16.1%)、家族調整が16名(51.6%)、環境調整が5名(16.1%)、プレイセラピーが4名(12.9%)、その他が4名(12.9%)であった。その他に含まれていた技法は、心理教育(2名)、注意訓練、行動介入(それぞれ1名)であった。

Table 5-2. 対象者の属性

<b>年齢</b>	M=14.1	SD=3.3
<b>性別(男性:女性)</b>	22:14	
<b>CY-BOCS 得点</b>	M=23.4	SD=5.9
強迫観念	M=11.5	SD=3.3
強迫行為	M=11.9	SD=3.0
<b>併発症</b>		
チック	3	(8.3%)
広汎性発達障害	3	(8.3%)
その他 <sup>a</sup>	4	(11.1%)
<b>抗うつ薬</b>	10	(27.8%)
<b>抗精神病薬</b>	5	(13.9%)

a. その他の内訳は、抑うつ状態(2名)、ADHD(1名)、統合失調症(1名)であった。

### 5-3-2. 介入効果に影響する要因の検討

併発症の有無によりCY-BOCS得点の変化量が異なるかどうかを検討したところ、併発症がある群のほうが変化量が低い傾向がみられた(併発症有群(n=10): M=6.3, SD=6.3, 併発症無群(n=26): M=9.9, SD=6.3, 統計値：t=1.81, df=34, p=.08)。また、SSRIの有無および、向精神薬の有無でCY-BOCS得点の変化量が異なるか検討を行ったところ、両者と

もに有意差は見られなかった。

併発症の中でも、人数が比較的多かった広汎性発達障害を併発するものとそうでないものを比較したところ、介入効果の差が確認された(併発有:CY-BOCS 変化量=0.7, SD=8.5, 併発無: CY-BOCS 変化量=9.6, SD=5.8,  $t=2.5, df=34, p=.02$ , Figure 5-1)。人数に大きな偏りがあったため、ローデータを確認したところ、1名、介入後のCY-BOCS得点が上昇している者がおり、「症状への自覚が介入後に高まったため、CY-BOCSの得点が上昇した」という指摘がみられた。チック障害を有するものでは、併発の有無による効果量の差はみられなかった。

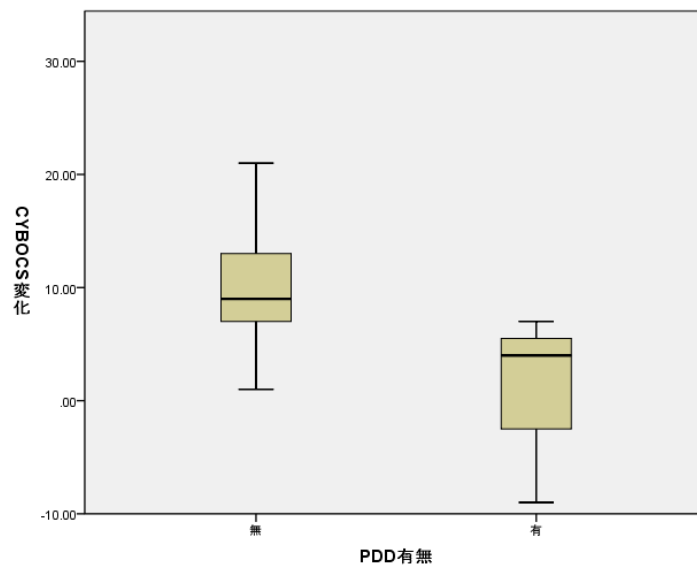


Figure 5-1. 広汎性発達障害併発の有無についての検討（併発有は3名、無は33名）

最後に、広汎性発達障害を併発する者は特殊な一群である可能性があることから、広汎性発達障害を併発していた3名を除外して、CY-BOCS得点の変化と関連する要因を検討した。介入前のCY-BOCSの下位項目、併発症、年齢とCY-BOCS変化量との相関を求め、関連がみられた変数を従属変数としたステップワイズの重回帰分析をおこなった。分析の結果、年齢の低さ ( $r=-.36, p=.04$ )、介入前の強迫行為への苦痛の高さ ( $r=.43, p=.01$ )、介入前の強迫行為の制御の難しさ ( $r=.40, p=.02$ ) に有意な相関がみられた。ステップワイズの重回帰分析の結果、このうち、年齢と強迫行為への苦痛の高さがCY-BOCSの変化を予測する変数として残存し、全体の分散の26%を予測した (Table 5-3)。

Table 5-3. 重回帰分析の結果

	B	SEB	$\beta$	t 値	p
1	1.9	3.1		.62	.54
行為への苦痛	2.8	1.1	.43	2.7	.01
Radj2	.16				
2	10.6	4.8		2.2	.04
行為への苦痛	2.8	1.0	.42	2.8	.01
年齢	-.60	.27	-.35	-2.3	.03
Radj2	.26				

#### 5-4. 考察

本研究では、児童・思春期の強迫性障害に対する CBT プログラムの効果を探索的に検討し、その効果と関係する要因を明らかにすることを目的としていた。その結果、①児童・思春期の強迫性障害に対して ERP を中心とした認知行動療法が有効であること、②ERP には家族調整を併用していることが多かったこと、③広汎性発達障害の併発や、介入前の強迫行為に対する苦痛の高さ、年齢が、介入効果に影響する要因であることが示唆された。以下に、それぞれについて述べていく。

##### 5—4—1. 認知行動療法プログラムの効果

介入前後の強迫症状得点の変化から、本研究で実施したプログラム全体としての効果があることが示された。介入前の CY-BOCS 得点から 38.0%の強迫症状が軽減し、効果量は 1.28 という値が得られた。これは、Table 4-2 に示した先行研究の値 (0.78-1.98) と同程度の値であった。本研究はあくまで大学院生の研修機関の中で、学生を中心として行われていたことから、臨床経験の長さを問わず、一定程度のトレーニングにより児童・思春期の強迫性障害に有効な CBT の実践が可能だということが本研究によって一定程度示すことができたといえるだろう。しかし、本研究は統制群を設定していないため、あくまでこの有効性や効果量の値は探索的なものである。

また、本研究で併用した技法として最も多く挙げられていたのは家族調整であった。これは児童・思春期の強迫性障害の特徴の一つを反映していると考えられる。家族の巻きこ



みの程度や巻きこみによるストレスが高いと治療反応が悪くなる(Storch, Merlo, Larson, Marien, Geffken, Jacob, Goodman, & Murphy, 2008)という報告, 家族の巻き込みの程度は機能障害と関係しており, 家族調整や家族の参加の下で CBT を実施することが有効だと示唆する報告(Storch et al., 2007; Freeman, Garcia, Coyne, Ale, Przeworski, Himle, M. & Leonard, 2008.)が, 児童・思春期強迫性障害を対象とした研究では存在している。また, 家族の関与の度合いが高いほど介入効果がより得られると指摘するメタ分析も存在し (Sanchez-Meca et al., 2014), こうしたエビデンスとも合致した対応がなされていると考えられた。

#### 5—4—2. 治療効果と関係した要因

CY-BOCS の変化量と関係する要因を検討した結果, 広汎性発達障害を併発している場合には, 症状が改善しにくいことが示唆された。この結果には, 介入後に CY-BOCS を実施したところ, 症状や状態の言語化が可能になったため, 点数が介入後のほうが高くついてしまったものが1名おり, その影響が大きいと考えられる。こうした測定の難しさそのものが, 広汎性発達障害を併発する者の自己認知の難しさをはじめとした特徴を反映している可能性もある。広汎性発達障害を併発する者を対象に不安のマネジメントによる介入と ERP による介入を RCT により比較した Russell, Jassi, Fullana, Mack, Johnston, Heyman, Murphy & Mataix-Cols, D. (2013)の研究では, 両群ともに強迫症状が改善し群間に有意差が見られなかったことを示唆するとともに, 臨床家が評価する CY-BOCS と本人が自記式で回答する症状重症度の間の相関は弱く, 自記式の症状変化は小さかったことを指摘している。また, Scahill, McDougle, Williams, Dimitropoulos, Aman, McCracken, Tierney, Arnold, Cronin, Grados, Ghuman, Koenig, Lam, McGough, Posey, Ritz, Swiezy, & Vitiello(2006)は広汎性発達障害に特有の反復行動は, 本人にとっては制止されなければ苦痛を伴わないものであり, 特有の行動であることに注目し, 広汎性発達障害に特化した繰り返し行動に注目した CY-BOCS-PDD を作成している。こうした先行研究を受けて, 広汎性発達障害を併発している場合, 周囲から見た本人の困り感や症状と本人の主観的な捉え方が異なる可能性も指摘されており (小倉・野中・砂川・矢野・下山, 2014), 発達障害を有する者に特有の強迫症状の特徴の理解やそれへの支援が求められると考えられた。

広汎性発達障害を有する者を除いて, 介入効果に寄与する要因を検討したところ, 強迫行為に対する苦痛の程度と年齢の低さが関連していることが明らかとなった。動機づけの

低さが子どもの強迫性障害に対する CBT の効果を低減させることが報告されており、自身の症状理解や、介入参加への意思を確認することを含む動機づけ面接を、CBT と併用することが有効であると指摘されている (Merlo, Storch, Lehmkuhl, Jacob, Murphy, Goodman, & Geffken, 2010)。本研究の結果から、介入前に強迫行為に対する苦痛が強く認識されている場合、介入に対する動機づけが高まり、効果につながるものと考えられた。

年齢の低さも強迫症状の改善を予測する変数の一つとして残存していた。Ginsburg, Kingery, Drake, & Grados (2008)による文献検討では、12 の認知行動療法、薬物療法の効果研究のうち、1 つの薬物療法による効果研究しか年齢の影響を示唆しておらず、児童・思春期強迫性障害の中では、児童期であれ、思春期であれその効果はわからないことが示唆されている。本研究の対象者のうち、10 歳以下の者は 5 名該当し、いずれの対象者も併発症を有していなかった。こうした症状の出現後すぐに来談し、併発症も有していないような事例は、家族も支援に積極的である可能性も高く、こうした本研究の対象者の特徴がこの効果に影響している可能性があり、結果の解釈は慎重に行う必要があるだろう。

## 5-5. 本研究の限界

本研究では 2 つの限界がある。第一に、研究デザインの厳密さである。本研究では、たとえ臨床経験が長くない学生であっても、一定の訓練と環境によって児童・思春期強迫性障害に対して認知行動療法を実践し、効果を得ることができるのか検討することも一つの目的であった。介入者は学生であり、その訓練も兼ねた環境での実践であったため、統制群を設けて比較することは実施しなかった。そのため、本研究の結果から本研究で用いたプログラムが有効だったと結論づけることは難しい。今後は、統制群を設けるなどより厳密なデザインで効果の検討を行い、薬物療法や他のプログラムとの有効性の比較を行う必要がある。第二に、本研究の対象者は CY-BOCS による評価が介入の前後で行えたものに限定していた。しかし、強迫症状を主訴に来談した者の、他の主訴への支援を中心に取り組んだ事例もあると考えられる。こうした本研究では除外された対象者が、どのような属性を有しているのか検討することは、児童・思春期の強迫スペクトラムを理解する上で重要だと考えられる。この点については次章で取り上げることとする。

## 第6章. 児童・思春期における強迫スペクトラムの特徴理解

本研究では、児童・思春期における強迫スペクトラムの特徴を理解することを目的として、強迫症状を主訴に来談した者の属性の分析を行った。49名の来談者が分析の対象となった。その結果、症状の種類によって特徴の差異や選択される介入が異なることが示された。また、併発症を有している者は、その臨床症状が併発症を有しないものと異なり、介入効果の差自体は確認されなかったチック障害であっても、実際には症状ディメンジョンごとに異なる介入を選択した結果得られた効果であると考えられた。

### 6-1. 問題と目的

研究1では、児童・思春期強迫性障害に対する認知行動療法のプログラムの有効性の検討を行い、介入効果に関係する要因の検討を行った。その結果、ERPを中心とした介入方法の有効性が示唆されるとともに、家族調整をはじめとした工夫の重要性が指摘された。また、広汎性発達障害を有している場合には、CY-BOCSで測定された強迫症状の変化得点が低いなど、特別に配慮した介入や研究が求められることが示された。研究1では、CY-BOCSによる評価が介入の前後で行われていた者のみを対象としていたが、こうした併発症を有する存在は、主訴の変更などによりプログラムを完了せず、分析対象に含まれていなかった可能性があり、強迫スペクトラムを有する対象者全体の特徴を研究1だけで理解できたとはいえない。

そもそも、効果研究を行う際には、仮説に基づいてある症状への効果を正確に測定する必要がある。そのため、研究対象から除外される疾患罹患者も少なくない。例えば、POTS(2004)の研究では、研究対象者の除外基準として、他の併発症(大うつ病性障害、主診断がトゥレット障害、広汎性発達障害、精神病、他の精神疾患のための治療を受けている)の存在、強迫性障害に対して2回薬物療法を失敗している場合、1回CBTに効果を示していない場合などが挙げられている。メタ認知療法とERPの効果と比較したSimon et al(2006)の研究では、知的な遅れの存在、自閉症、精神病圏、現在薬物療法を強迫性障害に対して受けている者が除外基準とされている。Family-Based CBTの有効性を検討したBarrett, Healy-Farrell, & March (2004)の効果研究においても、多くの併発症(大うつ病性障害、ADHDを始めとした行動障害、トゥレット症候群、自閉症スペクトラム障害、統合失調症、知的な遅れ)は除外の対象とされている。このように、併発症がある場合や他

の治療を受けても反応が十分ではない対象は効果研究から除外される傾向がある。効果研究では行った介入の有効性を明確に示すことが目的となるため、こうした手続きは不可欠ではあるが、実際の臨床場面とのかい離が生じる可能性は高くなるだろう。Eddy et al(2004)は上記の問題意識から、過去の介入効果研究でどのような対象が除外されているのか、また治癒率や寛解率など、通常メタ分析では扱われにくい変数のメタ分析を行った。1980年から2001年の文献を対象とした結果、行動療法や認知行動療法による介入効果を報告している研究の多くは除外された者の人数を示していなかったという事実に加え、報告されていた研究の結果からはおよそ52.6%の者が除外されており、しばしば併発する問題（大うつ病性障害や全般性不安障害、物質依存など）を伴う対象が含まれていないことを示唆している。

類似した問題意識から、あくまで“自然”な文脈で強迫性障害患者の特徴を把握し、治療成績と関連する要因を検討した研究として Masi, Millepiedi, Mucci, Bertini, Milantoni, & Arcangeli (2005)の調査がある。Masi et al(2005)は、RCTによって示された有効性のある薬物療法や介入技法について、日常の中で用いられたことによる効果を体系的に検討する必要性を指摘し、児童・思春期強迫性障害に対する薬物療法の日常の臨床場面での有効性を検討した。94人の患者を対象とした分析を行った結果、併発症を有する者の割合が来談者の67%にも及ぶこと、3分の2程度の者が治療により改善していたがSRI単剤での治療は難しいことなどの特徴が示唆されていた。以上から、併発症を有する者は実際の来談者の中で高い割合を占め、実際の治療場面では第一選択の治療だけでは改善が難しいなど、統制された研究だけでは見えてこない特徴があると考えられる。

以上の問題意識から、本研究では強迫症状を主訴として来談した者の属性を分析し、研究1で得られた結果の解釈及び我が国の児童・思春期の強迫スペクトラムの特徴理解に寄与する知見を提供することを目的とした。そのために、プログラムを申し込んだ来談者の基礎属性を検討するとともに、併発症を有する者の特徴を後方視的に検討することとした。

## 6-2.方法

### 6—2—1. 対象

対象は、A大学附属相談室に強迫性障害への認知行動療法プログラムに参加を希望し、申込みを受け、受付面接を実施した者であった。調査期間はX+3年3月からX+4年10月ま

でのおおよそ1年間半であった。この調査時期は、臨床研究の実施を目的に無料で介入を実施していた時期を終了した期間であり、吉田ら(2014)の研究と対象者が重複しないように設定された。

この調査時期に設定した理由として、①プログラムの適用とならなかった対象者も含めた特徴の理解を目指すため、申し込み時点での援助枠が有料か無料かという条件を統一するほうが適していると考えられること、②後方視的に調査を行うため、事例担当者が在学中または卒業後時間が経過していないほうが望ましいと考えたからであった。

#### 6—2—2. 調査項目

①性別、②年齢、③主訴、④強迫症状のディメンジョン(種類)、⑤診断(強迫性障害の診断有無、その他の診断)、⑥服薬の有無及び種類、⑦CY-BOCSの介入前後の得点、⑦選択した介入方法について調査を実施した。

#### 6—2—3. 手続き

対象者の選定及び倫理的配慮は5-2-5に記したとおりであった。

#### 6—2—4. 分析手順

まず、性別、年齢などの基礎属性について記述統計を算出した。次に、CY-BOCSを介入前に実施していた者と、実施していない者で、属性や強迫症状の重症度に差異があるかどうかを比較した。CY-BOCSを実施していない者は強迫症状以外の主訴を抱えているなどの何らかの特徴を有する可能性があること、研究1で分析から除外された対象者であることが理由であった(結果では、CY-BOCSを介入前に実施した者をプログラム適用群、していないものをプログラム非適用群と記載した)。

分析を進めるにつれて、症状ディメンジョンの差異が様々な臨床特徴の違いと関係していることが示された。そのため、介入技法や併発症といった変数が、症状ディメンジョンごとに異なるかを比較した。

いずれの分析においても、量的変数は独立したt検定を、質的変数はサンプル数を考慮して、Fisherの直接確率法を用いて分析を行った。また、分析にはSPSS18ver.を用いた。

### 6-3. 結果

#### 6—3—1. 記述統計

対象となったのは49名分のデータであった。基本属性をTable 6-1.に示した。49名のうち、介入前CY-BOCSを実施していたものは33名であった(67.3%)。介入前のCY-BOCS得点は21.6点[SD=7.5]であった。

来談時の強迫症状の種類は、強迫観念が確認できない、または明確化できないものが6名(12.2%)いた。強迫観念では汚染の強迫観念が最も多く、31名(63.3%)にみられた。次に多いのは加害強迫であり、14名(28.6%)にみられた。汚染や加害以外の強迫観念も18名(36.7%)に認められた。強迫行為が確認されないものは3名(6.1%)であった。最も多い強迫行為は確認行為であり(33名, 67.3%)、次いで洗浄行為であった(30名, 61.2%)。確認行為や洗浄行為以外の強迫行為はおおよそ半数(25名, 51.0%)に認められ、そのうち儀式行為は16名(32.7%)、反復行動は9名(18.4%)に確認された。

Table 6-1. 対象者の基本属性 (n=49)

年齢	12.6 [3.1]
男女比	32:17 (65.3:34.7%)
強迫性障害の診断有無	28 (57.1%)
その他の診断有無 <sup>a</sup>	13 (26.5%)
広汎性発達障害	7 (14.3%)
チック障害	3 (6.1%)
その他 <sup>b</sup>	4 (8.2%)
服薬有無 <sup>a</sup>	19 (38.8%)
遺伝負因有無 <sup>a</sup>	12 (24.5%)

\* []は標準偏差, %は有と回答した人数の全体に対する割合を示した。

a. 遺伝負因については1名が不明

b. その他は、摂食障害、抑うつ状態、不安障害、ADHDが1名ずつであった。

#### 6—3—2. プログラム適用に影響した要因

介入前のCY-BOCSを実施した対象者(プログラム適用群)と実施しなかった対象者(プログラム非適用群)で属性の違いを比較した。その結果、基本属性はプログラム適用群と非適

用群では関連がないことが示唆された。しかし、強迫症状のディメンジョンごとの関係を検討した結果、汚染の強迫観念と洗浄の強迫行為がある場合に、プログラム適用群の割合が増えることが示唆された。また、強迫観念または強迫行為が見られない場合には、CY-BOCS を行わない傾向が高まることが示された (Table 6-2)。

Table 6-2. プログラム適用有無による比較

	適用 (n=33)	非適用(n=16)	<i>p</i> <sup>a</sup>
年齢[SD]	13.0[2.9]	11.9[3.5]	.28
性別(男：女)	22:11	10:6	1.0
服薬(有：無)	10：23	9：7	.12
強迫性障害診断(有：無)	15：18	13：3	<b>.03</b>
併発症(有：無)	4：12	9：24	1.0
<b>強迫観念(有：無)</b>	<b>32:1</b>	<b>11:5</b>	<b>.01</b>
汚染	24:9	7:9	<b>.06</b>
加害	7:26	7:9	.18
その他	13:20	5:11	.75
<b>強迫行為(有：無)</b>	<b>33:0</b>	<b>13:3</b>	<b>.03</b>
洗浄	24:9	6:10	<b>.03</b>
確認	23:10	10:6	.75
その他	18:15	7:9	.55

a. *p* 値は量的変数は独立した対象の *t* 検定、カテゴリカル変数は Fisher の直接確率法による検定結果の値を記載した。

プログラム適用の有無には汚染の強迫行為及び洗浄の強迫行為が関係していたことから、症状ディメンジョンに焦点を当てて、来談時属性との関係の検討を行った。その結果、汚染や洗浄にまつわる強迫症状ではなく、儀式的強迫行動の有無によってさまざまな属性に違いがみられた。具体的には、儀式的行動があるものは、①強迫性障害の診断を正式に受けている者の割合が少ない (*p*=.07)、②併発症を有している者がいない (*p*<.01.)、③女性に多い (*p*=.05) という傾向がみられた。なお、儀式的強迫行動に分類された症状の例と

しては、「本の読み返し」「文字を書いたり、消したりを繰り返す」「手をグーッと握っている」といった何らかの不安感に対して、儀式的に行動を繰り返す行為が分類されていた。また、介入前の強迫症状の重症度の差異を検討した結果、症状ディメンジョンによる差異は見られなかった。

介入技法の選択と症状ディメンジョンの関連を検討したところ、加害の強迫観念を有する者へは認知療法を併用することが多かった ( $p<.01$ )。また、汚染の強迫観念を有する者に対しては家族調整を併用しない者の割合が高い傾向がみられた ( $p=.096$ )。

### 6—3—3. 併発症ごとの特徴

併発症の中でも割合が多かった広汎性発達障害とチック障害を中心に、併発症を有する者の特徴を検討した (Table 6-3)。症状ディメンジョンの特徴を検討した結果、広汎性発達障害を有する者は汚染や洗浄の強迫症状を有する割合が高いことがうかがえた。洗浄行為や確認行為以外の強迫行為の有無を検討した結果、広汎性発達障害を有する者は有さない者に比して、有意にその他の強迫行為を有さないという結果であった (Fisher の直接法 :  $p=.05$ )。チック障害を併発していた 3 名は、全体としては併発症がない者と同様の傾向がみられた。しかし、その他の症状の内訳をみると、反復行動が有意に割合として高い傾向があることが示唆された (Fisher の直接法 :  $p=.08$ )。チック障害でその他の症状に分類されたものは 2 名 (67%) とともに反復行動であったのに対して、併発症なし群では 6 名 (17%) にとどまっていた。

### 6—3—4. 具体的な経過の検討—チック障害を併発した事例から

以上の知見から、併発症ごとに有している症状特徴に差異があると考えられた。研究 1 の結果から、広汎性発達障害を有する場合にはそもそもの症状の認識や測定に差異があると考えられている。では、チック障害を併発している事例にはどのような特徴がみられるのだろうか。最後に、本研究の知見を質的に理解するために、チック障害を併発する事例を 2 つ紹介する。



Table 6-3. 併発症ごとの症状の特徴

併発症	観念		行為	
広汎性発達障害 (7名)	汚染	6 (86%)	洗浄	6 (86%)
	加害・攻撃性	2 (29%)	確認	5 (71%)
	その他	1 (14%)	その他	1 (14%)
	無	1 (14%)	無	0 (0%)
チック障害(3名)	汚染	2 (67%)	洗浄	2 (67%)
	加害・攻撃性	2 (67%)	確認	2 (67%)
	その他	0 (0%)	その他	2 (67%)
	無	0 (0%)	無	0 (0%)
その他(4名)	汚染	2 (50%)	洗浄	2 (50%)
	加害・攻撃性	0 (0%)	確認	3 (75%)
	その他	2 (50%)	その他	2 (50%)
	無	1 (25%)	無	0 (0%)
併発症無(36名)	汚染	22 (61%)	洗浄	21 (58%)
	加害・攻撃性	11 (31%)	確認	24 (67%)
	その他	15 (42%)	その他	21 (58%)
	無	4 (11%)	無	3 (8%)

#### 事例①：中学生，男子（チック障害を併発）

小学生の時に、チック症状がひどかった時期があり、音声チックも運動チックもひどくトゥレット症候群の診断も受けていた。チック症状が落ち着いたがその後、強迫症状として汚染の強迫症状（汚いと感じる場所で呼吸ができず回避する，など）、繰り返し行動を中心とした強迫症状（部屋の出入りの繰り返し，母親への確認など）が生じたため，医療機関を受診。医療機関からの紹介で，来談した。

相談室では，まずは汚染の強迫症状に対する相談室近辺での ERP による介入を行い，汚染の強迫症状の改善が確認された。しかし，自宅における繰り返し行動は残存した。明確な観念が確認されなかったものの，ERP の手続きにのっとり心理教育と自宅での実践課題による介入を通して，徐々に対処していく感覚を身につけていき，症状自体は残存していたが本人の困り感が和らいでいき終結となった。

#### 事例②：高校生，男子（チック障害と広汎性発達障害を併発）

トゥレット症候群と広汎性発達障害，強迫性障害の診断を有していた。来談時は「ほこりを妙に気にする」「親への頻繁な確認をする」といった強迫症状が確認された。しかし，

自傷を伴う運動チックのほうが親子ともに困り感が強かったため、強迫症状に対する ERP を行うのではなく、本人面接ではハビット・リバーサルに基づいた介入や、ストレスの原因となる対人関係の問題を取り上げた。また、母親との間ではチック症状と広汎性発達障害の傾向、強迫症状が複雑に絡み合っている状態であったため、その整頓と対応についての相談を行った。症状の改善よりも、対人スキルの向上や発達障害としての理解や今後の支援について、進路も含めた現実場面への支援を考えていくこととなった。

#### 6-4. 考察

本研究では、強迫症状を主訴に来談した者の特性の分析を行った。その結果、①強迫性障害の診断を持たないものが、強迫症状の改善を求めて来談することが珍しくなく、儀式的行動を症状として有していることが多いこと、②症状ディメンジョンに応じた特徴の差異がみられること、③併発症ごとに有する特徴が異なり、支援の際には困り感に応じたアプローチも併用されていたことが示された。以下、それぞれについて述べていく。

##### 6—4—1. 来談者の特徴

まず、本研究の対象者の特徴の1つに、強迫性障害の診断を持たない者が多かったことが挙げられる。これは、本研究のような相談機関のほうが来談への敷居が低いという要因に加えて、診断が明確につく程度ではないが閾値下の症状に悩むものたちも来談したため、診断を持たない来談者が半数を占めるという結果につながった可能性がある。児童・思春期における強迫症状の存在は、後の強迫性障害の発症につながる可能性が指摘されている。Fullana, Mataix-Cols, Caspi, Harrington, Grisham, Moffitt, & Poulton (2009)は、コホート調査を解析する中で、強迫観念か強迫行為のどちらかを有し、それらによって支障が生じることは一般人口の2割程度にみられることを示すとともに、11歳時点での強迫症状の存在が、26歳時点で強迫性障害の診断を受けているかどうかを高い確率で予測することを示唆している (Odds ratio=5.90, Fullana et al, 2009)。40歳以降に初めて強迫性障害と診断された群の特徴について検討したFrydman, do Brasil, Torres, Shavitt, Ferrão, Rosário, Miguel & Fontenelle (2013)のブラジルの大規模データベースの解析結果からも、10年以上の閾値下の強迫症状の存在は強迫性障害と診断される要因の一つだと指摘している。Leckman et al(2009)はこうした結果を受けて、閾値下の強迫症状についての調査を進める必要があると指摘している。また、Fernández., Micali, Roberts, Turner, Nakatani,

Heyman, & Mataix-Cols (2013)の調査では、思春期から前青年期ごろまでの約5年間の追跡調査の結果、症状が改善した場合を除けば、症状ディメンジョンの中での症状の変動は多くみられるが、症状ディメンジョンが移行することは少ないことを示しており、ある症状が出現した時にその症状への対処を身に着けておくことは、その後の再発予防の観点からも有用だとしている。こうした縦断データの十分な蓄積はいまだなされていないが、閾値下の強迫症状を有することが後の強迫性障害の発症につながる可能性があるのであれば、早期の段階で、それぞれの症状のタイプに応じた対処法・治療法を伝え、身につけることを促すことは、後の強迫性障害の発症を防ぐ可能性もある。こうした予防を意図した関わりが有効かどうかの検討も、今後は求められるだろう。

#### 6-4-2. 症状ディメンジョンごとの検討の必要性

本研究の結果から、強迫症状の中でも汚染の強迫観念を有している場合、介入前のCY-BOCSを実施する者の割合が高くなることが示され、まずは強迫症状を主訴に問題に取り組むことが多いことが示唆された。それとともに、汚染や洗浄の症状に対しては家族調整を併用しないことが多く、また加害の強迫観念がある場合には認知療法を併用する場面が多かった。以上から、汚染や洗浄の強迫症状に対しては、第一選択であるERPが有効な強迫症状だと見立てられやすく、それに比して、その他の症状に対しては、家族調整を併用したり、認知療法の併用をしたりすることが必要になると考えられた。

こうした傾向は強迫性障害のサブタイプに応じて治療法を選択する必要性を示唆した研究の結果を反映していると考えられる。March et al(1997 大野訳 1999)によるエキスパートガイドラインにおいても、ERPと認知療法どちらが優先されるかは、症状によって異なると指摘している。March et al(1997 大野訳 1999)によれば、認知療法は、几帳面さや道徳的罪責感、病的な疑い深さに特に有用であるのに対して、ERPは汚染などに対する恐怖、対称化の儀式、数かぞえ／反復、ため込み、攻撃的衝動に対して特に有効だと示唆している。こうした指摘からは、観念が中心となる場合には認知療法を併用することが有効だと考えることもでき、本研究の結果と部分的ながら合致していると考えられる。本研究のプログラムは、それぞれの対象者に合わせてケース・フォーミュレーションを行い介入方法を選択していく、という特徴を有しているためにそれぞれの事例で行われた工夫だと考えられるが、こうした症状の種類が介入効果に及ぼす影響の大きさを考慮して、各技法の有効性について検討することが、求められるだろう。

### 6-4-3. 併発症ごとの特徴の差異

併発症ごとの特徴を検討した結果、広汎性発達障害やチック障害を有する者は併発症を有しない者と、有している症状ディメンジョンが異なることが示唆された。広汎性発達障害を有する者において、有意に汚染や洗浄の強迫症状を有する割合が高かった理由は、前節で述べたとおり、強迫症状の中でも ERP が有効な症状だと考えられることが多いからだと考えられる。既に診断を有している対象者が認知行動療法を希望して来談する場合には、その主治医が認知行動療法が有効だと考えた結果である可能性が高い。こうした選択バイアスによる結果だと考えられる。

一方、チックを併発する対象者は反復行動を伴う傾向が強いことが示された。これは、チック関連の強迫性障害では衝動を先行するような対称性を求める儀式行動がみられることが多いという先行研究の指摘とも合致している (Leckman et al.,2010)。チックを併発している場合、SSRI による薬物療法の効果は得られにくくなることが示唆されているが、認知行動療法の効果は変わらないというメタ分析の結果がある (March et al., 2007)。しかしながら、実際の事例をみてみると、汚染の強迫症状に対する効果は変わらなかったものの、自我違和感の低い反復行動に対しては、ERP の効果は明確ではなかったことがうかがえる。こうした衝動性を伴う行動に対する介入の必要性から、チック関連の強迫性障害においては時に、ハビット・リバーサルのような介入が有効だと指摘されてきた。こうした併発事例への介入は十分な知見が蓄積されているとはいいがたく、実践の報告から実証研究まで幅広い研究が今後は求められるだろう。

### 6-5. 本研究の限界と今後の展望

本研究には以下の限界がある。第一に研究デザインの問題である。本研究で用いたデータはあくまで後方視的な調査であり、介入の効果には様々な要因が影響していると考えられる。今後は介入者の見立ての立て方やその治療仮説を分析するなど、より介入者の視点を質的に理解する研究が求められる。第二に、サンプル数の少なさである。児童・思春期強迫性障害を対象とした調査としては、我が国の中でもサンプル数は多い方だと考えられるものの、諸外国に比べると十分ではない。今後は他施設を対象とした研究によって、我が国の児童・思春期における強迫スペクトラムの傾向を把握することが必要だと考えられる。

## 第7章 併発症状としての強迫への支援

### 7-1. 第2部のまとめ

第2部を通して以下の知見が得られた。

まず、研究1(第5章)の結果、ERPに基づいたプログラムの有効性が示唆されるとともに、家族調整が最も多く付与される技法であること、介入前の強迫行為への苦痛と年齢が介入効果に影響していることが示された。加えて、広汎性発達障害を有する者は、強迫症状の変化が小さく、そもそも測定方法も含めた工夫が求められるなど独自の経過をたどっている可能性が示唆された。

研究2(第6章)の結果からは、強迫性障害の診断を持たない来談者が半数をしめており、閾値下の強迫症状に対する支援が今後求められることが示唆された。加えて、汚染や洗浄の強迫を有する者は、強迫症状に焦点を当てた介入が行われることが多いこと、加害の強迫観念を有する者には認知療法が併用されることが多いことなど、症状ディメンジョンに応じた特徴や受けてきた支援の差異が見られた。また、広汎性発達障害やチック障害のような併発症を有する者は他の来談者と異なる傾向を有しており、併発症を有している場合に強迫性に対してどう支援していくのか、他の障害を併発している者に対する支援をどう発展させていくかが重要だと考えられた。

以上の研究を通して明らかになったことをまとめると、①児童・思春期強迫性障害に対して認知行動療法が有効であることが確認され、②汚染や洗浄のような強迫症状に対しては積極的にERPで介入がなされていたが、それら以外の症状を有する対象にはさらなる工夫が求められることが示された。加えて、③閾値下の強迫症状を抱えて来談するケースの多さや、広汎性発達障害やチック障害を併発する者の経過の特殊性から、他の主訴に併発して強迫症状を抱えているような事例に対する援助の発展が求められること、が示されたといえるだろう。

### 7-2. チック障害への支援に向けて

第2部で得られた知見から、他の障害に併発している強迫症状に焦点を当てた検討を行う必要性が高いと考えられた。加えて、第2部の結果でも、併発率が高く、かつ独自の特徴を有するのは広汎性発達障害とチック障害だと示されたため、第1部で指摘したような、

MotoricOCS Dに対する支援の必要性が、我が国の対象者においても確認できたといえるだろう。中村(2006)は、洗浄や確認強迫のような典型的な強迫性障害に向けた治療よりも、その強迫症状が何らかの生理的興奮や嗜好と重なってしまう時にうまくいきにくいと自らの臨床経験から述べており、衝動制御の問題を伴う特徴は従来の強迫性障害や不安障害への支援に準じた方法では改善が難しいと考えられる。こうした衝動制御を問題の基盤として有する対象の中でも、チック障害はその症状が目に見え、かつ児童・思春期において強迫性障害との連続性が示唆されている。そのため、感覚や衝動を基盤とした強迫症状に対しての支援を発展させるためにも、第3部ではチック障害の中でも特に、強迫性と衝動性を共に有するトゥレット症候群に焦点を当てることとした (Figure 7-1)。

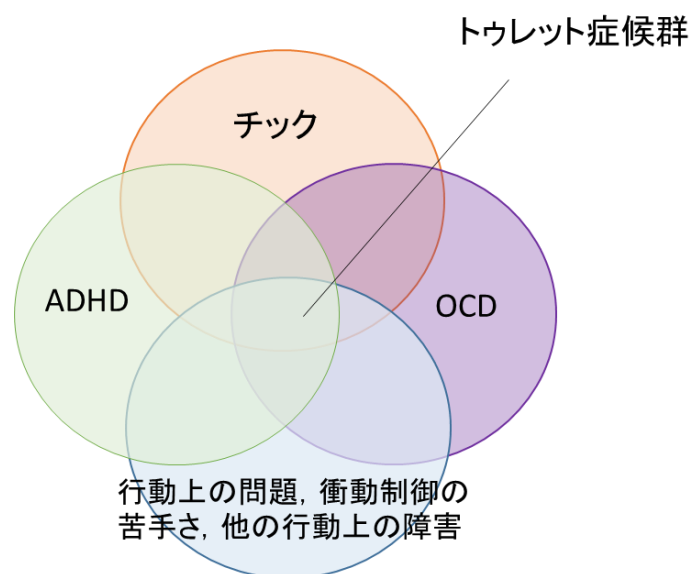


Figure 7-1. トウレット症候群の位置づけ(Jankovic, 2001, 筆者訳)

第3部の目的は、以下の2点である。第1に、Motoric OCS Dの代表として、トゥレット症候群を中心としたチック障害への支援に寄与する知見を提示することであった。その際に、第2部の結果では、通常のERPの手続きで改善することが難しい症状に対しては、家族調整が求められたり、本人の困り感に注目した支援が特に必要となる可能性が示されていたことから、そうした工夫がチック障害においても求められるのかも検討することとした。第2に、チック障害に併発する強迫症状の影響について検討することである。そこで、第3部では、まず、チック障害への支援をめぐる文献を概観し、着眼すべき点やどのような研究が我が国で求められているのかを明らかにしていくこととした。

## 第3部 チック障害への支援の検討

第3部では児童・思春期において特に強迫性障害との関連の深さが示唆されているトゥレット症候群を中心としたチック障害を対象とした支援の検討を行った。

## 第 8 章 チック障害への支援の概観

本章では、チック障害への支援の概要を示し、中でも行動療法について近年の文献を概観することを通して、我が国ではどのような研究を行うことが求められるのかを検討した。

### 8-1. チック障害とは

そもそも、チックとは、突発的で、素早く、一定のリズムなく繰り返される不随意の運動のことであり、この運動が発声に関わる筋肉群に起これば同様の特徴を持つ発声となるといわれている（金生,2006）。チック障害の中でも、トゥレット症候群とは、複数の運動チックと1つ以上の音声チックが1年以上持続することによって診断される。チックにもいくつか種類があるため、その概要を Table 8-1 に示した。

Table 8-1. チックの種類（Leckman, et al.(1989)より作成）

<p><b>単純性運動チック</b></p> <p>⇒急速で、突発で、「意味のない」運動</p> <p>まばたき、目の動き、鼻の動き、口の動き</p> <p>顔しかめ、肩すくめ、腹部の緊張 など</p>	<p><b>単純性音声チック</b></p> <p>⇒速く、「意味のない」音声</p> <p>音声（「アッ、アッ」など）、咳払い、</p> <p>鼻をくんくんさせる、動物の声 など</p>
<p><b>複雑性運動チック</b></p> <p>⇒より曖昧な、「目的性のある」運動</p> <p>目の動き、口の動き、肩の動き、手の動き、書字チック、ジストニー姿勢、屈曲・回転、</p> <p>コプロプラキシア（汚行動症）、自傷行為 など</p>	<p><b>複雑性音声チック</b></p> <p>⇒ことば、単語、語句、文章</p> <p>音節、単語、コプロラリア（汚言症）、エコラリア（反響言語）、パリラリア（反復言語）、言葉に詰まる、しゃべり方がふつうでない など</p>

DSM-5 では、チック障害は、Neurodevelopmental disorders という章の中でも Motor Disorder に位置づけられており、暫定的チック障害（Provisional Tic Disorder）、慢性運動または音声チック障害（Chronic Motor or Vocal Tic Disorder）、トゥレット障害（Tourette's Disorder）、その他の特定のチック障害、特定不能のチック障害の 5 つに分類されている。

暫定的チック障害は、18 歳以前に発症し、多様性の運動チックおよび／または音声チック



クを有し、最初に症状が出てから、その持続期間が12か月を超えない状態と定義される。以下に記す慢性チック障害やトゥレット障害の診断基準を今までに満たしたことがないものにもつけられる診断である。なお、DSM-IV-TRまでは、Transient Tic Disorderという定義が、このカテゴリには当てはまり、4週間以上チックが持続する場合に一過性チック障害と診断するように定義づけられていた。しかし、この期間に科学的な根拠がなかったため、DSM-5以降では、1年以下のチック症状の存在は、全て暫定的チック障害と診断するように変更された(Walkup, J. T., Ferrão, Y., Leckman, J. F., Stein, D. J., & Singer, H., 2010)。

慢性運動／音声チック障害は、18歳以前に発症し、1種類または多様な運動チックまたは音声チックが、頻度に波があったとしても、1年間以上症状が持続する状態を示す。

トゥレット障害は、18歳以前に発症し、多様性の運動チックと一つ以上の音声チックがある時期に存在し、頻度には波があっても、1年以上症状が続くチック障害と定義される。トゥレット障害は、後述する通り、ジル・ド・ラ・トゥレットの症例報告から、名づけられた症候群であり、「Gille de la Tourette Syndrome : GTS」と表記されることが多い。ICD-10においても、ジル・ド・ラ・トゥレット症候群と表記されており、我が国でも「トゥレット症候群」と表記されることが多いことから、本研究においても、表記はトゥレット症候群に統一している。

さて、以上の3概念を比較すると、①18歳以前に発症すること、②症状表出期には、チックが一日中頻回に見られることが共通しており、違いはチックの持続期間、及び種類であることがわかる。

チックは以前“不随意”なものと言われていたが、近年では“半随意”という表現が用いられることが多い。その理由として、チックは一時的に抑制可能な性質を持つことが明らかになってきたこと、そしてそのチックに伴う前駆衝動(Premonitory urge)の重要性が示唆されてきたことがあげられる。前駆衝動とは、チックの前に伴うむずむずする感じ、何かしっくりこない感じのことを指し、チックはこうした身体的・知覚的な、不快感や違和感を軽減させる機能を持つ可能性が指摘されている。Leckman, Walker, & Cohen (1993)の調査では、135名の対象者(8-71歳)のうち、93%が前駆衝動を報告していた。それに対して、Banaschewski, Woerner, & Rothenberger (2003)の調査では、8-19歳の対象のうち37%が前駆衝動を自覚していると報告するとともに、前駆衝動への自覚と一時的にチックを抑制することができるという割合は年齢が上がるにつれて高くなるため、10歳以下

の子どもでは自覚は少ない可能性がある」と指摘した。前駆衝動を量的に測定する尺度を開発した Woods, Piacentini, Himle, & Chang (2005)の研究でも、10歳以下の対象者では前駆衝動とチックの重症度に関連がみられなかったため、10歳前後以上において、チックとの関連を重視すべき概念だといえる。Wang, Maia, Marsh, Colibazzi, Gerber, & Peterson, (2011)は、13人のトゥレット症候群患者と21人の健常者を対象として、意図的なチックと意図的でないチックをしている時の脳活動をfunctional magnetic resonance imaging (fMRI)を用いて比較した。その結果、トゥレット症候群患者は感覚運動野や被核などの運動系の回路の活動が健常群よりも高く、かつその賦活の程度がチックの重症度と相関していることを示唆するとともに、健常者と比較して皮質-線条体-視床-皮質回路において、運動系の回路をコントロールする部位（前帯状回と尾状核）の活動が低下していることを明らかにしている。以上の結果を受けて、Greene & Schlaggar (2012)は、薬物療法はチックの感覚運動システムに関わる部位へ作用し（前駆衝動の軽減）、行動療法はコントロールに関わる部位（チックの抑制）の働きを正常化させる働きがある可能性を指摘している。

以上のように、チック障害の背景になる病態基盤の解明が進み、治療効果研究の結果と統合した解釈もなされるようになってきている。

## 8-2. 支援の概要

チック障害への支援や治療についてはさまざまな論考やレビューが存在するが、本節では、ヨーロッパのガイドライン(Cath, Hedderly, Ludolph, Stern, Murphy, Hartmann, Czernecki, Robertson, Martino, Munchau, Rizzo & the ESSTS Guidelines Group., 2011; Roessner, Plessen, Rothenberger, Ludolph, Rizzo, Skov, Strand, Stern, Termine, Hoekstra, & the ESSTS Guidelines Group., 2011; Verdellen, van de Griendt, Hartmann, Murphy, & the ESSTS Guidelines Group., 2011; Müller-Vahl, Cath, Cavanna, Dehning, Porta, Robertson, Visser-Vandewalle & the ESSTS Guidelines Group., 2011)や、Swain, Scahill, Lombroso, King, & Leckman (2007), Gilbert(2006), 金生(2006), Robertson(2000), Carroll & Robertson(2000 高木 2007)を参考として、基本的な治療・支援の流れについて述べていくこととする。なお、全体の支援の流れは Figure 8-1 に示した。

チック障害への治療や支援の原則として、チック症状にとらわれず、併発症を含めて、その人全体をアセスメントする必要性が指摘されている。チックよりも、併発する ADHD

や強迫性障害による困難のほうが大きい場合、その症状に対しての治療・支援を行う。

児童期から青年期の子どものチックに対する基本的な治療・支援として、本人・家族への心理教育、環境調整を始めに行い、チックがあっても本人が発達し適応していくことができるように支援することは、チックの重症度と関わらず重要だといわれている。

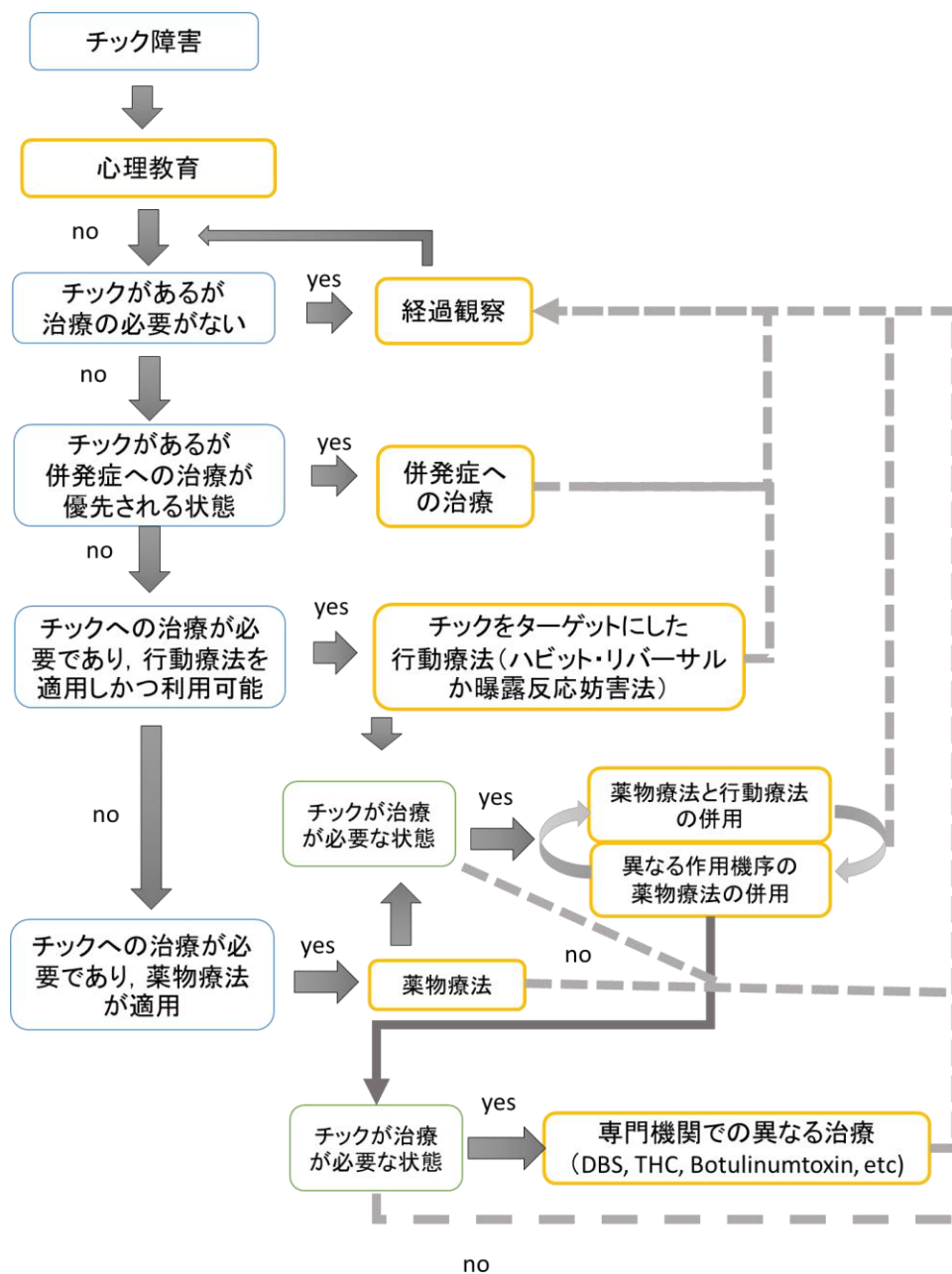


Figure 8-1. チック障害への治療のディシジョンツリー (Roessner, 2011, 筆者訳)

### 8—2—1. 心理教育と環境調整

心理教育や環境調整の有効性について検討した研究は少ないが、重症度に関わらずすべての患者に提供する必要がある支援だといえる。また、チックによって社会的な偏見をときに受けることがあるため、それらを軽減するうえで心理教育が有効か検討した研究は複数みられる。Friedrich, Morgan, & Devine(1996)の実験では、トゥレット症候群という病気を持っていることを伝えることで、チック症状を呈する児童に対する他児からの評価や態度が、より肯定的に変化するかを検討している。TS+情報提示条件（運動チックを呈しながら、自己紹介に加えて、児童自身が有する TS という病気について伝える）、TS 条件（運動チックを呈しつつ、自己紹介のみする）、統制条件（TS の症状は呈さずに、自己紹介のみ行う）という 3 条件で比較した結果、TS+情報提示条件と、TS 条件では有意な他児の行動意図の改善は認められなかった。この結果から、トゥレット症候群において、自らの病気について他児に対して開示することの効果は問われることになった(Woods, 2002)。以上の限界を受けて、Woods(2002)は、より具体的なイメージを持てるような介入に効果があると考え、大学生を対象としたビデオによる心理教育を実施し、その結果、当事者への態度や社会的な行動を有意に肯定的にするという結果を報告している。Woods(2002)の実験では、ビデオによる心理教育の効果が示されたが、対象が大学生であり、かつ実験場面であったことから、外的妥当性が限界として残った。

その後、子どもを対象とした研究として、Marcks, Berlin, Woods, & Davies (2007)は、質問紙調査による予備的な検討により、予防的な病名の開示が、社会的な偏見を低下させるかどうかを調査している。その結果、患者の性別に関係なく、事前に、患者がトゥレット症候群であることを伝えたほうが、チックによる社会的な受け入れにくさなどのネガティブな印象を受けにくくすることを示している。Holtz & Tessiman(2007)の実験では、Peer-Intervention において有効な心理教育の開発とその効果の検討を行っている。その結果、トゥレット症候群についてのビデオを通じた心理教育は、子どもを対象としていても、知識、態度、障害を持つ子への行動意図を、より肯定的にすることが示唆されている。しかし、質問紙による評価でその効果を検討しているため、実際の行動を測定する必要があることが指摘された。

以上のように、情報の提示を中心とした環境調整がトゥレット症候群の子どもの適応を促進する可能性が示されてきているが、その有効性を示唆する研究は十分だとは言えない。加えて、こうした実践は海外で行われたものであり、我が国でも同様の傾向が見られるか

は検討の余地が残るだろう。

### 8—2—2. 薬物療法

様々な治療に対して難治性だと考えられてきたトゥレット症候群であるが、薬物療法の有効性が示されてからその障害の背景にある神経生理学的システムの理解に多くの示唆をもたらした (Shapiro & Shapiro, 1988b) チックに対する薬物療法の有効性については、1960年代、1970年代からハロペリドールやピモジドなどの抗精神病薬を中心に多くの研究が蓄積されている。現在、2つ以上の二重盲検試験において効果が立証された薬物療法は、ハロペリドール、ピモジド、リスペリドンだと示唆されており (Harris & Wu, 2010)、チックに対しては統合失調症に対して用いるよりもかなり少量での抗精神病薬の服用が一般的に有効だとされている。その一方で、こうした薬による眼球の上転などのジストニア、眠気、肥満といった副作用による子どもの生活への影響が大きいこと、薬によってチック自体が完治することはないことから、薬物療法の使用は慎重に行われるべきだといわれている。Roessner et al (2011)によるチック障害へのヨーロッパにおける治療ガイドラインでは、クロニジン、グアンファシンなどの $\alpha$ アドレナリン拮抗薬もADHDとトゥレット症候群を併発する対象への効果が、2つ以上の二重盲検試験によって確認されているといわれている。また、アリピプラゾールは専門家による評価では、リスペリドン、クロニジンについで3番目の評価を得ており (Roessner et al., 2011)、エビデンスが不十分ではあるが今後使用される機会は増えていくと予想される。このように、様々な服薬について効果が検討されているが、有効性が示されている抗精神病薬は副作用が生じやすいという問題もあることから、チックに対してより有効でありかつ副作用の少ない薬物療法の開発とその効果の検証が求められている。

### 8—2—3. 行動療法／認知行動療法

こうした薬物療法の限界を受けて、近年注目されてきているのが、(認知)行動療法である。チックに対する行動療法の歴史は古く、1950年代のYates(1958)による負の練習による介入の報告や、オペラント条件付け技法の応用、リラクセーション、セルフモニタリング、ERP、随伴性マネジメントなど様々な技法が提唱され、有効性が検討されてきた。そうした様々な技法が提唱されてきたが、近年実施されたレビュー論文によると有効性が確認されている技法は、ハビット・リバーサル、次いでERPだと現段階では示唆されている (Verdellen

et al., 2011; Cook & Blancher, 2007; Carr & Chong, 2005)。

ハビット・リバーサルとはAzrin& Nunn (1973)により提唱された、習癖異常などを対象とした行動療法であり、チックに対する効果が十分にあるという指摘がいくつかのレビューの中でなされてきた(Cook & Blancher, 2007; Himle, Woods, Piacentini, & Walkup, 2006, ハビット・リバーサルの手続きは第10章で詳述する)。ハビット・リバーサルの有効性を示唆するメタ分析の報告は、筆者の探した範囲では3つ存在する。まず、チックに限定せず不適応な反復行動(吃音, チック, 爪かみなど)に対してのハビット・リバーサルの有効性について, 18の研究(575例)を対象にメタ分析を行ったBate, Malouff, Thorsteinsson, & Bhullar (2011)は, 対照群と比べた時に,  $d=0.80$ の効果を示し, ハビット・リバーサルの有効性を示唆した。他の治療法を比較対象に限定した場合でも,  $d=0.73$ の効果量(研究数: 13)が得られることから, ハビット・リバーサルは有効だと結論づけている。しかし, ハビット・リバーサル自体の限界として, 全ての対象に対して有効ではないことや私的な出来事に対して効果がみられないと指摘する研究があることも合わせて述べている。Wile & Pringsheim (2013)では, システマティック・レビューの結果に基づき, トウレット症候群の患者を含む, 研究としての質が高い研究に限定して, ハビット・リバーサルに機能分析とリラクセーションの要素を含めたプログラムであるComprehensive Behavioral Intervention for Tics (以下, CBIT)と支持的精神療法を比較した2つのRCTの論文(Piacentini, Woods, Scahill, Wilhelm, Peterson, Chang, Ginsburg, Deckersbach, & Walkup, 2010; Wilhelm, Peterson, Piacentini, Woods, Deckersbach, Sukhodolsky, Chang, Liu, Dziura, Walkup, & Scahill, 2012), ハビット・リバーサルと支持的精神療法を比較した2つのRCTの論文(Deckersbach, Rauch, Buhlmann, & Wilhelm, 2006; Wilhelm & Deckersbach, 2003), それぞれについて, ベースラインから介入後のYGTSSの症状得点の変化について効果量を算出し, 統制群に比べた効果の高さを示している(順に, 3.66ポイント, 10.52ポイント)。前者のほうが値が小さいという結果になっているが, 後者の研究はいずれも評価者がブラインドされていないという限界があるためそのことが結果に影響を与えている可能性が指摘されている。いずれにしても, 支持的精神療法よりも行動療法のほうが有効性が高いことが伺える。また, Dutta & Cavanna (2013)では, システマティック・レビューによって, 5つのRCTによる研究( $n=353$ )の結果から, ハビット・リバーサルはチックに対して有効であり, 平均32.3% (25.8-37.5%)の症状が改善していることを示唆している。こうした研究から, ハビット・リバーサルの有効性は確立されつつある。

### 8-3. チックに対する行動療法の近年の動向

以上から、行動療法の有効性が確立しつつあり、薬物療法に比して副作用への懸念が少ないことも合わせ注目を集めている。また、近年では、CBITをはじめとしたハビット・リバーサルに他の要素を組み込み、より社会的な文脈に注目して介入を行う試みも増えてきている。2000年以降に、ハビット・リバーサルに他の要素を組み込んだ研究を Table 8-2 にまとめた。

上述した CBIT (Piacentini et al.,2010 ; Wihlelm et al.,2012) は2つの RCT によって有効性が示唆されている。ハビット・リバーサルの他に機能分析やリラクセーショントレーニングを取り入れることで、チックが生じる社会的な文脈により焦点を当てた介入や、しばしばチックの悪化の原因となる不安や緊張をさげるためのリラクセーションも組み込んでいく点が特徴である。例えば、子どものチックが出ている時に「緊張しているのでは。」と家族が心配になり、無理にストレスとなる活動をさせないように関わるようになったとする。こうした関わりはチック症状を軽減させたいという保護者の気持ちを考えると自然なことだが、チックが出ることで嫌な活動を回避できる、という機能をチックに持たせてしまうこととなり、意図せずにチック症状を強化してしまうことがある。そのため、こういった環境にも積極的に介入することの必要性を指摘している。また、Acceptance and Commitment Therapy (Franklin, Best, Wilson, Loew, & Compton, 2011)やチックに伴う場への不安や緊張といった認知に介入する必要性を指摘し、認知再構成を組み込んだ O'Connor, Brault, Robillard, Loiselle, Borgeat, & Stip (2001), O'Connor, Laverdure, Taillon, Stip, Borgeat, & Lavoie (2009)のプログラムも存在している。

こうした発展をみても、チック症状に対しては単にハビット・リバーサルという個人に介入する行動療法だけではなく、様々な技法を組み合わせることが重要だと考えられていることが伺える。その一方で、ハビット・リバーサル単独の効果を上回った報告は筆者が探した範囲では未だ見つからず、ハビット・リバーサルにうまく他の技法を組み込んでいくような試みがなされているといえるだろう。

Table 8-2.ハビット・リバーサルに他の要素を組み込んだ研究

	年齢	人数	治療 反応率	研究のデザインと結果
<b>HRT+FBI+RT (CBIT)</b>				
Piacentini et al (2010)	9-17 歳	61	52.5%	無作為化比較試験 対照群：支持的療法と心理教育 (n=65) 結果：CBIT> 対照群 (YGTSS)
Wilhelm et al (2012)	16-69 歳	63	38.1%	無作為化比較試験 対照群：支持的療法と心理教育 (n=59) 結果：CBIT> 対照群(YGTSS)
Rowe et al (2013)	7-19 歳	30	66.7%	単群の介入前後での効果比較結果：チックの数やチックの重症度(親評価)の軽減
<b>CBIT via Video conference(VC)</b>				
Himle et al (2010)	8-17 歳	3	66.7%	参加者間マルチプル・ベースライン単一事例実験 結果：チックの重症度の減少 (3人中2人)
Himle et al (2012)	8-17 歳	10	80 %	無作為化比較試験 対照群：対面式の CBIT (n=8) 結果：CBIT via VC = 対照群
<b>HRT +ACT</b>				
Franklin et al (2011)	14-18 歳	6	40 %	無作為化しない 2 群比較 対照群：HRT (n=7) 結果：HRT + ACT=対照群(YGTSS)
<b>HRT + CR</b>				
O'Connor et al (2001)	18-60 歳	47	報告なし	無作為化しない 2 群比較 対照群：待機群(n=22) 結果：HRT + CR > 対照群 (自記式重症度評価)
O'Connor et al (2009)	18-65 歳	76	報告なし	薬物療法の有無で比較 結果：服薬群=非服薬群(TSGS)

CBIT= Comprehensive Behavioral Intervention for Tics, HRT=Habit Reversal Training, FBI=Function-based Intervention, RT=Relaxation Training, ACT= Acceptance and Commitment Therapy, CR = Cognitive Restructuring, YGTSS = Yale Global Tic Severity Scale, TSGS = Tourette's Syndrome Global Scale, CGI = Clinical Global Impression

\*介入終了時点で改善とみなされた人数の割合 (CGI, YGTSS, 記述から判断)

#### 8-4. 我が国における支援の現状

国内でのチックに対する心理社会的支援を行った研究はどのような傾向があるのだろうか。チックを対象とした心理社会的援助の歴史は長く、そのすべてを包括的に検討するこ



とは本稿の趣旨とずれるため、行動療法に限定して検討した（なお、チックを対象とした心理的援助についての1980年代までのレビューは森谷（1990）の著書が詳しい）。

1980年から現在までで、「チック」「トゥレット」+「行動療法」をキーワードとし、CiNii、医中誌に基づいて検索した結果を Table 8-3 にまとめた（1970年代の論文は入院治療を取り上げたものが多く、これ以前の方法を詳細に検討するよりも近年の動向をおうべきと考えられたため割愛した：山内・鈴木・堀川・真壁・井上・富地, 1974, 川野・高山・山中・永田・金久, 1975）。なお、検索した論文のうち原著論文とされているものに限定した。

国内の研究報告はバイオ・フィードバックの実践・効果を報告したものが多く、行動療法の技法の中ではリラクセーションがかつては中心であったと考えられた。荒木・中井（1990）の研究では、26歳のトゥレット症候群の女性を対象に、入院という条件下で、負の練習、ハビット・リバーサルおよびセルフモニタリングを用いており、筆者の探した範囲では、この研究がハビット・リバーサルを単純チックではなくトゥレット症候群に用いた国内最初の報告であった。荒木・中井（1990）の症例ではチックに先行する前駆衝動のような報告を患者がしていたことが述べられており、チックの持つ半随意性についての理解が深まってきていたと考えられる。また、1990年代以降、チックやトゥレット症候群に対する行動療法の報告数が一時的に減少しており、新しい心理的援助の技法の検討は行われていない。器質的な要因の関与の重要性が取り上げられ、様々な薬物療法の有効性が統制された研究で実証されていく（Leckman, Hardin, Riddle, Stevenson, Ort & Cohen, 1991; Shapiro, Shapiro, Fulop, Hubbard, Mandeli, Nordlie, & Phillips, 1989）につれて、心理社会的な援助が（行動療法も含めて）減少していったことが、その背景としては考えられる。比較的新しい報告として、金子（2008）の研究では、チックに対する直接技法としてセルフモニタリング法とハビット・リバーサルを、間接的な技法として母親カウンセリングを行うといった包括的なアプローチを試みている。

Table 8-3 を見ると、①対象となるチックが単純チックであることが多いこと、②成功事例の単一の報告が中心（13文献中9つ）であり、複数事例での検討や海外での研究と比較可能な尺度を用いた測定がほとんどなされていないこと、③行動療法についての文献に限定したにもかかわらず、家族へのアプローチの重要性を指摘する文献が複数みられること（13文献中5つ）、が特徴として示唆されるだろう。

それぞれの特徴に応じて今後の展望を述べると、第一に、トゥレット症候群を中心とした、複雑性の高いチックや音声チックに対しての実践例の蓄積が望まれるだろう。Carr &

Chong(2005)や Cook & Blacher(2007)の論考においても、多くのチックに対する行動療法の研究は運動チックを対象としたものが多く、音声チックに対しての効果の検討が求められると指摘している。そのため、諸外国の傾向を踏まえても、音声チックに対しての実践例の蓄積が望まれる。加えて、国内においては、トゥレット症候群のように、併発症状や罹患期間という観点からも重症度の高い事例に対しての実践例が少ない。慢性化する症例にこそ、行動療法のようにチックとうまく付き合うことを促す介入が有効だと考えられるため、その普及が望まれる。第二に、標準的なチックの尺度を用いた研究が望まれる。海外の文献と比較可能なチックの評価尺度を用いることで、反応率や改善率、重症度の比較を海外の文献とも行うことができるため、こういった介入の要素が文化共通であり、またそうではないのかの検討も可能になるだろう。最後に、家族の要素を実証的に検討した研究の必要性があると考え。本稿では行動療法に限定をしていたが、他の技法に重点をおいた研究の多くは家族の変化の重要性を強調している（例えば、深谷・今・富井,2006；財満,2003；神澤・尾崎,1996 など）。機能分析がCBITでとりいれられた背景にも、家族を中心とした環境の調整がチック障害に対する介入において不可欠だと改めて認識されるようになったからであろう。こうした、親子相互がチック症状にどのように影響を受けるのか、そしてその調整がどのような効果をもたらすのかを今後は検討していくことが必要だといえる。

## 8-5. 今後の展望

以上の先行研究から、チック障害に対する行動療法はエビデンスの蓄積がなされており、欧米諸国では第一選択の援助方法になりうる可能性が示唆されている。ハビット・リバーサルに基づいた援助を中心としつつも、近年では、環境に対して積極的に介入したり、本人の捉え方にも介入する技法が発展しつつある。しかしながら、我が国では、症状が慢性化するトゥレット症候群に対する行動療法の実践は特に少なく、効果研究と比較可能な評価尺度で効果を測定した研究も見つからなかった。そのため、トゥレット症候群への支援を発展させるためには、ハビット・リバーサルを中心とした行動療法による介入効果の検討を複数例でまずは実践し、その治療過程を検討することが求められるだろう。そこで、第3部では、まずトゥレット症候群に対する行動療法による介入効果の検討を行う。そして、その治療過程から導かれた仮説に基づいて、トゥレット症候群への支援を検討していくこととした。

Table 8-3. 国内で行われたチックの行動療法の研究

著者(年)	援助技法	年齢(n)	アウトカム	診断	結果・考察
山口ら (1982)	BF	38(1)	筋電位の変化とチックと日常の様子	チック	BFによりチックだけではなく日常生活での気持ちも楽になった様子が見られた。
赤木・伊藤 (1982)	BF, MoCo	5-10(8)	軽快, 不変に分類	チック症	改善7例, 不変が1例であったため, EMGBFと親への指導的介入の有効性が示唆された。
荒木・大隈 (1985)	HRT	13,43(2)	鼻を鳴らすチックの回数, 肩甲骨の動き(強さ・頻度)	記載なし	HRTの有効性について論じ, 1.習癖と拮抗する, 2.数分間持続できる, 3.奇異でなく日常動作を妨害することなく容易にできる, を重要な点とした。
宮下 (1986)	SM+MP	9-26(4)	目標行動の回数(強迫行動, 首振り, 音声チック, 首振り)	記載なし	SM法の有効性について, その目標行動を評価するだけではなく観察により目標行動を変化させる治療効果を持つと指摘。
西川 (1986)	BF, MoCo, (入院)	5-13(37)	改善, 不変に分類	記載なし	改善32例, 不変5例で改善率は86.5%。EMGBFと家族療法の併用が有用だと, 事例を交えて指摘。
坂井ら (1989)	HRT,MP,SM,AT	27(1)	瞬きチックの一分間あたりの出現頻度	チック	MPの効果が見られなかった点について考察し, 先行子に注目するSMとHRTが有効だったと指摘。
小野 (1989)	AT,SM,BF	16(1)	チックの自己評価, 母親評価	チック	ATによるチック自体の変化だけでなく, 子どもの行動変容によって親の変化も見られた。
村山ら (1990)	行動管理プログラム, MoCo	12(1)	瞬きチック, 強迫行動, 妹へのいじめ	記載なし	トークン法による介入でチックだけではなく, 強迫行動をはじめとした問題行動が減少した。母親の患児に対する接し方も変化した。
荒木・中井 (1990)	MP,HRT,SM (入院)	26(1)	音声, 腹部のチックなど各チックの回数	トゥレット症候群	薬物療法のみで改善しなかった事例に行動療法が有効だった。
斎藤ら (1996)	BF,不安への介入	23(1)	筋電位レベルの変化とチックと日常の様子	チック	BFは不随意運動など不都合な神経・筋の機能システムを再教育する。また, チックに対しては心理社会的側面への介入が不可欠と指摘。
三浦ら (2000)	PR	12(1)	チック, 友人関係の様子	記載なし	緊張・不安からくるチック症状に対してPRが奏功し, 友人関係にも変化が見られた。
金子 (2008)	HRT+SM, MoCo	10(1)	まばたきチックの回数	瞬きチック	直接技法としてのHRTと間接技法としての母親カウンセリングが有効であった。
竹内ら (2011)	HRT+SM, MoCo	10(1)	セッション中のおごを突き出すようなチック行動	運動チック	短期間でのチック軽減の効果が確認された。維持や汎化については今後も検討が必要。

\*HRT=Habit Reversal Training, SM=Self-Monitoring, MoCo=親へのカウンセリング・積極的介入, PR=Progressive Relaxation, MP=負の練習 (Massed Practice), 条件性制止法, AT=自律訓練法,BF=バイオ・フィードバック。入院治療の場合は(入院)と記した。

## 第9章 ハビット・リバーサルによる介入プログラムの効果の検討

本章では、トゥレット症候群患者7名を対象に、ハビット・リバーサルを中心とした行動療法のプログラムを実施し、その効果の検討を行った。その結果、チック症状、チックによる社会機能の障害、社会機能の改善が見られた。チックに対する主観的な苦痛も軽減したが、汚言症に対する主観的な苦痛は改善せず、介入の際には工夫が求められると考えられた。

### 9-1. 問題と目的

前章で述べてきたとおり、チックに対しては近年行動療法の有効性が示され、その中でも、ハビット・リバーサルが注目を集めている。しかし、我が国においては複数例を対象として介入効果を検討した研究は少なく、トゥレット症候群を対象とした実践の報告も十分ではないと考えられた。

ここで、ハビット・リバーサルの手続きについて述べる。ハビット・リバーサルは、Azrin & Nunn (1973)によって提唱されたチックや習癖異常に対する行動療法である。Azrin & Nunn(1973)は、神経性習癖はもともと正常な反応であったが、何らかの身体的外傷・心理的トラウマによって過剰になり、そうした外傷やトラウマが消失しても無意識に持続してしまっている状況だと想定した。そのため、そうした習癖への気づきを促し、身体的に拮抗する反応を学習し、また社会的な強化も取り除くことで改善ができると仮定し、以下の手続きによって治療は構成されていた：①チックの患者自身による記録（セルフモニタリング）、②気づきの訓練（チックが生じる直前の感覚や体のうごき、どんな状況でチックが出やすいかなどへの気づきを高める）、③拮抗する動きの習得（拮抗反応訓練：チックと物理的に相いれず社会的には受け入れられやすい動きの実施）、④コントロールへの動機づけ（不便さの振り返りや賞賛）、⑤一般化に向けた訓練（様々な状況を想定した練習）という複数の要素から構成され他技法である。Woods & Miltenberger(1995)のレビューからは、ハビット・リバーサルの中でも重要な要素は気づきの訓練と拮抗反応訓練、そしてコントロールを継続するためのソーシャルサポートだといわれている。

ハビット・リバーサルのメカニズムについてはいくつかの仮説が提唱されている。Himle et al(2006)のレビューでは、そのメカニズムを示した研究はまだ少ないと指摘しながらも、

拮抗反応は必ずしもチックと相いれない刺激ではなくともチックが軽減することも示唆されているため (Woods, Murray, Fuqua, Seif, Boyer, & Siah, 1999), チックが拮抗反応に置きかわることだけがその効果ではないことを示唆している。前駆衝動への馴化だという仮説も有力な仮説の一つである。Verdellen & Hoogduin (2008) による研究結果では、曝露反応妨害法のセッションのプロセスでチックに伴う感覚現象の主観的な強さが軽減すること、セッション間での感覚現象の減少はセッション中のチックの頻度の低さと関連がみられたことを示している。以上の結果から、前駆衝動への曝露が行動療法のメカニズムであることを支持したと述べられている。ハビット・リバーサルと曝露反応妨害法は類似した要素を含んでいるため、症状改善のメカニズムを共有するかどうか、今後の検討が求められている (van de Griendt, Verdellen, van Dijk, & Verbraak, 2013)

以上のように、ハビット・リバーサルは前章で示されたようにエビデンスを十分に有しているが、いまだメカニズムが不明であり、我が国のクライアントを対象にしても十分に効果が得られるか検討する必要があるだろう。特に、2つの RCT によって有効性が示された CBIT の普及啓発が求められており (Scahill, Woods, Himle, Peterson, Wilhelm, Piacentini, McNaught, Walkup & Mink, 2013), この包括的なプログラムが我が国に導入されることは臨床的な価値も高いと考えられる。そこで、研究 3 では、ハビット・リバーサルに基づいた包括的な行動療法が我が国の対象においても有効なのかを探索的ながら明らかにすることを目的とした。その際に、第 8 章で示した我が国における実践の限界である、①複数の重症なトゥレット症候群を対象とした実践を行うこと、②標準的な評価尺度を用いた有効性の検討を行うこととした。

## 9-2. 方法

### 9—2—1. 対象

対象は、トゥレット症候群の診断を持つ患者 7 名であった。研究についてのパンフレットを事前に配布し、関心を持ったものや問い合わせをしたものへ研究についての説明を行い参加を希望したものを対象とした。7 名中 6 名は筆者の勤務する大学病院の患者であり、1 名は日本トゥレット協会において、研究の存在を知り、参加を申し込んだものであった。対象者の基本属性を Table 9-1 に示す。

Table 9-1.対象者の属性

ID	性別	年齢	服薬 (mg/day)	YGTSS		代表的なチック症状	
				症状	社会的障害		
1	男	15	pimozide	4mg	23	20	首ふり
2	女	20	haloperidol	0.75mg	34	30	顔しかめ, 大声で叫ぶ
			aripiprazole	6mg			
3	男	18	carbamazepine	100mg	27	30	汚言症, 大声で叫ぶ
			haloperidol	1mg			
4	男	12	sulpiride	50mg	21	20	鼻ならし, 腹部の緊張
			clonazepam	1mg			
5	男	13	lorazepam	1.5mg	32	30	首ふり, ホー, ホーという声, エコラリア
			aripiprazole	4.5 mg			
6	男	18	aripiprazole	12mg	38	40	汚言症, 大声での叫び, 自分自身を叩く
			risperidone	2mg			
7	女	9	aripiprazole	9mg	24	30	体に力を入れる, 体をそる, 単純音声チック, エコラリア
<b>Average</b>		15			28.4	28.6	

## 9—2—2. .評価バッテリー

### 9-2-2-1. Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS, Leckman et al.,1989).

チックの重症度を測定する標準的な半構造化面接式の尺度である。運動チック, 音声チックの重症度をそれぞれ, 数, 頻度, 強さ, 複雑さ, 行動への支障という5項目, 25点満点で評価し, 症状の重症度を50点満点で算出する。また, 社会機能に対してチックがどの程度支障となっているかを50点満点で評価をし, 合計100点満点でチックの重症度得点を算出する。日本語版の信頼性と妥当性は確認されている (Inoko et al., 2006)。

### 9-2-2-2. Premonitory Urges for Tics Scale (PUTS, Woods et al., 2005)

前駆衝動について測定する自記式の評価尺度である。チックの前に先行する感覚の程度

を尋ねる質問紙であり、4件法で9項目であり、9点から36点の値を取る。

### 10-2-2-3. チックに対する主観的な苦痛 (Subjective Units of Discomfort, SUDs, Woods Piacentini, Chang, Deckersbach, Ginsburg & Peterson, 2008)

Woods et al(2008)では、それぞれのチックに対して、そのチックがどれくらい嫌か、苦痛を感じるか、という程度を10点満点で患者に毎回尋ねる方法を提案している。Rowe, Yuen, & Dure (2013)の研究ではCBITによる介入で、SUDsも軽減することが示唆されている。本研究でも、研究対象者が自覚しているチックを表にまとめ、それぞれに対して、そのチックがいやだと感じる程度を10点満点でセッションごとに尋ねた。また、新たにチックが増えた場合には、それに対しても評価をしてもらうようにした。セッションごとのSUDs得点は平均値によって算出した。

### 9-2-3. 研究の手続き

介入技法は、大規模RCTを実施したグループのメンバーの指導を受けるために、筆者がYale Child Study Centerを訪ね、面接の陪席や実際の面接の様子についてビデオを通して学習した。また、事前にWoods et al(2008)のマニュアルを読み、疑問点についての議論も行い理解を深めた。

すべての事例に対する介入を筆者一人で行った。筆者は臨床心理士の資格を持ち、強迫性障害への認知行動療法の実践経験を有していたが、チックに対するCBITの実施は本研究が初めてであった。チック症状や社会機能の変化は筆者以外の研究協力者2名に依頼した。臨床評価は介入の前後で行った。2名の介入者は、3名の面接評価のビデオをそれぞれ独立で評価し、評価の信頼性を測定するためにICC(1,1)を算出した(ICC=.96, n=3)。値から信頼性は高いと考えられた。加えて、評価の妥当性を確保するために、臨床心理学を専攻する学生4名(修士課程2名, 博士課程2名)、精神保健福祉士1名によって評価の際に生じやすい疑問点やずれやすい点について検討し、方針を確定した。また、その際に生じた疑問は、トゥレット症候群を専門とする児童精神科医のスーパーバイズをうけることで、研究グループ内での評価の妥当性を確保した。

また、同意が得られた対象者のビデオをすべて録画して、のちに介入の内容を検討することが出来る体制を整えた。ID1は本人の抵抗が強かったためビデオ録画は行わなかった。面接の進行にあたってはトゥレット症候群の特徴やケースの全体の進行について、スーパ

ーバイズを受けながら行われた。

なお、本研究は、東京大学大学院医学系研究科倫理委員会、および東京大学ライフサイエンス研究倫理支援室の承認を得て行われた。

#### 9—2—4. 介入内容と具体的な工夫

##### 9-2-4-1. 介入全体の流れ

介入はCBIT (Woods et al, 2008)のマニュアルに沿って、Table 9-2 のように行った。面接頻度は原則として、Session2 から7までが週に1回、Session8,9 が2週間に1回、Session10,11,12月に1回であった。

Table 9-2 面接の内容

Session	目的	内容
1	評価	チックや併発症の程度などを確認し、CBIT に適しているかどうかなどを判断する。
2	説明と準備	チックについての心理教育、CBIT の説明、チック階層表や機能分析表の作成
3, 4	ハビット・リバーサルと機能分析の開始	1セッションにつき1つのチックに決め、機能分析による介入の実施、HRTの実施
5, 6, 7	リラクセーションの導入	Session 3,4 の内容に加え、呼吸法、筋弛緩法の習得、練習
8,9	再発防止	今までのSession の内容に加え、再発防止のために、HRT のやり方の復習やストレスマネジメント
10, 11, 12	フォローアップ	今までの復習

##### 9-2-4-2. 介入内容の実際

ハビット・リバーサルにおいて重要な要素は気づきの訓練、拮抗反応訓練、ソーシャルサポートだと言われているため、それぞれの手続きを具体的に示す。なお、本研究の基本的な手続きは、Azrin & Nuun (1978)と、Woods et al(2008)に基づいている。



## ①気づきの訓練

気づきの訓練とは、チックやそれに伴う前駆衝動に対する気づきを促すことを目的としている。初めに、チックや前駆衝動についての心理教育を Figure 9-1 のような図を示し、行動療法の目的と合わせて関係性を小学生でも理解できるように伝えた。多くの研究参加者が「自分にもこういうことは当てはまる」「まさにこういう感じ」と納得がいく様子が見られ、小学生でも理解できる様子が見られた。その際に、小学生に対しては、よりわかりやすく「むずむずする感じ」「何か出そうな感じ」といった実体験に即した説明を、中学生以上に対しては「最近の研究では、脳科学の研究の知見とも合致していて、こういう前駆衝動という存在が重要だと言われている」というように、より器質的な要因から生じているものであることと合わせて説明をするように心がけた。

心理教育を通して支援の方向性への理解が十分にできたと判断されたら、チックへの気づきの練習を全ての対象で行った。初めに、合図の出し方を介入者と研究参加者の間で決めようとして、1分間、チックが出たら合図をするように指示を出した。1分間の間でチックがみられない場合は適宜時間を延ばして設定した。その際に、チックにうまく気づけている時は、気づけていることを評価する言葉かけをした。次に、チックが出そうな感じについて言語化してもらうように促した。それぞれのターゲットとして設定したチックの特徴について説明してもらうとともに（例「首のチック」「まずは左を向くように出ることが多く、すっきりするまで出してしまう」）、チックが出る前の感覚についての説明もしてもらうことにした（「首の真ん中らへんがむずむずする感じ」「何か出そうなのが分かる感じ」）。その上で、チックが出る前に、出そうな感じに気づいたら合図を出してもらうように促した。

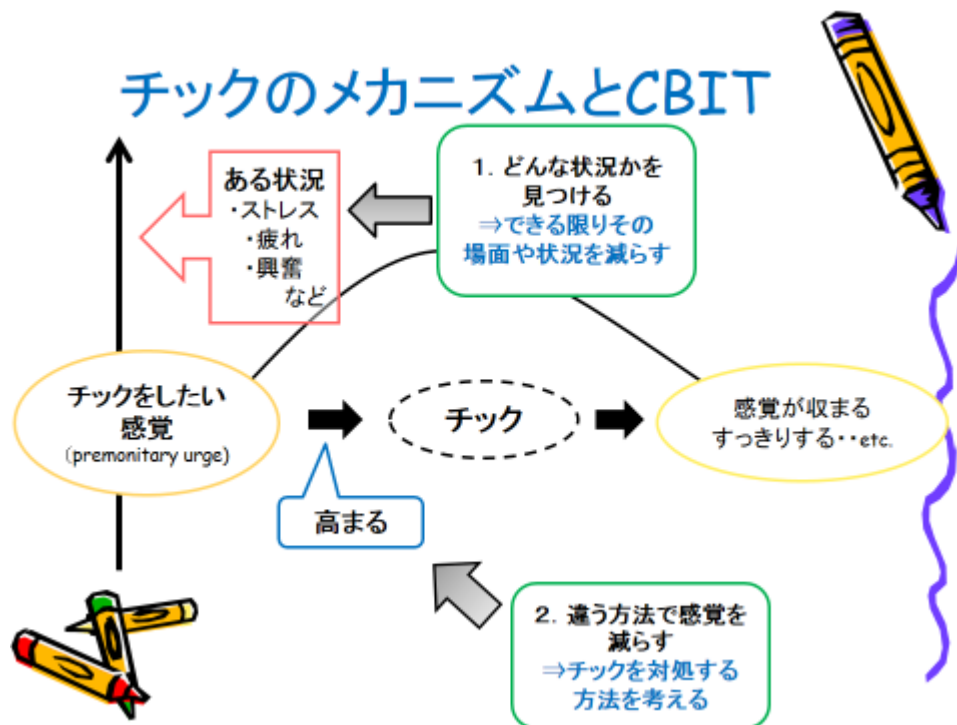


Figure 9-1. 実際に用いた心理教育教材

## ②拮抗反応訓練

拮抗反応訓練とは、チックと同時に生じえない行動を獲得していくための一連の手続きのことである。拮抗反応を選択する際の基準は、①身体的にチックと同時にすることができない動き、②1分以上、前駆衝動がなくなるまで維持できる動き、③チックよりも目立たない、注意をひかない動きだといわれている (Reese, Timpano, Siev, Rowley, & Wilhelm, 2010)。拮抗反応の例を Table 10-3 に記した。対象者と相談して拮抗反応を選択し、面接内で実際に練習をして、拮抗反応の練習が対象者にとって苦痛ではないか、チックが出ずに過ごせる感覚を実感できるかを確認し、上手にコントロールできている場合はそのことをフィードバックするようにした。

Table 9-3. チックと拮抗反応の例 (Woods et al.,2008 より一部抜粋。筆者訳)

チック	拮抗反応
体をひねる	腕を横につけるか、ポケットに入れたり足の下に入れたりして 背中に力を入れたまま、立つ・あるいは座る
まばたき	意識的にコントロールしながら瞬きをする、まっすぐ前を向いて なにか物に焦点を合わせる。
首を曲げる	顎を少し下にして、首の筋肉に力を入れる
舌ならし	舌を口の上にくっつけて、口を閉めて、息をする

### ③ソーシャルサポート

チックを出さないように集中を継続することは難しく、練習を継続することには困難をしばしば伴う。そのため、練習の継続のためには強化子が必要だと考えられており、練習の継続のために保護者に対して、練習をすることを褒めることやチックがない時間があれば褒めることなどが推奨されている。必要に応じて、ポイントをつけて、一定程度たまったらご褒美がもらえるようなトークン法を併用することも提案されている (Woods et al.,2008)。本研究では、対象者にポイント制度を導入するかどうかは選択してもらうこととし、結果的に ID1, 4,5,7 がポイント制度を導入したいとの意向が話されたため、保護者からの賛同を得た。

### ④そのほかの工夫

機能分析に基づいた介入を進めるにあたり、保護者から様子を聞くことは重要だと考えられる。Woods et al(2008)においては、保護者が面接に同席するかどうかは思春期以上の対象の場合、本人と議論して検討するべきだとしている。研究 1 において検討したプログラムでも、母子並行面接を導入することで、保護者の考えや思い、本人の考えや思い、それぞれに介入することができたと考えられる。そのため、本研究でも、本人や保護者と相談の上で、本人と話す時間、保護者と話す時間、本人と保護者を話す時間を設けることとし、本人との面接を 45～60 分、本人と保護者で話す時間を 10～15 分設ける形を治療の基本構造とし、適宜保護者面接を別途 30～50 分の枠で設ける形式をとった。ただし、対象者によってこの枠組みは適宜変更した。

また、チックに伴う嫌な出来事やチックによって不便な出来事の振り返り (inconvenient

review) を都度の面接で行うことが Woods et al(2008)のマニュアルにおいては記載されている。これは、練習への動機づけを高めるための工夫の一つであるが、本研究の対象者はチックについて困ることを尋ねると、「困ってはいない。」と対象者が答えることも多かった。そのため、丁寧にチックに対する思いやどんな出来事が起きるのかを個別に聴取することが重要であった。実際にからかわれたり、注意されるなどの具体的なエピソードとして困ることがある対象者は少ないが、「お母さんが気にしていると思う」「誰かが見ていないんじゃないかと気になる」など、周囲に気を使ったり、自分が不安になってしまうことで困ると語られることが多かった。そのため、そうした不安は機能分析の文脈でとりあげ、モチベーションの維持のために、チックに対して練習することのメリットや練習することで成果が上がっていることを積極的に介入者が言語化してフィードバックするように心掛けた。

CBIT の介入の枠組みの全体図を Figure 9-2 に示した。

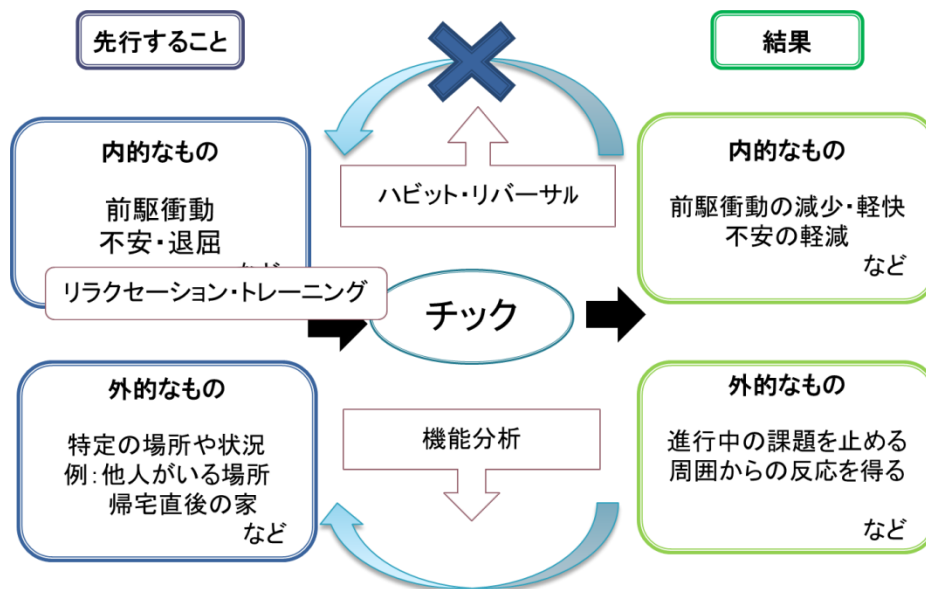


Figure 9-2. CBIT で想定されている行動モデル(Woods et al.,2008 より筆者が作成)

### 9-3. 結果

#### 9—3—1. チック及び関連する症状の変化

7名中6名の対象者がプログラムをすべて終えた。1名(ID.2)は第3セッションで中断を希望した。後日主治医が聴取したところ、「チックについて話すことが嫌で、イライラし

てしまうから」という理由であった。

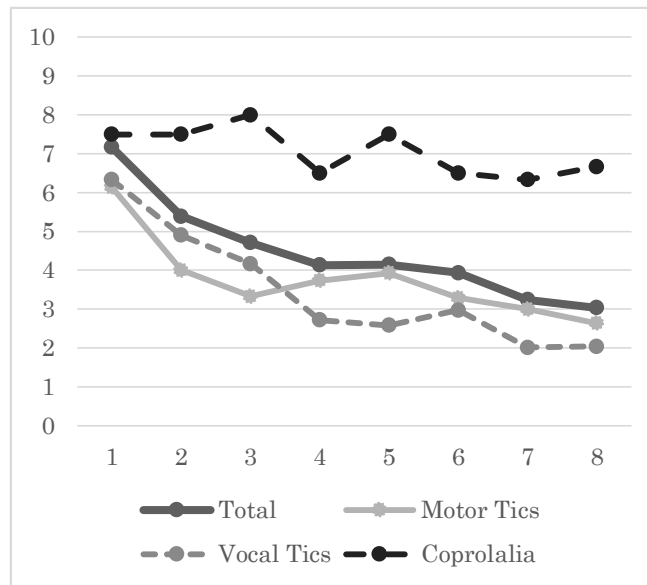
すべての介入を終えた6名の臨床症状の変化を検討した。その結果、チック症状得点は介入前平均27.7点[SD=6.7]から、介入後平均22.8点[SD=4.1]に減少していた。対応のあるt検定及びWilcoxonの符号付き順位検定でも有意差が確認された(t=2.8, df=5, p=.04。Wilcoxon signed rank test ; p=.04)。チックによる社会機能への障害も同様に改善が確認された(介入前:平均28.3[SD=7.5], 介入後:平均16.7点[SD=12.1], t=3.8, df=5, p=.01)。しかし、前駆衝動の得点の変化に有意差はみられなかった。また、YGTSSの症状得点の25%の減少は改善の指標だと Jeon, Walkup, Woods, Peterson, Piacentini, Wilhelm, Katsovich, Mcguire, Dziura & Scahill (2013)では述べられている。この基準に則り症状の変化を個別に検討すると、6名中3名がYGTSSによって測定されたチック症状得点が改善と判断できる程度に軽減していた。それぞれの介入前後での臨床症状の評価をTable 9-4にまとめた。

Table 9-4. 臨床症状の変化

	1		2		3		4		5		6		7	
	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
YGTSS														
symptom	23	17	34		27	24	21	20	32	23	39	29	24	24
impairment	20	10	30		30	10	20	10	30	10	40	40	30	20
PUTS	28	24	17		21	19	14	11	19	11	28	30	19	24
GAF	62	63	55		56	58	68	72	65	74	42	45	51	67
QOL	92.4	89.3	59.2		65.4	68.4	88.0	94.6	95.7	97.8	66.3	77.2	62.0	73.9
SUDs	4.4	1.3	8.4		5.0	2.9	6.3	1.8	8.5	3.8	8.9	6.6	10.0	1.8

### 9-3-2. チックに対する主観的な苦痛の変化

チックに対する主観的な苦痛も平均値は有意に軽減していた(Wilcoxon signed rank test, p=.03)。その一方で、汚言症に対する苦痛感は、他の運動チックや音声チックに比べると軽減しにくいことが示唆された(Figure 9-3)。



\*汚言症を有していた者は2名。

Figure 9-3 SUDs の変化(ID02 を除いた 6 名の平均点)

### 9-3-3. 具体的な事例の経過

具体的な事例として、最も重症度が高かった ID.06 を紹介する。来談時のチック症状は、大声を上げるチック、相手の外見や特徴、考えたことを口に出してしまう、卑猥な言葉、ののしるような言葉などの汚言症もあり、加えて自分を叩いたり舌をかむなどの自傷的なチックもみられ、面接中も絶えず何らかのチック症状が出ている状態であった(女性である筆者に対して、「カワイイ」「チューしたい」「セックス」と叫ぶなど)。声のチックが聞こえると、廊下の向こう側から聞こえる程度であり、外出もほとんどできず、家の中で終日過ごす生活であった。しかしながら、本人の努力もあり、症状を理解してくれる友人に恵まれ、定期的に家に招いたり、友人と一緒に外に出る様子も語られた。薬物療法はすでに様々なものを試した後であり、行動療法も試してみたいと希望して来談した。

最初のアセスメントの段階で、不安や緊張の強さが顕著にみられていた。STAI によって測定した特性不安は 69 点(段階:5)、状態不安は 60 点(段階:4)であり、特性不安が 5 段階中 5 段階目であったことに加え、質問紙の回答自体にもかなり不安や緊張を覚える様子がうかがえた。また、非常に気を使う様子が面接内の介入者との関係でもしばしばみられた(「あの評価、しなくていいんですか?」など、前回やったことを再度するかどうかを確認するなど)。症状が顕著であるにもかかわらず、笑顔で礼儀正しく、けれど親しげに会

話を交わすことから、対人スキルには問題がなく、目立った発達特性もみられないと考えられた。以上から、顕著なチック症状が生活を障害する主な要因となっていることに加え、不安や緊張の強さから、汚言症をはじめとしたチックに対して「言ってはいけない」という考えが強く、そのことがかえって「言ってはいけないと思えば思うほど、その言葉を言ってしまう」という状況を繰り返し体験することにつながり、さらに症状に対する不安や緊張が高まるようであった。また、症状が継続的に生じることで、対人場面での不安や緊張も高まると考えられた。PUTS の得点から、チックに伴う感覚現象も強く感じており、それゆえにチックをコントロールすることがより難しくなっていると考えられた。

以上の見立てから、①ハビット・リバーサルに基づいた介入が有効だと考えられること、②それに加えて、現在チック症状によって避けてしまっている場への参加を促すことで、コントロールをすることの強化子を獲得するとともに、不安や緊張の軽減も目指せる、と考えた。

介入の段階では、ハビット・リバーサルの原理に基づいて、前駆衝動への気づき、どんな身体的・心理的なサインが、チックが生じる前に生じているのかについて話し合った。その過程で、「声のチックが出るのは、あごのチックが出て痛みを感じた後。」ということに本人が気づき、あごを開き関節をならしめるチックに対して、気づきの訓練、拮抗反応訓練（歯をくっつけた状態で維持する）を実施した。それと並行して、汚言症や大声のチックには Woods et al(2008)に基づいて深呼吸を拮抗反応として獲得した。結果的に、動きのチックは軽減し、声のチックも深呼吸をしている間は収まることを実感できるようになった。その一方で、汚言症が突発的に出てしまうという状況が続き、彼の困り感の中心となっていた。

汚言症の中でも人の名前を呼ぶ、というチックがあったため、その前にどんなことが生じているか一緒に考えていくと、「弟の名前を呼んでしまって、それで怒られるイメージが頭に浮かぶ。そうすると、それが本当に起きる。」と話しており、先行するイメージが感覚現象というよりも強迫症状に近い特性を持っているが、強迫性障害とは異なり、実際にその行動をとってしまうという衝動コントロールの問題が合わさっていると考えられた。また、汚言症の中でも性にまつわる単語は『具体的にはとりあげたくない』とはっきりのべ、言葉自体を言ってはいけないものという意識の強さが伺えた。加えて、機能分析を進める過程で、チックがあるせいで、家族と数年食事をしていないなど、様々な行動を避けるようになってきたことが分かった。そこで、行動活性化と ERP の発想を取り入れ、「チックによ

る不安階層表」を一緒に作成し、その行動目標を達成するために、ハビット・リバーサルを続けることを提案した (Table 9-5)。この取り組みを始めてから、汚言症に対する主観的な苦痛の軽減が見られるようになった (Figure 9-4)。

Table 9-5 チックに対する不安階層表

不安得点	行動
100	電車に乗る
90	一人でコンビニや売店に行く
80	近所でランニング
70	一人でスーパーに行く
60	マンガを買いに行く
50	家族と一緒に食事をする
40	久しぶりに会う友達とフットサルをする
30	行きなれた床屋に行く
20	友達とスーパーに行く
10	家の周りを一周してくる
0	車の中で過ごす

その後も、音声チックだけはイベントの前後や精神的に不安定になると増減が続き、十分な改善が得られたとはいえない状態が続いていた。しかし、しばらく手がつけられなかった勉強を始めたり、ランニングに出かけるなど行動面の活動性が高まっていった。徐々に外出ができるにつれ、自分自身の考えの傾向（「失敗してもいいとは思えない」）を理解したり、「行動をしていくことが大事だとわかった」と報告がされるようになった。コンビニに一人で買い物に出かけられるようにもなり、アルバイトをしてみることを考えるなど、前向きな状態となったため、介入者の卒業に伴い終結となった。



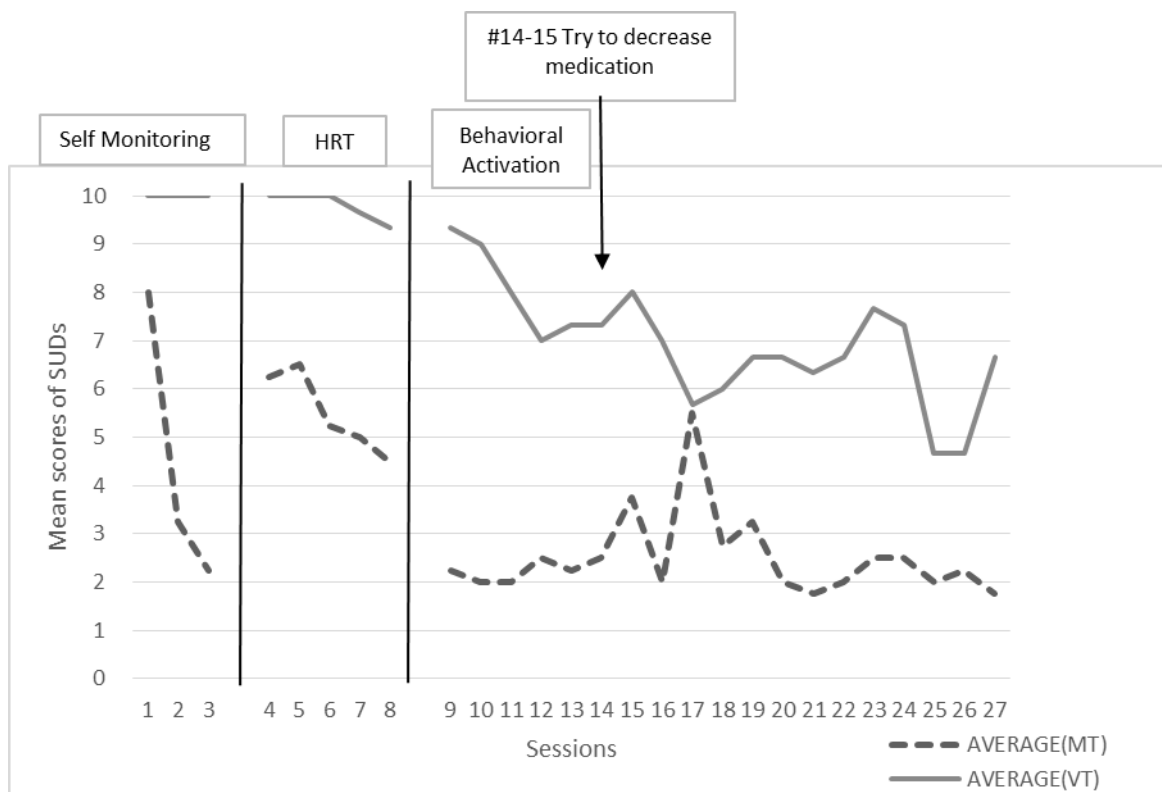


Figure 9-4 主観的な苦痛の変化 (ID.06)

## 9-4. 考察

### 9—4—1. 行動療法の有効性

本研究の参加者のうち、改善したと判断できる程度チック症状が改善した者は7名中3名であった(42.9%)。介入効果を得られた者の割合は、大規模 RCT の結果と近かった(52.5%, Piacentini et al.,2010 : 38.1%, Wilhelm et al.,2012)。しかし、チック症状の改善度は18%であり、先行研究に比して低い数字であった。変化量は低かったものの、チックが行動療法のプログラムと明確に関係して増悪したものはみられず、チックに伴う社会機能の障害やチックに対する主観的な苦痛が改善していた。チックに対する行動療法に対しては、チックの悪化を懸念する指摘がしばしばある(Scahill et al.,2013)が、そうした症状悪化はこうした臨床症状の改善から確認されなかったといえる。そのため、援助の選択肢が限られているトゥレット症候群に対しての援助の選択肢として、CBIT は国内で普及していく価値がある介入だと位置づけることが出来るだろう。特に、本研究の対象者はいずれも薬物療法を試みたことがあるものであり、服薬だけでは十分に症状が改善されない者に対して、治療の選択肢を広げることができたという意味で意義が大きいと考えられ

る。

その一方で、前駆衝動の改善が本研究では確認されなかった。ERPの有効性を検討した Verdellen et al(2008)の研究では、ERPの手続きで前駆衝動への馴化が生じると指摘している。こうした結果の差異は、手続きの違いが影響していると考えられる。Verdellen et al(2008)の研究では、介入開始時に最も頻度が高く影響が大きいチックを4つ選択し、それらに伴う感覚について尋ねるという方法を取っていた。本研究で用いたような全般的なチックに伴う前駆衝動に対する評価では、介入前後の前駆衝動の変化を捉えるには十分ではないと考えられた。今後は介入の対象としたチックそれぞれについての感覚の変化を、より生物学的な指標も用いて測定し、前駆衝動とチックの重症度の関係や行動療法の改善メカニズムの関係を検討していく必要があるだろう。

本研究ではチックに伴う主観的な苦痛も軽減するという傾向がみられた。これは、チック症状そのものの改善だけではなく、機能分析に基づいた手続きがチックに伴う苦痛感を軽減したと考えられる。例えば、ID04では、母親がチックが出ると注意していたが、『練習しようよ、できるよ』という趣旨の声掛けをするようになったことで、本人の困り感が軽減していた。第8章で示したように、チックの行動療法において家族への介入を併用している研究は多かったが、こうした我が国で行われてきた実践とも合致する結果だといえるだろう。これはあくまで仮説にすぎないため、機能分析の重要性や、本人のチックに対する捉え方が介入の前後でどのように変化するのか検討することが、援助過程を理解するうえで重要だと考えられる。

#### 9—4—2. 強迫性の影響の検討—汚言症の特殊性

本研究の対象者では、チックに対する主観的な苦痛が汚言症に対しては軽減しにくいことが示唆された。汚言症を有していたID.03（「むずむずするとかそういう感覚がなく、突然出ちゃう」）とID.06（「頭の中がそうした単語でいっぱいになってしまい、出したらどうなるんだろうと想像すると、本当にそうになってしまう」）は独特の認知過程について言及しており、ハビット・リバーサルに基づいた介入だけでは改善が見られなかった。以上の結果から、汚言症の中でも、前駆衝動を感じるような突発的な症状に対しては介入の際に工夫が必要だと考えられる。

そもそも、汚言症を有する場合、チック全体の重症度の高さとの関係があると McGuire, Hanks, Lewin, Storch, & Murphy (2013)では指摘している。Kano et al(2010)でも、汚言

症の存在は強迫症状と関係していることを明らかにしている。こうした、先行研究からは、汚言症を呈するような症例は器質的に強迫性や衝動性が高く、チックも重症化しやすいと考えられる。しかし、それに加えて、汚言症を有することで後に発展していく二次的な心理的困難の影響も支援の際には考慮する必要があるのではないかと。Freeman, Zinner, Müller-Vahl, Fast, Burd, Kano, Rothenberger, Roessner, Kerbeshian, Stern, Jankovic, Loughin, Janik, Shady, Robertson, Lang, Budman, Magor, Bruun & Berlin (2009)は、汚言症や汚行動症が存在すると、社会への影響が大きいと、患者自身の主観的な重症度が高まると指摘している。成人のトゥレット症候群と強迫性障害を併発する患者の特徴について検討した福原・三戸・山西・向井・柳澤・中嶋・前林・林田・山田・松永 (2013)の調査では、トゥレット症候群を併発する場合のほうが、併発しない強迫性障害患者よりも社交不安傾向が有意に高いなど、対人機能への症状の影響を指摘している。トゥレット症候群の者は一般人口に比べて鬱症状を呈する者が多いと指摘した Robertson, Williamson, & Eapen (2006)の研究においても、併発率の高さは長期的に症状を有することによる心理面への影響である可能性を示唆している。また、汚言症に対して親が罪悪感を抱きやすく、叱責される経験が増えるという指摘もなされている (Shapiro & Shapiro, 1988a)。以上の先行研究から、汚言症を呈する対象はもともと強迫性や衝動性が高いものであった可能性もあるが、さらにその症状による影響で二次的に不安や強迫症状が高まっている可能性があるかと本研究からは考えられた。そのため、単純なチックよりも認知的な過程がその増悪や意味づけに影響していると考えられる。

こうした考えに基づき、実際の事例ではチックに伴う不安階層表を作成して、行動活性化を意識した介入を行った。その結果、ハビット・リバーサルの過程では改善が見られなかった音声チックへの主観的な苦痛にも軽減が確認された。チック症状自体は十分に改善したとは言えないが、今までは症状のせいでできなかったことができるようになるなど生活の広がりが見られた(コンビニでゆっくり買い物ができる、親戚と一緒に食事ができる、など)。以上から、機能分析の結果、症状に伴う不安や緊張の影響が大きいと考えられた場合には、強迫性障害に対する介入で用いられていたような生活を広げていくような支援を組み込んでいくことが有用だと考えられる。

汚言症に対して行動療法を試みた先行研究は少ないが、負の練習の報告やタイムアウトの利用、リラクゼーション法など、チックに対する介入の応用が多い(Lahey, McNees, & McNees, 1973; Friedman, 1980)。しかし、その効果はネガティブであるものもあり

(Hollandsworth & Bausinger, 1978), 十分な検討がなされていない。本研究の対象者のように性的な言葉を発する汚言症と類似して、性的な考えにまつわる曝露反応妨害法も試みられている。原田（2014）は、性的な強迫観念に対しては、患者の回避が働き、十分な曝露が試みられていないことがあること、そうした患者にはその言葉を書くという比較的抵抗の低い方法で曝露を実施することが可能であることを示唆している。こうした認知過程への介入を導入することの有効性は今後検討する必要があると考えられる。しかし、強迫性障害患者の有する症状と異なり、大きな声で、言葉を発してしまうことを実際にやめられない、という衝動コントロールの問題も伴うのが汚言症の特徴でもある。こうした衝動性を考慮した時に、強迫性障害への介入技法の応用がどの程度有効かどうかはわからないものの、ハビット・リバーサルに強迫性障害への介入の要素を統合していくことで、より重症な対象者の改善を促すプログラムを開発することに今後寄与すると考えられる。

#### 9-5. 本研究の限界と展望

本研究の限界は大きく分けて2つ挙げられる。第1に、本研究の対象者は7名であり、少人数による検討であった。また、対照群も設けていなかったことから、本研究の結果から、行動療法の有効性が示されたとは言い難い。今後は対照群を設けたり、人数を増やしての効果の検討が求められると考えられる。第2に、介入の質についての評価がなされていない点が挙げられる。トゥレット症候群に対して行動療法を用いて介入した専門家は国内では少なく、第三者による評価を行う体制を作ることは難しかった。そのため、介入の質が十分に確保されていたとはいえないだろう。今後は効果研究を成功させたグループとの共同研究などをおして、介入の質についても保証していく取り組みが重要だと考えられる。

しかしながら、本研究は国内において重症な慢性チック障害であるトゥレット症候群に対して複数例に行動療法を実施し、海外と比較可能な尺度で効果を測定し検討した初めての研究だと位置づけることが出来る。また、本研究ではいくつかの仮説が見出された。第一に、チックに対する主観的な苦痛の軽減はチック症状の客観的な減少とは異なったプロセスをたどることが示唆された。チック症状が減少しなくとも、チックに対する苦痛の軽減を報告した者がいるということは、チック症状自体だけではなく、チックに対する捉え方も二次的な症状（不安やうつ）に影響している可能性がある。こうしたチック症状自体だけではなく、そこから派生する問題が発展するプロセスも明らかにする必要があるだろ

う。加えて、本研究からは、汚言症を有している対象の特殊性が示唆された。近年、トゥレット症候群の中にもさまざまな亜型があると考えられている。Cavanna, A., & Servo, S. (2009)のレビューでは、トゥレット症候群を、慢性チック障害、純粋なトゥレット症候群 (pure Tourette Syndrome), 完璧なトゥレット症候群 (full-blown Tourette Syndrome), トゥレット症候群+ (Tourette syndrome plus) というスペクトラムでとらえることを提唱しており、汚言症、エコラリア、パリラリアといった現象があるかどうかはトゥレット症候群内の多様性を理解する一つの特徴だと示唆されている (Table 9-6)。Table 9-6 をみると、こうした言語や行動のチックの存在は、他の併発症を有する一群と関連が深いことが想定される。本研究の結果からは、強迫症状と汚言症の関連について見出されたものの、本研究はあくまで少人数の検討から仮説が得られたという段階であり、実証的な研究の蓄積が求められるだろう。

Table 9-6 慢性チック障害やトゥレット症候群内の亜型ごとの特徴 (Cavanna et al.,2009)

	Chronic tic disorder	Pure TS	Full-blown TS	TS-plus
運動チック	+/-	+	+	+
音声チック	+/-	+	+	+
エコフェノミナ	-	-	+/-	+/-
パリフェノミナ	-	-	+/-	+/-
コプロフェノミナ	-	-	+/-	+/-
性的ではないが社会的に不適切な行動	-	-	+/-	+/-
強迫的に触る行動	-	-	+/-	+/-
吃音	-	-	+/-	+/-
自傷行動	-	-	-	+/-
ADHD	-	-	-	+/-
強迫性障害	-	-	-	+/-
Depression	-	-	-	+/-
気分障害	-	-	-	+/-
人格障害	-	-	-	+/-

## 第 10 章 チック障害に伴う心理的困難と強迫性の関連

本章では、チックに対する本人の捉え方が、二次的に生じる心理的な困難にどのように影響するのかを検討した。対象は大学病院のトゥレット症候群患者と日本トゥレット協会会員の合計 44 名であった。質問紙による調査の結果、汚言症を有している対象は、より強迫症状が高いことが示唆された。また、不安症状はチックに対する動揺と強迫症状によって、うつ症状は親が評価する運動チックの重症度と強迫症状によって予測されることが示された。本研究の結果から、チック障害を持つ本人が抱く様々な心理的な困難は強迫症状との関連が深いことが示された。

### 10-1. 問題と目的

本章では、研究 3 で示された仮説の実証を目指すこととした。研究 3 の結果、チックの重症度の変化が見られなくとも、チックに対する主観的な苦痛が下がる傾向がみられた。このことから、チックの重症度が社会機能や二次的な心理的困難と関係する場合には、何らかの要因が媒介している可能性が示唆された。また、汚言症が存在する場合は強迫症状との関連が深く、その関連には器質的な要因に加えて、社会場面に対する緊張や不安の高まりのような二次的な要因も影響している可能性があると考えられた。以上の結果を踏まえて、本研究では 2 つの目的をたてた。

第一に、汚言症を併発する事例の特徴を理解することである。研究 3 では汚言症を有する対象に行動活性化に基づいた介入を行ったところ、症状への主観的な苦痛感が軽減することが示された。このことから、汚言症はその性質から、症状にともなう緊張状態や不安状態、社会場面への回避などの二次的な問題が生じやすく、強迫症状と類似した性質を伴う可能性が示された。Freeman et al (2009)の調査では、7 か国から得られた 597 人のトゥレット症候群患者のデータベースを検討した結果、男性患者の 19.3%、女性患者の 14.6% が経過の中で一時的であれ汚言症や汚行動症がみられていたことを示唆した。しかし、それらの存在は必ずしも経過の長期化と関係はしておらず、最も関係が強かった事象はチック以外の繰り返し行動の存在や併発症の数であった。このことから衝動や行動の制御の問題との関連が指摘されている。Freeman et al(2000)による調査でも、汚言症と自傷行動の存在頻度は併発症の数と関連があると示唆している。Eddy, & Cavanna (2013)の研究では、

実際に行動をしてしまう汚言症のほかに、メンタルコプロラリアと言われる頭の中で社会的に不適切なことをしたくなる衝動にも注目し、それらの QOL との関係を検討した。その結果、そうした衝動だけでは QOL を予測しないものの、汚言症の存在は単独でも QOL の悪さを予測したと示唆している。この関係は不安や抑うつによって媒介されなかったことから、不安や抑うつの程度と関係なく、汚言症の存在は QOL に影響を及ぼすと言われている。また、強迫症状よりも ADHD 傾向と汚言症のほうが関連が深かった (Eddy et al., 2013)。以上の先行研究からは汚言症は純粋な強迫症状とは異なり、衝動性の高さや衝動制御の難しさとより親和性の高い概念であることが想定できる。そして、そうした衝動性の高さが、「やってはいけないけれどやってしまう」という結果につながり、その考えに強迫症状のようにとられるやすくなると考えられた。そこで、本研究では、汚言症を有している者は強迫傾向が高いという仮説を立てた。すなわち、もともとは衝動制御の難しさによって生じやすくなる症状であるが、次第にその症状からくる社会場面への緊張や不安、症状を制御できないことに伴う罪悪感など心理面での変化が、後の強迫傾向を高めると考えた。

第二の目的は、チックに対する捉え方の影響を検討することである。チックに対する捉え方やトゥレット症候群に伴う心理的困難については近年注目が集まっている。Cohen, Sade, Benarroch, Pollak, & Gross-Tsur (2008)は、トゥレット症候群の子どもの不安や抑うつ感が、帰属意識の所在 (locus of control) と養育態度にどのように影響を受けるのかを検討した。その結果、チックの重症度はうつとは関係したが不安とは関係がなく、併発症状の重症度 (ADHD 症状や強迫症状) の程度はうつとも不安とも関係していた。また、原因帰属のあり方や養育態度は、不安や抑うつと関係していた。しかし、不安とうつを両方とも予測する変数としては、帰属意識の所在と ADHD 傾向が残るという結果であった。以上の結果から、チック症状の重症度だけではなく、本人の内的な世界の捉え方の影響も考慮する必要があると指摘されている。Steinberg, Harush, Barnea, Dar, Piacentini, Woods, Shmuel-Baruch & Apter (2013)は、チックの表出や抑制と関係した思考や感情について測定する Beliefs about tics (BATS) という尺度を開発し、13 歳以上で、抑うつ症状と BATS の得点と関係するが、それよりも年齢が低いと相関しないことを指摘している (BATS の高さは、チックを抑制することに対するネガティブな思いや感情の強さを表す)。この結果からも、チックを抑えることに伴う苦痛感や困難への捉え方は、年齢が上がるにつれて変化していき、抑うつに影響を与える傾向があると考えられる。Cavanna et

al(2009)のレビューでも、うつ症状は器質的に直接トゥレット症候群と関係しているというよりも、しばしば併発する強迫性障害や ADHD と関係が深く、かつトゥレット症候群という状態が心理的に苦痛を伴う状態であったり、いじめを受けた経験などによってうつ症状が併発しやすくなる可能性を示唆している。以上の先行研究から、慢性の障害を有していることに伴うストレスにより、心理的ストレスが高まっていく可能性が示唆される。こうしたチックに対する捉え方は、環境の影響が大きいことが想定されるため、我が国でチック障害を抱えた子供たちがどのように自らの症状を捉えているか、そしてそれが他の心理的困難にどのように関係するのかを検討することは重要だと考えられる。そのため、「主観的なチックの捉え方が、心理的困難を高める。」という仮説をたてて、検証することとした。

## 10-2.方法

### 10—2—1. 対象

対象は、チック障害の診断を持つ子ども及び親であった。研究参加者は A 大学附属病院の外来患者と日本トゥレット協会の会員であった。A 大学附属病院の患者に対しては、研究に参加可能と判断されたものに主治医が研究説明の可否について尋ね、合意が取れたもののみ、主治医とは独立して筆者をはじめとした共同研究者から研究説明を行った。そして、同意を得られたもののみ研究に参加した。日本トゥレット協会会員に対しては、日本トゥレット協会会長に許可を得て、会員名簿を受け取り、その対象に一律に質問紙を送付した（送付数 157 通）。ただし、当事者が対象年齢外の会員も多かったが個人情報の関係で年齢は把握できなかつたため、一律に質問紙を送付した。

調査対象とする年齢は子どもの年齢が 6 歳から 22 歳までの者とし、本人が回答が困難である可能性を考慮して保護者のみの調査参加も可能とした。また、質問紙への回答に問題がない程度の知的水準を有していることもリクルートの際の基準とした。

### 10—2—2. 調査項目

質問項目は親と子それぞれ異なり、また外来患者とトゥレット協会では内容が異なっていたため、本研究で分析に用いた項目を Table 10-1 にまとめた。それぞれの尺度について説明していく。



Table 10-1. 調査に用いた質問項目一覧

	本人	親	測定するもの	トゥレット協会会員
1	チックへの 対処満足度		チックへの対処満足度	○
2	チックの困り感		チックに対する 主観的な困り感	○
3	STAI-C		不安	○ <sup>a</sup>
4	CDI		うつ	
5	LOI-CV		強迫症状	○
6	感覚現象の 簡易版		感覚現象	○
7		TSSR	チック（保護者評価）	○
8		ADHD-RS	子どもの ADHD 傾向	○
9		基礎情報	親より属性記入	○

a. 外来患者に調査を行ったところ、特性不安と状態不安の相関が高かったため( $r=.70$ ,  $p<.01$ ,  $n=23$ ), トウレット協会宛てに配布した STAI-C は、特性不安のみとした。

#### 10-2-2-1. チックへの対処満足度 (Matsuda, Kono, Nonaka, Fujio, & Kano, 2013)

チックに対する主観的な対処スキルについて満足感を、Visual Analogue Scale(VAS)で測定した。「あなたは現在、自分のチックに対してどれくらい満足に対処できていますか？チックに十分上手く対応できており満足している場合を 100 として、下線上の 0 から 100 までの間に、印（たての線）をつけてください。」と尋ね、100 をチックに十分に対処できている、0 をチックへの対処にひどく不満がある、と記した線上に印をつけてもらった。対処満足度得点は、主観的な生活への満足度を予測するという結果が Matsuda et al(2013)において示唆されている。

#### 10-2-2-2. チックへの困り感

トゥレット症候群の子どものチックに対する捉え方について測定する尺度は以下の過程

で作成された。まず、第4部において掲載した保護者を対象としたインタビュー調査の結果から、トゥレット症候群の保護者に特有の心理過程として、“周囲からの目が気になる傾向”、“チックに対する動揺”、“社会からの孤立感”が重要だと示唆された（野中，2012。第12章参照）。この質的研究の結果をもとに、この三要素を測定する保護者を対象とした質問紙を作成した。作成された質問紙の内容を児童精神科医1名，精神保健福祉士1名，心理士3名で検討し，最終的な項目を決定した。

こうした保護者向けに作成された質問紙であったが，児童・思春期強迫性障害を対象とした先行研究において，親の認知的バイアスと子どもの認知的バイアスが年齢が低いほど関係が深いという指摘が存在していることや（Farell et al.,2012），親子間で不安が伝達しやすい理由として家庭内での情報の伝達の仕方や親自身の捉え方の関係を指摘する議論も存在する（Essau, Ishikawa, & Sasagawa, 2011）ことから，チックについての捉え方について，子どもを対象に類似した項目を用いて測定することとした。“社会からの孤立感”は，保護者が子どものために症状について説明をしに行ったり，援助機関で感じる理解してもらいにくさ，が中心となる概念であったため，“周囲の目が気になる傾向（以下，周囲からの目）と“チックに対する動揺”（以下，チックへの動揺）という2側面についての質問紙を作成した。周囲からの目は7項目，チックに対する動揺は6項目からなり，4件法で，1. あてはまらない，から，4. すごくあてはまるの中で，最も当てはまるものに丸をつけてもらった。

実際に得られたデータから， $\alpha$ 係数を算出したところ，周囲からの目は元々設定していた7項目の $\alpha$ 係数は.895であり，内的整合性は十分だと考えられた。それに対して，チックへの動揺を測定するために作成した6項目では， $\alpha$ 係数が.506と十分ではなかった。各項目を除外した時の $\alpha$ 係数を検討した結果，第12項目「チックがいつどんな時に出るかわかる（反転項目）」を除去すると， $\alpha$ 係数が.627まで高まったため，第12項目を除外して統計量を算出した。その後，両下位尺度同士の相関を検討したところ，非常に高い相関が確認された（ $r=.82, p<.01$ ）。そのため，両下位尺度を統合し，「チックに対する困り感」を測定する1つの尺度として扱うこととした。最終的な12項目の $\alpha$ 係数は.87で内的整合性は十分であることが確認された。

### 10-2-2-3. the State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC, 曾我, 1983)

STAI-C は，我が国で不安を測定する際にしばしば用いられる STAI の子ども版である

(Spielberger, Edward, Lushene, Montuori & Spelberger, 1973)。状態不安と特性不安をそれぞれ 20 項目からなる質問紙であり、日本語でも標準化されている(曾我, 1983)。本来使用が推奨されるのは児童期までであるが、思春期まで用いている先行研究も存在する(Kiliç, Kiliç, & Yilmaz, 2008 ; Ross, Davis, Hogg, 2007) ため、児童期から思春期まで統一した尺度で不安の程度を測定するために、STAI-C を用いた。

#### **10-2-2-4. Children Depression Inventory (CDI : Kovacs, 2003)**

CDI は世界で頻繁に用いられるうつ尺度の一つであり、高い信頼性と妥当性が示されている。CDI のマニュアルでは、カットオフの値は 13 点か 20 点とされている(Kovacs, 2003) が、佐藤・石川・下津・佐藤(2009)による中学生を対象とした調査では、31 点以上の者がうつ病の診断に該当する者が多いと示唆されており、スクリーニングツールとしての基準は曖昧である。そのため、子どもの状態をアセスメントするツールとして用いることが望まれる(Matthey & Petrovski., 2002)。

CDI は本研究では外来患者にのみ実施することとした。その理由として、外来患者に実施した際に、欠損値が多くみられたため、個別での質問項目の確認が必要であったこと、日本トゥレット協会会員の中に自殺念慮や抑うつの程度が強いものがあることが把握できたとしても、緊急対応が難しいため、項目への回答がそうした傾向を助長するリスクを考えると避けたほうが良いと考えたためであった。

#### **10-2-2-5. Leyton Obsessional Inventory -Child Version (Berg, Rapoport, & Flament, 1986)**

成人向けに作成された強迫的な行動や考えについて測定する自記式尺度の LOI (Cooper, 1970) の子ども向けの尺度である。日本語版は林・吉橋・岡田・谷・大西・中島・松本・土屋・辻井(2012)によって、標準化がなされ、信頼性と妥当性が示されている。初めに、各項目に挙げられた強迫症状の有無について問い、あると答えた者にはさらに、その症状があることで生活上に支障が生じるかどうかを問うという構成になっており、症状が「ない」を 0 点、「ある」者の中で「そのことがあっても、自分のしたいことができます」を 1 点、「そのために、少しだけ、他のことができなくなります(2 点)」、「そのために、他のことができなくなる場合があります(3 点)」、「そのために、たくさんのことができなくなります(4 点)」として点数を計上する。20 項目について以上の 5 件法で問い、合計点を算出した。また、下位項目として、一般的強迫傾向、汚れ・整理への強迫、数・縁起への強迫が

算出できるように構成されている。本研究に使用するに当たって、日本語版を作成した林陽子らのグループと原著者である Rapoport 教授に使用許可を得た。

#### 10-2-2-6. 感覚現象簡易調査票

感覚現象とは、チックや強迫症状に伴う、もしくは単独で存在する、身体感覚の違和感や不完全な感覚である (Rosario-Campos, Prado, Borcato, Diniz, Shavitt, Hounie, Mathis, Mastroso, Rosana, Patricia, Eduardo, Carlos, Leckman & Miguel. 2009)。前駆衝動も感覚現象の一つに含まれる。視覚的・聴覚的・触覚的に“まさにぴったり (jus right)”という感覚や、そうした五感を伴わなくとも心理的に、まさにぴったりを求める感覚、また何かこみあげてくるようなエネルギーと表現されることもある。そうした感覚を解消するために、チックや強迫行動が行われることがある (Summerfeldt, 2004)。

本研究で用いた感覚現象簡易調査票は、University of São Paulo Sensory Phenomena Scale (USP-SPS, Rosario-Campos et al., 2009) を参考として、金生・川久保・松田・野中・石井・蔦森・濱田・森田 (2013) により作成された。USP-SPS では、A. 身体的感覚、B. 視覚、聴覚、触覚によって引き起こされる“まさにぴったり”という経験、C. 不完全な感じ／“まさにぴったり”と感じる必要性、D. 湧き上がり、解き放つ必要のあるエネルギー、E. 反復行動をしたいという衝動、という 5 つの領域について患者に尋ね、それらを総合して、頻度、苦痛、社会的支障をそれぞれ評価する。こうした 5 つの領域ごとの重症度を把握するために、それぞれの項目について、「全くない」、「たまにある」、「ある」、「ほとんどいつもある」の 4 件法で頻度を尋ね、さらにチックや強迫行動の有無についても尋ねた項目を追加した合計 6 項目からなる尺度であり、その合計点を感覚現象の重症度とした。

#### 10-2-2-7. Tic symptoms self report scale (TSSR : Scahill, Leckman, Schultz, Katsovich, & Peterson, 2003)

TSSR は、チック症状についての自記式・養育者記入式の尺度である。運動チック、音声チックそれぞれ 20 項目のチェックリストがあり、それぞれに対して、過去 1 週間の頻度と強さを考慮して、「0 : 過去一週間は症状は全くなかった」から、「3 : チックは非常にしばしばあり、とても強かった。」について評価していき、その合計点を算出する。Risperidone や Atomoxetine の有効性を検討した研究で、YGTSS と併用する形で用いら

れている (Scahill et al.,2003 : Allen, Kurlan, Gilbert, Coffey, Linder, Lewis, Dunn, Dure, Sallee, Milton, Mintz, Ricardi, Erenberg, Layton, Feldman, Kelsey, & Spencer, 2005)。日本語版は原著者の Scahill 教授に許可を取り、バックトランスレーションの手続きに沿って作成した。日本語版の妥当性は、野中・松田・河野・藤尾・金生 (2013) において検討され、YGTSS のデータと運動チックの重症度は  $r=.69$ 、音声チックの重症度は  $r=.70$ 、合計得点は  $r=.68$  の相関が得られることが示されるとともに、社会機能の重症度やチックに伴う生活への支障との相関関係は YGTSS の相関と類似することが示されており、探索的ながらその妥当性は支持されている。

#### **10-2-2-8. ADHD-Rating Scale (ADHD-RS, DuPaul, Power, Anastopoulos,& Reid, 1998 坂本訳 2008)**

ADHD-RS は、不注意に関する 9 項目と、多動／衝動性に関する 9 項目の合計 18 項目で構成される養育者・学校の教員によって行動評価をする尺度である。「ない、もしくはほとんどない」を 0 点、「非常にしばしばある」を 3 点として、4 段階で評価し、不注意得点と多動・衝動性得点を算出することができる。ADHD-RS は出版社著作権管理機構によって著作権が管理されており、本研究では同機構から著作権を必要部数購入して使用した。

#### **10-2-2-9. 基礎情報**

以上のような標準化された尺度の他に、①年齢、②性別、③現在の処遇、④主なチック、⑤併発症の有無という項目についての記入を依頼した。

#### **10—2—3. 分析方法**

全回答数は、外来患者において 39 名、トゥレット協会会員は 63 通 (回収率の参考値 : 40.1%) であった。そのうち、年齢が 22 歳以下の者に限定し、保護者の回答により測定されるチックの重症度 (TSSR) と、チックへの困り感についての回答に欠損値のない 45 名 (外来患者 : 22 名、うち女性 2 名、TS 協会患者 : 22 名、うち女性 5 名) を分析に含めた。

対象の記述統計を算出した後に以下の分析を行った。まず、本研究の第 1 の仮説を検討するために、汚言症の有無を TSSR のチェック項目から抽出し、あり群となし群で、チックの重症度、強迫傾向、ADHD 傾向、併発症の数に差異がないか、独立サンプルの t 検定で検討した。次に、第 2 の仮説である本人の捉え方の心理的困難への影響を検討するため

に、各臨床症状同士の相関を算出した。最後に、特性不安と抑うつ症状を従属変数として、ステップワイズ法に基づいた重回帰分析を行った。分析の際に用いたのは、SPSS ver 18.0であった。

### 10-3. 結果

#### 10—3—1. 基礎情報の算出

本研究の対象者の基礎属性を Table 10-2 に示した。外来患者とトゥレット協会会員で属性に差異がないか検討したところ、基礎属性やチック症状、強迫症状に差はないものの、対処満足度のみ、トゥレット協会会員の方が低かった。

#### 10—3—2. 汚言症の有無による属性の差異の検討

保護者によるチック症状を評価する TSSR の記述から、「卑猥なことばやののしり」の項目があると評価されていたものを汚言症のあるものとして抽出した。ただし、外来患者に限り、本人との面接評価の中で汚言症の存在を本人があると回答した 1 名は汚言症ありとして計上し、質問紙では該当項目をありと回答していたが、面接評価の中では言語性のチックが確認できなかった 1 名は汚言症なしとして計上した。その結果、外来患者で 2 名 (9.1%)、トゥレット協会会員では 6 名 (26.1%) が該当した。

汚言症の有無で臨床症状を比較した結果、本研究で想定したとおり音声チックの重症度 (汚言症有 :  $M=10.3$  [ $SD=7.1$ ], 無 :  $M=5.1$  [ $SD=3.8$ ],  $t=2.9$ ,  $df=42$ ,  $p<.01$ ), LOI-CV による強迫症状得点 (汚言症有 :  $M=30.3$  [ $SD=13.4$ ], 無 :  $M=19.3$  [ $SD=13.0$ ],  $t=2.1$ ,  $df=39$ ,  $p=.04$ ) が汚言症を有している対象では有意に高かった。また、LOI-CV で測定される下位項目ごとに比較した結果、数・縁起の強迫症状の得点には有意差が確認されたが、一般的強迫傾向の差は有意傾向に留まり、汚れ・整理の強迫症状には差がみられなかった (数・縁起, 汚言症有 :  $M=1.25$  [ $SD=.60$ ], 無 :  $M=.55$  [ $SD=.73$ ],  $t=2.1$ ,  $df=39$ ,  $p=.04$ )。他の臨床症状やチックに対する困り感には有意な差はみられなかった。

Table 10-2. 基礎属性

	外来患者 (n=22)	トゥレット協会 (n=22)	p 値
<b>基礎属性</b>			
年齢	13.0 [3.1]	14.3 [4.2]	.28
ADHD	4 (18.2%)	6 (27.3%)	.47
OCD	4 (18.2%)	5 (22.7%)	.71
<b>TSSR</b>	14.2 [8.8]	18.6 [11.5]	.16
Motor tics	9.3 [7.1]	11.4 [7.9]	.35
Vocal tics	4.9 [4.4]	7.2 [5.2]	.12
<b>LOI-CV</b>	18.1 [12.4]	24.7 [14.2]	.12
<b>STAI-C trait</b>	38.1 [10.8]	39.0 [8.6]	.75
<b>ADHD-RS</b>	14.0 [12.7]	17.3 [12.3]	.39
不注意	9.2 [7.0]	11.9 [8.2]	.26
多動・衝動性	4.8 [6.3]	5.4 [4.5]	.72
<b>感覚現象</b>	13.7 [4.9]	15.0 [4.5]	.37
<b>対処満足度</b>	56.8 [30.5]	36.8 [28.5]	.03*
<b>チックの困り感<sup>b</sup></b>	2.2 [0.8]	2.5 [0.9]	.31
周囲の目	2.1 [0.9]	2.5 [1.0]	.15
動揺	2.5 [0.7]	2.5 [0.8]	.86

a. [] は SD, ()内は比率。

b. 下位項目の項目数が異なるため、項目数で除した値を報告した。そのため、1 から 4 の値を取る。

### 10—3—3. 本人の捉え方の影響

初めに、STAI-C で測定した特性不安と臨床症状やチックに対する困り感との相関を求めた (Table10-3)。特性不安を従属変数とし、相関がみられた変数を説明変数として投入したステップワイズ法による重回帰分析を行った。ただし、チック症状の合計得点と運動チックの相関が高かったため、運動チック得点のみ合計得点を投入することとした。その結果、強迫傾向の高さとチックへの動揺が不安の高さを予測する変数として残存した。調

調整済み R 二乗は 55.6%であった(Table 10-4)。

次に、外来のトゥレット症候群患者に限定して、抑うつ感を予測する変数について以下の手順で検討した。まず、CDI とその他臨床属性の相関を検討した(Table 10-5)。その結果から、相関がみられた変数を独立変数として、CDI の得点を従属変数としたステップワイズ法による重回帰分析を行った。その結果、運動チックの重症度と強迫症状が独立変数として残り、調整済み R 二乗の値は 71.5%であった(Table 10-6)。

#### 10-4. 考察

本研究の目的は、①汚言症の存在は強迫性の高さに関係が強いという仮説と、②トゥレット症候群の子どもの主観的なチックの捉え方が、心理的困難と関係する、という仮説を検討することであった。以下、それぞれについて見出された示唆を述べていく。

Table 10-3. 特性不安とその他の変数の相関

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. 特性不安								
2. チックの困り感	.63**							
3. 運動チック	.44**	.57**						
4. 音声チック	.11	.43**	.39**					
5. チック症状	.37*	.61**	.90**	.75**				
6. 強迫症状	.63**	.35*	.20	.25	.26			
7. 感覚現象	.53**	.54**	.41**	.24	.40**	.62**		
8. 対処満足度	-.40**	-.45**	-.44**	-.23	-.42**	-.36*	-.43**	
9. ADHD 症状	.15	-.01	.25	-.12	.12	.34*	.29	-.26

\*\* : p<.01, \* : p<.05

a. 強迫症状 (n=41)。ADHD 症状 (n=43)。



Table 10-4. 特性不安を予測する変数

	B	SEB	$\beta$	t 値	p
1	28.8	2.3		12.7	.00
強迫症状	.45	.09	.63	5.0	.00
$R_{adj}^2$	.38				
2	18.2	3.2		5.7	.00
強迫症状	.33	.08	.47	4.1	.00
チックへの困り感	.46	.11	.46	4.1	.00
$R_{adj}^2$	.56				

Table 10-5. うつ症状と関連する変数 (n=22)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. 抑うつ傾向								
2. チックへの困り感	.64**							
3. 運動チック	.65**	.55**						
4. 音声チック	.07	.24	.15					
5. チック症状	.55**	.56**	.87**	.61**				
6. 強迫症状	.66**	.50*	.34	.04	.29			
7. 感覚現象	.48*	.62**	.55**	.13	.51*	.42		
8. 対処満足度	-.69**	-.52*	-.65**	-.25	-.64**	-.29	-.49*	
9. ADHD 症状	.30	.02	.43*	-.16	.26	.35	.27	-.25

\*\* :  $p < .01$ , \* :  $p < .05$

\*強迫症状のみ n=20

Table 10-6. 抑うつ症状を予測する変数

	B	SEB	$\beta$	t 値	p
1	4.6	2.0		2.3	.03
運動チック	.81	.17	.75	4.8	.00
Radj2	54				
2	.86	1.9		.46	.65
運動チック	.65	.14	.60	4.6	.00
強迫症状	.29	.08	.45	3.5	.00
Radj2	72				

#### 10—4—1. 音声チックの影響について

まず、本研究の対象者では汚言症を有する者の割合は、外来患者では 2 名 (9.1%)、トゥレット協会会員では 6 名 (26.1%) であった。先行研究では、おおよそ 15%前後の対象者が汚言症を有していると指摘されていたため (Freeman et al.,2000 ; Freeman et al.,2009)、本研究の結果は、外来患者においては先行研究に比べると低値であり、トゥレット協会会員の中では高い割合を占めていた。この結果は、外来患者は比較的状态が安定したものが、トゥレット協会会員ではその中でもより困り感が強いものが質問紙に回答した結果だと考えることが出来る。

このように対象者に偏りがあるという限界はあるものの、汚言症がみられるもののほうが、音声チックがより重症であり、強迫傾向が強いという結果が得られ、仮説 1 は一定程度支持されたと言えるだろう。汚言症がみられるものはそもそもトゥレット症候群の中でも重症度の高い一群だという指摘も存在することから、器質的な強迫症状の有しやすさを想定することができる。そのため、通常のリバート・リバーサルに基づいた介入だけで改善しない場合には、その背景に強迫的な認知過程が存在することを考慮して、支援を組み立てていく必要があることが本研究からも支持された。加えて、本研究の結果から、強迫症状の中でも汚染や整理と関係する項目ではなく、数や縁起にまつわる項目で高い値を取りやすいことが示唆された。数・縁起の項目は全体として低い値であったため、はっきりとした考察をすることは難しいが、強迫症状のディメンジョンの中では対称性に近い項

目だと考えられる。チック障害の既往を有する強迫性障害患者が有する強迫症状は、対称性のディメンションが高い値を示しやすいと先行研究から示唆されており（Labad, Manuel, Alonso, Segalas, Jimenez, Jaurrieta, Leckman & Vallejo, 2008）、汚言症を有していた者はチック関連の強迫症状を特に有する一群であった可能性がある。

また、本研究では音声チックの全体の重症度と多くの変数で相関がみられなかった。これは、本研究の対象者の音声チックの重症度が、運動チックよりも軽かったことが影響していると考えられる。しかし、音声チックの重症度による影響は今後も検討が必要だと考えられる。Steinberg et al(2013)によるチックについての認知とチックの重症度やチックに伴う支障の関係を検討した先行研究でも、チックの重症度自体はチックについての認知と相関していなかったが、チックに伴う支障と相関していた。そのため、チックに伴う社会生活への支障についても測定し、他の変数との関係を検討する必要があるだろう。思春期以降の強迫症状の強さは思春期前における知能指数の高さによって予測されるというトゥレット症候群の子どもの対象としたコホート研究からの示唆も存在しており（Bloch, Peterson, Scahill, Otko, Katsovich, Zhang, & Leckman, 2006）、知的に高く場の状況を理解する能力があるからこそ、症状により他者の目が気になったり、過度に抑制しようとしてしまうことにつながる可能性はまだ十分にある。こうした傾向がある子どもに対しては、チックは成長に伴い改善する可能性が高いことを伝えるとともに、チックを気にしすぎないように、外の活動に目を向けていけるような関わりをしていくなどの、後の強迫症状の発展を予防するような介入も、求められると考えられる。これはあくまで仮説の段階であり、今後は音声チックの重症度が高い対象も組み込んだり、外来初診患者を体系的に評価するなど、より重症な事例も対象に含めて検証していく必要があるだろう。

#### 10—4—2. 心理的困難を予測する変数について

本研究の結果では、不安感、強迫症状とチックへの主観的な困り感に、抑うつ症状は強迫症状と運動チックの重症度によって、分散の半分以上を説明できることが示唆された。抑うつ症状は外来患者にのみ測定しており、その得点が低いものが多かったため、抑うつ症状が強い者に対してこの結果が当てはまるかどうかは解釈を慎重に行う必要があるといえる。しかし、強迫症状の強さが様々な心理的困難に深く関係することが示唆されたといえるだろう。加えて、トゥレット協会の会員も対象として検討した特性不安を予測する変数の結果からは、チックに対する主観的な困り感のほうがチック症状自体よりも影響が大

きかったため、チックに対する捉え方は、症状の重症度とは異なるプロセスで心理的困難に影響しているという仮説も部分的に支持されたと考えられる。

トゥレット症候群を対象としたQOL研究の中でも、疾患に特化したQOLの尺度として、The Gilles de la Tourette Syndrome Quality of Life Scale (GTS-QOL, Cavanna, Schrag, Morley, Orth, Robertson, Joyce, Critchley, & Selai, C.,2008) という尺度が生成されている。GTS-QOLは心理的困難、身体的困難、強迫的困難、認知機能的困難の4側面からトゥレット症候群独特の困り感を測定している。心理的困難の中には、チックに対するコントロール感やソーシャルサポートの欠如、孤独感などが含まれており、本研究で注目したチックに対する捉え方はこの心理的困難に近いものであったと考えられた。本研究ではさらに、そうした捉え方が心理的困難の代表的な症状である不安や鬱症状にどのように影響しているのかを検討した。その結果、不安感やチックに対する動揺と強迫症状によって予測され、うつ症状は運動チックと強迫症状によって予想されていた。こうした結果は、抑うつ症状はトゥレット症候群そのものではなく併発する強迫性障害やADHDの影響を強く受けるというCavanna et al(2009)の考えを支持するとともに、本研究の対象者はADHD症状よりも強迫症状により強く影響を受ける可能性が示唆された。しかし、本研究の結果からは、チック自体の重症度の影響をやはり考慮する必要があるということと、症状の重症度だけではなく、本人がチックをどうとらえているのかを理解することが重要だと考えられた。子どもにとって、自分が意図せずとも体が動いてしまい、うまくコントロールできないという状況は不安感を高めると考えられる。そのため、チックの出やすい状況や出にくい状況を自分で理解し、うまくチックの波と付き合っていけるようなモニタリングを促すような支援の検討が今後は重要だと考えられる。

#### 10—4—3. 本研究の限界と今後の展望

本研究には以下の限界がある。第一に、サンプルの偏りが挙げられる。トゥレット症候群は有病率が低いこともあり、先行研究でも本研究と同程度のサンプル数であることは珍しくはない。しかし、本研究では質問紙調査という方法を用いたため、この方法での調査に応じることが出来る者のみが対象であった。例えばADHDの特徴が強いものの場合、集中力が持たないため、回答が難しかったり、重度の強迫性障害を有する者の場合、不安が強いため回答をしなかった者もいるだろう。あくまで本研究では一部の質問紙への回答が可能なトゥレット症候群患者の傾向であったという前提の上で解釈する必要がある。第

二に、質問紙という研究方法である。チックの重症度の測定に本研究では養育者記入式の尺度を用いた。しかし、養育者は気づいておらず、本人だけが自覚しているチック症状がある可能性や、昔あった症状の印象が強すぎてそのチックも組み入れて回答している保護者もいた可能性がある。今後は半構造化面接など、より妥当性の高い測定方法で調査を進めていく必要があるだろう。

## 第 11 章 社会との相互作用への注目の必要性

第 3 部の目的は、強迫スペクトラム障害としてのチック障害、その中でも強迫性と衝動性を特徴として有するトゥレット症候群を対象に、その支援の発展に寄与する知見を提示することであった。そのために、支援に焦点を当てた文献レビューと 2 つの研究を行った。

研究 3 (第 8 章) では、トゥレット症候群を対象にハビット・リバーサルを中心とした行動療法の有効性を検討し、チック症状やチックに伴う社会機能が改善することを探索的に明らかにした。加えて、チック症状が十分に改善していないものでも、チックからくる困り感が改善することがあり、症状の重症度以外にも本人のチックに対する捉え方やチックを巡る社会環境の影響がチックに対する苦痛感に影響している可能性が示された。また、汚言症に対する困り感は下がりにくかったため、実際の事例の検討を通して、症状から派生して生じる社会場面への回避の存在とチック症状の維持が生じる悪循環の存在を指摘した。

研究 4 (第 9 章) では、研究 3 で得られた仮説の検討を主な目的とし、汚言症と強迫傾向の関連の強さを示した。それとともに、不安やうつなどの二次的に生じる心理的な困難は、強迫症状により強く影響を受けることが示された。加えて、不安はチックへの主観的な困り感と、抑うつ傾向は運動チックの重症度に影響をうけると考えられた。以上の結果から、トゥレット症候群に対する支援の際には、背景にある強迫傾向の程度を常に考慮して支援を行う必要があること、チック症状の重症度自体の改善が目指されることはもちろんのことだが、それだけではなく本人がチックに対して動揺を強く抱かずに済むように、コントロールできている感覚を高めていくような支援を行うことが、二次的な困難を予防するうえで重要だと考えられた。

2 つの研究からは、チック症状自体に伴う苦痛だけではなく、症状が周囲にどのように影響を与え、またそのことを本人がどのように評価しているのかに注目した支援が重要だと考えられた。こうした環境との関係を検討することの意義は、O'Connor(2001)の指摘からも支持される。チックと強迫症状の差異について検討した O'Connor (2001)は、チックが生じている時に関係している感情は満足できない感じやフラストレーションであるのに対し、強迫症状は不安や緊張を感じている、という点で、両者の感情面における違いを指摘している。また、その他の先行研究からも、チック障害のあるものは、症状そのものは

むしろ「快」の機能を有しており、周囲からどう見られているかが症状の変動や情緒面に影響するのに対して、強迫性障害のあるものは自分自身の内面に全般的な自信の欠如が見られると指摘している。Thibert et al(1995)の研究においても、強迫性障害を併発したトゥレット症候群のほうが強迫性障害を併発しないトゥレット症候群よりも社交不安や self consciousness は高かったと指摘しているが、その一方で、両グループともに self-esteem と self-satisfaction が低かったことを指摘している。O'Connor(2002)は、そうしたチックに対するネガティブな評価が、さらにチック症状を引き起こす可能性を指摘している。

以上の先行研究から、チック障害と強迫症状の関係を図示すると Figure 11-1 のようになると考えられる。

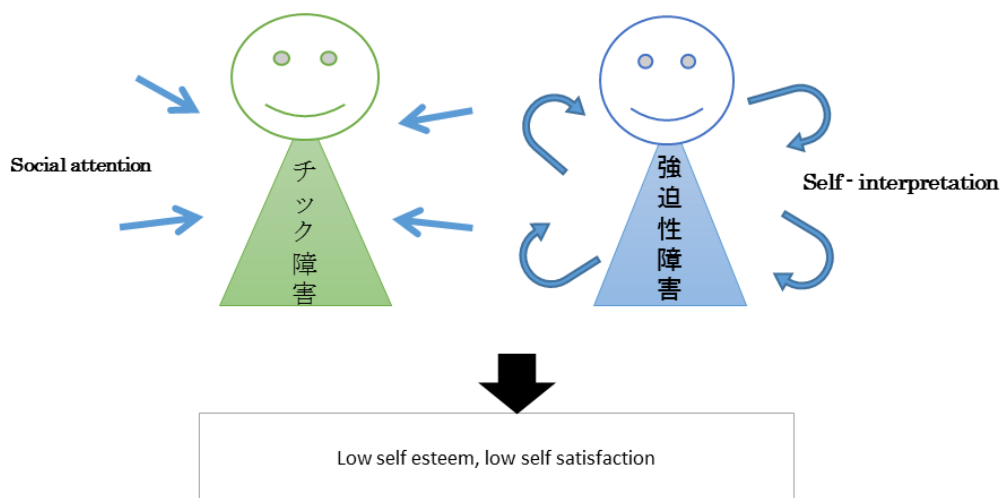


Figure 11-1. チックと強迫性障害の自尊心に影響する要因の比較

こうした先行研究からも、チック障害の支援においては、親をはじめとした周囲の人間への働きかけが必須となるだろう。だが、家族を巻き込んだ支援の必要性が強調されている強迫性障害に比して、チック障害を対象とした研究は少ない。Scahill, Sukhodolsky, Bearss, Findley, Hamrin, Carroll, & Rains (2006)は、チック障害の子どもの反抗的・破壊的行動を軽減させるためのペアレント・トレーニングの効果を検証しており、統制群に比べて有意な改善を確認した。Scahill et al(2006)はチック症状と反抗的・破壊的行動を見分けることが難しいことが、親や教師が子どものそうした行動を許容していいのか、止めるべきなのか、対応に苦慮することがあることを指摘している。こうした、症状の持つ特性からくる周囲の困り感は存在することが想定されるにもかかわらず、筆者の探した範囲

では、こうした親や教師を対象とした研究は我が国においてほとんど行われていない。そのため、症状が家族や周囲の者にどのような影響を及ぼし、どのような相互作用が周囲と患児の間で生じやすいのかを明らかにしていくことが、支援の枠組みを提示する上で重要だと考えられる。

以上の問題意識から、第4部では、我が国ではあまり目が向けられてこなかった、チック障害を巡る“環境”に焦点を当てた研究を行った。具体的には、家族と学校という子どもにとって主要な環境を取り上げ、それぞれがチック症状やチックを持つ子どもをどうとらえているのか明らかにし、支援の発展に向けた示唆を得ることとした。



## 第4部 社会の中でのチック障害

第4部では、社会の中でどのようにチック障害が捉えられているのか、またその症状がどのような影響を周囲に及ぼしているのかを検討するために、家族と教員を対象とした研究を行った。

## 第12章. トウレット症候群の子どもを持つ家族の心理過程の理解と支援

本研究では、トウレット症候群の子どもを持つ母親の心理過程を明らかにすることを目的として、質的研究を行った。対象は20歳以下のトウレット症候群の子を持つ母親5名であり、インタビュー調査を実施した。分析方法は修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチであった。その結果、29の概念が生成され、【違和感を抱く】【症状に戸惑う】【症状と向き合う】【見守る】という4つの時期の存在が明らかになった。トウレット症候群の子を持つ母親の心理過程の特徴として、違和感を抱く時期の存在や症状の急激な変化を体験していることに加え、<“障害”の不安定さからくる戸惑い>が慢性的に続いていることが示唆された。本研究によって、トウレット症候群の子を持つ母親への臨床心理学的な支援に向けての示唆を得ることができた。

### 12-1.問題と目的

第4部では、チック障害を巡る環境の影響を明らかにすために、児童・思春期の患児にとって主要な環境である家族と学校を対象とした研究を行うこととした。本章では、まず、家族を対象として、チック症状が家族にどのような影響を与えるのかを明らかにする研究を行うこととした。

#### 12—1—1. 家族の心理過程を理解する必要性

トウレット症候群に限らないが、障害を抱えた子どもを支援する際に、家族を支援対象とすることは大きな意義のあることだと言われている（今野，2009，p. 309；岩崎・海蔵寺，2007）。発達障害を有する母親の心理的負担やストレスに着目した研究は多く、いずれもその負担感の大きさを示すととともに、心理的にも健康を損ないやすいと指摘されている（山根，2013；吉田・眞崎・橋本，2012；芳賀・久保，2006）。すなわち、子どもが何らかの症状や障害を有することが、家族に与える影響は大きいと考えられる。

トウレット症候群の子を持つ親の心理的負担に着目した先行研究は、欧米ではいくつかみられる。Cooper, Robertson, & Livingston, (2003)の研究では、慢性身体疾患である喘息の子を持つ親とトウレット症候群の子を持つ親の、育児により生じる負担を量質両側面から比較している。その結果、トウレット症候群の子を持つ母親のほうが喘息の子を持つ母

親よりも強い負担を感じていることが明らかになるとともに、前者が病と関連した問題について困難を感じているものが多かったのに対して、トゥレット症候群の子を持つ母親は、行動上の問題について困難を感じると答えるものが多かった (Cooper et al., 2003)。このことから、同じように慢性的に症状を抱える疾患であっても、抱きやすい困難の程度や質が異なることが想定される。加えて、先述したようにトゥレット症候群は併発症を有しやすいことが示唆されているが (Cavanna et al., 2009 ; Swain et al., 2007)。Wilkinson, Marshall, & Curtwright (2008)の研究では、親のストレスは併発症の数と我が子の学業面の困難についての認識と関連することが示唆されており、チック症状だけではなく併発症を高率で伴うトゥレット症候群ならではの困難も存在すると考えられる。

以上の先行研究から、トゥレット症候群の子を持つ母親の心理的な負担は大きく、かつチック症状だけではなく併発症による困難も親子双方に影響をもたらすと考えられる。トゥレット症候群に限らずチック障害を有する子どもへの治療や援助として最初に行われるのは家族・本人への心理教育と環境調整だといわれており (Shprecher & Kurlan, 2009 ; 金生, 2006), こうした治療や援助という側面からみても、長期にわたって本人を支えていく家族への心理的な支援は重要だといえる。しかし、我が国において、トゥレット症候群の子を持つ親を対象とした臨床心理学的支援について検討した先行研究は筆者が探した範囲では存在しない。そのため、既存の枠組みにとらわれず、まず当事者の視点からその心理過程について明らかにしていくことが必要だと考えられる。

## 12—1—2. 研究5の目的

そのため、本研究では以下のことを目的とした。第1に、トゥレット症候群の子を持つ母親の心理過程を明らかにすることである。本研究では特に、発症時期として多い幼少期から、症状のピークを迎える思春期の経験に焦点を当てることとした。第2に、明らかにしたプロセスから、臨床心理学的な援助について検討していくことである。トゥレット症候群の子を持つ母親の体験に焦点を当てた先行研究は我が国では存在しないということ、障害児の親の心理過程を検討した研究においては少数例からの探索的な検討を行なうことが珍しくはないことから (桑田・神尾(2004)のレビューを参考)、本研究でも少数の対象者から探索的にその心理過程を明らかにすることとした。

## 12-2. 方法

### 12-2-1. 対象

対象はトゥレット症候群の子を持つ母親 5 名であった (Table.12-1)。本研究では少数例での検討であるため、チックの重症度や年齢にある程度の共通性を持たせた対象者を選定し、実践への応用可能性を高めることとした。そのため研究へのリクルートの際には、①現在の子どもの年齢が中学生以上 20 歳以下であり、②子どもが医療機関で「トゥレット症候群」という診断を受けており、③チック症状自体による生活への支障が今までに存在したことがある、という 3 つの基準を満たすものを対象とした。日本トゥレット協会のサポートを受けて、該当する研究対象者に筆者が個別に研究趣旨を説明し、参加に同意が得られた場合、調査を実施した。

Table.12-1. 研究協力者

No	本調査	フィードバック	Info の子どもの状態		
			性	学年	臨床特徴 (最悪期 <sup>a</sup> )
Info.1	2 時間 10 分	1 時間 40 分	m	高 3	大きな音声チック, 全身の運動チック。
Info.2	2 時間 20 分	2 時間	f	中 1	大きな音声チック, 汚言症, 強迫症状。
Info.3	2 時間 20 分	2 時間 10 分	m	高 2	顔面・足先や首の運動チック, 睡眠障害, 強迫症状, うつ症状。
Info.4	1 時間 40 分	2 時間	m	大 2	汚言症, 顔面チック, 暴力などの衝動コントロールの問題, 睡眠障害, こだわり。
Info.5	3 時間 5 分	2 時間 15 分	f	中 3	強い感覚現象。大きな音声チック。

- a. 最悪期に臨床特徴を限定した理由として、トゥレット症候群の症状は年、月、日単位で変動するものであり、すべてを列挙することは困難であることから、現在までの経過の中で最悪期の臨床特徴の記述をすることとした。
- b. “Info.”はインフォーマントの略称であり、数字は分析した順を示す。

Nomoto & Machiyama(1990)の我が国のチック障害についての疫学調査では、4-12 歳の子どものうち、トゥレット症候群の診断を満たすと考えられたものは 0.5%であり、いず

れも医療機関を受診していないことが示唆されていた。これは、チックはいずれ治るものだと保護者が思っていることが背景にあると指摘されている。そのため、子どもがトゥレット症候群の診断を明確に受けている母親に対象を限定することで、より支援が必要な対象者の心理過程を明らかにできると考えた。

## 12-2-2. データ収集方法

本研究ではインタビュー法を採用し、本調査・フィードバックの2回に分けて調査を実施した。研究協力者が指定した場所に筆者が訪問するか、筆者が用意したプライバシーが十分に保護される部屋でインタビューは行った。調査趣旨の説明を実施し、文書にて同意を得た。本調査は許可の上で IC レコーダーによって録音され、筆者によってすべての逐語録は作成された。分析終了後に実施したフィードバックの際にはメモを取り、概念の変更や考察に関する発言のみ書き起こしを行い、分析に組み込んだ。インタビューの際には、①お子さんの発症時期から症状の経過について、②最も大変だった時期、③学校とのやり取りで苦労したこと、④どのような支援がほしかったか、について尋ねた。

## 12-2-3. 分析方法

### 12-2-3-1. 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチとは

本研究では修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified- Grounded Theory Approach, M-GTA ; 木下, 2007a) を参考に分析をおこなった。Grounded Theory Approach (以下 GTA)は、質的研究法の中でも、分析手続きが比較的細かく明示されており、モデルの生成プロセスを促進するものだといわれている (能智, 2005)。GTA で生成される理論の特徴として、木下(2007b)は、①継続的比較分析法により生成された理論であること、②データに密着した分析から独自の概念や説明図が結果として提示されること、③社会的相互作用に関係し人間の行動の予測と説明に関するものであること、④実践的な活用のための理論であることを挙げている。こうした性質を継承しながら、M-GTA では、①データの切片化や分析の段階分けを行わないこと、②データの範囲・分析テーマ・分析焦点者を設定すること、③データ限定的な理論を生成すると分析者が自覚することで、研究で用いたデータに限定された理論を構築していくこと、といった特徴を有しており、インタビュー・データの分析に適しているともいわれている (木下, 2007a)。

本研究は、インタビュー・データの分析であること、実践での応用を目指した理論構築

であることから、M-GTAを採用することとした。「チック症状による生活への影響がみられたトゥレット症候群の子を持つ母親」を分析焦点者とし、分析テーマを「トゥレット症候群の子を持つ母親の、子どもの発症から現在に至るまでの心理過程の変容プロセス」と設定した。

### 12-2-3-2. 分析手順

実際の分析の手順は木下(2007a)に準じた。まず、録音したインタビューのデータを逐語化した後に、全てのローデータを読み込んだ。次に、データから概念を生成するために、Table.12-2のようなワークシートを用い、ローデータから概念に相当すると考えられた記述をコピー&ペーストし、そのデータから概念名とその定義を設定し、重要だと感じた部分には、下線を引いていった。そして、再びローデータに戻り、その概念に該当する発言を見つけた際には、同様にコピーし、ワークシートへ貼り付けていった。そして、データを比較していく中で、必要だと感じたときに概念名や定義を変えていく、という手順をとった。分析過程で筆者が考えたことは、理論的メモに残していった。こうして生成された概念のうち、3名以上の発言がみられた概念のみを採用し、概念同士の関係について、データを読み込みながら図示していった。

また、本調査のデータ分析終了後に、すべての研究協力者にフィードバックインタビューを行い、概念名、結果図について筆者の主観的な理論になっていないかの検討を依頼した。フィードバックインタビューの際に指摘を受けた箇所は、その指示に従った訂正が適切かどうかデータを読み直して検討し、修正後の結果は再び他の研究協力者の確認を得た。

### 12-2-3-3. 理論的サンプリング

本研究において理論的サンプリングは、有しているチック症状と併発症状の特徴に応じて概念のバリエーションが広がっていくように行われた。具体的には、初めに音声チック・運動チック共に強いが併発症が目立たなかった Info.1 を分析対象とし、チック症状を中心としたトゥレット症候群の子を持つ母親の心理過程に基づく概念を生成した。その後、音声チックを主としながらも併発症もみられる Info.2, 運動チックを主としつつも併発症が中心の困難となった Info.3, 併発症による困難が目立った Info.4, チックだけでなく感覚現象（チックに伴う体がむずむずするような感覚）による影響を大きく受けた Info.5 という順に分析を行い、分析の過程でバリエーションが広がるように心がけた。

Table.12-2 ワークシートの例 《子どもの辛さへはせる思い》

概念名	子どもの辛さへはせる思い
定義	子どもの症状による辛さを思い、自分自身も同じようにつらく悲しい気持ちになること
バリエーション	<p>*で、寝転んで、抑えながら、こう、服を着たり、ズボンをはいたりとかしてたんですね・・・だから、それ、先生から、後で聞いたんですけど、<u>結構、涙出ましたよねー。</u></p> <p>*もう、ようは自暴自棄？<u>今になれば分かるんだけど、やっぱし、むずむず感もあつただろうし、強迫もあつたから、で、声も出てるから・・・。</u> <u>自分でもそうだけど、もう、どうしようもないですよ？大人でも。</u></p> <p>*猛烈に怒って、彼が。殴って殴って・・・止めに入るまで、もう殴るのやめなかったんですね。もう、泣きながら殴って。で、それで、そのまま帰ったんですけどね。私も、ごめんなさいねって、最後は言ったんだけど、その子には。<u>うーん・・・彼のほうも結構傷ついてたんでね、かわいそうだなーって思いながら。</u></p>
理論的メモ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・チックが悪化していく子どもの姿を見て、親も同じようにつらい気持ちになる。</li> <li>・我が子の辛さを、振り返り、想像する発言。実際に暴れている、チックもひどい時にはそこまで冷静に振り返ることができないだろう。ある程度時間がたつと落ち着いていく？</li> <li>・子どもの辛さが分かるからこそ、周囲に分かってもらえない、と感じやすくなる。</li> </ul>

#### 12—2—4. 倫理面への配慮

研究協力者全員に調査趣旨を伝え、文書にて同意を得た。また論文執筆にあたり、全員に再度許可を取り、希望した者には発言の引用箇所を確認を依頼し、訂正を求められた箇所はすべてそれに従った。なお、発言を本文中で引用する際にはプライバシー保護の観点から一部改変をしている。

### 12-3. 結果

分析の結果、29 の概念が生成され、それらは 4 つの時期に分けられることが示唆された。概念の一覧を Table.12-3 に、それぞれの概念の発話例を Table.12-4 に記した。また、概念同士の関係性を図示したものを、Figure12-1 にまとめた。

以下に、時期ごとの概念同士の関連を中心として、全体のストーリーラインをまとめていく。なお、文中では、【】は時期、《》はカテゴリ、<>は概念、「」は研究協力者の発言として示した。

#### 【違和感を抱く】

トゥレット症候群の子を持つ母親は、症状が顕在化する前に【違和感を抱く】時期を過ごす。この時期では、チック自体は存在するものの<ちょっとした癖>として、母親自身も大きな心配をせずに過ごしたり、母親が違和感や疑問を抱いたとしても医師をはじめ周囲から気にせずにご過ごすようにと言われる（「チックだから、別に怒ってもしようがないと思うんで、そのまま放ってあったんですけど。よくなるのかなっていう感じで。(Info.1)」）。加えて、<小さい頃から感じた違和感>も存在し、子どもの感性が独特であったり、こだわりが強かったりという特徴にも気が付く（「本当に、そういうすごく過敏な子だったんですよ。月の満ち欠けを見て怖がって泣くような子だったんです。(Info.4)」）。しかし、こうした癖や違和感があったとしても、この時期は、概ね<普通の生活を送る>。すなわち、定型発達児と変わりなく、生活に支障が生じることもなく、少し違和感や不安を抱えながらも平穏な日々を過ごしている。

いわゆる一過性のチック障害の子どもの場合、この時期を過ごすうちに子どものチックが消失するケースが多いと考えられる。しかし、トゥレット症候群のような重症例の場合、<状態の急激な変化>によって、【症状に戸惑う】時期を迎える。



Table.12-3 生成された概念とカテゴリの関係

時期	カテゴリ	概念名
違和感を抱く		「普通」の生活を送る 小さい頃から感じた違和感 ちょっとした“癖” 状態の急激な変化
	症状に戸惑う	子どもの症状
心理的な動揺		関わり方の困惑 変化の受け入れにくさ 原因探し
精神的負担		追い詰められた感覚 周囲の目を気にする
症状と向き合う		子どもの状態がわかる 子どもの辛さへはせる思い
	心境の変化	子どもを守る決意 生物学的な病気だという気持ち できることをする
	見えにくい困難の存在	併発症状による苦悩 外から見えにくい困難 家と外のギャップ
	社会の理解の低さ	専門機関への不信感 理解されにくさの実感 社会的な認識の低さ
見守る		子どもの成長を感じる
		良くなるという希望 この先への不安 独り立ちできるように育てる
		受けられる援助の少なさ “障害”の不安定さからくる戸惑い

Table.12-4. 概念と発話例（一部抜粋）

概念名	具体例
「普通」の生活を送る	変な話、この病気って、小っちゃい頃から、ちょっとした癖があるなど思いながらも、それまで普通の生活をしていたので、急に、今までできていたことが、できなくなるとかなんて、考えてないですよ。 (Info. 5)
小さい頃から感じた違和感	たぶん、普通の子どもに比べてちょっと敏感なんだろうな、感受性が違うんじゃないかって言うのがあったんで。 (Info. 3)
ちょっとした“癖”	つまりね、もっと本当は前からね、あったかもしれない。たとえば、6歳のときに、目のぱちぱちを数日していて、すぐ終わったことがありました。 (Info. 2)
状態の急激な変化	一番このトウレットでひどかったのは、中1、中2くらいが一番、がーって症状がひどくなって。もう精神状態もすごく悪かったんです。 (Info. 3)
家ででのひどい症状	「先生に、家でやっている、こういうのを見てもらいたい。」って思い、ビデオを回しっぱなしにして見せたこともありました。病院では出ないので。 (Info. 4)
チックによる生活への支障	もう、理科の実験なんかで、細かい作業があるじゃないですか、そうしたら、もう、やっぱり、結構ひどいんで、あの一、やっぱ、理科の先生が心配して、本当に、これができるのかどうか。 (Info. 1)
チックによる二次的な障害	小学校一年生の時に、動作のチックもひどく、汚言も出て止まらなくて、お友達にからかわれたんです。それから、死にたい死にたいって毎晩言っていました。 (Info. 4)
関わり方の困惑	でも、その時は、私も知識がなかったので、『なんだろうなんだろう』って思っていたので。 (Info. 5)
変化の受け入れにくさ	小さい時から、B地点に行くとかわかっていただけではなかったんで、そこら辺の、切り替えて、簡単にみんな切り替えられない。 (Info. 5)
原因探し	でも、うちは、生まれつきじゃなかったのって思っていました。私のせいで病気になったとずっと思うだろうな。 (Info. 2)
追い詰められた感覚	あんまりかわいそうでね。一緒に、二人で抱き合っただけ泣いたりしてたんですけど (Info. 1)
周囲の目を気にする	もう、本当にね。学校に行くのが、苦痛で。うーん。もう、一人やっぱり、叫んだりしてるんで。もう、なんか、胸がドキドキするんですよ。 (Info. 1)
子どもの状態がわかる	それが、彼の今の脳の仕組みなんだって思うと、責めるんじゃないで、「いいのよ、それで」みたいな。そういうプラス思考に変えていけるような、助言をしてあげられるようになれると思うんですよ。 (Info. 3)
子どもの辛さへはせる思い	わかんないけど、涙が出るのって言って、泣いてるんですよ。こんな小さい子が。7歳とか8歳で。なんか、それが、余計悲しかったですよ。 (Info. 1)
子どもを守る決意	だから、これは、もう、だめだ、と思って。もう、もっと、こう、そのままでもいいよって。うん。自信を持たせるためにはね、泣いてちゃいけないんだって、かわいそうだって、自分をかわいそうな人間なんて、思わないように、しないといけないと思って。それから、だなぁ (Info. 3)
生物学的な病気だという気持ち	心の病気じゃないとか、ストレスは悪化させるけど、原因じゃないとか、心が弱いわけじゃないんです。とか話すんですけど、やっぱりこう、わーとか言っていると、後で、またなんか、ストレスあるの？とか言われたりー。 (Info. 1)
できることをする	親としては、何か証拠を残すしかないかなあと。いつも、こうやって、やってきたんですよ。 (Info. 5)
併発症状による苦悩	どうしても体が辛くて、好きなだけ寝ちゃうし、もともと睡眠障害があるので、起きれないんですよ。あの、夜熟睡できないんですよ。 (Info. 5)
外から見えにくい困難	うちの子ども、やっぱり言葉にすごく敏感で、そういう言葉にこだわりができてしまって、学校に行けなくなってしまったこともあったと思うので。 (Info. 3)
家と外のギャップ	よその人から聞くと、自分がこう、うつ状態がひどくてなんかしゃきつとしようみたいなのがあって。だから、Bくんどかが悪いの？みたいな、ちょっと人目があるとそうなんだけど。 (Info. 3)
専門機関への不信感	薬みたいなものをもらって祈るように飲ませてても、全然変わらなかったんですよ。2週間しても、汚言が止まるわけでもなく。でも、もう少し我慢してください、もう少し我慢してくださいって電話をするたびに言われて。 (Info. 4)
理解されにくさの実感	他から聞けば、子どもが体のわからぬ症状にどうしようもなく、パニックになり、親にぶつけてくるけれど、本人は本当につらいんです。でも、傍から見ると、どう見えるんでしょう。 (Info. 2)
社会的な認識の低さ	なんか、先生が笑って、どうしたの？何言ってるの？なんて、言ってくれちゃって。先生、小児科医なのに、って思ってた。 (Info. 1)
子どもの成長を感じる	私がつづつ、言うこと自体がやっぱり、おかしいよなって、思いました。だから、彼女から、私が教えられることのほうが多くて。 (Info. 5)

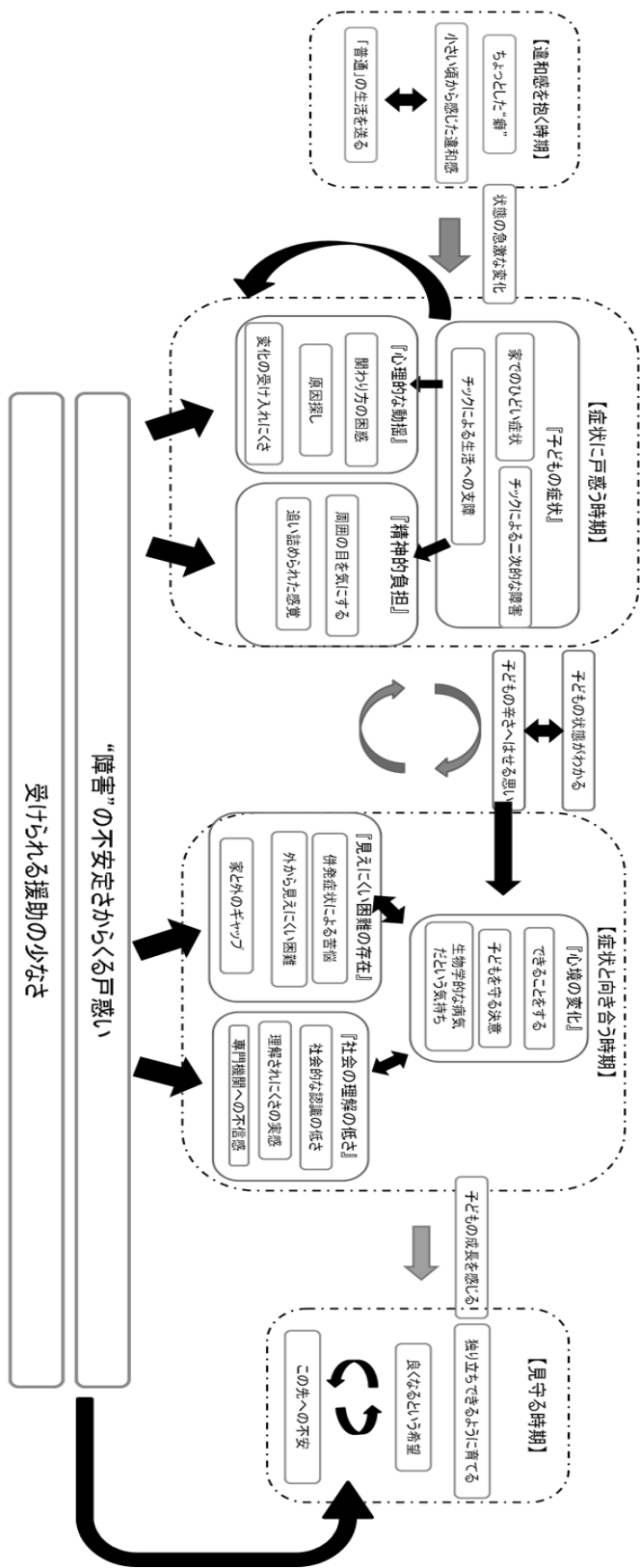


Figure 12-1 トウレット症候群の子を持つ母親の心理過程の概念図

## 【症状に戸惑う】

子どもの＜状態の急激な変化＞によって、先述したような平穏な日々から、生活が一転する。こうした転機を本研究の対象者は全員体験していた。子どもの症状が顕在化することで、＜家でのひどい症状＞、＜チックによる生活への支障＞、いじめやからかいによる＜チックによる二次的な障害＞を我が子が抱えるようになる。こうした、《子どもの症状》によって、保護者は《心理的な動揺》と《精神的な負担》を抱えるようになる。《心理的な動揺》は、我が子と保護者の二者関係で生じる心理状況である。我が子の症状に＜関わり方の困難＞を感じたり、自分自身の育て方が悪かったのではないかと、なにが原因なのかと＜原因探し＞をしたり、なににより今までの我が子の姿から一変したことで＜変化の受け入れにくさ＞を感じる。加えて、チック症状が大きな音声チックや一目見てわかる運動チックであった場合、＜周囲の目を気にする＞ようになる。しかし、なかなか周囲で理解してくれる者もないため＜追い詰められたような感覚＞を抱くようになる。《精神的な負担》とは、こうした家族以外の者や社会との関係から生じる母親の苦悩である。

ここまで述べてきたように、【症状に戸惑う】時期は母親にとって精神的に追い詰められやすい時期である。しかし、＜子どもの状態がわかる＞こと、そしてそれによって＜子どもの辛さへはせる思い＞が生まれることによって、「私が守らなくちゃ (Info.3)」「何とかしなくちゃ (Info.4)」という気持ちが生まれ、【症状と向き合う】時期へと心境が変化していく。【症状に戸惑う】時期への移行とは異なり、心理的な揺れを抱えながらこの変化は進む。最初の戸惑いからの変化が以下のような発言に表れている：「体張って今は守ってはいるつもりなんですけどね。でも、小さい時から、こうなるとわかっていただけではなかったの、簡単にみんな切り替えられない。それで、切り替えるところまで行くまでの間に、症状がすごい時期と、気持ちの上で、ものすごい、本人も親も葛藤の時期っていうのが、絶対あると思うんですよ。(Info.5)」。

## 【症状と向き合う】

子どもの状態が分かり、子どもの辛さが分かった母親には《心境の変化》が訪れる。＜子どもを守る決意＞が生まれるとともに、自分のことを責めてばかりいた状況から、＜生物学的な病気だという気持ち＞が生まれるようになり、障害として、病気として受け入れやすくなることで、子どものために＜できることをする＞ようになる。この時期は、有効だといわれている治療は一通り試してみたり、周囲に理解を求めて必死に説明に行ったり

と、母親たちが子どものために動きまわる時期でもある。本研究の対象者は、みな、「これくらいのことしかできないですから。(Info.4)」という気持ちを有しており、力になりたいことができることが少ないという葛藤を抱いていた。しかし、実際にできることをしようとしていても、《見えにくい困難》と《社会の理解の低さ》による苦悩が生まれる。《見えにくい困難》とは、強迫症状や不注意傾向などの＜併発症状による苦悩＞だけではなく、チックによる＜外から見えにくい困難＞や＜家と外のギャップ＞がある。＜外から見えにくい困難＞として、チック症状が前面に出ていなくとも、我慢することによる集中力低下や疲労感によって学習面や生活に影響が生じることがあるが、その苦悩はわかってもらいにくく、必死に伝えても理解や支援を得られない（「家を出る時もやるんですけど、一回声を「わっ！」って出さないと、校内に入れれないというか、すっきりさせておかないと、1、2時間持たないっていうんですよ。だから、そのために、他の生徒がはけた、授業には間に合うけど、学活には間に合わない時間に行くので、結局それが全部遅刻でついちゃうんですね。(Info.5)」)。また、家で症状が出るが多いため、外に出ると病気に見えない、といわれることもある。家での大変さは学校関係者だけではなく、医療関係者にもわかってもらいにくく、母親の孤立感が高まり、なおのこと自分が＜子どもを守る決意＞をするようになる。

また、実際に外に理解を求めて行動をするようになると、《社会の理解の低さ》に直面する。「親が勉強して、それを必死で学校の先生に教えなきゃいけないというのが現状じゃないですか。今もまだ、お母さんがちょっと過保護じゃないですか、とか言われる方もいたり。(Info.1)」という言葉のように、＜社会的な認識の低さ＞が壁となり、そのため説明を必死にしに行ってもむしろ親が責められ、＜理解されにくさの実感＞を抱くような体験が多くの母親の語りに見られた。加えて、医療機関や相談機関へ行っても理解されにくく、＜専門機関への不信感＞も抱くようになる。こうした《社会の理解の低さ》によって、ますます母親は自分で＜子どもを守る決意＞を強くしていく。

このように、【症状に向き合う】時期は、母親がなんとか我が子を守ろうとしてもいる時期である。こうした母親たちが、肩に力が入っている時期から、＜子どもの成長を感じる＞ことによって、子どものことを【見守る】ように変化していく。

## 【見守る】

＜子どもの成長を感じる＞ことで、親は子どもを見守ろうと思いはじめ。母親は、チッ

ク症状の典型的な経過から、常に将来<よくなるという希望>を有しながらも、その一方でよくなるかもしれないという<この先への不安>を抱え、その間を揺れ動きながら子どもを見守るようになる。しかし、この時期においては、一貫して、<独り立ちできるように育てる>という気持ちを抱くようになる。すなわち、「もう治らないと私は思っているんです。(Info.1)」という発言のように、良くなるかどうかにかかわらず、自立に向けて目が向くようになっていく。「できることをする。裏を返せば 0 の生活を受け入れる、といった心境でしょうか。右往左往しても仕方がないことに気づいて、腰を据えるようになります。でも、いつかは良くなるという気持ちがあるので、希望的な「静観」と言えるかもしれません。(Info.3)」などの言葉に、様々なできることを探し、取り組む中で、腰を据えるようになり、子どもの成長を見守るように変化していくという心理的变化が現れていた。

#### 全体に影響する概念

【症状に戸惑う】時期から継続して存在する、母親の心理的困難を表す概念として、<“障害”の不安定さからくる戸惑い>と<受けられる援助の少なさ>が存在することが示唆された。トゥレット症候群は様々な併発症状を抱え理解が難しいと母親は感じている（「トゥレット、チックの病気という風に割り切らないで、発達障害全般として理解してもらわないと、この子たちの支援って、何を支援していいかが分からないと思うんです。(Info.2)」）。チックだけではなく併発症も含めて全体をとらえられるようになり、我が子の状態を理解するまでには時間を要する。また、状態の変動も大きく、治ったと思っただけで出てくるという体験から生じる戸惑いも存在する（「うちは 3 歳で目の瞬きから始まって顔全体へ、身体全体へと状態が変わり、汚言も加わり、出たり治ったり、又出たり、ひどくなったり、軽くなったり・・・で、へとへとでした。(Info.4)」）。このような困惑に加えて、トゥレット症候群だと確定診断を受けたとしても治療法が限られていることで<受けられる援助の少なさ>を感じ、戸惑いだけではなく、苦悩・孤立感が助長される。この 2 つの概念は、<状態の急激な変化>以降は継続的に残存し、母親に影響を与えていると語られていた。

#### 12-4. 考察

本研究ではトゥレット症候群の子を持つ母親の心理過程について少数例から探索的な検

討を行った。その結果、母親の心理過程は 4 つの時期からなっていることが示唆された。以下に、理論的示唆と臨床心理学的支援への示唆という 2 つの観点から論じていく。

#### 12—4—1. 理論的示唆

本研究の結果では、トゥレット症候群の子を持つ母親の心理過程は、違和感を抱く、戸惑う、向き合う、見守る、という変化を辿っていることが示唆された。様々な障害や疾患を持つ子どもの親を対象とした研究がなされてきたが、本研究の結果は、障害受容の文脈で論じられる段階説に類似していると考えられる。段階説は諸説存在するが、今尾(2004)は、「ショック・衝撃」「否認」「情緒的混乱」「解決への努力」「受容・終結」という枠組みが共通していると指摘している。本研究の結果も、戸惑いながらも次第に症状に向き合うようになり、見守るようになる、というプロセスにおいて、この枠組みに類似していると考えられる。しかし、違和感を抱く時期の存在は異なる部分だと言える。

違和感を抱く時期の存在は、発達障害を中心とした研究で指摘されている(桑田・神尾, 2004)。たとえば、夏堀(2001)の調査では、自閉症児の親は診断の前に障害の疑いを抱き、確定診断に至るまでの間に情緒的困難にぶつかっていたことを指摘している。発達障害児の親において、診断以前に障害を認識したり、不安や違和感を抱くという特徴がみられると指摘する研究は数多くみられ(山岡・中村, 2008; 芳賀・久保, 2006; 中田, 1995), このことからトゥレット症候群の子どもが持つ併発症状も含めた発達特性は、他の発達障害と類似した影響を母親の心理に与えると考えられる。

しかし、トゥレット症候群の子を持つ母親は今まで感じていた違和感に対して診断が告げられるのではなく、診断を受ける前に子どもの状態の急激な変化を経験しており、このことは発達障害を対象とした研究とは異なるだろう。チック症状や併発症状が目に見えて急に変化し、今まで送ってきた普通の生活が変わってしまう、という体験は、突如として病を告げられる身体疾患と類似する部分があると考えられる。たとえば、水野・中村・服部・岡田・山口・松本(2002)や服部・山本・岡田・山口(2007)による小児がん患児の母親を対象とした入院初期の母親役割の変化について検討した研究では、診断、入院は突如のことであり、母親は“がん患児の母親”への変化が求められ、新たな役割に必死に適応していく姿が描かれている。金生(2008)でも、トゥレット症候群を、喘息やアトピー性皮膚炎と同じタイプの病気として親や本人に説明する場合もあると述べており、症状が突如出てきて我が子に付随し、その状況へ必死に適応していく、という母親の体験は身体

疾患と類似した心理的影響を母親に与えていると考えられる。

以上から、従来の段階説と照らして考えると、トゥレット症候群の子を持つ母親の体験は、小さい頃から見られるチックの出やすい体質や発達特性に対しての違和感と、急激に変化し我が子や親自身の生活を変化させるチックや併発症状の悪化という2つの側面を特徴とすると考えられた。

#### 12—4—2. 臨床心理学的支援への示唆

本研究からトゥレット症候群の子を持つ母親に出会ったときに、それぞれの心理過程の段階を見極めて、その時々ニーズにあった関わりをする必要性が明らかになった。

違和感を抱く時期では、何かしらの違和感を抱いているが答えが出ないことによる不安全感や、チックを母親の責任であったり、一時的な心理的な問題だといわれてしまうなどの傷つき体験から、専門機関への不信感につながりやすいことが示唆された。山中・星加(2005)の調査では、運動チックのうち末梢部位に早期にチックが出現した例では複雑性の高いチックが出現しやすいことを示唆している。こうした今後の経過についての予測も含めたチックについての心理教育を行うことで、その後症状が増悪した際に、必要以上に母親が不信感や不安を抱くことを軽減できる可能性があるだろう。

症状に戸惑う時期においては、子どもとの関係からも、社会との関係からも、母親自身は精神的な負担を負いやすいことが明らかになった。そのため、その負担や辛さの傾聴が求められる。加えて、子どもの状態が分かることが症状と向き合う時期への契機となることが示唆されたことから、現在の子どもの状況を総合的にアセスメントして的確に伝えることが、母親の戸惑いの軽減につながると考えられる。その際には、金生(2008)で指摘されているように、チック症状の程度や悪影響だけではなく、併発症状を含めた発達特性全般を援助者が視野に入れておくことが重要だと考えられる。本研究の結果では、併発症状による苦悩もチックと同様に大きいことが示唆されるとともに、状態全体が変動しやすいことからその理解が難しいことも母親にとっての慢性的に続く戸惑いにつながることが示唆された。こうした戸惑いは、我が子の状態の変動に応じて必然的に生じる心理過程だと考えられ、援助者はそうした母親の動揺を理解しながら、今の子どもにとって必要な支援を伝えていくことが求められるだろう。

また、症状と向き合う時期においては、母親が子どものことを守る決意を抱きながらも、社会から理解を得にくく孤立しやすい時期であることが示唆された。この時期は母親が必



死に子どものためにできることをしようとしており、またそれが子どもにとって、必要な場合も多い時期である。しかし、そうした親の配慮が我が子の状態とずれた際には、社会生活に必要なスキルを身につける機会を奪ってしまう可能性も懸念される。慢性疾患を抱える子どもに対して、親は自ら気づかぬうちに過干渉になってしまうことがあるといわれている（小平，2006）。そのため、子どもの人格的な成長を支持し、できている部分に母親が目を向けられるような援助を通して、我が子を見守れるようになるまで、援助者が支えていくことが必要だと考えられる。

#### **12-5. 本研究の限界と今後の課題**

本研究には2つの限界がある。第一に、対象者の少なさである。本研究の対象者は5名であり、少数例での検討であった。トゥレット症候群には、思春期には全て症状が軽快するものもいれば、他の発達特性によってもっぱら生活への影響が生じている場合もあるため、今後は対象者を拡大していき、一般化可能性を検討していく必要があるだろう。第二に、本研究では理論の生成までしか行っていない点である。本研究で生成した理論はあくまで仮説であり、実践の中で本研究の枠組みがどの程度有効か検証していくことが必要だろう。

以上の限界を受けて次章において、生成された仮説の一部を検証することとした。

## 第13章 保護者の精神的健康に影響を及ぼす要因—本人との相互作用への注目

本研究では、研究5で見いだされた仮説の検証と、本人及び保護者の症状に対する捉え方の相互作用を明らかにすることを目的に、質問紙調査を行った。対象は、61名のトゥレット症候群の子どもを持つ保護者であった。研究の結果、トゥレット症候群の子どもを持つ保護者のうち、32名（52.5%）が精神的健康において臨床域に達していた。保護者の精神的健康に影響する要因を検討したところ、社会からの孤立感と子どもの年齢が予測する変数だと示唆された。また、保護者の社会からの孤立感は子どものチックに対する対処満足度やチックに対する捉え方と関係していることが示され、トゥレット症候群という理解されにくい障害を持つ場合、保護者の社会からの孤立感の軽減は特に重要だと示された。

### 13-1. 問題と目的

研究5では、トゥレット症候群の子どもを持つ保護者の心理過程について検討した。その結果、トゥレット症候群は、症状の顕在化前から本人が有している特性への違和感と本人の状態が急激に変化するという2つの特徴を有しており、発達障害を有する保護者の心理過程や身体疾患に罹患した子どもの親と類似した心理過程の2つの側面を有することが示された。こうした2つの側面を有することから、保護者にとっても子どもの状態を理解することは難しいことが想定された。

チック障害の子どもを有する親に対して、子どもが慢性疾患を有することによる家族への影響を測定する尺度（Impact on family scale, Stein & Reissman, 1980）を利用してその実態を調査した Woods et al(2005)の研究結果では、家族への影響は、チック症状よりもADHD症状と内的な症状のほうが大きいという結果であり、この結果は Wilkinson et al(2008)において、併発症を複数有するほうが母親の育児負担感に影響するという指摘とも類似した結果だといえる。しかし、トゥレット症候群の子どもを持つ母親のうち、精神的健康の状態は、76.9%がカットオフ値を超えている（"caseness"）と示唆した Cooper et al(2003)の調査結果からは、トゥレット症候群の有する特徴全体が保護者に与える影響が大きいと考えることが出来るだろう。研究6においては、チック症状の変動しやすさからくる動揺や自宅において症状がひどくなることからくる社会からの孤立感、チックに伴い周囲の目が気になってしまうなど様々なチックによる家族の精神状態への影響が示唆され

た。しかし、対象者が5名と非常に少ないという限界があった。

そこで、本研究では、対象者を増やし、研究5で見いだされたモデルや仮説が妥当かどうかを量的に検討すること、及び保護者のチックに対する捉え方はその精神的健康にどのように影響するのかを明らかにすることを第一の目的とした。それと同時に、保護者のそうした捉え方が研究4で示されたような本人のチックに対する捉え方にどのように影響するのかについて検討することを第二の目的とした。

## 13-2. 方法

### 13—2—1. 対象者

対象は研究4と同様の方法でリクルートした、トゥレット症候群患者の子どもを持つ親子、及びトゥレット協会会員であった(10-2-1を参照)。

### 13—2—2. 調査項目

質問項目は親と子それぞれ異なったため、本研究で分析に用いた項目をTable 13-1にまとめた。研究4で用いていない尺度について、それぞれ説明していく。

Table 13-1. 調査に用いた質問項目一覧

	本人	親	測定するもの
1	チックへの対処満足度		チックへの対処満足度
2	チックへの困り感		チックに対する主観的な困り感
3	STAI-C		不安
4	LOI-CV		強迫症状
5	感覚現象の簡易版		感覚現象
6		TSSR	チック（保護者評価）
7		ADHD-RS	子どものADHD傾向
8		基礎情報	親より属性記入
9		チックへの捉え方	親のチックの捉え方
10		GHQ	親の精神健康

### 13-2-2-1. チックへの保護者の捉え方

10-2-2-3において説明した本人のチックに対する捉え方について検討した尺度のもととなった、保護者のチックに対する捉え方についての尺度である。研究5の結果から見出された保護者の心理過程の中でも、症状に戸惑う時期に生じる、“周囲からの目が気になる傾向”、“チックに対する動揺”という心理状況や、全体に影響する概念として“社会からの孤立感”が、精神的な健康度に及ぼす影響が大きいと考え、尺度を生成した。本人版との違いとして、チックに対する考えや思いと行動で分けて質問文を構成している点が挙げられる。考えや思いについて尋ねる際には、「1. あてはまらない」から「4. すごくあてはまる」まで、行動については「1. ほとんどない」から「4. ほとんどいつも」までの選択肢を用いている。「周囲の目が気になる傾向」(7項目)、「チックに対する動揺」(9項目)、「社会からの孤立感・理解されなさ」(9項目)から構成した。それぞれの内的整合性を検討したところ、「周囲の目が気になる傾向」は $\alpha=.83$ 、「社会からの孤立感」は $\alpha=.76$ 、「チックに対する動揺」は $\alpha=.78$ であった。各項目の影響を検討した結果、「チックに対する動揺」の下位項目のうち、「チックのパターンがわかる(逆転項目)」という項目を削除することで、 $\alpha$ 係数が.82まで高まることから、この項目を削除した8項目を「チックに対する動揺」得点として算出した。

### 13-2-2-2. General Health Questionnaire - 28 (GHQ-28, Goldberg & Hilier, 1979)

GHQ-28は、精神的健康度について調べる代表的な尺度の一つである。身体的症状、不安と不眠、社会的活動の障害、鬱傾向の4つの下位項目からなる全部で28項目の尺度である。スクリーニング尺度として用いる際には、それぞれの回答を傾向が高い回答を1、そうではない回答を0として、1-0データに換算し、合計点が6点よりも高い場合には“caseness”と判断される。また、すべての項目を1~4点に換算して合計点を出すリッカート式の採点方法もある(中川・大坊, 1985)。標準化がなされているという利点だけではなく、Cooper et al(2003)の研究でも同様の尺度が用いられていたため、先行研究との比較も可能だと考え、この尺度を採用した。

### 13-2-3.分析方法

本研究では保護者の心理過程に重点をおいたため、以下のように対象者を選定した。ま

ず、保護者の精神的健康度やチックに対する捉え方の影響を検討するために、GHQ-28と、保護者のチックへの捉え方の回答の双方に欠損値がない、本人の年齢が22歳以下の外来患者26名、トゥレット協会会員35名を対象とした。次に、本人の捉え方への影響を検討するために、上記の項目に加え、本人のチックに対する捉え方について欠損値のない外来患者20名、トゥレット協会会員21名を対象とした。本人の回答が少なかった理由として、チックについて思い出したり意識することに保護者が懸念を抱いた場合や、まだ子どもが低年齢であったため、質問紙への回答そのものへの負担感から回答をしなかった者もいた。

初めに、それぞれの質問紙の記述統計を算出した。その際に、外来患者とトゥレット協会患者の間で属性に違いがみられるか確認するために、量的変数は独立した対象のt検定で、カテゴリカル変数はカイ二乗検定によって比較した。次に、保護者の精神的健康の高低と関連する臨床特徴について検討した。各属性との相関を算出した後に、相関関係がみられた変数を独立変数とした、ステップワイズの重回帰分析を行った。さらに、保護者のチックに対する捉え方や精神的健康度と本人の状態やチックに対する捉え方の関係について検討した。

### 13-3. 結果

#### 13—3—1. 基礎統計量の算出

分析の対象とした者の記述統計をTable 13-2にまとめた。外来患者とトゥレット協会患者では記述統計に有意差はみられなかった。

#### 13—3—2. 保護者の精神的健康に関係する要因の検討

保護者のGHQ-28の値について検討した結果、61名中32名(52.5%)がカットオフ値を上回っていた。変数間の関係を検討する際には、本研究ではGHQをリッカート式で合計したものを用いた(以下GHQtotal)。これは採点方法によって分布を比較したところ、リッカート式で採点したGHQtotal得点が正規分布に近く、他の変数との関係を見る際には適していると考えたからである(Figure 13-1)。

Table 13-2. 基礎統計量

	外来患者 (n=26)	トゥレット協会 (n=35)	p 値
<b>基礎属性</b>			
子どもの年齢	13.2 [3.2]	13.7 [3.7]	.54
ADHD	4 (16.0%)	7 (20.0%)	.69
OCD	3 (12.0%)	8 (22.9%)	.28
<b>TSSR</b>	14.2 [9.2]	15.6 [11.6]	.61
Motor tics	9.0 [6.4]	8.5 [7.3]	.75
Vocal tics	5.1 [4.6]	7.1 [5.9]	.15
<b>GHQ-28</b>	5.7 [5.3]	7.2 [5.4]	.29
total (リッカード式)	23.5 [11.0]	26.8 [12.0]	.28
身体症状	2.3 [2.0]	2.7 [2.3]	.44
不安・不眠	2.2 [1.7]	2.8 [1.8]	.18
社会的障害	.69 [1.0]	1.3 [1.8]	.13
うつ傾向	.62 [1.7]	.46 [1.0]	.65
<b>ADHD-RS</b>	12.7 [12.3]	13.9 [11.8]	.69
不注意	8.5 [7.2]	9.6 [7.8]	.58
多動・衝動性	4.2 [6.2]	4.3 [4.6]	.91
<b>チックの捉え方<sup>a</sup></b>	2.3 [0.5]	2.5 [0.6]	.45
周囲の目	2.1 [0.7]	2.3 [0.8]	.34
チックへの動揺	2.6 [0.6]	2.6 [0.8]	.97
社会からの孤立感	2.3 [0.6]	2.5 [0.6]	.30

a. 下位項目の項目数が異なるため、項目数で除した値を報告した。そのため、1 から 4 の値を取る。

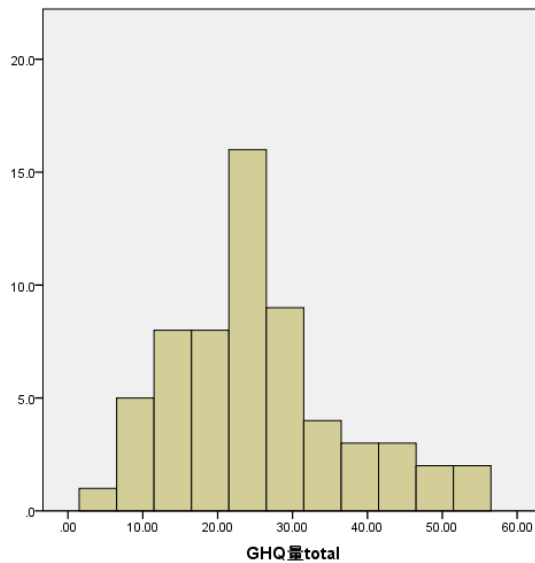
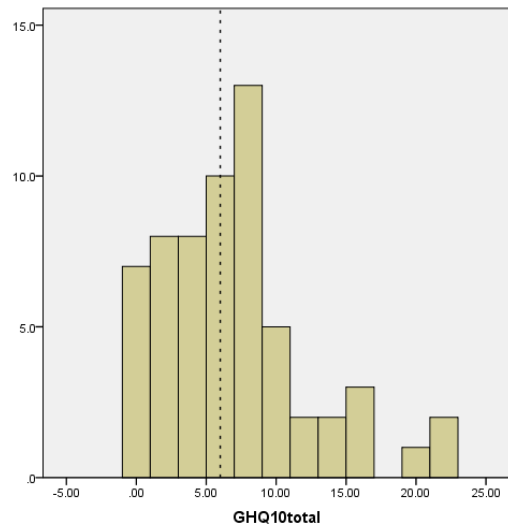


Figure 13-1. GHQ の合計方法による分布の違い(上が 1-0 方式, 点線がカットオフ。  
下がリッカード式での採点)

はじめに、保護者の精神的健康と関係があると想定される変数との相関を検討した。その結果、年齢、運動チックの重症度、社会からの孤立感、子どもの ADHD 傾向が相関していた (Table 13-3)。ステップワイズの重回帰分析によって検討した結果、年齢と、社会からの孤立感のみが独立変数として残った (Table 13-4)。しかし、その説明率は低く、保護者の精神的健康度はチック関連の症状との関連はあるものの、それだけでは説明されないと考えられた。

### 13—3—3. 親子相互作用で生じる影響

保護者の精神的健康や、チックに対する捉え方と子どものチックに対する捉え方や心理特性の相互がどのように関係するかを検討した。

本人の対処満足度やチックに対する捉え方も重要だと第3部の結果からは示唆されていた。そのため、対処満足度やチックに対する捉え方は保護者のチックの捉え方と関連があるか検討した。その結果、チックへの対処満足度と保護者のチックに対する動揺 ( $r=-.54, p<.01$ ) と社会からの孤立感 ( $r=-.64, p<.01$ ) が、子どものチックに対する捉え方には保護者の社会からの孤立感 ( $r=.42, p<.01$ ) がそれぞれ中程度の相関を示した (Figure 13-2)。保護者がチックに伴い周囲の目が気になる傾向は、子どものチックへの捉え方には影響していなかった。

Table 13-3. 保護者の精神的健康と他の変数の相関関係

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. GHQ 合計											
2. 年齢	-.34**										
3. 運動チック	.27*	-.22									
4. 音声チック	-.05	.18	.47**								
5. チック症状	.16	-.06	.89**	.82**							
6. 周囲の目	.22	-.31*	.22	.26*	.27*						
7. チックへの動揺	.15	-.17	.22	.10	.20	.70**					
8. 社会からの 孤立感	.33**	-.28*	.44**	.11	.34**	.57**	.53**				
9. チックへの思い	.28*	-.29*	.34**	.18	.32*	.88**	.87**	.82**			
10. 不注意傾向	.30*	-.25	.31*	.06	.24	.10	.11	.31*	.21		
11 多動傾向	.31*	-.35**	.26*	.04	.19	.23	.17	.32*	.28*	.73**	
12. ADHD 傾向	.33*	-.31*	.31*	.06	.23	.16	.15	.34**	.26	.95**	.90**

\*\* :  $p<.01$ , \* :  $p<.05$



Table 13-4. 保護者の精神的健康を予測する変数

	B	SEB	$\beta$	t 値	p
1	9.05	6.1		1.5	.15
社会からの孤立感	.77	.27	.35	2.8	.01
$R_{adj}^2$	.11				
2	24.0	9.4		2.5	.01
社会からの孤立感	.61	.28	.28	2.2	.03
年齢	-.86	.42	-.26	-2.1	.05
$R_{adj}^2$	.15				

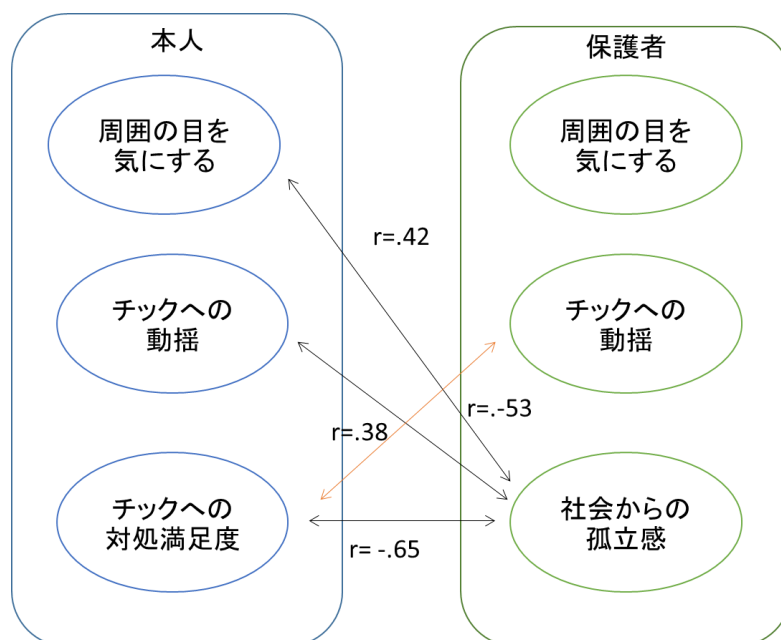


Figure 13-2. 親子相互のチックに対する捉え方の関係(n=41)

#### 13-4. 考察

本研究は以下の 2 つを目的としていた。第一に、対象者を増やし、研究 5 で見いだされたモデルや仮説が妥当かどうかを検討すること、第二に、保護者の子どものチックに対する捉え方が研究 5 で示されたような本人のチックに対する捉え方にどのように影響するのかについて検討することであった。

#### 13—4—1. 保護者の心理過程が精神的健康に及ぼす影響

研究 5 で見いだされた心理過程のうち、本研究では周囲の目が気になる傾向、チックに対する動揺、社会からの孤立感の 3 つの変数に特に注目をして検討を行ってきた。その結果、周囲の目が気になる傾向と社会からの孤立感は年齢と負の相関を示していた。このことは、対象者の年齢が上がるにつれて、徐々にチックに向き合うことが出来るようになってきたり、サポート資源を利用したり、保護者が周囲に説明をしに行く必要性が下がったりすることが背景にあると考えられる。こうした変化はある程度、研究 5 で見いだされた結果を支持したといえるだろう。しかし、チックに対する動揺は年齢との関係が見られなかった。加えて、年齢だけではなくチック症状やその他の特性との相関も見られなかったことから、チック症状や強迫症状などの併発する症状の重症度と関係なく、チックの変動への不安や、症状が完全に治るかどうかへの懸念といった心理過程は、慢性的に持続するものだと考えることが出来る。このことは、トゥレット症候群が慢性的に症状の増悪を繰り返しながら成長していくという特徴を有することが背景にあると考えられ、保護者にとってそうしたチックに対する動揺は持続する心理状況であることを支援者が理解しておく必要があるだろう。

また、GHQ の結果から、カットオフ値を上回る得点を示したものは全体の半数に上った。Cooper et al(2003)の調査では 76.9%の保護者がカットオフ値を上回っていたという結果が得られており、その結果より低い値ではあった。Cooper et al(2003)の論文では、5 点以上の者を caseness として計上していたようであった。本研究では、日本語版のマニュアルに沿った基準を選定したが、Cooper et al(2003)の研究と基準をそろえると、該当する者の人数は 62.3%に達するため、こうした基準の違いが結果に影響した可能性がある。また、本研究の対象者は質問紙に回答できる状態の者が対象であったことも結果に影響していると考えられる。研究に参加することも難しい程度社会的に孤立している対象者も存在すると考えられ、半数以上のものが何らかの精神的健康に不調を抱えているという結果は、トゥレット症候群の子どもを持つ親の心理的な負担の大きさをやはり示しているといえるだろう。

加えて、本研究の結果からは、そうした精神的健康にはチックに伴う社会からの孤立感が最も影響していることが示された。トゥレット症候群の子供を持つ母親は、その症状がなかなか理解されないことが多く、自らが積極的に子どもの状態を説明しにいたり、なかなか理解されないという傷つき体験を負うことが多いと研究 5 では示されていた。本研

究の結果から、チックによって周囲の目が気になったり、動揺が慢性的に続くことはあるものの、まずは、孤立感を軽減させるような支援を援助者が行うことが重要だと示唆された。しかしながら、母親の精神的健康を予測するモデルの決定係数の値が小さかったことから、母親の有する特性や社会状況を含めた検討が今後は求められる。

#### 13—4—2. 子どものチックへの捉え方と保護者の心理過程の関係

本研究の第2の目的として、チックという症状が出た時に、親子の間で生じやすい心理的な相互作用のパターンがあるかどうかを検討することであった。その結果、子どものチックに対する捉え方と親のチックに対する捉え方は必ずしも一対一で対応しているわけではなく、親が抱く社会からの孤立感と、子どものチックに対する様々な捉え方が影響していることが示唆された。これは、子どもが自らのチックに対してうまく対処できないと感じていたり、チックについて気にしている傾向が強いほうが苦痛感が高いため、親もなかなかその苦痛が分かってもらえないと感じている可能性も考えられるとともに、親が孤軍奮闘している状況が続くことにより、子どもにとって「チックは悪いもの」「チックはなくなったほうがいいもの」という思いが高まる可能性もあるだろう。加えて、子どもの対処満足度の低さとは、親のチックに対する動揺が中程度の相関を示していた。これは、チックに対してうまく対処できていない感覚やその変化に戸惑うという心理状態が相互に影響しあう状況を表していると考えられる。

チックとは目に見える症状であるため、障害が生じた際に保護者が抱きやすい心理的な課題をよく反映した結果が本研究では得られたと考えられる。他の発達障害について述べた先行研究として、吉田ら（2012）では、自閉症スペクトラム障害の子どもを持つ母親の不安について検討した結果、情緒的支援についての認知が不安の高低に大きく影響していることを示唆しており、家庭内の支援だけではなく家庭外からも情緒的な面での支援を必要としていることを指摘している。山根（2013）は、発達障害児・者を持つ母親を対象とした、発達障害児・者を持つ親のストレス尺度（Developmental Disorder Parenting Stressor Inventory：DDPSI）という尺度を作成している。その因子として、理解・対応の困難、将来・自立への不安、周囲の理解のなさ、障害認識の葛藤、という4つの因子が存在することを示しており、いずれもストレス反応と相関すること、しかしながら、家族サポートや公的サポートはこうした心理的ストレス反応を軽減すると考えられることが示されている。以上の先行研究と本研究から見出された結果は類似しており、やはりトゥレ

ット症候群という慢性化するチック障害の場合は、発達障害に準じた支援が求められると考えられた。チックという症状はしばしば神経症圏の問題として捉えられることが多いが、そうした対応が保護者の『社会から理解されない』という気持ちを高めてしまうと、保護者だけではなく本人に与える影響も大きいと考えられる。

## 第 14 章. チック障害についての学校現場の認識と対応

本章では 2 つの実態調査を行った。研究 7 では、情緒障害通級指導教室、特別支援学級、通常学級の教員それぞれのトゥレット症候群についての認識について明らかにした。その結果、チックという言葉はほぼすべての教員が知っているという回答したが、トゥレット症候群を知っていると回答した教員はそれぞれ、84%、36%、18%であり、対象者によって差が開く結果となった。研究 8 では、チックが周囲に及ぼす影響が大きい時にどのように支援するかについて回答を依頼した。その結果、チックについて本人と共有して対応を相談する教員の割合が、チックが周囲に影響を及ぼすような場合には高まること示された。以上の 2 つの研究から、トゥレット症候群についての知識の普及啓発の必要性が示されるとともに、実際の教育場面での対応方法について一定程度の指針を示すことができた。

### 14-1. 問題と目的

#### 14-1-1. チック障害の子どもが学校で抱く困難

第 4 部の目的は、社会とチック障害との関係を検討することであった。研究 6、研究 7 において家族と本人の関係を検討したため、本章では児童・思春期における大きな環境の 1 つである学校に焦点を当てた実態調査を行うこととした。

トゥレット症候群の子どもが学校生活において抱く困難として、チック症状そのものによる困難と、併発する行動上の問題や情緒の問題があるといえるだろう。Storch et al(2007)は、慢性チック障害の児童・思春期の患者を対象とした調査の中で、I 型糖尿病を持つ群と健常群と比して、チックを持つ群のほうが、仲間外れ (peer victimization) を受けている割合が有意に高いことを指摘している。そのような「仲間外れとなること」は、チックの症状の重症度と孤独感を媒介している可能性が指摘されていることから、支援するにあたって、チックの重症度の対人関係への影響を考慮する必要性が指摘されている。また、Conelea, Woods, Zinner, Budman, Murphy, Scahill, Compton & Walkup (2011) の調査では、臨床群ではなく、コミュニティにいる児童・青年期の慢性チック障害を持つ者に対して、インターネットを経由した調査を実施し、チックの重症度が、社会的・学業的・心理的機能障害との間に、中程度の有意な相関があることを見いだしている。また、チックを持つことで、周囲から受け入れられにくくなる、という指摘も多くみられる

(Boudjouk, Woods, Miltenberger, & Long, 2000 ; Friedrich et al.,1996 など)。対人関係での問題を検討した Stokes, Bawden, Camfield, Backman, & Dooley (1991)の調査では、トゥレット症候群の患者の多くが、自らの自尊心に問題がなくとも、他児や教員からの評価が低いことがしばしばあることが指摘されており、対人関係の問題を含めて支援を実施する必要性を指摘している。学校での問題に着目した Packer(2005)による親を対象とした調査では、チックによって学業上の支障を抱えている者が半数以上、チックによるからかいや無視を受けたことがある者が3分の2程度存在することが示された。これらの先行研究から、チック症状が社会機能に及ぼす影響は大きく、その中身についても、社会的な偏見や対人関係での問題、学業面での問題など広範囲に及んでいることがわかるだろう。

また、併発する問題の影響も多岐にわたる。例えば、強迫観念が生じることにより、学校行事への参加が困難になったり、強迫行為に占められる時間によって学業成績が下がることもある。明確な発達障害を併存しなくとも、怒り発作と言われる、衝動コントロールの問題を抱える子供も一定数存在し、適切な介入と支援が求められる (Carroll & Robertson, 2000 高木 2007)。

このような不適応から自己評価が低下し、二次的にうつ状態や不登校となることもある。実際、我が国のトゥレット症候群患者の臨床特徴についてまとめた Kano et al (2010)によれば、80人の26歳以下のトゥレット症候群患者のうち20人(25%)が不登校を経験している。トゥレット症候群の一般的な経過として、10歳から15、16歳頃までに最も重症となり、その後は徐々に軽快していく(太田ら, 1997; 星加, 2008 など)。したがって、患者は重症な時期の多くを学校で過ごすことになり、周囲の児童・生徒との関係が良好で、自己評価を損なうことなく、可能な限り学習に集中できるように、環境を調整し、維持することが重要である (Shprecher et al., 2009)。

トゥレット症候群に限らないが、学校生活に支障をきたしうる疾患や障害を有する児童・生徒に対して、その支障が小さくなるように環境調整を行う場合には、学校の関係者が疾患や障害の特性と望ましい対応の方法を知ることが重要である。しかしながら、有澤による2004年の調査<sup>1</sup>(有澤, 私信, 2009)では、公立小中学校で学級を担任する教員の

---

<sup>1</sup> 有澤が2004年に、198の小学校と101の中学校を対象に行った調査。2004年のトゥレット協会の教育シンポジウムで結果の一部が公表されたが、回収率は14.7%(44校)で、信頼性が高いとはいえないため文書としては発表されていない。トゥレット症候群の日本における認識度の調査研究はほとんどなされておらず、今回有澤の許可を得て引用することとした。

うち、トゥレット症候群を知っていると回答した者の割合は 23%にとどまり、認識の低さが問題として提起された。我が国でも特別支援教育が 2007 年に開始され、特別の学校等だけではなく、通常の学級においても特別な教育的ニーズに対応することが提言された(石塚,2009)。このように特別支援教育が浸透する中で、トゥレット症候群のように様々な問題を併発する疾患はどのように教員に認識されており、そしてどのように対応がなされているのだろうか。この実態が明らかになることは、子どものチックに対する捉え方への影響や、支援の方針をたてることに寄与すると考えられる。

#### 14-1-2 研究 7 の目的

以上の問題意識から、研究 7 では、教員がどの程度トゥレット症候群という疾患について知っており、どの程度実際に担当したことがあるのか、そしてどのような情報を求めているのかを明らかにすることを目的とした。そのために、比較的重症のチックを持つ児童・生徒と関わる機会があると思われる情緒障害通級指導教室の担当教員および特別支援学級の担当教員、そして軽症のチックの児童・生徒を多く見るであろう通常学級担当教員をそれぞれ対象とした実態調査を行った。

### 14-2. 方法

#### 14-2-1. 対象

対象は、東京都公立学校情緒障害教育研究会の会員である公立小中学校通級指導教室担当教諭が所属する学校 210 校、宮城県と京都府を中心とした小・中学校の特別支援学級 441 校（宮城県：172 校、神奈川県：9 校、京都府：234 校、兵庫県：12 校、福岡県：14 校）、通常学級 299 校（宮城県：188 校、東京都：111 校）であった。

まずは、通級指導教室担当教諭宛てに、2008 年 10 月に調査協力を依頼する文書を郵送し、同封の質問紙に通級指導教室担当教諭が回答するよう案内した。その上で、更に対象を拡大するために 2009 年 7 月に、研究協力者の紹介により調査表を配布可能であった特別支援学級および通常学級の各教諭が所属する学校の校長あてに、調査協力を依頼する文書を郵送した。記入された質問紙は全て郵送にて回収した。回答数はそれぞれ順に 103 通、168 通（うち通級 13 通、固定級 151 通、不明 4 通）、109 通であり、回収率は 49%、38.1%、36.5%であった。各教諭の年齢、勤務校（小学校/中学校）、教員歴、特別支援学級担当歴（通級、固定級含む）、担当児童・生徒数について、Table 14-1 に記載した。

#### 14-2-2. 調査項目

質問紙はチック障害に関する教員自身の認識や経験に関する項目で構成されていた。具体的には、①「チック」、「トゥレット症候群」の認識（「チック」、「トゥレット症候群」を知っているか、「トゥレット症候群」と聞いて思い浮かべることは何か）、②チックを有する児童の担当経験・配慮を要した経験、③チックを有する児童への対応（教員経験中及び通級担当中に、特別な配慮を要した児童への対応の仕方）、④チックについて知りたいこと、であった。特別支援学級と通常学級を対象とした調査でも基本構成は同様であり、文言をそれぞれの学級に適した内容に変更した。

#### 14-2-3. 分析方法

集計は、択一式の質問では回答の内訳の実数と比率で算出した。その際、3群の比較は $\chi^2$ 検定を行い、有意差がみられた場合、事後検定として Bonferroni の補正法により有意確率を統制し、対ごとに比較した。自由記述式の質問は以下の手続きを取った。まず、通級指導教室の教員を対象に実施した調査のデータのうち、自由記述式の部分の内容を筆者と共同研究者2人が独立で分類し、分類が一致しなかった回答については一致するまで協議した。一部のカテゴリでは必要に応じて下位カテゴリを設け、同一の回答が複数のカテゴリに該当する場合は、各々に重複して計上した。その上で、特別支援学級及び通常学級担当教諭の回答も、同カテゴリに分類した。分類の際には、筆者と共同研究者が独立して分類し、一致しなかった場合には協議の上決定した。なお、結果では、上位カテゴリは『』、下位カテゴリは「」をつけて記載した。

#### 14-2-4. 倫理面への配慮

倫理面へは以下のような点について配慮した。まず、依頼状に調査に協力しなくとも教員になんら不利益がないことを明記し、自由意志による回答を得た。また、個人が特定されるような結果の公表をしないことも明記し、これを遵守した。自由記述の回答の本論文への記載も最小限にとどめ、必要に応じて匿名性の高い内容に改め、記載した。なお、本研究は、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得て行われた。



Table 14-1.対象者の属性

	通級	特別支援級	通常級
合計	103	168	109
<b>年齢</b>			
20代	7 (7%)	7 (4%)	13 (12%)
30代	17 (17%)	9 (5%)	18 (17%)
40代	29 (28%)	60 (36%)	<b>45 (41%)</b>
50代	<b>45 (44%)</b>	<b>89 (53%)</b>	32 (29%)
60代	3 (3%)	2 (1%)	1 (1%)
無回答	2 (2%)	1 (1%)	0 (0%)
<b>勤務校</b>			
小学校	70 (68%)	138 (82%)	71 (65%)
中学校	32 (31%)	26 (15%)	35 (32%)
無回答	1 (1%)	4 (2%)	3 (3%)
<b>担当学級</b>			
通級	-	13 (8%)	-
固定級	-	151 (90%)	-
無回答	-	4 (2%)	-
教員歴 (年) <sup>a</sup>	22.1 [10.9]	24.7 [ 7.7]	18.8 [ 9.8]
通級／特別支援学級 担当歴 (年) <sup>a</sup>	8.2 [ 6.8]	8.3 [ 6.9]	1.0 [ 2.6]
児童・生徒数 (人) <sup>a, b</sup>	19.6 [13.3]	4.2 [ 5.5]	31.6 [ 6.6]

a. 通級指導教員の場合は通級学級の担当歴を，特別支援学級の教員の場合は特別支援学級担当歴を記載した。

### 14-3. 結果

#### 14—3—1. 「チック」「トゥレット症候群」についての教員の認識

以下，通級指導教室担当教員を「通級」，特別支援学級担当教諭を「特別支援級」，通常学級担当教諭を「通常級」と表記して結果を述べていく。

チックについて知っているとは回答した教員は，通級，特別支援級，通常級で，それぞれ98%，100%，100%であった。それに対してトゥレット症候群という言葉を知っていると回答した教員の割合は，順に84%，36%，18%であり，通級，特別支援級，通常級の順に統計的に有意に低かった ( $\chi^2=101.9$ ,  $p<.001$ )。トゥレット症候群という言葉を知ったきっかけは，どの群でも『実例の経験』が多く，次いで『研修など』『メディア』という回答

がみられた (Table 14-2)。トゥレット症候群と聞いて思い浮かべることは、「チック」という回答が占める割合が高かったが、通常級では「心理的要因」や「わからない・特にない」に該当する回答の割合も高かった (Table 14-3)。

#### 14—3—2. チックを有する児童・生徒の担当経験と配慮を要した経験

教員経験中を通してチックを有する児童・生徒を担当したことがあるものの割合は、通級、特別支援級、通常学級、それぞれで、順に 91%、72%、74%であり、通級が特別支援級や通常学級よりも担当経験があるものの割合が高かった ( $\chi^2=14.1, p<.001$ )。担当経験があるものに、特別な配慮を要した経験があったかを問うと、あると回答した者は 71.3%、58.3%、50.6%であった。

Table 14-2. トウレット症候群を知ったきっかけ

	通級 (n=87)	特別支援級 (n=60)	通常級 (n=20)
<b>研修など</b>	<b>28 32%</b>	<b>16 27%</b>	<b>5 25%</b>
<b>実例の経験</b>	<b>30 34%</b>	<b>23 38%</b>	<b>9 45%</b>
<b>メディア</b>	<b>23 26%</b>	<b>14 23%</b>	<b>6 30%</b>
書物	13 15%	10 17%	4 20%
TV	7 8%	2 3%	1 5%
インターネット	4 5%	3 5%	2 10%
新聞記事	1 1%	0 0%	0 0%
<b>職務を通じて</b>	<b>8 9%</b>	<b>7 12%</b>	<b>0 0%</b>
<b>聞いた経験</b>	<b>5 6%</b>	<b>0 0%</b>	<b>0 0%</b>

Table 14-3. トウレット症候群と聞いて思い浮かぶこと

カテゴリ	回答例	通級 (n=87)		特別支援級 (n=60)		通常級 (n=20)	
<b>チック</b>		<b>38</b>	<b>44%</b>	<b>34</b>	<b>57%</b>	<b>10</b>	<b>50%</b>
「チック」	「チック」「チック症状のこと」	18	21%	21	35%	5	25%
音声チック	「声が出るチック」「汚言症」 「言葉のチック」	13	15%	5	8%	2	10%
音声チックと運動チック	「運動チックや音声チック」 「チック(音声, 運動)」	7	8%	8	13%	3	15%
<b>症状の性質</b>		<b>20</b>	<b>23%</b>	<b>7</b>	<b>12%</b>	<b>1</b>	<b>5%</b>
重度のチック	「チックの症状が重いこと」 「激しいチックの亢進」	16	18%	3	5%	1	5%
本人の意思に反して	「本人の意思とは関係なく起 こる」	7	8%	5	8%	0	0%
<b>関連疾患</b>		<b>8</b>	<b>9%</b>	<b>6</b>	<b>10%</b>	<b>2</b>	<b>10%</b>
発達障害	「自閉症スペクトラム」 「発達障害に併発」	5	6%	3	5%	1	5%
その他	「自傷行為」	3	3%	3	5%	1	5%
<b>要因</b>		<b>6</b>	<b>7%</b>	<b>3</b>	<b>5%</b>	<b>3</b>	<b>15%</b>
脳機能障害	「脳の障害」 「脳機能の問題」	4	5%	0	0%	0	0%
心理的要因	「心理的要因」「心の葛藤」	3	3%	3	5%	3	15%
<b>心理的苦痛・不適応</b>	「社会生活を送るのに 大変」	<b>8</b>	<b>9%</b>	<b>7</b>	<b>12%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>回答者の実例</b>	(匿名性を考慮し省略)	<b>4</b>	<b>5%</b>	<b>5</b>	<b>8%</b>	<b>3</b>	<b>15%</b>
<b>その他</b>	「病院の診断」	<b>4</b>	<b>5%</b>	<b>7</b>	<b>12%</b>	<b>2</b>	<b>10%</b>
<b>分からない・特にな</b>	「わからない」「特にな	<b>10</b>	<b>11%</b>	<b>6</b>	<b>10%</b>	<b>5</b>	<b>25%</b>

### 14—3—3. チックについて知りたいこと

チックについて知りたいこととして、対応方法が最も高い割合をどの群でも占めていた (Table 14-4)。特に、トウレット症候群について詳しい通級教員の回答として、「症状に触れないことへの疑問」を挙げる者が一定数みられた。次に多い回答がチック自体のことであり、その原因や症状について知りたいと考える者の割合が多いことが示された。

Table 14-4. チックについて知りたいこと

	通級		特別支援級		通常級	
<b>対応方法</b>	<b>25</b>	<b>24%</b>	<b>36</b>	<b>21%</b>	<b>33</b>	<b>30%</b>
本人への働きかけ	8	8%	6	4%	7	6%
対応方法全般	7	7%	20	12%	17	16%
症状に触れないことへの疑問	7	7%	4	2%	4	4%
家族・他児・学校などへの働きかけ	5	5%	4	2%	4	4%
具体的な対応例	3	3%	8	5%	5	5%
<b>チック自体のこと</b>	<b>20</b>	<b>19%</b>	<b>28</b>	<b>17%</b>	<b>17</b>	<b>16%</b>
原因	11	11%	17	10%	7	6%
チック症状	7	7%	8	5%	8	7%
その他	3	3%	6	4%	3	3%
<b>治療法</b>	<b>8</b>	<b>8%</b>	<b>5</b>	<b>3%</b>	<b>2</b>	<b>2%</b>
<b>専門機関との連携</b>	<b>6</b>	<b>6%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>	<b>2</b>	<b>2%</b>
<b>その他</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>7</b>	<b>4%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

#### 14-4. 研究7の考察

本研究は、教員の中でトゥレット症候群を含めたチック障害がどのように認識されているのかを明らかにすることが目的であった。結果から、チックやトゥレット症候群の認識について、チックを持つ子どもの学校生活での身近さ、どんな情報を教員が求めているのか、という点について実態を明らかにすることができたと考えられる。

##### 14—4—1. チックやトゥレット症候群の教員の認識

まず、本研究の結果から、ほとんどすべての教員がチックという言葉を知っていたのに対し、トゥレット症候群という疾患の認識はまだ低く、特に通常学級を担当している教員には耳慣れない言葉であることが示唆された。通級学級の教員の中では、「トゥレット症候群」という言葉を知っていると回答した人が84%と多かったのに対し、特別支援級、通常級ではその認識度はいずれも4割を下回っていた。それに加えて、トゥレット症候群と聞いて思い浮かぶこととして、「チック」という回答は多かったものの、症状の性質に言

及する回答や関連疾患についての回答が少なく、様々な併発症を有し、症状が変動するトゥレット症候群特有の困り感は伝わりにくいと考えられた。

こうした認識度の違いの背景に、トゥレット症候群について知る機会の違いが挙げられる。トゥレット症候群を知ったきっかけとして、どの群も実例の経験から知ることが多く、研修や大学の講義で知ったという回答が3割を下回っていた。このことから、担当児童数の少ない固定級の教員や、発達障害を有する児童・生徒の割合が低い通常学級担当教諭は、研修や講義、あるいはメディアを通して知る機会を得なければ、「トゥレット症候群」という言葉に触れる機会があまりない可能性がある。通級学級と特別支援学級、通常学級の認識度の違いは、こうした研修をうける機会の有無と実際に児童・生徒を担当した経験の豊富さなどの違いを反映している可能性がある。

#### 14—4—2. チックを有する児童・生徒の担当経験

チックを有する児童・生徒の担当経験を有する教員は、いずれの群でも7割を超えていた。トゥレット症候群については知らないと回答していた教員であっても、チックを有する児童・生徒は担当したことがあり、かつ配慮を要した経験を5割の者が有していた。このことから、通常学級においてもチックを有する児童・生徒に教員はしばしば出会い、何らかの配慮を要した経験があるものが多いことが示唆された。以上から、チック症状自体は教育現場ではとても身近なものだと考えられる。

それでは、前章で示された保護者の社会からの孤立感はなぜ形成されるのだろうか。本研究の結果からは、トゥレット症候群がチック障害の一つに位置付けられるにもかかわらず、チック症状との認識の間にギャップが存在していることが影響している可能性が考えられた。すなわち、チック症状は、先行研究からも示されているように、子どもの10人に1人程度は一時的にみられる症状である (Snider et al.,2002 ; Kurlan, McDermott, Deeley, Como, Brower, Eapen, Andersen, & Miller,2001)。そのため、多くの教員がチックという言葉を知るだけでなく、実際に児童・生徒の担当経験を有しているという実態は、疫学研究の結果とも合致すると言えるだろう。しかし、トゥレット症候群の子どもがその中にいたとしても、その児童・生徒も多くのチック症状のみを有する一過性のチック障害の児童と同じように捉えられる可能性があるだろう。チックは一般的に、周囲が安心して見守ることによって自然経過で改善するものである。前章で示したような、家の中で症状が激しくなることによる保護者への影響や、併発する強迫症状や不注意傾向の影響に

については、なかなかチックという症状からは結びつきにくいと考えられる。そのため、保護者は丁寧な説明をする必要性が生じ、わかってもらいにくさを、教員は他のチックを持つ子どもとの関わりの違いに戸惑うと考えられる。

#### 14-4-3. 教員からのニーズ

チックについて知りたいこととして、どの群でも対応方法を知りたいという者の割合が最も多く、次いでチック自体のことを挙げる者の割合が高かった。以上の回答は、その症状や障害の持つ特性を理解したうえで、関わり方を知りたいというニーズが高いことが考えられる。特別支援学級や通級学級の教員はトゥレット症候群自体をあまり知らないものも多かったため、一過性チック障害の連続体として、けれど経過が慢性化しやすく、変動も大きいなどの経過や疾患の基本的な特徴をまずは伝えていくことが重要だと考えられる。こうした知識を教員全員が有していることは難しいと考えられるが、学校内での専門家として、スクールカウンセラーや養護教諭、特別支援コーディネーターなど様々な職種が現在では学校に配置されている。そのため、そうした様々な専門家に知識を提供し、保護者や本人と連携していくことができる体制を整えることができれば、保護者の感じる孤独感の軽減につながると考えられる。

加えて、トゥレット症候群について知っていると回答した通級学級の教員にも対応方法について知りたいと回答する者が多く、中には、チックにはあまり触れないという原則を知りながらも、時にチックを意識化させてもいいのか、という疑問が一定数見られた。このことは、基本的な障害についての理解や知識がある者にとっても、重症なチックを有する生徒を前にした時に、どう対応するべきか、その判断は難しいものだと考えられた。トゥレット症候群を有する児童・生徒への対応については、Carroll & Robertson (2000 高木 2007)などに体系的にまとめられているが、国内では重症度の高いチックを有する児童・生徒への対応について検討した文献は少ない。

そこで、研究8では、教員の対応に特化した調査を実施するとした。

#### 14-5. 研究8の目的

研究7の結果からは、チック症状は身近なものであるにもかかわらず、慢性化したり重症度が高いチックにより実生活に支障が生じた際の対応方法についての情報は未だ不足していることが想定される。そうした社会場面への影響が大きい症状として、本研究では音

声チックに焦点を当てた対応についての調査を行うこととした。音声チックは社会機能への影響が大きいという指摘はしばしばなされており (Walkup et al,2010), 日本トゥレット協会が会員に対して行った調査でも, 音声チックが最も困っている症状の中で高い割合を占めていた (高木, 2003)。このことから, 音声チックに対してどのような関わりが有効だと教員が認識しているのかを調査することは重要だと考えられる。

そこで, 本研究では, 音声チックを有する児童・生徒に対して, どのような援助が可能かを検討するための資料を得ることを目的とした。得られた結果に基づき, 学校と家族との協働を促すための, 臨床心理学的な援助についても考察していく。

## 14-6. 研究 8 の方法

### 14—6—1. 対象

研究 8 では, 通級指導教室および特別支援学級を担当する教員を対象とした。これは, 諸外国の調査から, 特別支援教育を受けている児童・生徒のほうが, チックやトゥレット症候群の有病率が高いことが指摘されており (Khalifa & von Knorring, 2003), 特別支援教育に携わる教員のほうが, 比較的重症なチックを有する児童・生徒の担当経験を有している可能性が高いと考えられたからであった。

研究 7 に協力した情緒障害通級指導教室, 特別支援学級担当教諭のうち, 更なる調査への協力を検討すると回答した 79 名の教員が所属する学校宛てに質問紙を送付した(うち, 東京都: 57 名, 京都府: 7 名, 宮城県: 13 名, 福岡県: 1 名, 神奈川県: 1 名)。その教員がすでに異動していた場合には, 同学級の他の教員に回答してもらうように依頼した。回答数は 46 通 (回収率 58%) であり, 前回の調査に協力していた教員は 26 名 (57%) であった。分析の際には, 通常学級の担任が回答したと明記していた回答が 1 通あったため, 除外して計上した。回答者の属性を, Table.14-5 に記した。

Table.14-5 対象者の属性 (n=45)

年齢		勤務校	
20代	4 (9%)	小学校	31 (69%)
30代	5 (11%)	中学校	11 (24%)
40代	10 (22%)	無回答	3 (7%)
50代	<b>24 (53%)</b>		
無回答	2 (4%)		
教員歴 (年)	22.6 [10.6] <sup>a</sup>	チック担当経験 <sup>c</sup>	
通級・特別支援学 級担当歴 (年) <sup>b</sup>	6.8 [6.6]	あり	35 (78%)
担当児童・生徒数 (人)	11.3 [10.0]	なし	10 (22%)

a. []内はSD

b. 養護学校・特別支援学校担当歴を記入したものがそれぞれ1名ずついたが、すべての教員に尋ねてはいないため、除外して計上した。

c. 「今までにチックがある児童・生徒を担当したことがあるか」を「はい・いいえ」の2件法で尋ねた。

#### 14—6—2. 質問紙の構成

本研究では、場面想定法を用いた。教員に対して、架空の事例について2場面を提示し、それぞれの状況で、①誰に対して、②どのように働きかけるか、を回答するように依頼した。質問紙で用いた事例は、チックを主訴とする軽症から中程度のトゥレット症候群が疑われる事例を想定して作成した。事例を作成する際には、チック・トゥレット症候群を専門とする児童精神科医1名、精神保健学を専門分野とする研究員1名、臨床心理学を専攻する修士課程の学生2名で、提示する事例が適切かを検討した。その後、チック障害を含めた発達障害全般に詳しい教育関係者2名にも質問紙を検討してもらった。実際に提示した事例はの概要を以下に記した。



**時点①：**Aくんは、昔から瞬きのチックが多い子でしたが、今年に入ってから、他にもチックがでてきています。たとえば、顔の動きが増えてきたり、鼻をひくひくさせたり、目をきよろきよろさせたりするようになりました。普段から「クッ、クッ」という声が無意識に出てしまっていて、今月に入り、クラスメイトから、「どうしたの?」と聞かれることがあり、Aくん自身も戸惑うと同時に気にしているようでした。そのせいか、最近少し元気がありません。

\*ご自身なら、この場面で(1)誰または何(機関など)に対して、(2)どのように行動しますか。

**時点②：**ある授業中、Aくんが「アッ、アッ」という声を出していました。これまで授業中にはあまり音声チックは出ていなかったのですが、今日はいつもよりも多く、音量も大きいようです。その日の午後に国語のテストがあるのですが、クラスメイトのBさんが担任に、「うるさくて集中できない。」とひそかに相談してきました。

\*ご自身なら、この場面で(1)誰または何(機関など)に対して、(2)どのように行動しますか。

### 14—6—3. 分析方法

#### ①自由記述の集計

分析の際には以下の手続きをとった。まず、(1)誰(何)に対して、という働きかけの対象に該当する回答は、回答数を集計し、その対象に働きかけると回答した教員の人数を計上した。次に、(2)どのように働きかけるかについての回答は、類似した回答を集めてカテゴリを作成し、そのカテゴリを元に、回答数について計上した。

(2)の回答を分類するためのカテゴリを作成する段階では、以下の手順を取った。まず、事例作成者以外の、臨床心理学を専攻する修士課程の大学院生2名に協力を依頼した(以後、大学院生と表記)。大学院生に対しては、第一著者がチック障害全般について概説し、チックやトゥレット症候群について一定以上の理解が保たれるように工夫した。次に、研究8の結果から、回答数が多く、多様性が期待できる本人・保護者・他児に対しての回答を分類することとした。各回答はおおむね1行程度で記述されていたため、各回答を1つの働きかけとして計上することを原則とした。しかし、1つの回答内に、2つ以上の要素があると考えられたものは、回答を分割して、要素ごとに1つの働きかけとして計上した(例:「不安要素になっていることを分析し、環境調整を可能な限りする。」⇒「不安要素

になっていることを分析し、「環境調整を可能な限りする。）。その後、得られた回答を似た意味のものでまとめていき、カテゴリの名前と定義を筆者らが作成した。そうして生成されたカテゴリとその定義、カテゴリに分類された回答を基に、大学院生が、カテゴリ名とその定義の妥当性を検討した。その後、大学院生と筆者で協議し、カテゴリを確定させた。

次に、カテゴリ別に回答を振り分ける段階では、大学院生がそれぞれ独立に、各回答をカテゴリに重複を認めず分類した（例：カテゴリ名<症状を理解する>、定義<チックの増減に関係しているストレスや出来事が何かを理解しようとする>、回答例「様子を見て、どのような状況のときに症状が出ているかを観察・記録する。）。大学院生がそれぞれ分類した結果を筆者が集め、一致率を算出した。働きかける対象ごとに一致率を算出したところ、 $\kappa = .76 \sim .96$ であり、分類の信頼性は十分だと考えられた。

## ②児童・生徒本人への関わり方の検討

研究 7 で疑問として挙げられていた「チックは見守ったままでいいのか、その見極め」を理解するために、児童・生徒本人（Aくん）に限定して以下の分析を行った。カテゴリの定義内で、チックを児童・生徒と直接的に話題にする必要があると判断される対応をしたかどうかに基づいて、回答した教員を割り振った。具体的には、「別室の利用を提案する」「チックを気にしないように促す」「Aくんの意見を聞く」「チックへの対処を促す」「状況(声が出ていることなど)を説明する」「専門機関の利用を促す」は、チックについて本人と話題にする必要がある回答だと判断した。チックについて話題に出す教員の割合が、時点①よりも時点②で多い傾向があるかどうかを検討するために、McNemar の検定によって検討した。

### 14—6—4. 倫理面への配慮

調査に協力しなくとも教員に何ら不利益がないことを依頼状に明記し、自由意志による調査への回答を得た。また、本研究は東京大学医学部・医学系研究科倫理委員会の承諾を得て行われた。

## 14-7. 結果

### 14—7—1. 働きかける対象

働きかける対象について、時点ごとに集計した結果を Table.14-6 に記した。その結果、

Aくんに対して働きかけるとい回答が、時点①でも時点②でも過半数を越えた。また、時点①では保護者に働きかけると回答した者が7割を超え、時点②では、他児に働きかけるとい回答が半数を越えた。

Table.14-6. 働きかける対象(n=45)

時点①	回答	割合	時点②	回答	割合
Aくん	30	67%	Aくん	27	60%
保護者	33	73%	保護者	17	38%
他児	13	29%	他児	25	56%
担任	10	22%	「クラスメイト」	8	18%
他教員	8	18%	Bさん	20	44%
学内専門家 <sup>a</sup>	7	16%	担任	10	22%
専門機関	5	11%	他教員	6	13%
関係者	1	2%	学内専門家	5	11%
			専門機関	3	7%
			その他 <sup>b</sup>	2	4%

- a. 学内専門家とは、スクールカウンセラー、校医、養護教諭などの学内において教科学習ではなく、心理面・健康面の支援を主とした役割として担う立場にいるものを分類した。  
 b. 「その他」に分類した回答は、「音声チェックについて調べる」「原因がわかれば対処する」という回答で、明確に誰に働きかけるか書かれていなかったものであった。

#### 14—7—2. 働きかけの内容

Aくん、保護者、他児に対する働きかけの内容を Table14-7 に示した。Aくんに対しては、「困っていることを聞く」(例:「困ったこと、不安なことがあるか、ないかたずねる。)」という回答が両時点で高い割合を占めた。時点②においては、「別室の利用を提案する」(例:「つらいようだったら別室対応が可能であることを伝える。」「別の教室などでテストを受けてみるかどうかを確認する。)」という回答も一定数を占めた。

保護者に対しては、「Aくんの様子を聞く」(例:「家庭での様子を伺う。何か変わったこと、学校での様子を話しているかどうか。)」という回答が時点①では多かったが、「専門機関の利用を勧める」(例:「医療機関への相談を勧める。」「専門医に行くようにアドバイスをする。)」という回答も両時点で比較的高い割合でみられた。

チェックを話題に出す必要がある対応を行うと回答した教員は、時点②のほうが多いという傾向がみられた ( $p=.09$ ; McNemar test, 日常場面 | 22.2%, 対応必要場面 | 41.7%)

Table.14-7 各対象への働きかけ

対象	カテゴリ名	定義	時点① (n=30)		時点② (n=27)	
本人	困っていることを聞く	(Aくんに) 心配なことや困っていることを聞く	17	57%	8	30%
	症状を理解する	チックの増減に関係しているストレスや出来事が何かを理解しようとする	8	27%	1	4%
	気持ちの安定を図る	症状と関係なく、気持ちの安定を意識した関わり	6	20%	2	7%
	チックを気にしないように促す	本人に直接、チックを気にしないように声をかける	4	13%	0	0%
	別室の利用を提案する	別室（避難できる場所、保健室など）か別の教室、通級教室）の利用を提案する	3	10%	11	41%
	様子を観察する	様子を観察したり、気にかけて見守ること	3	10%	2	7%
	症状に触れない	あえてチックに触れない・意識させない	1	3%	0	0%
	環境調整	心理的な側面ではなく物理的な側面を整えるような関わり	1	3%	3	11%
	Aくんの意見を聞く	どのような対応を取るべきか判断するために、本人の希望を聞く	0	0%	4	15%
	状況(声が出ていることなど)を説明する	本人に客観的に見た状況を伝える	0	0%	4	15%
	チックへの対処を提案する	チックへの対処法を提案する	0	0%	4	15%
	専門機関の利用を促す	専門機関（医療機関・教育相談など）の利用を促す	0	0%	1	4%
	保護者			(n=33)		(n=17)
保護者	Aくんの様子を聞く	Aくんの家庭での様子や最近の様子について、保護者の意見を聞く	21	64%	2	12%
	専門機関の利用を勧める	専門機関（医療機関や教育相談などの外部機関）への受診や来談を進める関わり	7	21%	10	59%
	状況の説明をする	学校での状況（チックが出ており、目立つようになって来たこと）を説明する	7	21%	9	53%
	話をする機会を作る	面談など、相談する機会を作る	3	9%	2	12%
	対応の理解を得る	学校での対応について、相談や了承を得ること	2	6%	0	0%
	症状の変化の原因を探る	チックの症状の変化や、チックが出始めた理由などを探る	2	6%	3	18%
	アドバイスをする	本人への関わりや対応について、何らかの助言をする	2	6%	1	6%
	対応の助言をもらう	どのように関わるべきか、助言をもらうようにする	1	3%	0	0%
他児			(n=13)		(n=8)	
他児	気にしないように声をかける	チックのことを気にしないように声をかける	9	69%	2	25%
	本人・家族の承諾の下、チックについて説明する	本人や親に承諾を取った上で、クラスに対してチックや本人にも事情があることを伝える	3	23%	3	38%
	子ども同士の関係を深める	子ども同士の関係性を深める	1	8%	0	0%
	環境を調整する	テストの日程や座席など、クラス全体の環境自体を調整する	0	0%	2	25%
	本人の困り感を伝える	本人もわざとではなく困っていることを伝える	1	8%	1	13%

\*他児は時点ごとに比較するために、クラスメイトのみを計上。

## 14-8. 考察

本研究の結果から、音声チックに悩む児童・生徒に対してどのような援助が可能か考察していく。日常場面（時点①）及び対応必要場面（時点②）それぞれにおいて教員が行うと回答した働きかけについて、働きかける対象ごとに回答の上位を Table.14-8 にまとめた。

Table.14-8 教員が行うと回答した場面ごとの働きかけ

	日常場面	対応必要場面
児童・生徒 自身	<ul style="list-style-type: none"> <li>・症状を理解する</li> <li>・気持ちの安定を図る</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・別室の利用を提案する</li> <li>・児童自身の意見を聞く</li> <li>・状況を説明する</li> <li>・チックへの対処を提案する</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・困っていることを聞く</li> </ul>	
保護者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・児童の様子を聞く</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・症状の変化の原因を探る</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門機関の利用を勧める</li> <li>・状況の説明をする</li> </ul>	
他児	<ul style="list-style-type: none"> <li>気にしないように声をかける</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人・家族の承諾の下、チックについて説明する</li> </ul>

a.児童自身・保護者については解答の上位3つ（同順3位は全部）を、他児については最も多い回答を記載した。

### 14—8—1. 日常場面における関わり

日常場面では、Aくんと同程度に保護者に働きかけると回答した教員も多かった。提示した事例には保護者という言葉がはいっていないにもかかわらず同程度の割合を占めたということは、チックが気になった際には、児童・生徒の様子について保護者に確認しようとする教員は現実場面でも一定数以上存在することを示唆している。

チックを有する児童・生徒の中には、学校よりも家で症状がより強く出る者が多いと言われており（星加，2010），保護者は学校でのいじめや孤立を実際よりも心配することがあるという指摘も存在する（Gilbert,2006）。研究5の質的研究の結果では、トゥレット症候群を有する子を持つ母親は、生物学的な要因による病気だと捉えることで自責感が減り、チックを受け止めやすくなるが、そのことを外部では理解されにくく、社会の理解の低さを感じるということが示唆されている。本研究の結果では日常場面では「Aくんの様子を聞く」という回答が多く、ストレスをはじめとしたチックの増減と関係する要因を教員側

が知ろうと努めていると考えられる。その際に、保護者側が教員に責められると感じてしまうと、連携が難しくなる可能性があるだろう。そのため、教員が保護者のこうした心理状況の可能性も念頭に置いて、保護者と円滑に協働できるように、「心理的な要因によってチックが生じるわけではないが、ストレスや環境変化は変動の誘因となりうる」という知識を共有しながら援助専門職が両者と関わることで、保護者が自らを責められていると感じてしまったり、教員が児童・生徒のことを思い原因理解に努める努力を損なったりすることなく、協働を促すことができると考える。

#### 14—8—2. 対応必要場面における関わり

では、対応必要場面では、どのような工夫がなされるようになるのだろうか。本研究の結果では、たとえ対応必要場面であっても、児童・生徒との間でチックについて話題にだす必要がない内容の回答をした教員がおおよそ6割を占めた。この結果からは、児童・生徒本人に対してチックを指摘したり意識させることは望ましくないという知識が、学校現場である程度浸透していると推察される。本研究を通して、「不必要にチックについて触れずに、関係するストレス因を検討する」という関わりが学校の中で広く共有されていると考えられた。

しかし、対応必要場面のほうが日常場面よりもチックについて話題に出すようなかわりをするという回答の割合が増えていた。その具体的な回答内容に着目すると、チックについて話題に出す回答をする者の多くが、そうした対応をする前に本人の意思を確認したり、了承を得るといった配慮の必要性について言及していた。こうした回答が出てきた背景には、チックの半随意性について、一定数の教員が知っていたため、チックが出ることを自覚している者の存在を理解していた結果だと考えることができるだろう。チックが出ること自体は本人の意思によるものではないため、周囲に合わせるために抑制することによる集中困難や疲労 (Carroll et al,2000 高木 2007)、ネガティブな自己認識の形成 (Khalifa, Dalan, & Rydell, 2010) が生じうると言われている。そのため、チックは本人が気づいていないことも多いが、周囲からの目を気にしている者の存在も想定される。本研究では研究対象者を特別支援教育に携わる教員としたため、そうした個人個人のチックに対しての捉え方の差異にまで配慮をしたものが多く、その結果、対応必要場面では、本人の意思を確認したうえで、より積極的な関わりをしようとする者が一定数いたと考えられた。

### 14—8—3. 研究 8 の限界

本研究の限界として以下のことがあげられる。第一に、調査対象者の偏りである。本研究では調査対象者がチックやトゥレット症候群についての調査に協力的な教員であった。加えて、調査対象とした人数も少なかった。そのため、本研究の結果を一般化したり、通常学級での支援に拡張したりできるかどうかについてはさらなる検討が必要だと考えられる。

第二に、年齢や発達の問題は児童・生徒の関わりについて考える際に重要であるにも関わらず、本研究では事例の年齢を特に指定しなかった。今後は、小学校低学年、小学校高学年、中学校、それぞれの対応の傾向の差異も検討していく必要がある。

第三に、事例の提示という方法である。本研究ではチックによって困難を抱く児童・生徒への対応に焦点を絞るため、事例の提示という方法を選択した。しかし、チックが重症な児童・生徒では、しばしば強迫性障害や ADHD のような併発症のほうが社会生活への影響が大きいという指摘も存在する。本研究で得られた知見は併発症状が少なく、主にチックで困難を抱く児童・生徒に限定された知見だと考えられる。

## 第 5 部 総合考察



## 第 15 章 総合考察

### 15-1. チック障害への支援モデルの提示

まず、第 4 部で得られた知見についてまとめ、第 3 部、第 4 部の知見を総合して、チック障害を有する子どもへの包括的な支援モデルを提示したい。

研究 5 (第 12 章) では、トゥレット症候群の子どもを持つ母親 5 名にインタビュー調査を行い、チックが保護者に与える心理的負荷や保護者の心理過程について質的研究により明らかにした。その結果、トゥレット症候群の子どもを持つ母親の心理過程として、【違和感を抱く】【症状に戸惑う】【症状と向き合う】【見守る】という 4 つの時期の存在が明らかになった。他の疾患を有する親の心理過程と比較して、違和感を抱く時期の存在と症状の急激な変化を体験していることから、発達障害の母親の心理過程と身体疾患に罹患した子どもの親の心理過程の双方の特徴を有している可能性が示唆された。加えて、<“障害”の不安定さからくる戸惑い>が慢性的に続いていることが示唆された。

研究 6(第 13 章)では、研究 5 で示したような心理過程が、保護者の精神的健康にどのように影響しているのか、また本人とどのような心理的相互作用がみられるのかを質問紙調査によって検討した。その結果、保護者の精神的健康には年齢、運動チックの重症度、社会からの孤立感、子どもの ADHD 傾向が関係していることが示された。ステップワイズ法にもとづいた重回帰分析の結果から、年齢と社会からの孤立感が予測する変数として残ったため、保護者にとってのチックやトゥレット症候群を社会から理解されないという感覚を軽減していくことが重要だと考えられた。また、本人と保護者の相互作用に着目すると、本人のチックへの対処満足度と保護者のチックに対する動揺と社会からの孤立感が、子どものチックへの主観的な困り感には保護者の社会からの孤立感が、それぞれ中程度の相関を示していた。以上から、チックに対する捉え方の中でも、保護者の社会からの孤立感を軽減することが特に必要だと考えられた。

第 14 章では、教員を対象に 2 つの調査研究を行った。研究 7 では、チックやトゥレット症候群がどの程度認知され、どのように認識されているのか、またどういった情報が求められているかを、通級指導教室教員、特別支援学級教員、通常学級教員を対象に実態調査を行った。その結果、学校現場ではチックについての理解は広くなされているが、トゥレット症候群という言葉を知っていると回答した教員の割合は通常学級では 2 割を下回る

ことが示された。また、トゥレット症候群について知っているという回答した者の割合が高かった通級指導教室の教員でも、対応方法について知りたいと回答する者の割合が高いことが示された。以上から、チックという症状は身近であるが、その重症例であるトゥレット症候群についての知識の啓発が求められると考えられた。研究 8 では、対応方法について知りたいというニーズが明らかとなったため、特別支援教育に携わる教員を対象とした対応に焦点を当てた調査研究を実施した。音声チックを呈する児童を対象とした場面提示法で対応について調査した結果、チックについては触れないという対応が広く浸透していること、対応が必要な場面ではまずは保護者に相談する教員が多いこと、本人の意思を尊重しながら対応する教員の多さが示された。この結果から、保護者と教員の連携の重要性が改めて示されただけでなく、教員のチックやトゥレット症候群の認識が明らかとなったため、それぞれの心理状況を考慮した連携を促進する役割を援助専門職が担う必要性が示された。

以上、第 3 部、第 4 部の結果から、求められる心理的支援について図示すると Figure 15-1 のように理解することができるだろう。

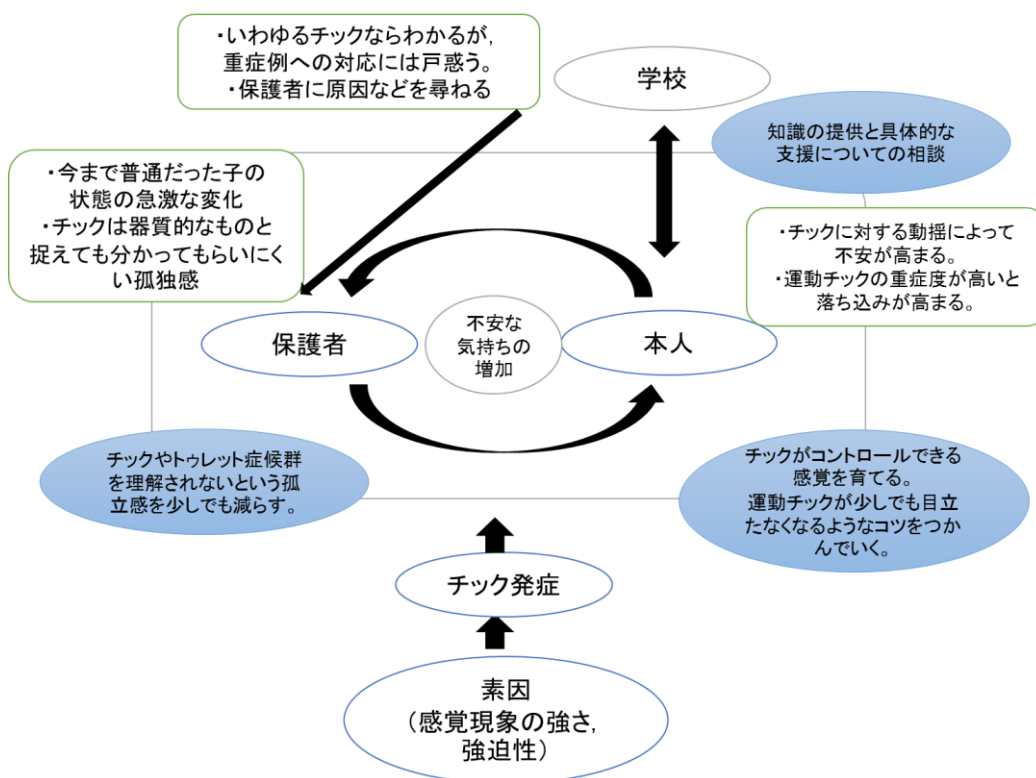


Figure 15-1. チックと周囲の相互作用と求められる支援

この支援モデルについて簡単に概説する。まず、チックはもともとの器質的な素因が想定されており、DSM-5でも神経発達障害に含まれる。そのため、その症状の発現そのものは直接的な誘因がなくとも生じうるものだと示唆されている（Horesh, Zimmerman, Steinberg, Yagan, & Apter, 2008）。チックの生物学的理解において重要な感覚現象の存在に加え、本研究では強迫症状の強さの二次的な心理的問題（不安やうつ）への影響の大きさが示唆された。そのため、二次障害としての強迫症状だけではなく、素因の一つとして強迫性というものを想定した支援が求められると考えられた。

加えて、チックが発症した際に、本人の二次障害を防ぐにはチックに対する動揺が少しでも軽減できるような適切な心理教育や、運動チックが少しでも目立たなくできるような行動療法に基づいた支援が重要だと考えられた。研究3から、行動療法による援助はチックに対する苦痛感も軽減することが明らかとなっており、今後の普及が求められる。また、本研究では、家族と学校も調査の対象とした。保護者の心理過程についての2つの研究結果から、チック障害の中でもトゥレット症候群の子どもを持つ母親は、急激な子どもの様子の変化への戸惑いや、周囲になかなか理解してもらえない孤立感を抱きやすい。こうした孤立感本人のチックに対する捉え方や対処満足度と関連することが示唆されたため、援助者はまず、保護者の社会からの孤立感を軽減できるように関わる必要性が示された。また、教員を対象とした調査の結果からは、チックは良く知っているがトゥレット症候群となると理解が難しいため、どの程度配慮をし、どの程度支援が必要か掴みにくいことが想定された。加えて、音声チックのように集団への対応が求められる症状が出現した際には、保護者と連携を取るという回答が多いことも示された。保護者自身がチックによる動揺や孤立感をいだいている可能性を加味すると、教員に対してもスクール・カウンセラーを始めとした心理士や児童精神科医などの専門家による適切な知識の提供が必要だろう。たとえば、School Nurseに向けたトゥレット症候群についての情報を論じているGolder (2010)の論考では、チックの種類、併発症、有病率、アセスメント、治療などの項目について概説され、支援として、トゥレット症候群を持つ子どもはしばしばチックを我慢したりすることで集中をそがれることがあるため、テスト等を静かな環境で受けられるように別室を認めたり、本人の自尊感情を高める関わりや、病気について理解していることを示すことが重要だと指摘している。こうした情報を学校関係者に提供できる存在がいることで、保護者や本人の不安や孤立感が軽減されることにつながることで、二次障害を防ぐ上で重要だと考える。

## 15-2. 本研究で得られた知見と臨床的意義

本研究全体の目的は、強迫スペクトラムの中でも、児童・思春期において特に重要な意味を持つ、自我違和感が低く、衝動性を伴う Motoric OCS への支援を発展させることに寄与する知見を提示することであった。そのために、強迫性障害とチック障害という強迫スペクトラムに位置づけられる2疾患を対象に、実践研究と実証研究を実施してきた。本研究で得られた知見について、①我が国の強迫スペクトラムへの支援への示唆、②発達特性としての強迫の理解、という2つの視点から考察をしていく。

### 15-2-1. 我が国の強迫スペクトラムへの支援への示唆

第2部では児童・思春期の強迫性障害を対象として、第3部ではトゥレット症候群を中心としたチック障害を対象とした認知行動療法の実践研究を行った。両疾患ともに、児童精神科領域では頻繁にみられる障害であり、エビデンスが蓄積され他技法が諸外国で提唱されながらも、実際の臨床場面ではその普及が十分になされていない障害である。

第2部の児童・思春期強迫性障害を対象とした2つの研究からは、児童・思春期強迫性障害に対する認知行動療法に基づいた支援は、一定のトレーニングを積んだ心理士であれば実践可能であることを量的に示すことができた。その際に、ERPを主軸としながらも、丁寧なケース・フォーミュレーションに基づいた支援方針をたて、統合的に介入していくことで、多様な属性を持つ対象への介入で効果が得られることが示された。加えて、発達障害などの他の障害に併発する強迫症状に注目する必要性が示唆された。本研究の意義の1つとして、我が国での普及と発展が求められていた児童・思春期強迫性障害に対する認知行動療法の有効性を示すことができたこと、さらにその際にはERPは有効な技法の1つでしかなく、ケース・フォーミュレーションをたてて、それぞれの症状の種類に応じた介入を選択していくことが重要であることを示すことができたことがあげられるだろう。児童・思春期の強迫性障害は、成人の強迫性障害と類似した症状の特徴を有しているが、子どもは未だ精神発達段階の途中にあることが大きな違いである(小平, 2012)。そのため、必然的に包括的な支援が必要となり、家族との関係性や本人の認知発達、学校での友人関係などを評価する必要性が多く臨床家により指摘されてきた。本研究を通して、そうした臨床の知を一定程度実証的に支持することができたことは重要だといえるだろう。

また、第3部、第4部の研究を通して、チック障害に対する支援を包括的に捉えること

ができた。Figure15-1 に示した支援モデルは、①素因の一つとして強迫性を組み込んだこと、②本人、家族、学校の3者を対象に研究を実施したことで、より包括的な視点を提供できたこと、の2点で意義があると考えられる。

他の精神障害に併発する強迫症状への支援の検討は十分に蓄積されておらず、特に発達障害に併発するような強迫症状・強迫傾向への支援の発展が必要であることは第2部を通して示された。第3部では、強迫症状が、チック障害を持つ子どもの抑うつや不安と深く関係していることを示すとともに、汚言症のような衝動性を表す症状であっても、強迫症状と密接に関係していることを指摘した。研究3で提示した事例では、強迫観念が先行している汚言症と、感覚かもしくは先行するものがない汚言症があることが示唆されており、それぞれの症状のミクロな機能分析を行わなければ援助の方針を建てることは難しかった。強迫性障害への支援に代表されるような行動活性化やERPの考えを導入したことで、症状に対する意味づけの変化につながったことは、症状自体の苦痛感や自我違和感が低い感覚や衝動を動因とする強迫スペクトラムへの援助のバラエティを増やしたという意味で、意義があると考えられる。特に、チック障害の子どもの場合、薬物療法の選択肢に限りがあり、また副作用も生じやすい。認知行動療法を中心とした、心理学的支援の発展は、日々が発達していく上で重要な時間である子どもにとって、治療や支援の選択肢を増やすためにも重要だと考えられ、ハビット・リバーサルでは効果が十分にえられなかった際に、背景に強迫症状が絡んでいないか、再度機能分析を行うことでそうした応用も可能になることを示すことができた。

また、チック障害への支援モデルを示すことができたことは、今まで生物学的な視点からの研究が中心であったチック障害をより包括的に捉えることができたという意義があると考えられる。特に第4部で示したように、親の社会的な孤立感が本人の動揺やチックに対する対処の満足感に影響することを示したことは、親支援の重要性やその際に気をつけるべきことを量的・質的両側面から示すことができたという点で意義があるといえるだろう。強迫スペクトラムに位置づけられる障害の中でも、強迫性障害は支援の検討が進んでいる障害だといえるだろう。抜毛癖、皮膚かきむしり障害、ため込み障害などは研究そのものが少なく、児童・思春期における支援について検討した文献は少ないといえる。本研究で示したモデルは、チック障害への支援そのものの発展だけではなく、他の強迫スペクトラム障害への支援を検討する際に比較する枠組みにもなりうると考えられる。

### 15-2-2. 発達特性としての強迫性

強迫性障害が“治せる疾患”（大隈，2009）といわれる時代となり，以前の難治だといわれていた時代からは薬物療法も行動療法も飛躍的な進歩を遂げてきた。しかし，それでもなお難治とされる一群が存在している。では，“強迫性障害は治る”という時に，どのような状態を示しているのだろうか。また，どのようにそうした家族や患者にかかわっていく必要があるのだろうか。

本研究において，研究1ではERPの有効性が示されたが，介入後もCY-BOCS平均は14.5点であったため，軽度から中程度の強迫症状が残存しているが，困らなくなったという対象が多かったと考えられる。研究2の結果からも，医療機関を受診しない程度の軽度の強迫症状を有しながらも生活している者が一定以上いると示唆された。以上の示唆から，強迫症状は一定程度残存しながらも，むしろ受け入れ付き合っていく傾向の一つと考えることができる。小平（2007）においても，強迫症状の受け入れを一つの重要な治療要因と捉え，対処方法の獲得だけではなく，強迫のある自分を受け入れていくことも大事だと指摘している。こうした理解は，症状自体に伴う苦痛感や違和感が低い事例において特に重要だと考えられる。チック障害を対象とした研究3の結果でも，チック症状の改善がみられなかった事例であっても，チックに対する捉え方の変化を促すことはできた。また，第4部の結果は，発達障害を対象とした研究の結果と類似した部分が多い。チック障害はDSM-5から正式に神経発達障害に分類され，発達障害としての位置付けが確認されたが，強迫性障害の位置付けは発達障害に近いと考えるものと，不安障害に近いと考えるものとまだ議論が分かれている。少なくとも本研究の結果からは，発達障害を特徴づける発達特性のひとつとして，「対人コミュニケーション能力」や「注意力」と同様に，強迫性という一つの発達特性が存在すると想定して様々な発達障害への支援をしていくことは有用だと考えられる。

以上のように考えることには2つのメリットがある。第一に，強迫症状を完璧に直すことに強迫的になる患児に対して，明確にどう受け入れていくべきか，どう活用していくべきかが重要だと伝えることができることである。多くの発達障害の子どもへの支援の際に，「できないところは補い，できることを伸ばしていく」ことの重要性が示唆されるが，同様に，早期から強迫症状を有しているような対象の場合には，そうした強迫症状を呈しやすいつい傾向をうまく活用することができる伝えていくことで，治療に専念するだけでなく生活面を先に充実させるという選択肢を提供することができる。子どもにとっての1年

間の価値の大きさを考えると、援助者や親のような大人側が強迫症状にとらわれすぎないことも重要だと考えられる。強迫症状に伴う苦痛は確かに存在するものの、子どもにとっては強迫症状自体の苦痛よりも、症状によって親に理解されなかったり、親との関係が悪化することのほうが苦痛であることも多い。研究3で取り上げた事例では、家族の変化が本人の生活の改善につながり、強迫症状は軽度に残存していたが充実した高校生活を送ることができていた。このように、強迫性を一種の発達特性として理解することは、生活支援の視点を援助者が持つためにも重要だと考えられる。子どもの強迫が正常の強迫と連続性を持つ概念であることは長らく指摘されていたことでもあるが、その意味について本研究を通して捉えなおすことができたと言えるだろう。

第二のメリットとして、予防の発想を強迫性障害の臨床に取り入れることにつながるものがあげられる。本研究で取り上げたトゥレット症候群は、チック症状のピークのおおよそ2、3年後に強迫症状が前景にでることが指摘されてきた(Leckman,2002)。このように、もともと強迫症状を呈する可能性がある子どもに対してどのように予防的に支援をするべきか、十分な議論がなされてきたとはいえないだろう。渡部・黒江(2012)は、強迫性障害への親和性や脆弱性を持った子どもが、変化が多い前思春期に何らかのストレスに出会うと、不安や不全感を解消するために強迫が作動しはじめるようになる可能性を指摘している。強迫性を一種の素因の一つとして意識していることは、強迫症状の悪化の兆候に早期に気づくこと、そうした症状へ対処する方法があるということ、症状発現の前から本人と親に伝えることができ、早期の専門機関への受診を促すことにつながるという意味でも重要だと考えられる。こうした議論は十分になされておらず、また本研究でも十分に検討がなされていないため、今後の議論が求められるだろう。

### 15-3.本研究の臨床心理学的意義

本研究の臨床心理学的意義は2つある。第一に、児童・思春期の強迫スペクトラムに対する、支援の選択肢・バラエティを広げることに寄与したことである。本研究で取り上げた、強迫性障害とチック障害はそれぞれに支援のガイドラインが一定程度示されており(それぞれ第4章と第8章で示した)、援助の第一選択が薬物療法・行動療法ともに異なるために鑑別の必要性がしばしば唱えられる障害でもあった。しかし、実際の臨床場面では、明確に鑑別することが難しいことも同時に指摘されてきた。本研究で示した知見は、この2疾患それぞれへの支援の際に必要な工夫を取り上げたことで、結果的に双方の援助の発

展に寄与する枠組みを示すことができたことに大きな臨床心理学的意義があると言えるだろう。たとえば、強迫性障害に対しても、チック障害に対しても家族を含めたケース・フォーミュレーションの必要性や、家族療法の枠組みの応用の可能性、特有の心理過程の存在の指摘をしてきた。こういった枠組みがあることで、例えば認知行動療法を本人に実施することが困難な、スクールカウンセリングの枠組みや、教育相談室などでも、親支援という形で子どもの症状軽減に寄与する関わりができるようになるだろう。また、チックに近い衝動コントロールの問題がみられ、自我違和感が低い強迫症状に対しても、ハビット・リバーサルの手続きに、その症状の背景にある不安や強迫観念に対する行動活性化の技法を組み入れることで介入することができるかもしれない。また、強迫傾向が目立つ子どもに対して、予防的に、失敗しても平気なことや、恐怖感回避すると大きくなるけれど乗り越えれば平気なことなどを心理教育する取り組みも可能になるだろう。このように、器質的な問題を基盤として有し、医療の領域で取り上げられることが多かった強迫スペクトラムの問題に対して、臨床心理学的に様々な支援ができることを提示できたことは本研究の大きな意義だと考える。

第二に、方法論的な意義があると考えられる。本研究は実践研究を主軸として、実践研究（研究 1,3）量的研究（研究 2,4,6,7,8）、質的研究（研究 6）、事例研究（研究 3）というさまざまな方法論に基づいて強迫性障害とチック障害について検討してきた。下山（2004）は、臨床心理学の核となるのは実践活動であり、そしてその実践活動は仮説の生成と修正を循環的に繰り返していく活動であり、「実践を通しての研究」に含まれると指摘している。そのため、臨床心理学の研究は事例研究やプロセス研究、質的研究などによる「実践を通しての研究」と、アナログ研究を含めた調査研究や実験研究、一事例研究や効果検証のための研究などの「実践に関する研究」によって構成されると述べている。しかし、エビデンス・ベースド・アプローチの問題点として、実践との乖離があげられてきた（杉浦，2004；岩壁，2004）。本研究は、「エビデンスを作る」という視点からみれば、研究デザインの厳密性において限界が目立つだろう。しかし、「エビデンスを活用し、発展させる」という、研究と実践をつなぐ（Goldfried, Newman, & Castonguay, 2014）発想に基づいた研究だと位置づけることができる。こうした実践を通しての研究と実践に関する研究の循環の促進は我が国の臨床心理学において求められている試みだといえ、本研究全体の枠組みは新しい研究の発展の形として位置づけることができるだろう。



#### 15-4. 本研究の限界と今後の展望

本研究の限界として、サンプル数の少なさがあげられる、本研究では我が国ではまだ知見の蓄積が不十分な児童・思春期の強迫性障害と有病率の少なさが先行研究からも指摘されているトゥレット症候群を対象としてきたため、いずれの研究も特定の地域で行われた少人数での検討であった。そのため、本研究の結果の一般化可能性には注意が必要である。今後はより多くの対象者、複数の地域や施設での共同研究が求められる。

次に、縦断データが不十分であることがあげられる。本研究では、ある一時点での横断調査研究か、回顧式の面接調査であったが、児童・思春期の患者を対象とした支援に向けての示唆を提示している以上、長期予後への影響を調査する必要があるだろう。今後は、前向きな調査研究によって、本研究で示された示唆が支持されるかを検討する必要があるだろう。

最後に、他の発達障害、強迫スペクトラムを対象として、強迫性というものの理解を深める必要がある。本研究は強迫性障害とチック障害という2つの疾患を対象として、児童・思春期の強迫スペクトラムの理解を進めてきた。しかし、強迫スペクトラムとして挙げられてきた他の疾患との関係の検討を行うことで、次元的に強迫という現象をとらえることがよりしやすくなると考えられる。今後も、多くの疾患や健常者にみられる強迫という事象を包括して、その理解を深めていくことが重要だろう。

## 引用文献

- Abramowitz, J., Whiteside, S., & Deacon, B. (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, **36**, 55–63.
- 赤木 稔・伊藤雅彦 (1982). 小児チック症の EMG バイオフィードバック療法 バイオフィードバック研究, **9**, 32-35.
- Allen, a J., Kurlan, R. M., Gilbert, D. L., Coffey, B. J., Linder, S. L., Lewis, D. W., ... Spencer, T. J. (2005). Atomoxetine treatment in children and adolescents with ADHD and comorbid tic disorders. *Neurology*, **65**(12), 1941–1949.
- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. American Psychiatric Association.
- 新井慎一・市川宏伸・江尻真樹・渡部洋実 (2006). 児童青年期の強迫性障害の入院治療. 児童青年精神医学とその近接領域. **47**(2), 120-126.
- 荒木 光・中井康人 (1990). 罹病期間 20 年の 1 ‘トレット’ 症候群に対する行動療法. 行動療法研究, **16**, 27-36.
- 荒木隆次・大隈紘子 (1985). ハビット・リバーサル法が著効を示した 2 症例 多発性チックと肩甲骨棘音症について 行動療法研究, **11**, 51-56.
- 有澤直人 (2009) : 2004 年, トウレット症候群に関するアンケート集計 (私信).
- Azrin, N. H. & Nunn, R. G. (1973). Habit reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Research and Therapy*, **11**, 619-628.
- Baer, L. (1991). Getting Control – Overcoming your obsessions and compulsions. (越野好文・五十嵐透子・中谷英夫. (2000) (訳) 強迫性障害からの脱出. 晶文社. )
- Banaschewski, T., Woerner, W., & Rothenberger, A. (2003). Premonitory sensory phenomena and suppressibility of tics in Tourette syndrome: Developmental aspects in children and adolescents. *Developmental Medicine & Child Neurology*, **45**, 700-703.
- Barrett, P. M., Farrell, L., Pina, A. a, Peris, T. S., & Piacentini, J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*,

37(1), 131–155.

- 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**(1), 46–62.
- Bartz, J. a, & Hollander, E. (2006). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, **30**(3), 338–352.
- Bate, K. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. T., & Bhullar, N. (2011). The efficacy of habit reversal therapy for tics, habit disorders, and stuttering: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, **31**, 865-871.
- Baxter,L.R.Schwartz, J.M., Guze, B.H, et al(1990). Neuroimaging in obsessive-compulsive disorder: seeking the mediating neuroanatomy. In *Obsessive Compulsive Disorders: Theory and Management*, 2<sup>nd</sup> Edition. Edited by Jenike M.A., Baer, L., Minichiello, W.E. Chikago, IL, Year Book Medical Publishers, pp.167-188.
- Belloch, A., Del Valle, G., Morillo, C., Carrió, C., & Cabedo, E. (2009). To seek advice or not to seek advice about the problem: the help-seeking dilemma for obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **44**(4), 257–264.
- Berg, C., Rapoport, J., & Flament, M. (1986). The Leyton Obsessional Inventory- Child Version. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, **25**(1), 84–91.
- Bloch, M. H., Craiglow, B. G., Landeros-Weisenberger, A., Dombrowski, P. a, Panza, K. E., Peterson, B. S., & Leckman, J. F. (2009). Predictors of early adult outcomes in pediatric-onset obsessive-compulsive disorder. *Pediatrics*, **124**(4), 1085–1093.
- Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, a, Kelmendi, B., Coric, V., Bracken, M. B., & Leckman, J. F. (2006). A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*, **11**(7), 622–632.
- Bloch, M., Landeros-Weisenberger, A., Rosario-Campos, M. C., Pittenger, C., & Leckman, J. F. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, **165** ( 12 ) ,

1532–1542.

- Bloch, M. H., Peterson, B. S., Scahill, L., Otko, J., Katsovich, L., Zhang, H., & Leckman, J. F. (2006). Adulthood Outcome of Tic and Obsessive-Compulsive Symptom Severity in Children with Tourette Syndrome. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, **160**(1), 65–69.
- Boersma, K., Hengst, S. D., Dekker, J., & Emmelkamp, P. M. (1976). Exposure and response prevention in the natural environment: a comparison with obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*, **14**(1), 19–24.
- Boudjouk, P. J., Woods, D. W., Miltenberger, R. G., & Long, E. S. (2000). Negative peer evaluation in adolescents: Effects of tic disorders and trichotillomania. *Child & Family Behavior Therapy*, **22**, 17–28.
- Carr, J. E., & Chong, I. M. (2005). Habit reversal treatment of tic disorders: a methodological critique of the literature. *Behavior Modification*, **29**(6), 858–875.
- Cardona, F., Romano, A., Bollea, L., & Chiarotti, F. (2004). Psychopathological problems in children affected by tic disorders - study on a large Italian population. *European Child & Adolescent Psychiatry*, **13**(3), 166–171.
- Carroll, A., Robertson, M.M.(2000) : *Tourette Syndrome: A Practical Guide for Teachers.*, NewYork, David Fulton Publishers. 高木道人(訳) 2007 トウレット症候群の子供の理解とケア 教師と親のためのガイド, 東京, 明石書店.
- Cath, D. C., Hedderly, T., Ludolph, A. G., Stern, J. S., Murphy, T., Hartmann, A., Czernecki V., Robertson, M. M, Martino, D, Munchau, A, Rizzo, R & the ESSTS Guidelines Group (2011). European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part I: assessment. *European Child and Adolescent Psychiatry*, **20**, 155-171.
- Cavanna, A. E., Schrag, A., Morley, D., Orth, M., Robertson, M. M., Joyce, E., ... Selai, C. (2008). The Gilles de la Tourette syndrome-quality of life scale (GTS-QOL): development and validation. *Neurology*, **71**(18), 1410–1416.
- Cavanna, A., & Servo, S. (2009). The behavioral spectrum of Gilles de la Tourette syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, **21**, 13–23.
- Chabane, N., Delorme, R., Millet, B., Mouren, M.-C., Leboyer, M., & Pauls, D. (2005).

- Early-onset obsessive-compulsive disorder: a subgroup with a specific clinical and familial pattern? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, **46**(8), 881–887.
- Clark, D.A. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. New York, Guilford Press.
- Clomipramine Collaborative Study Group. (1991) . Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, **48**(8), 730-738.
- Cohen, E., Sade, M., Benarroch, F., Pollak, Y., & Gross-Tsur, V. (2008). Locus of control, perceived parenting style, and symptoms of anxiety and depression in children with Tourette's syndrome. *European Child & Adolescent Psychiatry*, **17**(5), 299–305.
- Conelea, C. a, Woods, D. W., Zinner, S. H., Budman, C., Murphy, T., Scahill, L. D., ... Walkup, J. (2011). Exploring the Impact of Chronic Tic Disorders on Youth: Results from the Tourette Syndrome Impact Survey. *Child Psychiatry and Human Development*, **42**(2), 219-242.
- Cook, C. R., & Blacher, J. (2007). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Tic Disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, **14**(3), 252–267.
- Cooper, J. (1970). The Leyton obsessional inventory. *Psychological Medicine*. **1**(1), 48-64.
- Cooper, C., Robertson, M. M., & Livingston, G. (2003). Psychological morbidity and caregiver burden in parents of children with Tourette's disorder and psychiatric comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **42**(11), 1370–1375.
- Deckersbach, T., Rauch, S., Buhlmann, U., & Wilhelm, S. (2006). Habit reversal versus supportive psychotherapy in Tourette's disorder: a randomized controlled trial and predictors of treatment response. *Behaviour Research and Therapy*, **44**(8), 1079–1090.
- Dell'Osso, B., Benatti, B., Buoli, M., Altamura, a C., Marazziti, D., Hollander, E., ... Zohar, J. (2013). The influence of age at onset and duration of illness on long-term outcome in patients with obsessive-compulsive disorder: A report from the

- International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS).  
*European Neuropsychopharmacology*, **23**(8),865-871.
- Dell’Osso, B., Buoli, M., Hollander, E., & Altamura, a C. (2010). Duration of untreated illness as a predictor of treatment response and remission in obsessive-compulsive disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, **11**(1), 59–65.
- 傳田健三(2006). 子どもの強迫性障害. 原田誠一 (編). 強迫性障害治療ハンドブック. 金剛出版. pp.267-278.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D. & Reid, R.(1998). ADHD Rating Scale–IV : Checklists, Norms, and Clinical Interpretation, The Guilford Press, New York (市川宏伸, 田中康雄監修, 坂本律訳: 診断・対応のための ADHD 評価スケール ADHD-RS (DSM 準拠) チェックリスト, 標準値とその臨床的解釈. 明石書店, 東京, 2008)
- Dutta, N., & Cavanna, A. (2013). The effectiveness of habit reversal therapy in the treatment of Tourette syndrome and other chronic tic disorders: a systematic review. *Functional Neurology*, **28**(1), 7–12.
- Eddy, C. M., & Cavanna, A. E. (2013). “It”’s a curse!': coprolalia in Tourette syndrome. *European Journal of Neurology: The Official Journal of the European Federation of Neurological Societies*, 1–4.
- Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R., & Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, **24**(8), 1011–1030.
- Eddy, C., Rizzo, R., Gulisano, M., Agodi, A., Barchitta, M., Cali, P., ... Cavanna, A. (2011). Quality of life in young people with Tourette syndrome: a controlled study. *Journal of Neurology*, **258**(2), 291–301.
- Eichstedt, J., & Arnold, S. (2001). Childhood-onset obsessive-compulsive disorder: a tic-related subtype of OCD? *Clinical Psychology Review*, **21**(1), 137–157.
- Essau, C. A, Ishikawa, S., & Sasagawa, S. (2011). Early Learning Experience and Adolescent Anxiety: A Cross-Cultural Comparison Between Japan and England. *Journal of Child and Family Studies*, **20**(2), 196–204.
- Fernández de la Cruz, L., Micali, N., Roberts, S., Turner, C., Nakatani, E., Heyman, I.,

- & Mataix-Cols, D. (2013). Are the symptoms of obsessive-compulsive disorder temporally stable in children/adolescents? A prospective naturalistic study. *Psychiatry Research*, **209**(2), 196–201.
- Ferrão, Y. A., Shavitt, R. G., Prado, H., Fontenelle, L. F., Malavazzi, D. M., de Mathis, M. A. Hounie, A. G., Miguel, E. C. & do Rosário, M. C. (2012). Sensory phenomena associated with repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder: An exploratory study of 1001 patients. *Psychiatry Research*, **30**(197), 253–258.
- Flament, M.F., & Cohen, D.(2002). Child and adolescent obsessive- compulsive disorder: a review. Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A., & Zohar, J. Obsessive compulsive disorder. John Wiley & Sons Ltd, 147-183.
- Flament, M., Whitaker, A., Rapoport, J., Davies, M., Berg, C. Z., Kalikow, K., ...& Shaffer, D. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent*, **27**(6), 764–771.
- Foa, E.B., Goldstein, A.(1978). Continuous exposure and complete response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Behavior Therapy*, **9**(5), 821–829.
- Franklin, M. E., Best, S. H., Wilson, M. a., Loew, B., & Compton, S. N. (2011). Habit Reversal Training and Acceptance and Commitment Therapy for Tourette Syndrome: A Pilot Project. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, **23**(1), 49–60.
- Franklin M.E., Kozak M.J., Cashman L.A., Coles M.E., Rheingold A.A., Foa E.B. (1998). Cognitive-behavioral treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: an open clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **37**(4), 412-419.
- Franklin, M. E., Sapyta, J., Freeman, J. B., Khanna, M., Compton, S., Almirall, D., ...& March, J. S. (2011). Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) randomized controlled trial. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, **306**(11), 1224–1232.
- Freeman,C.P., Trimble, M.R., Deakin, J.F., Stokes, T.M., Ashford, J.J.(1994). Fluvoxamine versus clomipramine in the treatment of obsessive compulsive

- disorder: a multicenter, randomized, double-blind, parallel group comparison. *Journal of Clinical Psychiatry*, **55**(7), 301-305.
- 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**(5), 593–602.
- Freeman, R. D., Fast, D. K., Burd, L., Kerbeshian, J., Robertson, M. M., & Sandor, P. (2000). An international perspective on Tourette syndrome: selected findings from 3,500 individuals in 22 countries. *Developmental Medicine and Child Neurology*, **42**(7), 436–447.
- Freeman, R. D., Zinner, S. H., Müller-Vahl, K. R., Fast, D. K., Burd, L. J., Kano, Y., ... Berlin, C. M. (2009). Coprophenomena in Tourette syndrome. *Developmental Medicine and Child Neurology*, **51**(3), 218–227.
- Friedrich, S., Morgan, S. B., & Devine, C. (1996). Children's Attitudes and Behavioral Intentions Toward a Peer with Tourette Syndrome. *Journal of Pediatric Psychology*, **21**, 307-319.
- Friedman, S.(1980). Self-control in the treatment of Gilles de la Tourette's Syndrome: Case study with 18 months follow-up. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, **48**, 400-402.
- Frydman, I., do Brasil, P. E., Torres, A. R., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. a, Rosário, M. C., ... & Fontenelle, L. F. (2013). Late-onset obsessive-compulsive disorder: Risk factors and correlates. *Journal of Psychiatric Research*, **49**, 68-74.
- 深谷和子・今友里恵・富井麻美 (2006). チック症状のある小5 女兒と自分の中に未解決の課題をもっていた母親. 東京成徳大学臨床心理学研究 **6**, 23-40
- Fullana, M.A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J.R., Moffitt, T.E., & Poulton, R. (2009). Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. **166**(3), 329-336.
- 福原綾子・三戸宏典・山西恭輔・向井馨一郎・柳澤嘉伸・中嶋章浩・前林憲誠・林田和久・山田恒・松永寿人(2013). トウレット障害を併存する強迫性障害の臨床像：第1報 併



- 存による臨床像への影響に関する多角的検討. *精神医学*, **55**(11), 1063-1071.
- Gava I., Barbui C., Aguglia E., Carlino D., Churchill R., De Vanna M., McGuire H. (2007). Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **2**, CD005333.
- Geller, D., Biederman, J., Faraone, S., Agranat, A., Craddock, K., Hagermoser, L., ... & Coffey, B. (2001). Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents, and adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **189**(7), 471-477.
- Gilbert, D. (2006). Treatment of children and adolescents with tics and Tourette syndrome. *Journal of child neurology*, **21**, 690-700.
- Ginsburg, G. S., Kingery, J. N., Drake, K. L., & Grados, M. A. (2008). Predictors of Treatment Response in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of american academy of child and adolescent psychiatry*, **47**(8), 868-878.
- Goldberg, D.P., Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, **9**, 139-145.
- Golder, T. (2010). Tourette syndrome: information for school nurses. *The Journal of School Nursing: The Official Publication of the National Association of School Nurses*, **26**(1), 11-17.
- Goldfried, M., Newman, M., & Castonguay, L. (2014). On the dissemination of clinical experiences in using empirically supported treatments. *Behavior Therapy*, **45**, 3-6.
- Greene, D. J. & Schlaggar, B. L.(2012). Insights for treatment in Tourette syndrome from fMRI. *Trends in Cognitive Sciences*, **16**, 15-16.
- 芳賀彰子・久保千春 (2006) .注意欠陥／多動性障害, 広汎性発達障害児をもつ母親の不安・うつに関する心身医学的検討. *心身医学*, **46**(1),75-86.
- 原田誠一 (2014). 気分障害と不安障害の治療において. *こころの科学*, **178**, 58-66.
- 原田誠一(2006). 強迫性障害のデータベース up to date. 原田誠一 (編). 強迫性障害治療ハンドブック. 金剛出版. pp.13-63.
- Harris, E., & Wu, S. (2010). Children with tic disorders : How to match treatment with symptoms. *Current Psychiatry*, **9**(3), 29-36.
- 服部淳子・山本貴子・岡田由香・山口桂子 (2007) .小児がん患児の闘病体制形成・維持段

- 階における母親の心理的プロセス. 愛知県立看護大学紀要, 13, 1-8.
- 林陽子・吉橋由香・岡田涼・谷伊織・大西将史・中島俊思・松本かおり・土屋賢治・辻井正次. (2012). 小・中学生の強迫傾向に関する調査—Leyton Obsessional Inventory-Child Version (LOI-CV) 日本語版による検討—. 児童青年精神医学とその近接領域, **53**(1), 1-10.
- Himle, M. B., Freitag, M., Walther, M., Franklin, S. A., Ely, L., & Woods, D. W. (2012). A randomized pilot trial comparing videoconference versus face-to-face delivery of behavior therapy for childhood tic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, **50**, 565-570.
- Himle, M. B., Olufs, E., Himle, J., Tucker, B. T. P., & Woods, D. W. (2010). Behavior Therapy for Tics via Videoconference Delivery: An Initial Pilot Test in Children. *Cognitive and Behavioral Practice*, **17**(3), 329-337.
- Himle, M. B., Woods, D. W., Piacentini, J. C., & Walkup, J. T. (2006). Brief review of habit reversal training for Tourette syndrome. *Journal of Child Neurology*, **21**(8), 719-725.
- Hollander, E. (1993). Obsessive Compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiatric Annuals*, **23**, 355-358.
- Hollander, E. (1998). Treatment of obsessive compulsive spectrum disorders with SSRIs. *The British Journal of Psychiatry*, Supplement, **35**, 7-12.
- Hollander, E., Friedberg J.P., Wasserman S, Yeh, C.C., & Iyengar, R. (2005). The case for the OCD spectrum. In: Abramowitz JS, Houts AC, editors. Handbook of controversial issues in obsessive-compulsive disorder. Kluwer Academic Press, 95-118.
- Hollandsworth J.G. & Bausinger, L. (1978) Unsuccessful use of massed practice in the treatment of Gilles de la Tourette 's syndrome. *Psychological Reports*. **43**, 671-677
- Holtz K.D., Tessman G.K.,(2007). Evaluation of a Peer-focused Intervention to Increase Knowledge and Foster Positive Attitudes Toward Children with Tourette Syndrome. *Journal of Developmental and Physical Disabilities.*, **19**, 531-542.
- Honjo, S., Hirano, C., Murase, S., Kaneko, T., Sugiyama, T., Ohtaka, K., ... Wakabayashi, S. (1989). Obsessive-compulsive symptoms in childhood and

- adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **80**(1), 83–91.
- Horesh, N., Zimmerman, S., Steinberg, T., Yagan, H., & Apter, A. (2008). Is onset of Tourette syndrome influenced by life events? *Journal of Neural Transmission*, **115**(5), 787–793.
- 星加明德 (2010). チックとトゥレット症候群がよくわかる本. 講談社.
- 市川宏伸 (2004). 子どもの精神科医療の現状. 市川宏伸・内山登紀夫・広沢郁子 (編) 子どものこころのケア. SOSを見逃さないために. 永井書店. Pp.3-10.
- 飯倉康郎 (1999). 強迫性障害の治療ガイド. 二瓶社
- 池田健(2002). 強迫スペクトラム障害. こころの科学, **10**(4), 62-66.
- 今野正良(2009) 家族支援と親の会 (1) 家族支援, 親の会の意義. In : 宮本信也・石塚謙二・西牧謙吾・柘植雅義・青木健監修, 土橋圭子・今野正良・廣瀬由美子・渡邊慶一郎編: 特別支援教育の基礎. 東京書籍, pp. 309–312.
- 今尾真弓 (2004) 慢性疾患患者におけるモーニング・ワークのプロセス: 段階モデル・慢性的悲哀(chronic sorrow)への適合性についての検討. 発達心理学研究, **15**, 150–161.
- 石塚謙二 (2009). 特別支援教育の意義と制度. 宮本信也・石塚健二・西牧謙吾・柘植雅義・青木建(監修) 土橋圭子・今野正良・廣瀬由美子・渡邊慶一郎(編) 特別支援教育の基礎 確かな支援のできる教師・保育士になるために, 東京, 東京書籍. p.25-32.
- 岩壁茂 (2004). 効果研究. In 下山晴彦(編)臨床心理学の新しいかたち. 誠信書房.p. 180-202.
- 岩崎久志・海蔵寺陽子 (2007) 軽度発達障害児をもつ親への支援. 流通科学大学論集一人間・社会・自然編一, **20**; 61–73.
- Jankovic, J. (2001). Tourette's Syndrome. *The New England Journal of Medicine*, **345**(16), 1184–1192.
- Jeon, S., Walkup, J. T., Woods, D. W., Peterson, A., Piacentini, J., Wilhelm, S., ... Scahill, L. (2013). Detecting a clinically meaningful change in tic severity in Tourette syndrome : A comparison of three methods. *Contemporary Clinical Trials*, **36**(2), 414–420.
- 金子幾之輔 (2008) まばたきチックに対する行動療法的アプローチ. 桜花学園大学人文学部研究紀要, **10**, 47-58.
- 神澤創・尾崎孝子(1996). 思春期前期チック症男児の治療例. 心身医学 **36**(8), 685-689.

- 金生由紀子(2005). トウレット症候群の遺伝研究. 脳と精神の医学, 16(3),151-160.
- 金生由紀子 (2006). チック—児童期から青年期にかけて—. 精神科治療学. **21**, 257-263.
- 金生由紀子(2007). 強迫スペクトラム障害. 子どもの心とからだ, **16**(1.2), 6-10.
- 金生由紀子 (2008) チック障害・トウレット障害. 精神科治療学, **23** ; 223-228.
- 金生由紀子(2009). トウレット障害—強迫性と衝動性—. 分子精神医学, **9**(2), 213-215.
- 金生由紀子(2011).トウレット症候群を中心に motoric 強迫スペクトラム障害の捉え方・概念について. *Bulletin of Depression and Anxiety Disorders*. **9**,(1),6-8.
- 金生由紀子・川久保友紀・松田なつみ・野中舞子・石井礼花・蔦森絵美・濱田純子・森田健太郎. (2013). 強迫性と衝動性の観点から見た精神医学的障害の早期発見と早期介入：児童期から成人期への連続性・不連続性の解明. 神尾陽子 (編). 精神医学的障害の早期発見と早期介入：児童期から成人期への連続性・不連続性の解明研究. (主任研究者：神尾陽子). 総括・分担研究報告書. pp.
- Kano, Y., Ohta, M., Nagai, Y., & Scahill, L. (2010). Association between Tourette syndrome and comorbidities in Japan. *Brain & Development*, **32**(3), 201–207.
- 川上保之(2012). 精神科診療所における児童思春期臨床. 山内俊雄・作田亮一・井原裕 (監修) 埼玉子どものこころ臨床研究会 (編) 子どものこころ医療ネットワーク. 批評社. Pp. 16-22.
- 川野通夫・高山 巖・山中 隆夫・永田 美和喜・ 金久 卓 (1975). 行動療法による眼瞼チックの治療. 精神身体医学, **15**, 150-158.
- Khalifa, N., Dalan, M., & Rydell, A.M. (2010). Tourette syndrome in the general child population: cognitive functioning and self- perception. *Nordic journal of psychiatry*, **64**, 11-18.
- Khalifa N & von Knorring AL (2003). Prevalence of tic disorders and Tourette syndrome in a Swedish school population. *Developmental medicine and child neurology*, **45**, 315-319.
- Kiliç, E. Z., Kiliç, C., & Yilmaz, S. (2008). Is anxiety sensitivity a predictor of PTSD in children and adolescents? *Journal of Psychosomatic Research*, **65**(1), 81–86.
- 木下康仁(2007a). ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 弘文堂.
- 木下康仁(2007b) 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA) の分析技法.

- 富山大学看護学会誌, 6, 1-10.
- 小平かやの (2006) 慢性疾患を抱える子どもたちのこころの問題—神経疾患を中心に—.  
小児内科, 38;63-66.
- 小平雅基 (2014) . 特集 : 子どもの精神療法 強迫性障害. 児童青年精神医学とその近接領域, 55(2), 152-159.
- 小平雅基 (2012). 子どもの OCD の診断の進め方. 齋藤万比呂・金生由紀子(編). 子どもの強迫性障害 診断・治療ガイドライン. 星和書店. pp.25-30.
- 小平雅基 (2007). 児童思春期の強迫性障害における行動療法の実際. 児童青年精神医学とその近接領域, 48(3), 243-251.
- 小林 奈穂美・原井 宏明 (2013) . 思春期強迫性障害に対する暴露反応妨害法による治療過程 : 治療導入時および症状改善までの動機づけに重点を置いた事例. 行動療法研究, 39(1), 64-65.
- 小林奈穂美・五十嵐透子 (2013) . 思春期の強迫性障害に対する"チーム"治療の必要性の検討. 行動療法研究, 39(2), 111-120.
- 厚生労働省(2011). 子どもの心の診療拠点病院の整備に関する有識者会議報告書.  
( <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001glho-att/2r9852000001gm74.pdf> ,  
2014年8月取得。)
- Kovacs,M.(2003). Children's Depression Inventory: Technical manual update. New York, Multi-Health Systems.
- Kurlan R., McDermott M.P., Deeley C., Como P.G., Brower C., Eapen S., Andersen E. M., Miller B. (2001). Prevalence of tics in schoolchildren and association with placement in special education., *Neurology*, 57, 1383-1388.
- 桑田左絵・神尾陽子 (2004). 発達障害児をもつ親の障害受容過程—文献的検討から—. 児童青年精神医学とその近接領域, 45 ; 325-343.
- Labad, J., Manuel J.M., Alonso, P., Segalas, C., Jimenez, S., Jaurrieta, N., Leckman, J.F.,& Vallejo, J.(2008). Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depression and Anxiety*,25(10), 832-838.
- Lack, C. W., Storch, E. a, Keeley, M. L., Geffken, G. R., Ricketts, E. D., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2009). Quality of life in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: base rates, parent-child agreement, and clinical

- correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **44**(11), 935–942.
- Lahey, B.B. McNees, M.P. & McNees, MC. (1973). Control of an obscene “VERBAL TIC” through timeout in an elementary school classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **6**(1), 101–104.
- Leckman, J. F. (2002). Tourette’s syndrome, *Lancet*, **360**, 1577–1586.
- Leckman, J., Bloch, M., & King, R. (2009). Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: a developmental perspective. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, **11**, 21–33.
- Leckman, J. F., Denys, D., Simpson, H. B., Mataix-Cols, D., Hollander, E., Saxena, S., Miguel, E. C., Rauch, S. L., Goodman, W. K., Phillips, K.A. & Stein, D. J. (2010). Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depression and Anxiety*, **27**(6), 507–527.
- Leckman, J. F., Hardin, M. T., Riddle, M. A., Stevenson, J., Ort, S. I., & Cohen, D. J. (1991). Clonidine treatment of Gilles de la Tourette's syndrome. *Archives of General Psychiatry*, **48**(4), 324-328.
- Leckman, J. F., Riddle, M. A., Hardin, M. T., Ort, S. I., Swartz, K. L., Stevenson, J. & Cohen, D.J. (1989). The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **28**, 566–573.
- Leckman, J. F., Walker, D. E., & Cohen, D. J. (1993). Premonitory urges in Tourette's syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, **150**, 98-102.
- 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**(6), 429-439.
- Linden, D.E. (2006). How psychotherapy changes the brain--the contribution of functional neuroimaging. *Molecular Psychiatry*, **11**, 528–538.
- Lochner, C., Hemmings, S. M. J., Kinnear, C. J., Niehaus, D. J. H., Nel, D. G., Corfield, V. A, Moolman-Smook, J.C., Seedat, S & Stein, D. J. (2005). Cluster analysis of

- obsessive-compulsive spectrum disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *Comprehensive Psychiatry*, **46**(1), 14–19.
- Lochner, C., & Stein, D. J. (2006). Does work on obsessive-compulsive spectrum disorders contribute to understanding the heterogeneity of obsessive-compulsive disorder? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, **30**(3), 353–361.
- 前林憲誠・松永寿人・松井徳造・林田和久・興野健也・大矢健造・切池信夫 (2006). SSRI 反応性が良好な強迫性障害患者の臨床的特徴—反応性不良を示した一群との比較—。強迫性障害の研究, 7, 37-44.
- Mansueto, C. S., & Keuler, D. J. (2005). Tic or compulsion?: it's Tourettic OCD. *Behavior Modification*, **29**(5), 784–799.
- March, J. S. (1995). Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with OCD: a review and recommendations for treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **34**(1), 7–18.
- March, J.S., Frances, A., Carpenter, D & Kahn, D.A. (1997).The expert consensus guideline series: Treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, **58**, supplement 4 , 1-72. (大野裕訳 (1999). エキスパートコンセンサスガイドライン—強迫性障害 (OCD) の治療. ライフサイエンス.)
- March, J. S., Franklin, M. E., Leonard, H., Garcia, A., Moore, P., Freeman, J., & Foa, E. (2007). Tics moderate treatment outcome with sertraline but not cognitive-behavior therapy in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, **61**(3), 344–347.
- March, J.S., & Mulle K. (2006). OCD in children and adolescents: a cognitive-behavioral treatment manual. GuilfordPress. (原井宏明・岡嶋美代訳 (2008). 認知行動療法による子どもの強迫性障害治療プログラム. 岩崎学術出版社.)
- Marcks, B., Berlin, K., Woods, D., & Davies, W. H. (2007). Impact of Tourette Syndrome: a preliminary investigation of the effects of disclosure on peer perceptions and social functioning. *Psychiatry*, **70**(1), 59–67.
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Bertini, N., Milantoni, L., & Arcangeli, F. (2005). A naturalistic study of referred children and adolescents with obsessive-compulsive

- disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **44**(7), 673–681.
- Mataix-Cols, D., Marks, I. M., Greist, J. H., Kobak, K. A., & Baer, L. (2002). Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **71**(5), 255–262.
- Mataix-Cols, D., Pertusa, A., & Leckman, J. F. (2007). Issues for DSM-V: how should obsessive-compulsive and related disorders be classified? *American Journal of Psychiatry*, **164**(9), 1313–1314.
- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Manzo, P. A., Jenike, M. A., & Baer, L. (1999). Outcome With Serotonin Reuptake Inhibitors and Placebo in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder, *American Journal of Psychiatry*, **156**, 1409–1416.
- Matsuda N., Kono T., Nonaka M., Fujio M., Kano Y.(2013). Tic Suppression and Coping Strategies by Individuals with Tourette's Disorder: Perceived Tic Rebound Effect and Effect on Quality of Life. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 60's annual meeting scientific proceedings*, 219-220.
- 松永寿人(2007). Obsessive-Compulsive spectrum disorders (強迫スペクトラム障害) の概念と今後の展望. *精神科治療学*. **22**(5),499-507.
- 松永寿人(2009). 強迫性障害の疫学と治療. *精神療法*, **35**(6), 701-711.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Matsui, T., Oya, K., Okino, K., & Stein, D. J. (2005). Impulsive disorders in Japanese adult patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, **46**(1), 43–49.
- 松永寿人(2011). 強迫スペクトラム障害の概要, そして動向. *Bulletin of Depression and Anxiety Disorders*, **9** (1), 3-5.
- 松永寿人(2012). DSM - 5 ドラフトにおける強迫性障害の動向. *臨床精神医学*, **41**(5), 589-595.
- 松永寿人・切池信夫・大矢健造・守田嘉男・中井丈夫・福居顕二・山下達久・吉田卓史・多賀千明・岸本年史・徳山明広・洪基朝・米田博・西田勇彦・稲田泰之・木下利彦・柳生隆視・越智友子・武田雅俊・中尾和久・渡邊章・前田潔・千郷雅史・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*, **46** (6), 629-637.
- Matthey, S. & Petrovski, P.(2002). The Children's Depression Inventory: error in cutoff scores for screening purposes. *Psychological Assessment*, **14**(2), 146-149.
- McGuire, J. F., Hanks, C., Lewin, A. B., Storch, E. a, & Murphy, T. K. (2013). Social deficits in children with chronic tic disorders: phenomenology, clinical correlates and quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, **54**(7), 1023–1031.
- 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**(1), 24–27.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, (4), 273–280.
- Millet, B., Kochman, F., Gallarda, T., Krebs, M. O., Demonfaucon, F., Barrot, I., ... & Hantouche, E. G. (2004). Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *Journal of Affective Disorders*, **79**, 241–246.
- 宮下照子(1986). チックに対するセルフモニタリング法の利用 行動療法研究, **11**, 127-134.
- 三浦正江・坂野雄二・上里一郎 (2000) . チックを主訴とする小学生に漸進的筋弛緩法を適用した症例について カウンセリング研究, **33**, 315-322.
- 水野貴子・中村菜穂・服部淳子・岡田由香・山口桂子・松本博子 (2002). 小児がん患児の入院初期段階における母親役割の変化と家族の闘病体制形成プロセス (第1報). *日本小児看護学会誌*, **11**, 23–30.
- Müller-Vahl, K. R., Cath, D. C., Cavanna, A. E., Dehning, S., Porta, M., Robertson, M. M., Visser-Vandewalle, V., & the ESSTS Guidelines Group.(2011). European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part IV: deep brain stimulation. *European Child and Adolescent Psychiatry*, **20**, 209-217.
- Mundo, E., Maina, G., Uslenghi, C. (2000). Multicentre, double-blind, comparison of fluvoxamine and clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *International Clinical psychopharmacology*, **15**(2), 69-76.

- 村山ヤスヨ・細谷紀江・村上正人・桂 戴作 (1990). 母親に対する行動修正が奏効したチックおよび強迫行動の1症例 心身医療, **2**, 568-570.
- Nabeyama M., Nakagawa A., Yoshiura T., Nakao T., Nakatani E., Togao O., Yoshizato C., Yoshioka K., Tomita M., Kanba S.(2008). Functional MRI study of brain activation alterations in patients with obsessive-compulsive disorder after symptom improvement. *Psychiatry Research*, **163**(3), 236-247.
- 中川 泰彬・大坊 郁夫(1985) 日本版 GHQ 精神保健調査票手引き, 日本文化科学社.
- 中前貴 (2011). OCD の多様性と薬物療法—強迫スペクトラム障害との関連をふまえて—. 精神神経学誌. **113**(10), 1016-1025.
- 中村伸一 (2006). 強迫行為をいかにす. 原田誠一 (編). 強迫性障害治療ハンドブック. 金剛出版. pp. 349-353.
- 中根秀之 (2006). 神経症圏障害の疫学. 臨床精神医学, **35**(6), 629-637.
- 中尾智博 (2009). 強迫スペクトラム障害と衝動性. 分子精神医学, **9**(4), 327-334.
- 中尾智博・神庭重信 (2006). 強迫性障害の薬物療法. 原田誠一 (編). 強迫性障害治療ハンドブック. 金剛出版. pp.204-227.
- 中谷江利子 (2006). 子どもの強迫性障害への認知行動療法. 児童青年精神医学とその近接領域, **47**(2), 100-105.
- Nakatani, E., Nakagawa, A., Nakao, T., Yoshizato, C., Nabeyama, M., Kudo, A., ... & Kawamoto, M. (2005). A randomized controlled trial of Japanese patients with obsessive-compulsive disorder—effectiveness of behavior therapy and fluvoxamine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **74**(5), 269–276.
- 中田洋二郎 (1995) .親の障害の認識と受容に関する考察—受容の段階説と慢性的悲哀. 早稲田心理学年報, **27**, 83-92.
- 夏堀撰 (2001). 就学前期における自閉症児の母親の障害受容過程. 特殊教育学研究, **39**, 11-22.
- Nestadt G., Di C.Z., Riddle, M.A., Grados, M.A., Greenberg, B.D., Fyer, A.J., McCracken, J.T., ...& , Roche K.B. (2009). Obsessive-compulsive disorder: subclassification based on co-morbidity. *Psychological Medicine*, **39**(9), 1491–1501.
- 西川 潔 (1986). 小児チック症の EMG バイオフィードバック療法 バイオフィードバック研究, **13**, 34-40.

- 西村詩織・平林恵美・慶野遥香・石津和子・吉田沙蘭・下山晴彦(2009). 特集：子どもの強迫性障害に対する認知行動療法プログラムの開発研究 第2部 子どもと若者を強迫から救い出すプログラム（改訂版）. 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース紀要第32集, 128-135.
- Nomoto, F., & Machiyama, Y. (1990). An epidemiological study of tics. *The Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, *44*(4), 649-655.
- 野中舞子・松田なつみ・河野稔明・藤尾未由希・金生由紀子 (2013). チック症状自記式尺度の活用可能性 —妥当性の検討と、認知行動療法実施への活用—. 第54回日本児童青年精神医学会総会抄録集, 428.
- 能智正博 (2005) 質的データの分析技法. In: 伊藤哲治・能智正博・田中共子編：動きながら識る, 関わりながら考える. ナカニシヤ出版, pp. 119-125.
- O'Connor, K. P. (2001). Clinical and psychological features distinguishing obsessive-compulsive and chronic tic disorders. *Clinical Psychology Review*, *21*(4), 631-660.
- O'Connor, K. (2002). A cognitive-behavioral/psychophysiological model of tic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(10), 1113-1142.
- O'Connor, K. P., Brault, M., Robillard, S., Loiselle, J., Borgeat, F., & Stip, E. (2001). Evaluation of a cognitive-behavioural program for the management of chronic tic and habit disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 667-681.
- O'Connor, K. P., Laverdure, A., Taillon, A., Stip, E., Borgeat, F., & Lavoie, M. (2009). Cognitive behavioral management of Tourette's syndrome and chronic tic disorder in medicated and unmedicated samples. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(12), 1090-1095.
- 小倉加奈子・野中舞子・砂川芽吹・矢野玲奈・下山晴彦 (2014). 発達障害を有する子どもの強迫性障害への認知行動療法——最新の文献レビューから—— 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース紀要, *37*, 34-40.
- 岡嶋美代・橋本加代・野口由香・原井宏明 (2007). 強迫性障害の治療アウトカム. 精神科治療学, *22*(5), 509-516.
- 岡嶋美代・原井宏明 (2005). P2B-27 児童・思春期における強迫性障害と治療効果：菊池病院における治療成績(ポスター発表 4(不安・抑うつ・精神医療),人間科学としての行

- 動療法の展開). 日本行動療法学会大会発表論文集, 31, 428-429.
- 岡嶋美代・原井宏明 (2009). OS-3-1 児童思春期の強迫性障害の治療成績 : 思春期集団集中治療と他との比較. 日本行動療法学会大会発表論文集, 35,212-213.
- O’Kearney, R.T.(2007). Benefits of Cognitive–Behavioural Therapy for Children and Youth with Obsessive–Compulsive Disorder: Re-Examination of the Evidence. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41: 199-212,
- O’Kearney, R.T., Anstey, K.J. & von Sanden, C. (2006). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD004856.
- 小野瑠美子 (1989). 認知行動療法の効果の相関的分析: 神経症性チックに対する学習理論の応用 東洋大学児童相談研究, 8, 34-41.
- Ono, Y., Furukawa, T., Shimizu, E., Okamoto, Y., Nakagawa, A., Fujisawa, D., ... & Nakajima, S. (2011). Current status of research on cognitive therapy/cognitive behavior therapy in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65, 121–129.
- 大隈紘子 (2009) 行動療法で強迫性障害は治せるし、誰でも治せることが分かるまで. 精神療法, 35(6), 62-63.
- P, L.(2005). Tic-Related School Problems : Impact on Functioning, Accommodations, and Interventions. *Behavior Modification*, 29, 876-899.
- Pauls, D. L., Raymond, C. L., Stevenson, J. M., & Leckman, J. F. (1991). A family study of Gilles de la Tourette syndrome. *American Journal of Human Genetics*, 48(1), 154–163.
- Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 292(16), 1969–1976.
- Phillips, K. A, Stein, D. J., Rauch, S. L., Hollander, E., Fallon, B. A, Barsky, A., Fineberg, N. Mataix-Cols, D. Ferrão, Y. A., Saxena,S. Wilhelm, S., Kelly, M. M., Clark, L. A.,Pinto, A., Bienvenu,.O.J. Farrow, J., & Leckman, J. (2010). Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V?

*Depression and Anxiety*, 27(6), 528–555.

- Piacentini, J., Woods, D. W., Scahill, L., Wilhelm, S., Peterson, A. L., Chang, S., ... Walkup, J. T. (2010). Behavior therapy for children with Tourette disorder: a randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 303(19), 1929–1937.
- Rasmussen, S.A., & Eisen, J.L. (1988). Clinical and epidemiologic findings of significance to neuropharmacologic trials in OCD, *Psychopharmacology bulletin*, 24 (3), 466-470.
- Rauch, S.L., Cora-Locatelli, G. & Greenberg, B.D. (2002). Pathogenesis of Obsessive-Compulsive Disorder. 山下さおり (訳) 強迫性障害の病因論. Stein, D.J. & Hollander, E. (2002). Textbook of anxiety disorders. 樋口輝彦・久保木富房・貝谷久宣・坂野雄二・野村忍・不安抑うつ臨床研究会(監訳) (2005, 監訳) . 不安障害, 日本評論社. Pp.206- 221.
- Reese, H. E., Timpano, K. R., Siev, J., Rowley, T., & Wilhelm, S. (2010). Behavior Therapy for Tourette’s Syndrome and Chronic Tic Disorder: A Web-Based Video Illustration of Treatment Components. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 16–24.
- Robertson, M. M. (2000). Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment.. *Brain*.123, 425-462.
- Robertson, M. M., Williamson, F., & Eapen, V. (2006). Depressive symptomatology in young people with Gilles de la Tourette Syndrome-- a comparison of self-report scales. *Journal of Affective Disorders*, 91(2-3), 265–268.
- Roessner, V., Plessen, K. J., Rothenberger, A., Ludolph, A. G., Rizzo, R., Skov, L., Strand, G., Stern, J. S., Termine, C., Hoekstra, P. J., & the ESSTS Guidelines Group.(2011). European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part II: pharmacological treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 173-196.
- Rosario-Campos, M. C., Leckman, J. F., Curi, M., Quatrano, S., Katsovitch, L., Miguel, E. C., & Pauls, D. L. (2005). A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics* :

- The Official Publication of the International Society of Psychiatric Genetics, 136B(1), 92–97.*
- Rosario-Campos, M. C., Prado, H. S., Borcato, S., Diniz, J. B., Shavitt, R. G., Hounie, A. G., ... Miguel, E. (2009). Validation of the University of São Paulo Sensory Phenomena Scale: initial psychometric properties. *CNS Spectrums, 14(6)*, 315–323.
- Ross, C.J., Davis, T.M., Hogg, D.Y. (2007). Screening and assessing adolescent asthmatics for anxiety disorders. *Clinical nursing research, 16(1)*, 5-24.
- Rowe, J., Yuen, H., & Dure, L. (2013). Comprehensive Behavioral Intervention to Improve Occupational Performance in Children With Tourette Disorder. *American Journal of Occupational Therapy, 67*, 194–200.
- Russell, A. J., Jassi, A., Fullana, M. a, Mack, H., Johnston, K., Heyman, I., ... & Mataix-Cols, D. (2013). Cognitive behavior therapy for comorbid obsessive-compulsive disorder in high-functioning autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Depression and Anxiety, 30(8)*, 697–708.
- 斎藤 巖・今泉ひとみ・斎藤康子・八代信義・奥瀬 哲 (1996). 全身性チックの学生に対する筋電図バイオフィードバック訓練によるアプローチ 全国大学保健管理研究集会報告書, **34**, 512-515.
- 斎藤環(2006). ひきこもりと強迫性障害. 原田誠一 (編). 強迫性障害治療ハンドブック. 金剛出版. pp.279-293.
- 斎藤万比呂・金生由紀子(2012). 子どもの強迫性障害 診断・治療ガイドライン. 星和書店.
- 坂井 誠・益本佳枝・武市昌士 (1989). 短期間に治癒した眼瞼チックの一治療例 負の練習とセルフモニタリングの検討を中心に 臨床精神医学, **18**, 269-275.
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Iniesta-Sepúlveda, M., & Rosa-Alcázar, A. (2014). Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 28(1)*, 31–44.
- 佐藤寛・石川信一・下津咲絵・佐藤容子 (2009) . 子どもの抑うつを測定する自己評価尺度の比較 : CDI, DSRS, CES-D のカットオフ値に基づく判別精度. 児童青年精神医学とその近接領域. **50(3)**, 307-317.

- 佐藤寛・松田侑子・新井邦二郎 (2006). 児童の強迫性障害に対する認知行動療法の適用. 児童青年精神医学とその近接領域, 47(3), 274-281.
- Scahill, L., Leckman, J. F., Schultz, R. T., Katsovich, L., & Peterson, B. S. (2003). A placebo-controlled trial of risperidone in Tourette syndrome. *Neurology*, 60(7), 1130–1135.
- Scahill, L., Riddle, M. a, McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. a, Goodman, W. K., ...& Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(6), 844–852.
- Scahill, L., McDougle, C. J., Williams, S. K., Dimitropoulos, A., Aman, M. G., McCracken, J. T., ...& Vitiello, B. (2006). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(9), 1114–1123.
- Scahill, L., Sukhodolsky, D. G., Bearss, K., Findley, D., Hamrin, V., Carroll, D. H., & Rains, A. L. (2006). Randomized Trial of Parent Management Training in Children With Tic Disorders and Disruptive Behavior. *Journal of Child Neurology*, 21, 650–656.
- Scahill, L., Woods, D. W., Himle, M. B., Peterson, A. L., Wilhelm, S., Piacentini, J. C., ... Mink, J. W. (2013). Current controversies on the role of behavior therapy in Tourette syndrome. *Movement Disorders: Official Journal of the Movement Disorder Society*, 28(9), 1179–1183.
- Shapiro, A.K. & Shapiro, E.S. (1988a) Signs, Symptoms, and Clinical Course. Shapiro, A.K., Shapiro, E.S., Young, J.G. & Feinberg, T.E. Gilles de la Tourette Syndrome. Second edition, Raven Press, New York. pp. 127-193
- Shapiro & Shapiro (1988b) Shapiro, A.K., Shapiro, E.S., Young, J.G. & Feinberg, T.E. Gilles de la Tourette Syndrome. Second edition, Raven Press, New York. pp. 381-421.
- Shapiro, E., Shapiro, A. K., Fulop, G., Hubbard, M., Mandeli, J., Nordlie, J., & Phillips, R. A. (1989). Controlled study of haloperidol, pimozide and placebo for the treatment of Gilles de la Tourette's syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 46(8), 722-730.
- 島田隆史・金生由紀子 (2009). 発達障害と強迫性障害. 精神療法, 35(6), 712-721.

- Shprecher, D. & Kurlan, R. (2009). The management of tics. *Movement disorders*, **24**, 15-24.
- 塩入俊樹 (2011). 強迫スペクトラム障害と不安障害. 精神神経学雑誌. 113(10), 1008-1015.
- 首藤祐介(2011). 強迫症状を示す児童への母親を主たる実施者とした認知行動療法アプローチ. 心理臨床学研究, 28(6), 729-739.
- Skoog, G. & Skoog, J. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, **56**, 121-127.
- 下山晴彦(2004). 臨床心理学の発展に向けて. In 下山晴彦(編) 臨床心理学の新しいかたち. 誠信書房. Pp. 3-22.
- 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紀要, **34**, 29-36.
- 下山晴彦・西村詩織・平林恵美・慶野遥香・石津和子・吉田沙蘭 (2009). 特集：子どもの強迫性障害に対する認知行動療法プログラムの開発研究 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース紀要, **32**, 12-135.
- Snider, L., Seligman, L. D., Ketchen, B. R., Levitt, S. J., Bates, L. R., Garvey, M., et al. (2002). Tics and Problem Behaviors in Schoolchildren: Prevalence, Characterization, and Associations. *Pediatrics*, **110**, 331-336.
- 曾我祥子. (1983) . 日本版 STAIC 標準化の研究. 心理学研究, **54**(4), 215-221.
- Soomro, M. (2012). Obsessive compulsive disorder. *Clinical Evidence (Online)*, **01**, 1004.
- Spielberger, C. D., Edward, C. D., Lushene, R. E., Montuori, J., & Platzek, D. (1973). STAIC Preliminary Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children ("How I feel questionnaire"). California: Consulting Psychological Press, Inc.
- Stallard, P.(2005). A Clinician's Guide to Think Good-Feel Good: Using CBT with children and young people. Wiley, Oxford.
- Stein, D. J., Fineberg, N. A, Bienvenu, O. J., Denys, D., Lochner, C., Nestadt, G, Leckman J.F., Rauch, S.L. & Phillips, K. A. (2010). Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depression and Anxiety*, **27**(6), 495-506.
- Steinberg, T., Harush, A., Barnea, M., Dar, R., Piacentini, J., Woods, D., ... Apter, A.



- (2013). Tic-related cognition, sensory phenomena, and anxiety in children and adolescents with Tourette syndrome. *Comprehensive Psychiatry*, **54**(5),462-466.
- Steketee, G., Eisen, J., Dyck, I., Warshaw, M., & Rasmussen, S. (1999). Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, **89**(3), 229–238.
- Stewart, S., Geller, D., & Jenike, M. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive – compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica*, **110**, 4–13.
- Stokes A., Bawden H.N., Camfield P.R., Backman J.E., Dooley J.M. (1991). Peer Problems in Tourette’ s Disorder. *Pediatrics*. 87, 936-942.
- Storch, E. A., Bussing, R., Small, B. J., Geffken, G. R., McNamara, J. P., Rahman, O., ... Murphy, T. K. (2013). Randomized, placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy alone or combined with sertraline in the treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, **51**(12), 823–829.
- 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**(4), 469–478.
- Storch, E.A., Jones, A., Lack, C., Ale, C., Sulkowski, M., Lewin, A., ...& Murphy, T. (2012). Rage attacks in pediatric obsessive-compulsive disorder: phenomenology and clinical correlates. *Journal of the American Academy of the Child and Adolescent Psychiatry*, **51**(6), 582–592.
- Storch, E. A, Merlo, L. J., Larson, M. J., Marien, W. E., Geffken, G. R., Jacob, M. L., ... & Murphy, T. K. (2008). Clinical features associated with treatment-resistant pediatric obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, **49**(1), 35–42.
- Storch, E.A., Murphy, T.K., Chase R.M. Keeley, M., Goodman, W.K., Murray, M. & Geffken, G.R. (2007). Peer Victimization in Youth with Tourette’ s Syndrome and Chronic Tic Disorder: Relations with Tic Severity and Internalizing Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, **29**, 211-219.
- Subramaniam, M., Soh, P., Vaingankar, J. A., Picco, L., & Chong, S. A. (2013). Quality

- of life in obsessive-compulsive disorder: impact of the disorder and of treatment. *CNS Drugs*, 27(5), 367–383.
- 杉浦義典(2004). エビデンスベースト・アプローチ. 下山晴彦(編). 臨床心理学の新しい私たち. 誠信書房. Pp. 25-41.
- 杉山登志郎(2006). 子どもの強迫総論. 強迫性障害の研究, 7, 109-119.
- Summerfeldt, L. J. (2004). Understanding and treating incompleteness in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60(11), 1155–1168.
- Swain, J.E., Scahill, L., Lombroso, P.J., King, R.A. & Leckman, J.F. (2007). Tourette Syndrome and Tic Disorders: A Decade of Progress. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 46, 947-968.
- Tadai, T., Nakamura, M., Okazaki, S., & Nakajima, T. (1995). The prevalence of obsessive - compulsive disorder in Japan: A study of students using the Maudsley Obsessional - Compulsive Inventory and DSM - III - R. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 49, 39–41.
- 高木道人 (2003). トウレット症候群に関する日本の現状—日本トウレット協会のアンケート調査から—. トウレット研究会会誌—第9回研究会報告号—, 44-49.
- 武井明・目良和彦・宮崎健祐・佐藤譲・原岡陽一・本田陽子・太田充子. (2007). 市立旭川病院精神科における児童思春期患者の実態--1996～2005年の10年間の外来統計から. 精神医学, 49(10), 1053-1061.
- 竹内康二・榎本拓哉・浅原大輔 (2011). チックの低減における行動論的アプローチの効果—ハビット・リバーサル法, 自己モニタリング法, トークンエコノミー法の適用事例—多摩心理臨床学研究, 5, 33-38.
- Taylor, S. (2011). Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: evidence for distinct subtypes. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1083–1100.
- Thibert, A.L., Day, H.I., Sandor, P.(1995). Self-concept and self-consciousness in adults with Tourette syndrome. *Canadian Journal of Psychiatry*., 40(1), 35-39.
- Thorén, P., Asberg, M., Cronholm, B., Jörnstedt, L., Träskman, L.(1980). Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. I. A controlled clinical trial. *Archives of General Psychiatry*, 37(11), 1281-1285.
- 辻村裕子・坂井誠 (2008) .児童期の強迫性障害に暴露反応妨害法を適応した一事例. 日本

- 行動療法学会大会発表論文集, 34, 318-319.
- 宇佐美政英・齊藤万比古・傳田健三・齊藤卓弥・岡田俊・松本英夫・山田佐登留. (2011). 児童・青年期における SSRI/SNRI の使用実態と安全性に関する全国調査. 児童青年精神医学とその近接領域, **52**(1), 21—35.
- Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Waller, J. L., Mckeown, R. E., Addy, C. L., & Cuffe, S. P. (1994). Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **33**(6), 782–791.
- van de Griendt, J. M. T. M., Verdellen, C. W. J., van Dijk, M. K., & Verbraak, M. J. P. M. (2013). Behavioural treatment of tics: habit reversal and exposure with response prevention. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, **37**(6), 1172–1177.
- Verdellen, C., & Hoogduin, C. (2008). Habituation of premonitory sensations during exposure and response prevention treatment in Tourette's syndrome. *Behavior Modification*, **32**(2), 215–227.
- Verdellen, C., van de Griendt, J., Hartmann, A., Murphy, T., & the ESSTS Guidelines Group. (2011). European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part III: behavioural and psychosocial interventions. *European Child and Adolescent Psychiatry*, **20**, 197-207.
- Walkup, J. T., Ferrão, Y., Leckman, J. F., Stein, D. J., & Singer, H. (2010). Tic disorders: some key issues for DSM-V. *Depression and Anxiety*, **27**(6), 600–610.
- Wang, Z., Maia, T. V., Marsh, R., Colibazzi, T., Gerber, A., & Peterson, B. S. (2011). The neural circuits that generate tics in Tourette's syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, **168**, 1326-1337.
- 渡部京太・黒江美穂子 (2011). G入院治療. 主任研究者：金生由紀子. 児童思春期強迫性障害 (OCD) 診断・治療ガイドラインの検証及び拡充に関する研究. 平成 20 年度～平成 22 年度総括・分担研究報告書. p.285-291.
- 渡部京太・黒江美穂子(2012). 各年代からみた OCD の特徴. [2] 思春期(小学校後期～中学校). 齋藤万比呂・金生由紀子(編). 子どもの強迫性障害 診断・治療ガイドライン. 星和書店. Pp.37-43
- Watson, H. J., & Rees, C. S. (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment

- trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, **49**(5), 489–498.
- Wile, D. J. & Pringsheim, T. M. (2013). Behavior therapy for Tourette Syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Current Treatment Options in Neurology*, **15**, 385-395.
- Wilhelm, S., & Deckersbach, T. (2003). Habit reversal versus supportive psychotherapy for Tourette's disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, **7**, 1175–1177.
- Wilhelm, S., Peterson, A. L., Piacentini, J., Woods, D. W., Deckersbach, T., Sukhodolsky, D. G., ...& Scahill, L. (2012). Randomized trial of behavior therapy for adults with tourette syndrome. *Archives of General Psychiatry*, **69**(8), 795–803.
- Wilkinson, B.J., Marshall, R.M., Curtwright, B. (2008). Impact of Tourette's Disorder on Parent Reported Stress. *Journal of Child and Family Studies*, **17**, 582–598.
- Woods, D.W.,(2002). The Effect of Video-Based Peer Education on the Social Acceptability of Adults with Tourette' s Syndrome. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. **14**, 51-62.
- Woods, D. W., & Miltenberger, R. G. (1995). Habit reversal: a review of applications and variations. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **26**(2), 123–31.
- Woods, D.W., Murray, L.K., Fuqua, R.W., Seif, T.A., Boyer, L.J., Siah, A.(1999). Comparing the effectiveness of similar and dissimilar competing responses in evaluating the habit reversal treatment for oral-digital habits in children. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, **30**(4), 289-300.
- Woods, D. W., Piacentini, J., Himle, M.B., & Chang, S. (2005). Premonitory Urge for Tics Scale (PUTS): Initial psychometric results and examination of the premonitory urge phenomenon in youths with tic disorders. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, **26**, 397-403.
- Woods D. W., Piacentini J. C., Chang S. W., Deckersbach T., Ginsburg, G. S., & Peterson A. L. (2008). Managing Tourette syndrome: A behavioral intervention for children and adults therapist guide. New York, Oxford, University Press.

- 山口 弘一・加藤 政利・大原 健士(1982). バイオフィードバック療法が奏効した成人眼瞼チックの1症例, 臨床精神医学, **11**, 1149-1152.
- 山中奈緒子・星加明德 (2005) .トウレット障害小児 83 例の臨床的検討. 小児の精神と神経, **45** ; 331-339.
- 山根隆宏(2013). 発達障害児・者を持つ親のストレス尺度の作成と信頼性・妥当性の検討. 心理学研究, **83**(6), 556-565.
- 山岡祥子・中村真理 (2008) 高機能広汎性発達障害児・者をもつ親の気づきと障害認識. 特殊教育学研究, **46**, 93-101.
- 山内 祐一・鈴木 仁一・堀川 正敏・真壁 道夫・井上 千恵子・富地 信弘 (1974). チック様咳嗽に対する行動療法 精神身体医学, **14**, 152-159.
- 山崎晃資(1994).小児の強迫性障害. In 日本生物学的精神医学会, 中澤恒幸・中嶋照夫(編). 強迫性障害. 精神病理学から神経生物学への展開. 学会出版センター. pp.87-106.
- Yates, A.J.(1958). The application of learning theory to the treatment of tics. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, **56**(2), 175-182.
- 吉田美和子・眞崎由香・橋本佐由理(2012). 自閉症スペクトラム障害のある就学前児を持つ母親の不安と心理社会的要因に関する検討. メンタルヘルスの社会学, **18**,59-66.
- 吉田沙蘭・野田香織・梅垣佑介・下山晴彦 (2010). 認知行動療法プログラム—概要及び適用事例の紹介—. 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース紀要, **33**, 56-63.
- 吉田沙蘭・野中舞子・松田なつみ・野田香織・平林恵美・西村詩織・下山晴彦 (2014). 児童思春期の強迫性障害に対する認知行動療法プログラムの開発. 精神科治療学, **29**(6),805-810.
- 財満義輝(2003). 子どものチック症状改善と母親の子どもに対する気持ちの変化過程に関する一考察 : チックを主訴に来談した母子の並行面接経過を通して. 人間環境学研究 **2**(1), 119-130.