

## 特集 OCDの病態仮説と治療理論

## OCDの行動療法と発症、維持、悪化、治療に関する仮説

飯倉 康郎

強迫性障害 (OCD) は、発症のしかたや症状の内容や治療への反応性などに関して多様な疾患である。本稿ではOCDを、曝露反応妨害法 (ERP) の有効性という観点から、1. ERPが有効であるOCDと、2. ERPが有効でないOCDに分類した。さらに、1. を、A) 容易にERPが行える群と、B) 何とかすればERPが可能になる群に分類した。そのB) のERPを行いにくくしている要因として、1) 高くない知的機能、2) 他の精神疾患の合併、3) 不合理性の自覚が不十分、4) 著しい生活の障害、5) 不十分な動機づけ、6) 他に抱えている問題、をあげた。そして、それらの要因に対してERPが可能になるための治療の工夫について述べた。また、2. ERPが有効でないOCDの代表的なタイプである強迫性緩慢の病態と治療について述べた。さらに、3. 強迫症状をもつが、ERPが有効でない、OCD以外の精神疾患の鑑別についても言及した。

〈索引用語：強迫性障害 (OCD)、行動療法、曝露反応妨害法 (ERP)、多様性、分類〉

## はじめに

強迫性障害 (OCD) に対して曝露反応妨害法 (ERP) は効果のある治療法として確立されている<sup>3,19,21)</sup>。しかし、実際の臨床では、ERPが比較的容易に行える場合と、ERPを行うためにはさまざまな行動療法の技術を駆使したり、薬物療法を援用したりするなど治療の工夫を要する場合がある。また、ERPの適応でないOCDのタイプもあり<sup>6,7)</sup>、その場合、ERP以外の行動療法の技術が必要となる。さらに、強迫症状をもつOCD以外の精神疾患もあり、その鑑別や治療にも行動療法の技術は用いられている<sup>6,12)</sup>。

本稿では、こうした行動療法の観点からOCDを分類し、その分類に沿ったいろいろなタイプのOCDの特徴を述べ、それぞれの行動分析や治療のしかたの概略について述べたい。その際、発症のしかたや、「学習」などの心理学的要因や、遺伝などの生物学的要因を絡めて検討を加えたい。

## I. OCDの発症・維持・悪化に関する仮説

図1は、OCDの発症・維持・悪化の仮説について、筆者が考えているいろいろなパターンを図示したものである。行動療法の専門家は、かつてOCDの発症について行動療法の考え方のみでの説明を試みてきたが、行動療法だけでは説明できない部分が多いことが明らかになっている<sup>19)</sup>。

発症のしかたには、図1で示すように、生活状況の変化や契機となる出来事の自覚があり、発症時期が比較的是っきりしているタイプと、いつ発症したかわからないような「じわじわの」発症のしかたのタイプがある。発症のしかたによるOCDの分類に関して、本村らは“発症前の生活史上の重要な生活状況の変化”と“発症の契機となった体験”の有無による分類と治療反応性に関する興味深い研究をしている<sup>15,22)</sup>。

図1における遺伝的生物学的資質というのは、生まれつきもっている資質であり、知的機能や発達の問題、OCDや他の精神疾患の発症しやすさ

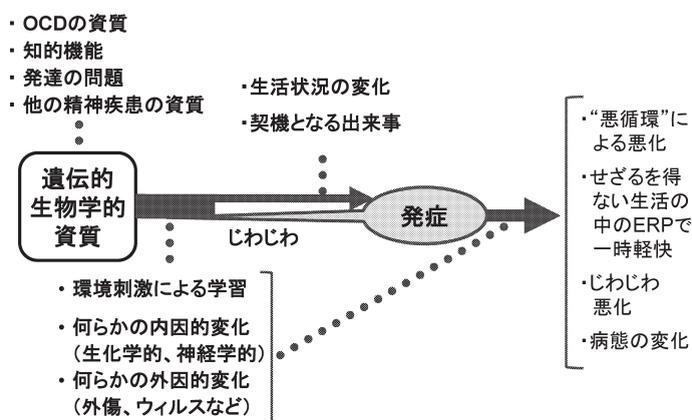


図1 OCDの発症・維持・悪化の仮説

などとの関連があると考えられる。

また、発症前や発症後の患者の精神状態の変化を学習だけで説明できるのか、その他の内因的、外因的要因の関与があるのか、なども以後の経過や治療への反応性に影響している。

症状の推移のしかたもさまざまで、後述する「強迫行為による一時的な不安軽減による“悪循環”」を呈して悪化しているものや、生活していくために曝露反応妨害法的なことをせざるを得なくなると、その結果それほど症状が悪化していないものや、じわじわと悪化しているものや、さらに、経過とともに病態が変わったように見えるものなどがある。

本稿では、こうした多様なOCDに関して、曝露反応妨害法(ERP)の有効性という観点から、OCDを、1. ERPが有効であるOCD、2. ERPが有効でないOCDの2つに大きく分類してそれらの特徴をまとめることにした。また、3. 強迫症状をもつがERPが有効でない、OCD以外の精神疾患の鑑別についても言及することにした。

## II. 曝露反応妨害法(ERP)の有効性の観点からのOCDの分類

曝露反応妨害法(ERP)は、曝露法と反応妨害法を同時に組み合わせる治療技法である<sup>1,17)</sup>。曝露法は、不適応的な不安反応を引き起こす刺激

に持続的に直面することにより、その不安反応を軽減させる方法であり、反応妨害法は、不安や不快感を一時的に軽減するための強迫行為を行わずにすませる方法である。傍点部は、治療は決して治療者が無理やりさせるのではなく、患者が自分の意志で主体的に行うことを意味する<sup>10)</sup>。

ERPは、ハビチュエーションという、はじめは一時的に不安が上がっても時間とともに下がる現象を患者が体験することを意図して行う治療法である。ひとつのセッション内でこのように不安が下がる現象がセッション内ハビチュエーション、セッションを繰り返す毎に不安の強度が下がっていく現象がセッション間ハビチュエーションと称されている。有効なERPを行うためには、この2つのハビチュエーションを患者に体験してもらうことが不可欠であると言われている<sup>2)</sup>。

どのようなタイプがERPの適応になるかという、強迫症状が図2のような行動分析を呈しているOCDである<sup>4,14)</sup>。すなわち、強迫観念によって高まった不安や不快感が強迫行為によって軽減されるが、それは一時的な効果しかなく、強迫行為をしないと不安や強迫観念が再び起こるために、だんだんと強迫行為の頻度や時間が多くなり、結果的に少し不安になるたびに強迫行為をしないと気が済まなくなる、という悪循環のパターンを呈しているタイプである。以後は、このパターン

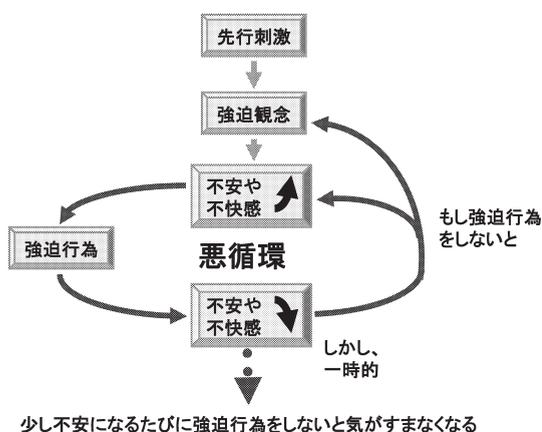


図2 ERPの適応であるOCDの行動分析

を「強迫行為による不安軽減の“悪循環”」と便宜上略して述べることにする。

### 1. 曝露反応妨害法 (ERP) が有効な OCD

前述した「強迫行為による不安軽減の“悪循環”」の行動分析を呈している OCD が ERP の適応となるが、実際の臨床では、容易に ERP が行えるタイプもあれば、ERP を行うために何らかの対策や工夫を施さなければならぬようなタイプがある。

#### A) 容易に ERP が行える群

これは、ERP を行うのに非常に好条件が整っている場合である。前述した ERP の適応の条件である、「強迫行為による不安軽減の“悪循環”」の他に、1) 知的機能が十分ある、2) 精神疾患の合併がほとんどない、3) 強迫症状の不合理性の自覚が十分である、4) 生活の障害が比較的軽い、5) 治療への動機づけが十分にある、6) 他の大きな問題を抱えていない、などの条件が整っている場合は ERP を行うことが容易であることが多いといえる。RCT 研究などのあらかじめ治療の時間と回数が設定されている外来 ERP プログラムにエントリーできた対象者は、このような条件を備えていることが多い。臨床研究における ERP の高い治療成績は、このような好条件が整った比較的均質な OCD を対象にしていることも理由の

ひとつとして考えられる。

#### B) 何とかすれば ERP が可能になる群

前述した「強迫行為による不安軽減の“悪循環”」の条件をもち、ERP の適応でありながらも、何らかの対策や工夫を施さないと ERP を効果的に行うことができない群である。その ERP を行いにくくしている要因としては、A) の裏返しになるが、1) 知的機能が低い、2) 他の精神疾患が合併している、3) 強迫症状の不合理性の自覚が不十分である、4) 生活の障害が著しい、5) 治療への動機づけが不十分である、6) 他の大きな問題を抱えている、などがある。これらは、「学習」などの心理学的な要因だけでなく、とくに 1)、2) などでは生物学的な要因も含んでいるといえる。

筆者らが実際の精神科臨床で診ている OCD では、これらの要因が全くない方がむしろ珍しい。このような多様な OCD に対して、さまざまな行動療法の技術が駆使されたり、薬物療法が援用されたりすることで ERP が可能になっていることが多い。そこで、これらの 1) から 6) の要因をもつケースの代表例とそれに対して考えられる主な治療的対応について述べる。

#### B-1) 知的機能が低いという要因

代表例としては、知的障害+OCD があげられる。たいていの場合、適応障害という診断も同時につけられていることが多い。知的機能が低いために、例えば不潔などの基準がわからず強迫的な手洗い行為や回避行為が増えたり、複雑なことで混乱して確認行為が増えたりするパターンが多い。それに対しては、基準を明確に教えたり、難しいことをさせないような指導をすることがよく行われる<sup>7)</sup>。また、周囲に患者の能力の限界を教えるために薬物療法を援用することもある。このようなことを行っはじめて ERP が可能になることが少なくない。また、環境調整を行うだけで強迫症状がなくなり、ERP を行う必要がなくなることもある。その場合の診断は知的障害+適応障害のみでもよいと思われる。

## B-2) 他の精神疾患の合併という要因

この場合、OCDの発症・維持・悪化にかなり生物学的要因が関与していることが考えられる。ここでは代表例として、広汎性発達障害、ADHD、うつ病の3つの例を挙げる。

## a) 広汎性発達障害 (PDD)+OCD

PDDがあると、こだわり、混乱、パニック、強迫症状が混在して收拾がつかないことが多い。その場合、行動分析を行い、PDDの部分と、「強迫行為による不安軽減の“悪循環”」のOCDの部分を整理することがよく行われる。そして、PDDに関しては、パニックを起こしにくいような生活のしかたの指導をしたり、混乱させにくくする生活のパターン化を試みる<sup>16)</sup>。また、患者に心理教育を行い、PDDの特徴に関しての理解を深めることも行う。衝動性やこだわりに対して薬物療法を併用することも少なくない。このようにしてある程度安定した状態になって初めて「強迫行為による不安軽減の“悪循環”」を呈するOCDの部分へのERPが可能になることが多い。

## b) 注意欠如・多動性障害 (ADHD)+OCD

ADHDの特徴である、カーッとなりやすい、被害的になりやすい、気が逸れやすい、などによってERPが行いにくくなっているパターンが多い。それに対しては、ADHDの行動パターンを患者に心理教育したり、実際に起こった場面を取り上げてその場で指導したり、できるだけ飽きさせないような治療の進め方を工夫する<sup>13)</sup>。とくに、すぐに褒めるという即時強化は有効であることが多い。また、衝動性のコントロールのための薬物療法もしばしば用いられる。このような対策や工夫を行うことによってERPを効率よく行えるようになることが多い。

## c) うつ病+OCD

OCDにうつ状態を併発していると、ERPの効果が得られにくいことがこれまでいわれている。一方、このうつ状態に関しては、OCDの症状が悪化したことによる二次的なうつ状態、強迫症状をもつうつ病、OCDとうつ病の二重診断、などの可能性があり鑑別が必要である。ただし、どの

場合でも、治療は、まず、うつ状態の改善を優先することがほとんどであると考えられる<sup>13)</sup>。薬物療法や環境調整や種々の精神療法を行ってうつ状態の改善をめざし、その後にOCD症状が残存していればERPの適用を検討するというようなアプローチのしかたが妥当と思われる。

## B-3) 不合理性の自覚が不十分であるという要因

ERPを行うためには強迫症状に関する不合理性の自覚は不可欠な条件といえる。しかし、長年症状が続いたためにそれがあいまいになっていたり、動揺しやすくなっていることもよくある。そのようなときに、「昔はそんなことしてなかったんですよ？」、「いつもそんなことを気にしないといけないのは不自由ですよ？」、「本当にそんなことが起こると思いますか？」、「他の人が同じことを言っていたらどう思いますか？」などの認知的アプローチがしばしば用いられる<sup>8,18)</sup>。それによって、不合理性の理解が深まることもあるし、そのアプローチへの反応が妄想との鑑別の判断材料になることもある。また、非定型抗精神病薬などの薬物療法が併用されることもある。このような治療を行った後にERPが可能になることもある。

## B-4) 生活の障害が著しいという要因

これは、「強迫行為による不安軽減の“悪循環”」によって、強迫行為が著しく悪化して、自立した日常生活ができなくなっている場合であり、このようなときにERPを行おうとしてもうまくいかないことが多い。ある程度のレベルの日常生活ができるまではERPにこだわらず、強迫行為が出現しにくいように環境を調整したり、生活できるための行動を形成するような行動療法の技法がしばしば用いられる<sup>9)</sup>。例えば、生活行為をパターン化して、「この通りにしましょう」と教示したり、保証や確認行為をある程度容認することもある。そうしたアプローチの結果、患者の苦痛や混乱が減って、ある程度自力での生活が可能になり、そこではじめてERPが可能になることが多い。

### B-5) 治療への動機づけが不十分であるという要因

動機づけが不十分である理由としては、まず、患者が疾患や治療法の意味をよく理解していない場合がある。患者が「わかっています」と述べていても実際はわかっていないことがしばしばある<sup>5)</sup>。この場合は、面接の中で具体的な場面をピックアップして、患者が何を考えてどう行動しているのかを詳しく聞き出すことによって患者の理解を深める必要がある。

一方、患者の性格傾向や考え方が、依存的、他罰的、悲観的、all or nothing、など極端なパターンである場合は、治療への意欲が動揺して、安定したERPが行いにくいこともよくある。これらの偏った考え方の傾向を理解してもらうためには、患者ができるだけ感情的にならずにすむような説得力のある説明のしかたを工夫する必要がある<sup>11)</sup>。それがうまくいくと、患者の精神状態の動揺が減り、治療への動機づけが高まってERPが行いやすくなることがある。

### B-6) 他の大きな問題を抱えているという要因

その問題が、経済的な問題である場合には、これが解決しないと落ちていて治療に集中することができないため、ケースワークが重要となる。また、親子、夫婦、友人、職場などとの対人関係が問題となる場合は、「対人関係の問題を先に改善して、ある程度精神的に安定しないとERPが行えないケース」と、逆に、「強迫症状が改善することによってこれらの対人関係の問題も解決しやすくなるケース」がある<sup>13)</sup>。

## 2. 曝露反応妨害法 (ERP) が有効でない OCD

これは、「強迫行為による不安軽減の“悪循環”」を呈していないタイプのOCDであり、代表例として強迫性緩慢が挙げられる。強迫性緩慢については一次性強迫性緩慢に関する研究がこれまで報告されてきたが<sup>17,20)</sup>、筆者らの経験では、一次性とは考えにくい“後から出現する”強迫性緩慢のタイプもあると考えている。

### 1) 一次性強迫性緩慢

山上は、一次性強迫性緩慢の強迫症状の行動分析の特徴を、「強迫行為で不安が下がるのではなく、逆にいくらやっても遂行できずに不安が高まるというパターン」と報告しているが<sup>23)</sup>、これは、明らかにERP適応の「強迫行為による不安軽減の“悪循環”」のパターンとは異なる。

一次性強迫性緩慢は、ほとんどが青年期初期にじわじわと発症し、一連の行為の流れが細分化され、それぞれが何度も繰り返される。その結果、日常生活行為に非常に時間がかかるようになる。その後、慢性的な経過をたどり、生活できない程度にまで達することが多い。ERPが無効であり、モデリング、プロンプティング、シェイピング、ペーシングによる行動形成が中心となるが、治療効果が般化しにくい、という特徴がある。

### 2) “後から出現する”強迫性緩慢

1997年の著書<sup>24)</sup>の中で山上は、「13, 4歳頃までに強迫症状が発症し、そののちも強迫症状が持続して普通の生活ができないまま長年経過している患者は、初めのうちはよくみられる強迫症状であったものも、この症例（一次性強迫性緩慢）にみられるような状態に変化していくことが少ないこともわかった」と述べているが、筆者らの研究グループでもこのようなケースを数例経験している。

### 3. 強迫症状をもつが、ERPが有効でない、OCD以外の精神疾患

図3は、強迫症状を主訴として受診した患者がどのように診断されていくかの概略を示したものである。このように強迫症状を主訴として受診しても、診断はOCDとは限らず、強迫症状をもつ他の精神疾患の場合がある。例えば、妄想に基づく強迫行為をもつ統合失調症や、こだわりに基づく強迫行為をもつ広汎性発達障害 (PDD) や、うつ病の症状のひとつとして強迫症状が出ているケースや、強迫行為は多くても不合理だと本人は思っていない強迫性パーソナリティ障害 (OCPD) や、不適応反応として一時的に強迫症

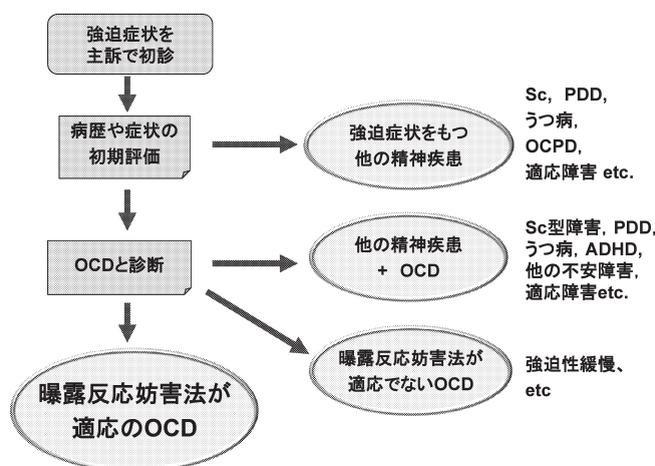


図3 強迫症状の評価・診断の流れ

状が出ている適応障害，などがある。

一方，OCD と診断された場合でも，ERP が適応の OCD と ERP が適応でない OCD がある。また，前述したような他の精神疾患と OCD の二重診断の場合もある。

これらの鑑別は必ずしも容易ではなく，治療しながら診断を検討することも少なくない。現在の患者の病態に対してどのようなことが可能かという観点から治療の対象や目標や方法を検討するようなアプローチを行い，その反応をみることが重要と思われる。

### おわりに

精神科臨床で診る OCD にはさまざまなタイプがある。本稿のような ERP の有効性の観点からの分類を行うには，詳細な行動分析と病歴聴取（特に発症，維持，悪化のしかた）が不可欠である。このような分類によって患者がどのタイプに属しているかがわかると治療方針が立てやすくなると思われる。

### 文 献

1) Emmelkamp, P.M.G.: Phobic and Obsessive-compulsive Disorders; Theory, Research and Practice. Plenum Press, New York, 1982

2) Foa, E.B., Steketee, G., Graspar, J.B., et al.: Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals; Immediate and long-term effects. Behavior Therapy, 15; 450-472, 1984

3) Greist, J.H.: An integrated approach to treatment of obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry, 53; 38-41, 1992

4) 飯倉康郎：強迫性障害の治療ガイド。二瓶社，大阪，1999

5) 飯倉康郎：強迫性障害の行動療法—「不完全な曝露反応妨害法」への対応—。精神療法，28 (5); 545-553, 2002

6) 飯倉康郎：強迫症状の治療と認知-行動療法の活用。精神療法，30 (6); 613-622, 2004

7) 飯倉康郎：強迫性障害の入院治療。強迫性障害の行動療法（飯倉康郎編著）。金剛出版，東京，p.132-175, 2005

8) 飯倉康郎，松岡洋夫：強迫性障害に対する行動療法の実践。明治製菓，東京，2005

9) 飯倉康郎：重症強迫性障害に対する行動療法の入院治療プログラム—「入院環境」の意義の再考，ならびに「入院環境」設定の工夫について。精神科臨床における行動療法。岩崎学術出版社，東京，p.59-67, 2010

10) 飯倉康郎：外来における強迫性障害の行動療法の概略と実際。精神科臨床における行動療法。岩崎学術出版社，東京，p.68-78, 2010

11) 飯倉康郎：ひとりの場面における曝露反応妨害法

がうまくいくための方策—不安耐性が著しく低いOCD患者の行動分析と治療経過より。精神科臨床における行動療法。岩崎学術出版社, 東京, p. 99-114, 2010

12) 飯倉康郎: 執拗な強迫症状を伴う統合失調症圏障害の治療—薬物療法と行動療法の“連動”。精神科臨床における行動療法。岩崎学術出版社, 東京, p. 143-158, 2010

13) 飯倉康郎: 精神科臨床ケースプレゼンテーションの技術—(認知) 行動療法から学ぶ。金剛出版, 東京, 2010

14) Meyer, V.: Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behav Res Ther*, 4; 273-280, 1966

15) 本村啓介, 山上敏子: 強迫性障害の発病状況—治療的観点から。精神医学, 42 (5); 499-507, 2000

16) 中川彰子: 広汎性発達障害と強迫性障害。精神療法, 35 (5); 592-598, 2009

17) Rachman, S.J., Hodgson, R.J.: Obsessions and Compulsions. Prentice Hale, New York, 1980

18) Salkovskis, P.M., Warwick, H.M.: Cognitive therapy of obsessive compulsive disorder—treating treat-

ment failures. *Behavioural Psychotherapy*, 13; 243-255, 1985

19) Steketee, G.: Obsessive-Compulsive disorder. *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*, 2nd ed (ed. by Bellack, A. S., Hersen, M., Kazdin, A. E.). Plenum, New York, 1990

20) Takeuchi, T., Nagawa, A., Harai, H., et al.: Primary obsessional slowness; long-term findings. *Behav Res Ther*, 35 (5); 445-449, 1997

21) The Expert Consensus for obsessive-compulsive disorder: Treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 58 (suppl. 4); 2-72, 1997

22) 富田真弓, 中尾智博, 中谷江利子ほか: OCDの発症状況と治療反応性の調査—ライフイベントや契機となる体験を中心に。精神医学, 49 (12); 1239-1248, 2007

23) 山上敏子: 強迫神経症の行動療法。九州神経精神医学, 33 (1); 1-7, 1987

24) 山上敏子: 一次性強迫性緩慢の一女性の治療経過と現在。行動療法2。岩崎学術出版社, 東京, p. 75-87, 1997

---

## Classification of OCD in Terms of Response to Behavior Therapy, Manner of Onset, and Course of Symptoms

Yasuro IKURA

*Okumura Hospital*

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a heterogeneous disease in terms of manner of onset, dimension of symptoms, and responses to psychological or pharmacological treatments. This paper groups cases of OCD into “effective” and “ineffective” types, based on their responses to exposure and response prevention (ERP). In the next phase, cases in the “effective” category were further broken down into Type A, characterized as readily responding to ERP, and Type B, characterized as not readily responding to ERP.

Factors associated with Type B include: 1) below-average intelligence, 2) co-morbidity of other mental disorders, 3) insufficient recognition of irrationality of OCD symptoms, 4)

significant difficulties in daily life, 5) insufficient motivation to follow through with ERP, and 6) other personal problems. This paper discusses possible strategies for addressing these factors, and thereby increasing the potential effectiveness of ERP.

Next, this paper describes the characteristics and treatment of obsessional slowness as a typical type for which ERP is ineffective.

Finally, this paper examines the process of distinguishing between OCD and other mental disorders that do not respond to ERP in spite of showing OC symptoms.

<Author's abstract>

<**Key words**: obsessive-compulsive disorder (OCD), exposure and response prevention (ERP), classification of OCD in terms of response to ERP, manner of onset, factors that reduce effectiveness of ERP>

---