

## 自閉スペクトラム症傾向を認める強迫症者への介入

小平 雅基

強迫症 (OCD) と自閉スペクトラム症 (ASD) の違いについては、発症時期、こだわりに伴う感情の性質、社会的相互交渉の異常やコミュニケーション障害、強迫観念の有無、などから検討していくべきである。基本的には典型的な臨床像は異なる両者であるが、鑑別を巡って難しい場合やそもそも併存している場合もあるので、注意が必要である。強迫症状を改善するには曝露反応妨害法 (E/RP) が基本となるが、著者としては ASD 特性が強い場合にはとりわけ E/RP 導入に向けた外来での作業や保護者への心理教育およびペアレンティング・スキルの提供、患児に対する有用なツールの使用、マインドフルネスな要素の学習などが重要になってくると考えている。

<索引用語：強迫症 (OCD), 自閉スペクトラム症 (ASD), 曝露反応妨害法 (E/RP)>

### はじめに

強迫症 (obsessive-compulsive disorder : OCD) と自閉スペクトラム症 (autism spectrum disorder : ASD) の両者は、ともに「こだわる」という行動を共有の要素としつつもその中核的な臨床像は異なる。しかし鑑別が難しい場合や、両者が併存する場合も少なくないので、臨床において両者の関係性を検討することは有意義である。今回はそれぞれの特徴とその相違について述べたうえで、ASD 特徴を有する OCD 患者へ心理的な介入を行う際に著者が普段意識していることについて論じたい。

### I. OCD および ASD の基本的な臨床像

OCD の診断基準としては、強迫観念と強迫行為によって定義され、「それらに多大な時間が浪費される」か、あるいは「苦痛や機能障害を引き起こしている場合」とされている。従来の診断基準ではいわゆる自我違和感の存在 (強迫観念または強迫行為が過剰である、または不合理であると

認識すること) が診断概念における中核にあった。

DSM-IV-TR<sup>1)</sup>では「不安障害群」の中項目として分類されていた OCD ではあるが、DSM-5<sup>2)</sup>からは、「不安障害群」から独立して「強迫症および関連症群」として新しくカテゴリー化された。これは OCD の本質が「不安を感じること」よりも、「意味もなくこだわってしまうこと」といった質的な異常が中心概念として位置づけられたことによる。その改訂のなかで、従来の OCD 診断における柱であった「自我違和感の存在」は DSM-5 では診断基準から除外されることとなった。

Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study<sup>7)</sup>によれば OCD の発症年齢の平均は 20~25 歳であるが、発症のピークは児童期と成人期の二峰性となっている<sup>3)</sup>。男女比は思春期までは男性優位で、思春期以降は女性優位となる<sup>5,8)</sup>。また OCD の男児の特徴的な点としては、女兒に比べチック症の併存が高いこと<sup>13)</sup>や、疾患への遺伝子の関与する割合が高いこと<sup>10)</sup>が挙げられる。それらの情報を総合すると、OCD の発症年齢が下がるほどに、あ

る意味「発達障害的な」（発達障害にしばしば認められる）特徴が強まるともいえる。

一方で ASD については、従来は「社会的相互交流の障害」「コミュニケーションの障害」「興味の限局・反復的常同的行為」が診断の3つの柱となってきた。DSM-5 になり診断名は「自閉スペクトラム症」と代わり、ASD 診断にあたっては、A 項目「社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における持続的な欠陥」と、B 項目「行動、興味、または活動の限定された反復的な様式」の両者が必要となった。ただし「感覚刺激に対する過敏さまたは鈍感さ、または環境の感覚的側面に対する並外れた興味」という感覚に関する特徴も B 項目に含まれることとなっている。診断の注記として、A 項目だけしか満たさない場合は社会的コミュニケーション症として評価されるべきであるとの記載はされているが、B 項目だけしか満たさない場合については言及されていない。

A 項目の「社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における持続的な欠陥」に関しては、Wing, L. と Gould, J.<sup>15)</sup> が述べた以下①～③のような社会的相互交渉の異常を示していることと、コミュニケーション障害として例えば言葉の発達の遅れや字義通りの解釈、単調な物言い、非言語的なコミュニケーションの苦手さといった特徴を示していることを指している。

- ①孤立群：まるで他人が存在しないかのように振る舞い、相手の手をつかんで物を取ったり、踏み越えたりする。仲間に対して無関心に映る。表情に乏しく、視線が合いにくい。
- ②受動群：他人との接触を受け入れるが、自分からかかわろうとしない。問題行動が少ない。
- ③能動・奇異群：他人に活発に近づこうとするが、一方通行である。思い通りに関心を示してもらえないと扱いにくくなったり攻撃的になったりする。

## II. OCD と ASD の相違点について

DSM-IV-TR までは「特定不能の広汎性発達障害」の説明において「常同的な行動・興味・活動

の存在を伴っているが、特定の広汎性発達障害（略）の基準を満たさない場合に用いるべきである」との明記がなされていたため、こだわりのな行動を幼少から一貫して認めているような場合には、多くが「特定不能の広汎性発達障害」として診断されてきた。しかし DSM-5 への診断基準の変遷を踏まえると、「過剰にこだわり行動をしつづけている」といった問題だけの場合は、まずは OCD が検討されるべき疾患ということになる。ただしもちろんのことであるが、ASD の A 項目である「社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における持続的な欠陥」に関する詳細な評価や、そのこだわり行動の質的な意味や発症の仕方についての検討などは十分になされる必要がある。

こだわりの質的な違いとしては、OCD の基本病理として「不安や不快といった陰性の感情を伴うこと」が強迫症状の中核にある。よって OCD の強迫行為をしている患者は決して楽しい感情で行為に没入しているわけではなく、多くの場合は不安、あるいは不快な感情を伴う観念をかき消すために強迫行為を繰り返している。一方で、ASD のこだわり行動は、基本的には興味のある事象への常同・反復行動である（すなわち多くの場合は ASD のこだわり行動は陽性の感情によるものである）。これらの行動が無理に制限された際になどにパニックに陥り興奮するのであって、繰り返し行動自体が不安・不快に支配されているわけではない。

ASD の発症時期に関しては、症状が隠されたまま育つ場合も時があるが、一般的には18～24ヵ月頃から判別され、3歳頃には顕著となってくると考えられている<sup>12,16)</sup>。前述したように OCD の発症年齢は ASD に比べより遅いといえる。ただし、逆を言えば幼少発症の OCD ほど、ASD との鑑別に難しさを含んでいることになる。また ASD の児童がある時期から OCD 症状を併存させることも少なくないので、そのような場合に発症の時期を同定することが難しいことも多い。

OCD では多くの場合、強迫行為と対になる強

表1 OCD と ASD のこだわりの相違について

	OCD のこだわり	ASD のこだわり
DSM における規定	DSM-5 から「こだわること」を共通項として新しくカテゴリー化	DSM-5 から ASD の診断に B 項目「行動、興味、または活動の限定された反復的な様式」は必須条件 ただし「感覚刺激に対する過敏さまたは鈍感さ、または環境の感覚的側面に対する並外れた興味」も含む
こだわり行動に伴う感情	「不安や不快といった陰性の感情を伴うこと」が症状の中核に存在。不安・不快といった陰性の感情を伴う観念をかき消すために強迫行為を繰り返しているという理解	興味のある事象への常同・反復行動であり、多くの場合は陽性の感情によるもの
発症時期	児童期と成人期の二峰性。ただし ASD に、ある時期から OCD が併存してくる場合もある	一般的には 18~24 ヶ月頃から判別され、3 歳頃には顕著となる
強迫観念	多くの場合存在する	基本的には存在しない

迫観念が存在しているため、その同定により診断の確度は上がってくる。ただし、OCD 者に症状を隠したがる傾向があることや、また OCD 児や ASD 児が十分に自身の内面を語れない場合（年齢が幼い場合や知的な遅れが大きい場合）もあるため、強迫観念を同定するのに時間を要する、あるいは同定が困難なことが少なくない。よって例えば重度知的発達症を伴う ASD 児が自傷行為を止められずひたすら繰り返している場合や、年少の ASD 児が不機嫌そうにずっとルーチン行動にこだわっている場合などは、それを強迫行為とするか、ASD のこだわり関連のものとするかは、議論を要するところとなる。

以上が OCD と ASD の相違点になるが（表 1 に要約）、そもそも併存している事例も少なくないため、ASD 特性を評価しつつ OCD 患者に適切に介入していくことは临床上重要な作業といえる。

### Ⅲ. OCD 症状に対する心理的介入

ASD のこだわり行動に関しては、必ずしも医療的な治療介入対象とはいえず、基本的には ASD 者が混乱なく生活をしていけるような生活環境の構造化や、周囲の理解が重要な支援となってくる。ここでは OCD 症状に対する心理的介入とともに、ASD の特性がみられる際の OCD 治療

で、著者が工夫している点についてもふれてみたい。

OCD に対する治療としては、認知行動療法（cognitive behavioral therapy : CBT）のなかでも特に曝露反応妨害法（exposure/response prevention : E/RP）が有効であるとされており、児童に対しての E/RP の効果検証もなされている<sup>6,9,11)</sup>。Pediatric OCD Treatment Study (POTS)<sup>11)</sup>では、OCD と診断された 7~17 歳の 112 名の被験者を sertraline の薬物単独治療群、CBT の単独治療群、sertraline と CBT のコンビネーション治療群、プラセボ群にランダムに分け、12 週間の経過を比較検討している。その結果、3 つの治療いずれもがプラセボに比べて明らかに効果があることが示され、コンビネーション治療を受けた群は 54% が臨床的寛解となり、CBT 単独、sertraline 治療単独の場合はそれぞれ 40%、21% の臨床的寛解であった（プラセボでは 3% との結果）。これらの結果から児童期の OCD の治療においては、まず CBT 単独もしくはコンビネーション治療が行われるべきだと述べられており、また薬物療法単独の治療に比べ CBT のほうがより効果的であるともされている。

E/RP の基本的な手続きとしては、OCD に関する心理教育を実施し、「強迫行為をすることが

表2 著者のクリニックにおける OCD 治療手順

	内容	参加	評価	資料
#1	CY-BOCS	保護者・子ども同席	CY-BOCS	
#2	心理教育	保護者・子ども同席		「心理教育資料」 「OCD10 か条」
#3	ペアレンティングスキル	保護者のみ		「ペアレンティングスキル」 「家族の対応について」
#4	E/RP の心理教育	保護者・子ども同席	CY-BOCS	「1 週間の記録・目標シート」
#5	認知の三角形 不安階層表作り	保護者・子ども同席	CY-BOCS	「認知の三角形」 「不安階層表」
#6	マインドフルネス	保護者・子ども同席	CY-BOCS	「マインドフルネス・エクササイズ」
#7	E/RP ①	保護者・子ども同席	CY-BOCS	
#8	E/RP ②	保護者・子ども同席	CY-BOCS	
#9	E/RP ③	保護者・子ども同席	CY-BOCS	
#10	E/RP ④	保護者・子ども同席	CY-BOCS	
#11	E/RP ⑤	保護者・子ども同席	CY-BOCS	
#12	CY-BOCS	保護者・子ども同席	CY-BOCS	

CY-BOCS : Children’s Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

OCD 症状を強化している」ことを本人に理解してもらうことが第一段階となる。そのうえで、強迫行為をしないまま自身の不快感情を感じ続けてもらい、時間経過とともにその不快感情が下がっていくことを実際に面接場面で体験してもらうことが E/RP の中核的な要素となっている。そのため各セッションでは適当な課題を設定し、不快感情への曝露に挑戦していくこととなる。

著者のクリニックにおいて OCD 児に対する治療手順は表2のようになっている。児童を対象に、治療プログラム自体は主治医とは別で公認心理師が実施している。オリジナルな要素は、①保護者に対してペアレンティングスキルを指導するセッションを入れてあること、②セッションを基本的には保護者と子どもの同席としていること、③マインドフルネス・エクササイズを実施するセッションを入れてあることである。E/RP の実践において、ASD 特性が強い患児であるほど、より丁寧に実施したほうがよいと著者が考えている点について以下に示す。

1. E/RP 導入に向けての外來主治医の作業  
しばしば CBT の実践にあたり症状を外在化させていくことの重要性が強調されるが、強迫観念と強迫行為について区別しないまま強迫症状を外在化すると捉えてしまうと、強迫観念を考えてしまうこと自体に苦悩してしまうことになりかねない。基本的には、雑念的な強迫観念が思い浮かんでしまうこと自体はそのまま内在化して（頭のなかにどんな雑念があってもいいと理解する）、特定の観念に突き動かされて行動が強まっていき止まらなくなってしまっている状態が強迫症という疾患なので、その疾患自体は外在化して、「うまくコントロールできるようにしていきましょう」と概念化されていくことが必要である。「頭のなかは自由だから、どんな考えがあってもいい」ということと、「OCD はいなくなったほうがいい」ということが矛盾しない形で、患児に理解してもらうことがまず E/RP 導入にあたって重要と考える。これは OCD 児全般にいえることではあるが、ASD 特性が強い児童に関しては特にその点につ

いて丁寧に E/RP 導入前に外来主治医から説明しておく必要がある。

また OCD について興味が強い児童に関しては、強迫症状とともに「強迫症」という単語も説明するが、OCD に対して拒否的な児童に関しては、疾患名について無理には伝えず、むしろ本人が受け入れやすい OCD に対するニックネームで共有するようにして、E/RP 導入に向けていかにモチベーションを下げないかという点に留意する必要がある。

2. E/RP 実施者による関係構築に向けての作業  
外来において上記のような手続きを意識するにしても、E/RP 実施に向けて関係自体を構築することが難しい児童も少なくない。特に ASD の児童の多くは、知り合ったばかりの他人と回避してしまいがちな強迫症状に取り組むことは容易ではない。そのような事例において、公認心理師がすぐに E/RP を開始するのではなく、しばらく関係構築に向けてのセッション（多くは遊戯療法的な活動）をもつことがある。そういった交流を経て、公認心理師および面接場面への安心感を得ることで、初めて患児が困っている強迫症状について取り組むことができる。E/RP 実施にあたっては可能な限り共感的に働きかけるものの、E/RP の性質上どうしても実施者は指示的な要素をもたざるをえない。E/RP を行う基盤として、E/RP 実施者が児童に共感的に接することで、しっかりとラポールを形成することが重要となる。

### 3. E/RP 実施にあたっての工夫

児童に E/RP を実施するにあたっての、オリジナル要素は先述した通りであるが、ASD 的な特徴が強まるほど、保護者の介入に一貫性をもたせ、また共感的でありつつも強迫症状に押し負けない保護者の姿勢がより重要になってくる。その点で望ましいペアレンティングスキルを指導するセッションの存在は極めて重要になってくる。また当然であるが ASD に関する理解も必要となる。必要であれば、ペアレンティングスキルプログラ

ムや ASD に関する保護者向けのプログラムを E/RP とは別立てて提供することもある。

E/RP は CBT であるため、プログラム進行上「感情-認知-行動」に分けて考えていく必要がある。しかし ASD 特性が強まるほど、この「感情-認知-行動」に分ける作業が容易でないことが多い。特に感情をどう認知させるかは、重要な点で、それを成功させるためにさまざまな資料やツールを利用することとなる。当クリニックでは、「The CAT-kit」というツール<sup>4)</sup>をよく用いている。「The CAT-kit」はアスペルガー症候群の専門家である Attwood, T. 博士が作成したツールで視覚的かつ双方向的、かつカスタマイズ可能なコミュニケーションツールからなっている。例えば「気持ちの温度計」ではさまざまな感情を示す顔のなかから自分の気持ちに合った表情を選んで温度計にマジックテープで貼りつけ、自分の気持ちを他人に伝えるツールや、複数の同心円に周囲の人との人間関係を書き込んで周囲と自分の関係性に気がつけるようにするツールなど、ASD 特性の強い児童が気に入りやすく、また理解しやすいようなツールとなっている。そのようなツールを臨機応変に取り入れる姿勢は ASD 臨床に不可欠であろう。また「感情-認知-行動」に分ける際に、ASD 特性が強い児童ほど、「陰性感情をもつこと自体を肯定すること」「感情は“ゼロに戻る”と落ち着いている状態である」と教えることなどを意識している。

さらに、不快感情を感じ続けて本人の感じる不快指数が低下することを体験することが E/RP の中核となるが、この「感情を感じ続ける」ということが ASD の児童は苦手な場合が多い。そのため感情を感じる練習としてマインドフルネスのセッションを取り入れ、感情と一緒に身体感覚の要素も扱うことをめざしている。実際に、マインドフルネスのセッションでは E/RP 実施者と一緒に菓子を食べるなどして、「感覚および感情に浸る練習」を実施している。

またマインドフルネスの目標でもあり、OCD の治療目標でもあるが、自分のなかに浮かんでく

表3 強迫症にしばしばみられる非機能的な認知

信念	解説
過剰な責任感/リスクの過剰評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分は、ネガティブな結果を生じさせてしまうような力をもっている、または（かつ）ネガティブな結果を防ぐことが自分の責務だと信じている</li> <li>・ネガティブな出来事はおそらく起こり、制御不能になると信じている</li> </ul>
思考の過剰評価とコントロールへのニーズ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・思考というものが極めて重要だと信じている</li> <li>・思考を完全にコントロールすることは、必要かつ可能なことだと信じている</li> </ul>
完璧主義/曖昧さへの耐えられなさ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ミスや不完全さには耐えられないと信じている</li> <li>・ネガティブな結果を起こさないためには、100%でいなければならないし、それは可能なことだと信じている</li> </ul>

(文献 14 より和訳して引用)

る不快な観念をいかに心のなかに放置したままにしておけるかということが最終的な課題となる。強迫症にしばしばみられる非機能的な認知について、Wheaton, M. G. ら<sup>14)</sup>は、「過剰な責任感/リスクの過剰評価」「思考の過剰評価とコントロールへのニーズ」「完璧主義/曖昧さへの耐えられなさ」の3つを基本としている(表3)。これらすべてがASD者にみられるとはいえないが、「思考の過剰評価」や「完璧主義」などはASD者(特に高機能ASD者)を苦しめるさまざまな症状の根底に存在しやすい認知ともいえ、このような認知から浮かんでくる観念に対してどう対処するか(理屈的にどう納得していくか)についての教育も著者は重要と考えており、そのような心理教育にも現在取り組んでいる。

### おわりに

現在のところASDの特徴を有するOCD児への治療は十分に確立されているとはいえないが、引き続き今後もOCDとASDが併存している事例への治療が議論されていけばと考えている。またOCDとASDが慎重に鑑別評価され、必要に応じた適切な介入がなされることも願う次第である。

### 利益相反

講演料など：シャイアー・ジャパン株式会社、塩野義製薬株式会社

### 文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, Washington, D. C., 2000 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳 : DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 2002)
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013 (日本精神神経学会日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野 裕監訳 : DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 2014)
- 3) Anholt, G. E., Aderka, I. M., van Balkom, A. J., et al. : Age of onset in obsessive-compulsive disorder : admixture analysis with a large sample. Psychol Med, 44 (1) : 185-194, 2014
- 4) Attwood, T. : The CAT-kit (<http://www.tonyattwood.com.au/the-cat-kit>) (参照 2019-12-01)
- 5) Castle, D. J., Deale, A., Marks, I. M. : Gender differences in obsessive compulsive disorder. Aust N Z J Psychiatry, 29 (1) : 114-117, 1995
- 6) Franklin, M. E., Foa, E. B. : Cognitive-behavioral treatments for obsessive compulsive disorder. A Guide to

Treatments That Work (ed by Nathan, P. E., Gorman, J. M.). Oxford University Press, New York, p.339-357, 1998

7) Karno, M., Golding, J. : Obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Disorders in America : The Epidemiologic Catchment Area Study* (ed by Robins, L. N., Regier, D. A.). Free Press, New York, 1991

8) Leonard, H. L., Lenane, M. C., Swedo, S. E., et al. : Tics and Tourette's disorder : a 2- to 7-year follow-up of 54 obsessive-compulsive children. *Am J Psychiatry*, 149 (9) ; 1244-1251, 1992

9) March, J. S., Frances, A., Carpenter, D., et al. : The expert consensus guideline series : treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 58 (Suppl 4) ; 1-72, 1997

10) Pauls, D. L., Alsobrook, J. P. 2nd, Goodman, W., et al. : A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 152 (1) ; 76-84, 1995

11) Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team : 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*, 292 (16) ; 1969-1976, 2004

12) Shumway, S., Wetherby, A. M. : Communicative acts of children with autism spectrum disorders in the second year of life. *J Speech Lang Hear Res*, 52 (5) ; 1139-1156, 2009

13) Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Leonard, H., et al. : Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry*, 46 (4) ; 335-341, 1989

14) Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., et al. : The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 48 (10) ; 949-954, 2010

15) Wing, L., Gould, J. : Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children : epidemiology and classification. *J Autism Dev Disord*, 9(1) ; 11-29, 1979

16) Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Rogers, T., et al. : Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *Int J Dev Neurosci*, 23 (2-3) ; 143-152, 2005

## Intervention for Obsessive-compulsive Disorder Patients with Autism Spectrum Trait

Masaki KODAIRA

*Department of Child and Adolescent Mental Health, Imperial Gift Foundation  
AIKU Maternal and Child Health Center, AIKU Clinic*

The differences between Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and Autism Spectrum Disorder (ASD) should be considered from the perspectives of onset period, emotional characteristics that come along with obsessiveness, presence of social impairments or communication difficulties, and existence of obsessive thoughts.

Although typical clinical presentations for these two disorders are basically different, clinicians should be mindful as there are many occasions where it is difficult to distinguish ASD from OCD, and where these two disorders actually comorbid.

Exposure/Response Prevention (E/RP) is known as the basic treatment for obsessive symptoms ; however, when ASD traits are especially recognized in patient, “conducting out-patient exercise for introducing E/RP,” “providing psychoeducation and parenting skills training for parents,” “using effective tool for the child patients,” and “teaching mindfulness” also become crucial factors to treat OCD patients.

< Author’s abstract >

< **Keywords** : obsessive-compulsive disorder, autism spectrum disorder,  
exposure/response prevention >

---