

強迫性障害/強迫性障害(専門的な情報)

厚生労働省

強迫性障害

強迫性障害では、自分でもつまらないことだとわかっているにもかかわらず、そのことが頭から離れない、わかっていながら何度も同じ確認をくりかえしてしまうことで、日常生活にも影響が出てきます。意志に反して頭に浮かんでしまったり払いのけられない考えを強迫観念、ある行為をしないでいられないことを強迫行為といいます。たとえば、不潔に思えて過剰に手を洗う、戸締りなどを何度も確認せずにはいられないといったことがあります。

こころの病気であることに気づかない人も多いのですが、治療によって改善する病気です。「しないでいられない」「考えずにいらない」ことで、つらくなっていたり不便を感じていたりするときには、専門機関に相談してみましょう。

「強迫性障害」とは

強い「不安」や「こだわり」によって日常に支障が出る病気です

「ドアに鍵をかけたかな?」「鍋を火にかけてたままかも」と、不安になって家に戻ったという経験は多くの方がしていることでしょう。また、ラッキーナンバーなどの縁起にこだわることもよくあることです。

その不安やこだわりが度を超しているなと感じることはありませんか?戸締まりや火の元を何度も何度もしつこく確認しても安心できなかつたり、特定の数字にこだわるあまり生活が不便になったりしている場合は「強迫性障害」かもしれません。

強迫性障害は不安障害の一種です。たとえば「手が細菌で汚染された」という強い不安にかきたてられて何時間も手を洗い続けたり、肌荒れするほどアルコール消毒をくりかえしたりするなど、明らかに「やりすぎ」な行為をとらないます。世界

保健機関（World Health Organization：WHO）の報告では、生活上の機能障害をひき起こす10大疾患のひとつにあげられています。

病気だと気づかない患者さんも多い

国内では、どのくらいの割合で強迫性障害患者さんがいるのかはまだ完全には明らかになっていません。欧米では、精神科外来に通う患者さんのうち9%が強迫性障害であるというデータがありますが、日本の精神科外来では多くても4%前後の報告があるに過ぎません。ただしこれは、強迫性障害になっている人が少ないという意味ではなく、障害を性格の問題だととらえて受診せずにいる人や、精神科を受診することにためらいがあって、日常の不便を我慢している人がいるのではないかと考えられています。

欧米ではまた、全人口のうち強迫性障害にかかっている人は1.2%、50～100人に一人の割合といわれており、日本でも同じくらいの割合になるとも考えられています。

治療すれば治すことができる病気

発症には、性格、生育歴、ストレスや感染症など、多様な要因が関係していると考えられていますが、なぜ強迫性障害になるのか、原因ははっきりとはわかっていません。しかし、なぜ症状が続くのか、なにが影響して症状が悪化するのか、などは解明が進んでいる部分もあり、積極的に治療に取り組めば治ることも可能な病気となっています。

強迫性障害のサイン・症状

「強迫観念」と「強迫行為」の2つの症状があります

強迫観念とは、頭から離れない考えのことで、その内容が「不合理」だとわかっているにもかかわらず、頭から追い払うことができません。

強迫行為とは、強迫観念から生まれた不安にかきたてられて行う行為のこと。自分で「やりすぎ」「無意味」とわかっているにもかかわらずやめられません。

代表的な強迫観念と強迫行為

- **不潔恐怖と洗浄**

汚れや細菌汚染の恐怖から過剰に手洗い、入浴、洗濯をくりかえすドアノブや手すりなど不潔だと感じるものを恐れて、さわれない。

- **加害恐怖**

誰かに危害を加えたかもしれないという不安がところを離れず、新聞やテレビに事件・事故として出ていないか確認したり、警察や周囲の人に確認したりする。

- **確認行為**

戸締まり、ガス栓、電気器具のスイッチを過剰に確認する(何度も確認する、じっと見張る、指差し確認する、手でさわって確認するなど)。

- **儀式行為**

自分の決めた手順でものごとを行なわないと、恐ろしいことが起きるという不安から、どんなときも同じ方法で仕事や家事をしなくてはならない。

- **数字へのこだわり**

不吉な数字・幸運な数字に、縁起をかつぐというレベルを超えてこだわる。

- **物の配置、対称性などへのこだわり**

物の配置に一定のこだわりがあり、必ずそうっていないと不安になる。

日常生活への支障がでていませんか

強迫性障害は、誰もが生活のなかで普通にすること（戸締まりの確認や手洗いなど）の延長線上にあります。「自分は少し神経質なだけ」なのか「もしかしたらちよつと行き過ぎか」という判断は難しいところです。次のようなサインがあれば、専門の医療機関に相談することを考えてみてください。

- **日常生活、社会生活に影響が出ている**

手洗いや戸締まり確認に時間をとられる、火の元を確認しに何度も家に戻る結果常

に約束に遅れるといった弊害や、日々の強い不安や強迫行為にかかるエネルギーで心身が疲労して健全な日常生活が送りにくくなってきます。

- **家族や周囲の人が困っている**

火や戸締まりの確認を家族にも何度も繰り返したりアルコール消毒を強要したりするなど、周囲の人を強迫観念に巻き込むことも多くなります。その結果人間関係がうまくいかなくなっていくます。

自分では「病気というほどひどくない」と感じていても、家族や友人など周囲の人が困っている様子なら、念のため受診を考えるのもいいかもしれません。

強迫性障害の治療法

強迫性障害の治療には、次の2つの療法を組み合わせるのが効果的だとされています。

- 認知行動療法
- 薬による治療

認知行動療法

再発予防効果が高い「曝露反応妨害法」が代表的な治療法です。

患者さんが強迫観念による不安に立ち向かい、やらずにはいられなかった強迫行為をしないで我慢するという行動療法です。

たとえば、汚いと思うものをさわって手を洗わないで我慢する、留守宅が心配でも鍵をかけて外出し、施錠を確認するために戻らないで我慢する、などです。こうした課題を続けていくと、強い不安が弱くなっていき、やがて強迫行為をしなくても大丈夫になっていきます。

薬による治療

患者さんの多くは、強迫症状や抑うつ、強い不安感があるので、まず抗うつ薬の

SSRI (セロトニン再取り込み阻害薬)で状態を安定させてから、認知行動療法に入るのが一般的です。

うつ病よりも高用量で、長期間の服薬が必要です。最初は少量から始め、薬との相性を見ながら服薬量を増やしていきます。

SSRI はほかの抗うつ薬に比べると、副作用は軽いものですが、服用を始めてから体調がよくない気がするなどの不安があれば、すぐに医師に相談するようにしましょう。

アドヒアランスが重要

アドヒアランスとは、患者さん自身が治療方針の決定にかかわることで、「治そう」という意欲を高めて治療効果を上げようという考え方です。

強迫性障害の治療では、薬の服用量の多さに不安を感じがちです。認知行動療法がつらくてイヤだと感じることもあるでしょう。しかし、医師から十分な説明を聞き、病気や治療のことが理解できれば、必要な治療なのだと納得できます。

なお、治療法は、個々の患者さんに合わせて決定されます。自分が不安に思うこと、治療法の希望などがあれば、医師に相談してみましょう。

強迫性障害(専門的な情報)

強迫性障害とは

強迫性障害(Obsessive-Compulsive Disorder; OCD)は不安障害の一型で、その病態は、強迫観念と強迫行為に特徴づけられます。

強迫観念は無意味ないし不適切、侵襲的と判断され、無視や抑制しようとしてもここから離れない思考や衝動およびイメージなどで、強迫行為はおもに強迫観念に伴って高まる不安を緩和および打ち消すための行為で、そのばかばかしさや、過剰であることを自ら認識してやめたいと思いつつも、駆り立てられる様に行う行為です。

具体的には、トイレのたびに「手の汚れ」を強く感じ、それをまき散らす不安か

ら執拗に手洗いを続けたり、泥棒や火事の心配から、外出前に施錠やガス栓の確認を切りがたく繰り返したりします。フロイトに始まる精神分析の中では、「強迫神経症」として精神分析的・心理学的見地から研究や臨床の対象とされ、精神力動論による成因理解がなされてきました。しかし1960年代以降は神経生物学的観点からの成因や病態の解明が進展し、さらにはSSRI（セロトニン再取り込み阻害薬）や認知行動療法の有効性が検証されるにつれ、神経症概念の範疇では捉えきれなくなってきました。このため、1980年に改訂されたアメリカ精神医学会の診断基準であるDSM-IIIにおいて疾患名は「強迫性障害」に変更され、操作的診断基準によって疾患概念が明確化されました。

以後の研究では、とくに精神病理や病因、脳機能、治療など多角的観点から強迫性障害の多様性が注目され、強迫性障害を均一的疾患とみなすことの限界が明白となっています。そのため、DSM-IVでは持続的に症状の不合理性に関する「洞察に乏しいもの」が、WHOが定める診断基準のICD-10では「強迫思考を主とするもの」「強迫行為（強迫儀式）を主とするもの」および「両者が混合するもの」というサブタイプがそれぞれ採用され、治療法選択や予後判定の基準として試行されています。

患者数

1960年以前、強迫性障害の一般人口中の有病率は、0.05%程度と考えられていましたが¹⁾、DSM-IIIで操作的診断基準が導入されて以降、これに準拠する信頼性の高い診断を行う為の構造化面接法が開発され、疫学研究が進展し、データに変化がみられます。

たとえば、1980-1983年にかけて実施されたアメリカ国立精神衛生研究所が作成したDiagnostic Interview Schedule (DIS)²⁾によるNational Epidemiological Catchment Area Surveyでは、強迫性障害は、恐怖症や物質関連性障害、うつ病などに次いで高率に見られ、6ヶ月有病率は16%、その生涯有病率は2.5%と報告されてい

ます。Weissman らが4大陸（プエルトリコ、カナダ、米国、ドイツ、台湾、韓国、ニュージーランド）で行ったDISによる国際的疫学調査では、12ヶ月有病率は1.1-1.8%、生涯有病率1.9-2.5%と、それぞれ0.4%、0.7%の台湾を除けば、大きな地域差を認めませんでした⁵⁾。それ以外の国や地域でも、DISで診断したDSM-IIIの強迫性障害の生涯有病率は概して2%程度で、その出現に関しては宗教や経済面の相違など社会文化的背景による影響は少ないものと考えられました。

その後、国際比較診断用構造化面接(Composite International Diagnostic Interview; CIDI)が様々な国や地域、文化圏に対応しうる面接法として開発されました。このDSM-IV版を用いた様々な地域の疫学調査によれば、一般人口中の生涯有病率は0.5-2.0%であり、地域差はDSM-IIIの場合と同様に少ないことがわかっています。一方、DSM-IIIに準拠した場合に比べて、DSM-IVでの有病率は、おおむね低率の傾向にあります。さらに強迫性障害の診断閾値に達しない程度（閾値下）の強迫症状を有するものが、一般にも相当数いることが指摘されていますが、強迫症状の重症度は経過中しばしば変動することから、この中に、一時的に診断域に達する場所があるものと考えられます。この様に、従来報告されている強迫性障害の有病率では、

- 1) 適用される診断基準や閾値
- 2) 調査方法（面接法や評価者の熟練度、調査手段（対面式か電話かなど））に加え、
- 3) 対象者の構成（年齢、性別など）
- 4) 強迫症状の特性（症状や重症度の時間的変遷）

などの影響も考慮しなくてはなりません

我が国での患者数と有病率

我が国においては、一般人口中の強迫性障害の有病率に関するデータは多くはありません。大学生 424 名中の DSM-III-R の強迫性障害を有する割合は、1.7%とされています。また約 4,100 名の一般住民を対象とした、川上による「こころの健康についての疫学調査」（世界精神保健日本調査）では、強迫性障害の有病率は明らかではありませんが、不安障害全体の生涯有病率は 9.2%でした。一方、東京、大阪、京都の三つの大学付属病院における精神科総初診患者さんのうち強迫性障害の割合は、0.51-1.37%とされています。同様に近畿圏の大学付属病院 8 施設を含む 9 つの総合病院精神科において調査した結果では、総初診中の強迫性障害患者さんの割合は、1.75-3.82%でした。これらは、フランスでの精神科外来患者を対象とした調査において、強迫性障害患者さんの割合が 9.2%であったのに比べてきわめて低率といえます。このことから、我が国では、強迫性障害の患者さん自体が少ないか、または強迫性障害患者の精神科受診率がいまだ低率であるかの可能性などが推測されます。この点、川上の研究によれば、過去 12 カ月間に何らかの精神障害を経験した方の約 17%、いずれかの不安障害では約 19%程度しか、医療機関などを受診・相談していませんでした。この受診率は、米国や欧州の多くの国々に比べるとかなり低く、さらに不安障害患者が選択した受診先は半数以上が一般医であり、精神科は約 7%に留まっていることも明らかになっています。すなわち我が国では、重症でありながら受診行動に至っていないものも相当数いて、加えて精神科を受診することへの躊躇も、依然強いものと考えられます。この様に、現在のところ、我が国の一般人口中における強迫性障害患者数や有病率の確かなデータは見られませんが、おおむね欧米と同様に 1-2%程度、すなわち 50-100 人に 1 人、日本の総人口に換算すれば、100 万人強の強迫性障害患者の存在が推定されます。

原因・発症の要因

迫性障害ではその原因や発症に関わる特異的な要因はいまだ特定されていません

しかし、不況や新型インフルエンザの流行など、不安が増大しやすい現代の社会情勢では、自らを、あるいは大事なものを守ろうとする過度の防衛反応として、強迫的思考や行動が誘発されやすい可能性があります。また多くの患者さんが、対人関係や仕事上のストレス、妊娠・出産などのライフ・イベントが、発症契機となります。これらと、何らかの脆弱性要因、たとえば神経生物学的、あるいは性格など心理的要因との相互作用を介し、発症に至るものと考えられます。この様な強迫性障害に「なりやすい要因」とされているものには、次の様なものがあります。

強迫性パーソナリティー

精神分析理論に基づいた「強迫神経症」の概念では、その発現は肛門期という発達段階への固着と退行によるものと解釈されます。儉約、頑固、几帳面、責任感といった、いわゆる強迫性格についても、同様の精神分析的解釈がなされ、これが「強迫神経症」と連続的で、その発症の基礎性格をなすと考えられます。しかし DSM-III 以降の comorbidity study (併存症研究) では、極端な強迫性格と一貫する強迫性人格障害 (obsessive-compulsive personality disorder; OCPD) は、ほかの性格傾向よりは強迫性障害発症に関係するが、必ずしも必要条件ではなく、両者の特異的関連性は否定的と結論付けられました。一方、OCPD を構成するいくつかの人格要因の中でも、完全主義や細目へのこだわり、溜め込みなどは、ほかの不安障害 (神経症性障害) と比較し、強迫性障害に顕著でした。さらに完全主義をより詳細に検討した場合、「ミスへの過度のとらわれ」や「自身の行動への疑い」など、その一部の精神病理では、強迫性障害との特異的関連を認め、中でも洗浄強迫に比べ確認強迫でより高度でした。この様に少なくとも完全主義など、OCPD を構成する一部の精神病理は、強迫性障害の発症に関連する可能性があります。それが強迫性障害全般にわたるというよりは、対称性や正確性の追

求、それによる確認、整理整頓、保存などの強迫症状を特徴とするものに、より特異的に関与するものと推測されます。

遺伝、あるいは家族性要因

強迫性障害において、これらの病因的関与を裏付ける十分かつ一貫した知見は、いまだ得られていません。しかし健常者を対象としたいくつかの家族研究では、強迫性障害患者さんの第一親等親族において、診断閾値に達しない程度、すなわち著しい苦痛や機能障害を伴わないものを含めた強迫性障害の罹病率、さらには不安障害全般の危険率がより高度であったとされます。とくに若年発症例では、家系内集積性がより明らかな傾向であり、発症における遺伝要因の比重が高まる可能性が考えられます。また強迫性障害とチック障害、あるいはトゥレット症候群とは、家族性、遺伝学的相互関連が推定されています。すなわち、これらの障害をもつ患者さんの親族には、強迫性障害が高率にみられ、同様に強迫性障害の親族には、チック障害などの出現が高率とされています。この傾向は、患者さんが若年発症であるほど顕著であり、とくに18歳未満の発症では、それ以降に発症した患者さんに比し、親族における閾値上ないし閾値下強迫性障害の発病危険率が、約2倍であったとされます。一方遺伝子研究では、最近のゲノムワイド関連解析により、強迫性障害自体、若年例、ないし保存症状の疾患感受性遺伝子の報告もなされていますが、いまだ知見は乏しく特異的遺伝子の解明は十分なされていません。

感染症、神経精神疾患との関連性

強迫性障害では、パーキンソン病、トゥレット、シデナム舞踏病など、大脳基底核におけるドーパミン系機能異常を伴う神経精神疾患との関連性が指摘されています。また児童期のA群β-溶血連鎖球菌感染症による上気道感染はリウマチ熱を合併し、その後期症状として、舞踏様運動とともに、高率に強迫症状を呈します。この感染に伴う異常な自己免疫反応による線条体の形態的、機能的異常を介し、小児期強迫性障害やチック障害などの急性発症に病因的役割を担うことが推定されています。この様に神経免疫機能と強迫性障害との間には何らかの関連が推定されますが、この感染が常に強迫性障害の誘因になるわけではなく、その機序や特異性などについては今後の検討が待たれます。

その他

その他、強迫性障害における神経生物学的病態として、脳形態的特徴や神経回路、神経化学システムに関するものがあります。これらには、強迫性障害出現に伴い二次的に出現するものも含まれるが、たとえば前頭葉や基底核領域の損傷が、強迫性障害発症に先行することもあり、また強迫性障害患者さんの脳形態学的画像研究では、淡蒼球や両側尾状核の体積減少など基底核の形態学的変化を、おもに若年例を中心に認められます。神経回路の中では、「皮質 - 線条体 - 視床 - 皮質」回路が注目され、神経化学的には、セロトニン、さらにはドーパミン神経系の機能異常の関与が明らかにされています。

症状

強迫症状には様々な内容があり、通常それぞれ関連の強い強迫観念 - 強迫行為の組み合わせとなっています。

しかし中には、性的なイメージなど純粹に強迫観念のみ出現する場合や、強迫行為（儀式行為）を主としてこれを裏付ける強迫観念が明確でない場合もあります。強迫症状の内容と、本邦の強迫性障害患者さんにおける出現頻度を表1に示します。汚染/洗淨、確認などの症状が最も高率で、欧米とほぼ一貫した傾向であり、強迫症状の出現様式において社会文化的影響は少ないものと考えられます。

表1 強迫症状の内容と頻度

汚染の心配 - 掃除や洗淨	40-45%
人や自分を傷つける心配（攻撃的 - 確認）	30%
正確性の追求 - 確認や儀式行為	30%
数字へのこだわり - 数を数える	15%
対称性へのこだわり（魔術的思考） - 儀式行為	10%
無用なものへのこだわり - 保存	5-10%
その他	20%

強迫症状の中で、汚染/洗淨、確認に関するものの具体例を示します。

1. 汚染/洗淨

例) トイレの後、なかなかきれいになった気になれず、手洗いやシャワーを繰り返してしまう。

例) 公共のもの（たとえばつり革など）にさわると、ウイルスなどの感染が心配となり、何度も手を洗う。

2. 確認

例) 自分の不注意で火事を起こしたり、泥棒に入られたりすることを心配して、ガス栓や玄関、窓などが正確に閉まっているかの確認をくりかえす。

例) 運転中、誰かを誤って轢かなかったか、または歩いていて子供や老人とすれ違った時に、転ばせたり、ケガをさせていないかを心配し、ひき返したりして何度も確認する。

多くの場合、強迫性障害患者さんは初診時には強迫症状に強い苦痛を感じており、無視したり抑制したり、止めようと努力していたり、少なくともその意志を示すが、不安に強くとらわれ、無視や行為を中断するなど制御や抵抗が難しい状態にあります。または不安に圧倒され、抵抗しようと思う余裕すらない状態にいることもあります。このため、多くの場合は、不安が引き起こされる状況を避け（回避）、さらに約1/3では、確認を強要したり保証を繰り返し要求したりして、しばしば家族など周囲を症状に巻き込んでいます。

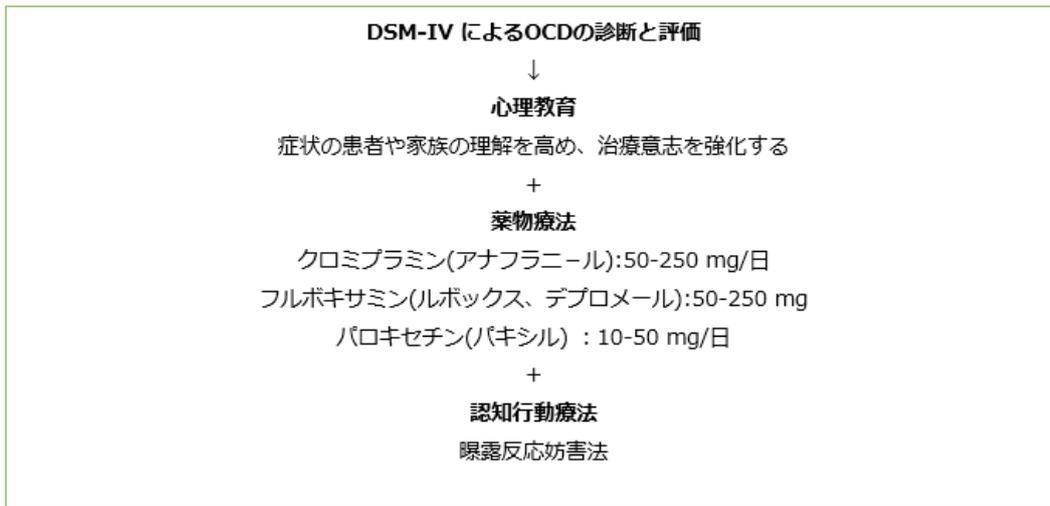
強迫性障害患者さんでは、ほかの精神障害の併存をしばしば認めます。中でもうつ病が最も多く、初診時の約30%では併存が認められ、そしてその生涯有病率は70%程度とされます。これは強迫性障害発症後二次的に出現することが一般的であり、うつ病を伴う強迫性障害患者中、64-85%では強迫性障害の発症が先行していたというデータがあります。すなわち、強迫性障害患者さんに見られるうつ病、あるいは抑うつ状態の大半は、強迫性障害により生じる精神的葛藤や疲労、日常や社会生活上の機能的問題などに関連し出現するものと考えられます。

治療法

強迫性障害の主要な治療は、SSRI を主とした薬物、および認知行動療法です。

さらに病気自体や治療および対処などについて、患者さんや家族などに十分な理解をうながす心理教育は、治療的動機づけを高めかつ周囲からの一貫した支持を得て安定的治療環境を構築するうえで重要です（表2）。

表2 強迫性障害治療の概要



個々の患者さんの治療は、症状の特性や精神病理、治療的動機づけの程度などを考慮し選択します。薬物療法と認知行動療法にはそれぞれメリット・デメリットがあり、たとえば薬物は、導入や継続が容易で即効性が期待される反面十分な反応が得られない割合が比較的高く、副作用や中断時の再発が問題となります。一方認知行動療法は、より有効性が高く効果の持続性や再発予防に優れますが、導入やアドヒアランスには、患者さんの状態や動機づけの程度などが大きく関わり、その効果は治療者の経験や技量にも影響されやすいという問題があります。実地臨床の多くでは、うつ病の併存などで認知行動療法は当初困難であり、薬物を先行させ、治療的動機づけを強化確認後、認知行動療法に導入するといった併用療法が一般的です。

薬物療法

薬物療法の第一選択は、強迫性障害の保険適応を有している SSRI (フルボキサミン、

パロキセチン)あるいはクロミプラミン (アナフラニール) などの強力なセロトニン(5-HT)再取り込み阻害作用をもつ抗うつ薬です。SSRI の副作用は、三環系などほかの抗うつ薬に比し軽度でより安全性に優れるが、吐き気や不安増強などを一過性に認めることがあります。長期投与の場合、性機能低下などに注意します。以下に処方例を示します。

処方例

下記のいずれかを、効果や副作用を確認しつつ漸増し、維持用量を決定する。

- 1) デプロメール錠、またはルボックス錠(50mg) 1-5 錠 分 1-3
- 2) パキシル錠(10mg) 2-5 錠 分 1-2
- 3) アナフラニール錠(25mg) 2-10 錠 分 1-3 (保険適用外)

これらの効果が不十分な場合、診断の再確認など原因を検討して治療法を再考する。薬物療法では、ほかの SSRI への変更、SSRI に少量の抗精神病薬を付加投与する方法などを試みる。また観念のみ認める場合、認知的歪みや洞察の修正、治療的動機づけの強化などが必要な場合などでは認知療法が、心理・社会的、人格的要因などの関与が考えられる場合では家族療法などほかの精神療法が、それぞれ有効となる。以下に処方例を示す。

処方例

下記の 4)-7)は、いずれも保険適用外ではあるが、処方例 1)か、2)のいずれかに追加投与することが試され有効性が検証されている。処方例 4)の場合、クロミプラミン (アナフラニール) の血中濃度が数倍に上昇する為、心電図などで副作用に十分注意する。

- 4) アナフラニール錠(25mg) 1-2 錠 分 1-2 (保険適用外)
- 5) リスパダール錠(1mg) 1-3 錠 分 1-3 (保険適用外)

6) ジプレキサ錠(2.5mg) 1-2錠 分1-2 (保険適用外)

7) セロクエル錠(25mg) 2-4錠 分1-3 (保険適用外)

最近では、エビリファイ (アリピプラゾール) を付加投与する方法の有効性も報告されている。

認知行動療法 (表3)

曝露反応妨害法を用いることが多く、これまで恐れ回避していたことに直面化し(曝露法)、不安を軽減する為の強迫行為をあえてしないこと(反応妨害法)を継続的に練習します。その効果には、洞察や治療的動機づけの程度が影響する為、予めこれらを評価し適応を判断します。導入時には行動分析が重要であり、症状がどの様な場面や刺激により出現し、どの様な観念が生じて不安になるか、どの様な行為や回避を伴い、家族など周囲の巻き込みはあるか、日常や社会生活への影響はどの程度かなどを明確にして、治療目標を具体的に決めます。課題設定は、通常不安階層表 (ヒエラルキー) の不安値の低いものから順次行うが、患者さんがいちばん治したいもの、生活や社会的機能に関連し治療効果を実感しやすいものなどを、優先させる場合もあります。当初はおおむね治療者主導ですが、自ら課題を考え、問題を分析し解決する方法を模索するなど、徐々に自己制御へ移行することが重要です。

表3 曝露反応妨害法の進め方

1	先行刺激と観念、不安、行為の行動分析
2	対象とする症状や治療目標の明確化
3	症状を止めやすいと思う順番に難易度をつけて、不安階層表を作成
4	難易度の低い課題から開始する。この際、どの様な方法で、どの様に考えて、またいかに回避せず挑戦していくかなどを、治療者と十分に話し合い実行を約束する。
5	ホームワークとセルフ・モニタリング
6	課題が達成できれば、より難易度の高い課題に進み、達成困難な場合には、その原因を検討し修正していく。当初は動機づけや支持、説明など、治療者主導で進めることが多い。しかし患者自身が課題を考え、自分の問題を分析し、反省と理解のうえで、修正したり解決する方法を模索したりするなど、徐々に自己制御に向けていく。

経過

強迫性障害患者さんの治療予後を長期的に follow-up した研究はいまだ多くありません。

我々の研究では、上述した心理教育、薬物療法、そして認知行動療法を組み合わせた治療を一年間継続した場合の強迫性障害患者さんの平均改善率、すなわち Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale で評価した重症度得点の減少率はおおむね 50% 程度でした。この中で薬物療法に関しては、従来、SSRI など第一選択の抗うつ薬に中等度以上の反応性を示す患者さんの割合は約 50% と考えられています。薬物療法に対する反応性の予測因子としては、

- 1) 男性でとくに早発例
- 2) 罹病期間が長期
- 3) 対称性へのこだわり/儀式行為、物の溜めこみ、性的、宗教的などの純粹強迫観念などの強迫症状
- 4) 症状に関する奇異な信念や魔術的思考の存在
- 5) 全般性不安障害、あるいは全般性に特定される社交恐怖の併存
- 6) チック障害との関連性
- 7) 統合失調型人格障害の併存

などがあり、これらの要素を認めた場合は SSRI に対する抵抗性が予想されます。最近では、SSRI 抵抗性の患者さんの 1/3~1/2 に対しては非定型抗精神病薬などの付加投与が有効と考えられています。しかし一旦薬物が奏効しても、自己中断などで服薬が途絶えた場合落ち着きのなさや悪心など SSRI の離脱症状に注意を要するとともに、再発率が 70~90% と高率であることから十分な服薬アドヒアランスが維持されるよう配慮することも大切です。また治療により強迫症状が改善した場合、どの様に薬物の減量・中止を図るかについて、いまだ統一された見解には至っていません。

一般的に、有効な薬物療法を1-2年間は継続することが必要とされ、減量する場合、状態を観察しながら緩やかなペースで、具体的には1-2カ月かけ10-25%を減量する程度が推奨されています。

一方、認知行動療法については前述したように、その導入やアドヒアランスには、患者さんの状態や動機付けの程度などが大きく関わってきます。もしプログラムの継続・完了が達成されれば、60-90%に何らかの改善をもたらし、そのうち75%では、その有効性が長期的に維持され、さらに薬物療法の場合に比べ、高い再発防止効果が期待できます。すなわち、いずれ薬物を減量していく場合でも、認知行動療法を予め学習し、曝露（不安の対象や状況への直面）、そして反応妨害（強迫行為の制御）を維持できれば、不安の増大や症状の再燃は、かなり予防できるものと考えられます。

患者さんへのアドバイス

最近では、強迫性障害に対する有効な治療法がいくつか確立され、個人差はあるものの、受診に至り治療が継続できた患者さんの多くでは、生活全般における支障の軽減や、社会的適応能力の改善が認められます。

一方で、強迫性障害による様々な困難を抱えながら、自宅外に感じる汚染や施錠の心配などから外出もままならず、受診自体が難しいケースも少なからずあるものと思われます。この為、まず家族は、患者が受診に至るよう粘り強く応援していくことが必要であり、治療に対する同意や意思を高めるうえで患者さんと十分に話し合い、心配や希望を伝え、「適切な治療により、良くなる可能性があること」など、前向きで正確な情報を伝えていくことが望まれます。中には、家族が患者さんの希望通り振る舞うことを強いられ、様々なルールや縛りの中で、不自由な生活に陥っている状況もしばしば見られます。しかし通常、要求に応じていっても切りが

なく、かえって患者さんが「完璧な納得」を突き詰める中で不安焦燥が高じ、意のままにいかなければ時に暴力行為に至ることがあります。さらに家族には、長時間拘束され疲労困憊するなど、心身に大きな負担がかかるものとなります。この場合、まず患者さん自身は、他者を巻き込みコントロールすることが、結局は自分の思うように終結できず、さらに不安焦燥を招く不安定要因となりうることを知ることが重要です。一方家族は、しばしば患者に対し過度の責任感や罪悪感を抱いており、要求に応えることが患者さんのためと考える傾向があります。しかし患者さんの要求がますますエスカレートし（言い方や表情など）、対応できなくなると、これが患者さんの不安や怒りを増幅させるといった悪循環に陥ります。この様な巻き込みによる不安増強過程や、要求に応えることの不合理性、非現実性を患者さん、家族双方が理解することが必要です。

患者さんへのアドバイスのポイント

強迫性障害は病気であり、性格や意志の弱さなどではありません。「自分の為に治す」という決意と目標を持ち、適切な努力を諦めず続ければ、治癒や軽快する可能性は十分あります。薬物は治療の要であり副作用も一時的で安全性も高いものですが、効果発現にある程度の期間を要するため、自己判断せず規則的服薬を継続しましょう。治療は長期にわたる場合があるので、目先の状態に一喜一憂しないで長期的な目標をもって治療にのぞみましょう。

家族へのアドバイスのポイント

治療を求めかつ継続するように患者を支え励ますことです。そのためには病気の理解に努め、病気について患者さんを責めないようにすることです。患者さん本人に対する過度の罪悪感や責任感は無用であり、継続できる一貫した応援を心がけ、焦らず気長に見守ることです。症状への巻き込みなど周囲にかかる負担は大きいことを覚悟して、接し方や対処法を主治医に確認すること、などの点が大切です。

研究の状況

現行の強迫性障害治療に個々の患者さんが示す反応性や、奏効する、あるいは必要となる治療法は決して一律ではありません。

すなわち、近年、症候学的、精神病理学的特徴、及び成因や病態生理、さらには有効な治療法やその反応性など多角的観点から、強迫性障害内の多様性が支持され、これを現行の単一的、均質的診断カテゴリーとしてとらえることの限界が明らかとなりつつあります。これを説明する為の次元的分類法として症状軸(symptom dimension)があります。これは、

- 1) contamination/washing & cleaning (汚染/洗淨)
- 2) symmetry/ ordering & repeating rituals (対称性/整頓・繰り返される儀式行為)
- 3) forbidden (aggressive) thoughts/ checking (禁断的 (攻撃的) 思考/確認)
- 4) hoarding (保存)

などの各 dimension により構成されます。この症状構造は、社会文化的背景や年齢などの影響を受けずおおむね安定的であることから、それぞれの発現に、本質的で特異的神経生物学的機序が介在している可能性が示唆されています。これをふまえ、symptom dimension を基準とした、個々に適用する治療法の合理的選択が試行されています。たとえば、汚染/洗淨や禁断的思考/確認などの dimension が優勢であれば、SSRI や認知行動療法など定型的治療の適応となり、これにある程度反応するものと予測されます。一方、対称性/整頓・繰り返される儀式行為 dimension は、若年発症やチック障害などとの関連性が強く、ドーパミン系機能異常のより密接な関与が推定されています。実際、これが高度であれば、SSRI への抵抗性が予測されますが、非定型抗精神病薬の付加投与はしばしば有効です。またこのタイプでは、何

かを完全に、対称的に、または正確性を追求するがあまり、ある行為を儀式的、常同的に繰り返し、思う様に完了するまで行動できなくなる状態、すなわち強迫性緩慢を呈することも少なくありません。この様な患者さんに対する認知行動療法では、かたくなで非機能的な認知パターンの修正がしばしば必要となり、行動療法では曝露反応妨害法以外の技法、たとえばシェイピングやモデリング、ペーシング、儀式短縮化訓練などが推奨されています。同様に保存 dimension が高度であれば、しばしば強迫的保存（溜め込み）症（compulsive hoarding）と呼ばれる状態を示します。この自我親和的特性から、不合理性の洞察を明確に有する場合は少なく、まずは認知面に対する直接的治療介入がしばしば必要となります。さらに、多くの場合は SSRI などの薬物や定型的な認知行動療法に抵抗性であり、非定型抗精神病薬などの付加的治療に対してもその反応性は十分とはいえません。最近では、保存症状に特化した認知行動療法プログラムが提唱されています。この様に、symptom dimension など、ある臨床的指標を基準として、治療反応性を予測するとともに、個々に有効な治療法をよりの確に選択し実行していくことが、今後の重要な課題といえます。しかしながら、より妥当で実用的な分類基準の必要性とともに、現行の治療オプションの限界や問題点も明らかで、今後、エンド・フェノタイプといった成因、あるいは発現機序、サブタイプの解明などがより進展して、強迫性障害の病態仮説にも新たな展開や見直しが加えられ、更なる治療法の提言、開発などが進められるものと期待されます。