

令和3年度 第2回 認知行動療法サポーター養成講座(強迫症と発達障害)
令和3年12月19日(日) 教育福祉会館(ラコルタ柏)

発達障害を基盤に持つ 強迫症に対する認知行動療法

千葉大学子どものこころの発達教育研究センター
中川彰子

本日の話題

- 行動療法、認知行動療法について
- 強迫症に対する認知行動療法の効果について
- 自閉スペクトラム症の二次障害としての強迫症
- 治療の実際 症例提示

行動療法、認知行動療法について

神経症治療の大略（山上）

1) 休養、安静、環境調整

2) 薬物

3) 支持療法

一般的な精神(心理)療法

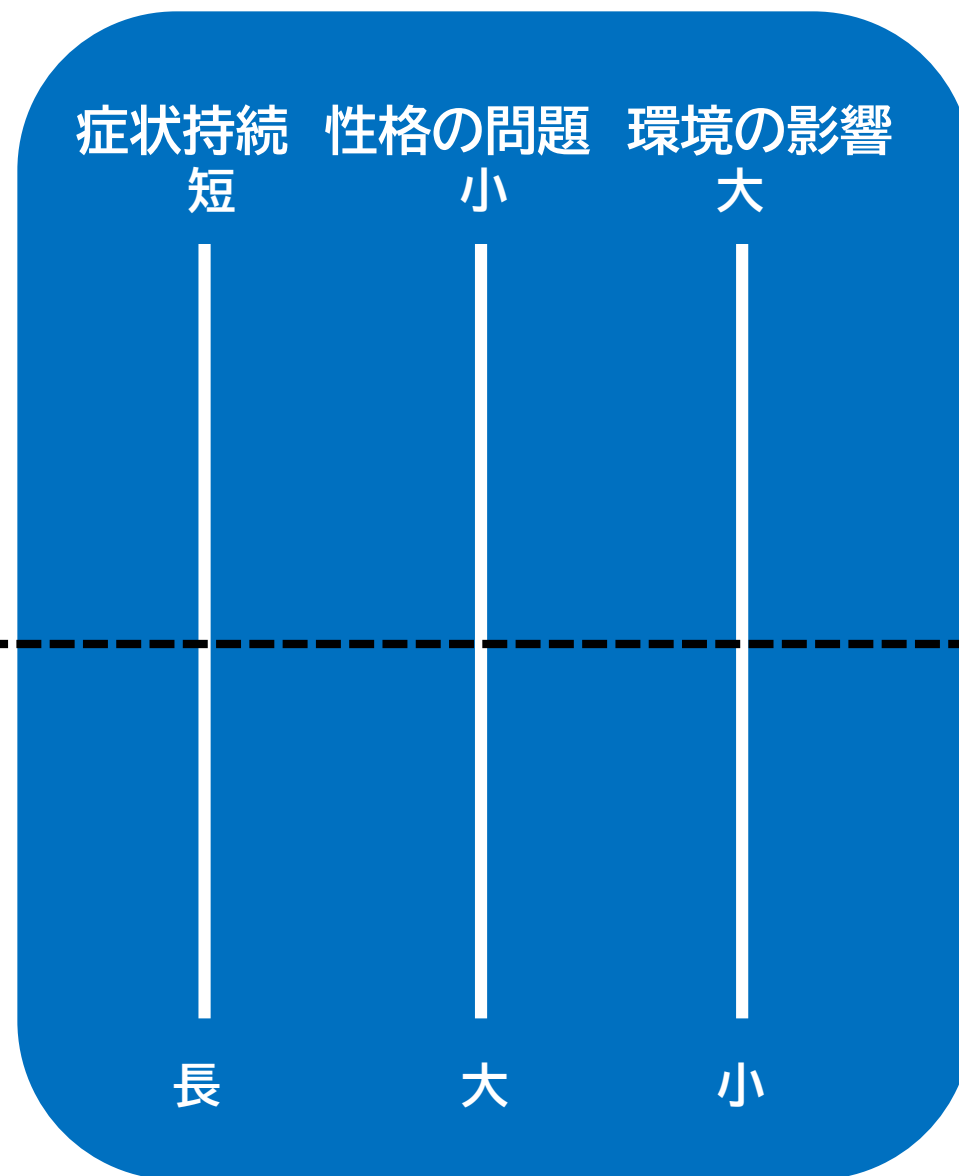
(受容、カタルシス、保証、支持、説得など)

4) 系統的な精神療法

・精神分析療法

・森田療法

・行動療法 など



我が国における代表的な神経症性障害の学説

学説	精神分析理論	行動理論	森田理論
創始者	Freud,S.	Eysenck,H.,Wolpe,J.ら	森田正馬
精神機能の考え方	精神内界は意識と無意識に二分され, 無意識内の力動が行動に影響を与える	精神内界には言及せず, 入力系(刺激)と出力系(反応=行動)の関係を重視する	無意識を認めず, 主観によって心身の状態の認識は変化する
神経症性障害発症の準備状態(素因)	幼小児期の養育環境を重視し, 特に発達段階における親子関係の葛藤が無意識内にたくわえられ, 成長後の対人関係に反映される(転移)	性格や知能との関連は考慮するが, 基本的には重視しない	内向的で自己の心身の不調に敏感で不安を感じやすい気質(ヒポコンドリー性基調)を備えているが, これは生存欲(生の欲望)の現れである
神経症性障害の発症機序	無意識内に生じた不安を解消するために各種の防衛機制(抑圧, 昇華, 反動形成, 移動, 隔離, やり直し, 知性化, 投影など)が働いて神経症の各種症状が出現する	誤った学習(恐怖条件づけなど)の結果, 外界の刺激に反応して不適切な行動パターンが形成されたものが神経症の症状である	偶発的に生じた心身の不快な体験にいったん注意が向かうようになると, それを意識すればするほど精神交互作用によって注意の固着が増強し, 神経症の症状が発展してゆく
対応する精神療法	精神分析療法	行動療法	森田療法
治療の目標	無意識内の力動を洞察することにより人格の統合化を目指す	誤った学習を修正して適切な行動に変容する	あるがままに不安を受け入れる生活態度を体験的に習得する

行動療法について

■ 行動療法とは？

「不適応行動を変革する目的で、**実験上確認された学習諸原理**を適用し、
不適応行動を減弱・除去するとともに、適応行動を触発・強化する方法」
(Wolpe, 1969)

「**実験的に確立された学習原理**にもとづく一連の治療法」(Franks, 1969)

➡ 動物実験のイメージや、認知行動療法の前にあった古い心理療法というイメージがもたれがちだった

◎ しかし、最近では、行動療法、行動主義のイメージは大きく変化した

行動療法の変遷 (三田村,2017より)

第1世代:行動療法 — 硬派な心理療法 1950 年代

H.J.アイゼンク(英) 人を援助するなら、解釈ではなく、データに基づいて実証的であるべき
＞ 著書「精神分析に別れを告げよう」(絶版)

J.ウオルピ(南ア) 学習理論を応用した介入法 (系統的脱感作法)
古典的条件付けや、オペラント条件付けの原理を含む学習理論を実践行動主義

第2世代:認知療法 — 実践的で柔軟な心理療法 1970 年代

行動療法の基礎の学習の原理が動物実験から生まれたことによる限界

➡ 認知的アプローチが登場・・・限界を感じていた実践家から大歓迎

思考の世界についての様々な理論モデル **A.T.ベック(米)「認知療法」**

➡ 行動療法と合体して **認知行動療法**へ

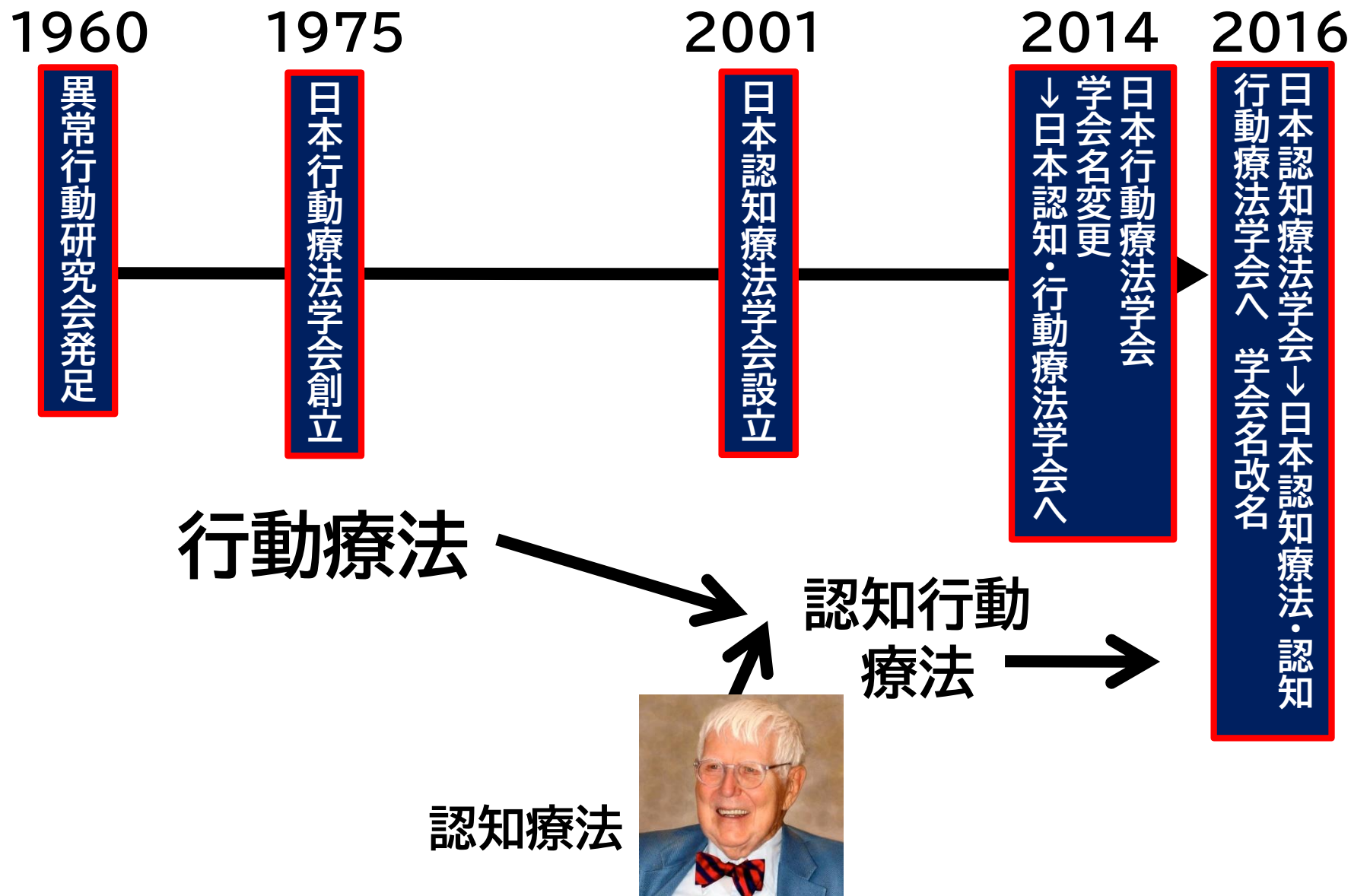
うつや不安に合わせた介入パッケージ、介入マニュアルの普及

第3世代:世界観が大転換する — パラダイムシフトの予感！ 1990 年代

認知的な技法に関する実証性への疑問、科学から遊離しがちと指摘

症状を”取り除く”から“受け入れる”へ ➡ **マインドフルネス認知療法**等

日本における行動療法の変遷



認知行動療法とは？

(日本認知・行動療法学会HPより)

行動科学と認知科学を臨床の諸問題へ応用したものと定義されます。
複数の理論とそこから生まれた多数の技法を包含した広範な治療法として発展しています。

- 1)問題を具体的な行動(思考、情緒、運動全てを含む精神活動)として捉え、どのような状況でどのような精神活動が生じるのかという行動分析をします。
- 2)問題解決のための治療目標を具体的に明確にし、その変容をめざします。
- 3)「行動」の変容のためには、どのような体験が必要であるかという考え方をします。
- 4)観察可能あるいは定義可能なパラメータ(例えば、点数化した不安の程度、ある行動の頻度や持続時間、脈拍などの生理学的な測定)を用いて試行する治療の効果を検証することができます。
- 5)問題や疾患に応じた治療プログラムが多くつくられており、それらの多くで治療効果が実証されています。

強迫症

(OCD: Obsessive-Compulsive Disorder)

- ❖ 生涯有病率2%前後と比較的よくみられる精神疾患である
- ❖ あらゆる年齢層で発症するが、**小児期から早期成人期** までが最もリスクが高い。
- ❖ 治療抵抗性が高いとして認知されてきたが、(**selective serotonin reuptake inhibitors: SSRI**)による薬物療法と、認知行動療法(**cognitive behavioral therapy: CBT**)の有効性が実証されている。
- ❖ WHOによると、身体も含めたすべての疾患の中で、最も生活を障害する疾患のトップテンに入っている。 ➡ 児童思春期では不登校、青年期ではひきこもりへ
- ❖ 近年、神経遺伝学的研究により、自閉スペクトラム症と病因の一部の重なりが注目されている。

DSM-5におけるOCDの診断基準

- A. 強迫観念(繰り返され、持続的な思考、衝動、またはイメージ)、強迫行為(繰り返しの行動(例:手を洗う、順番に並べる、確認する)または心の中の行為(例:祈る、数える、声を出さずに言葉を繰り返す))、またはその両方の存在
- B. 強迫観念または強迫行為は時間を浪費させ(1日1時間以上かかる)、あるいは強い苦痛や社会的、職業的、または他の重要な機能の障害を生じさせる
- C. その障害は物質(例:乱用薬物、投薬)または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものではない
- D. この障害は他の精神障害の症状では上手く説明できない。(例:全般性不安障害における過剰な心配、身体醜形障害における容貌へのこだわり、ため込み障害における所有物を捨てたり手放したりする困難さ、抜毛癖における抜毛・・・)

強迫症に対する 認知行動療法の効果について

強迫症に対する認知行動療法の効果

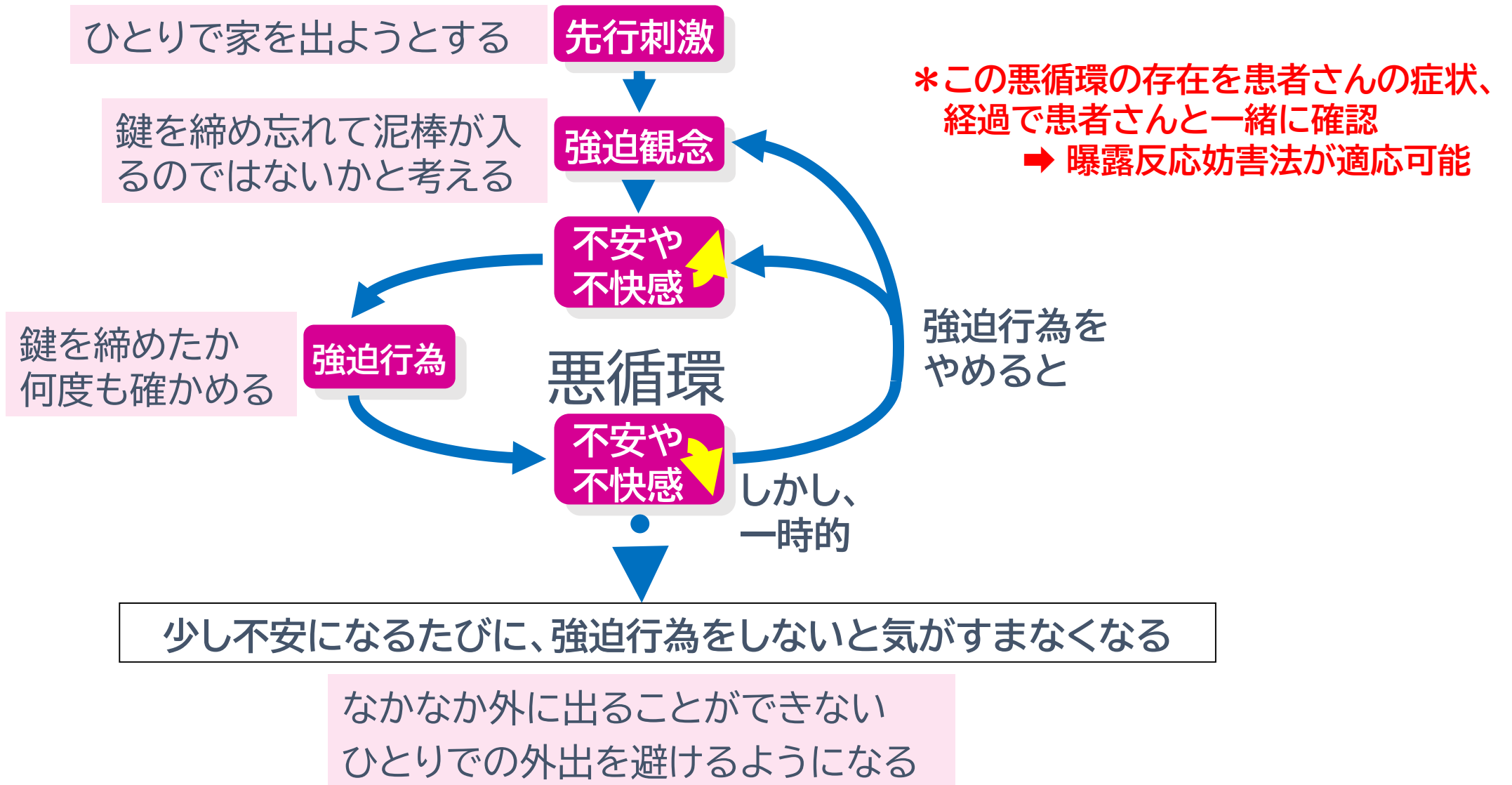
強迫症は、どんな治療をしても自然経過と変わらないと言われていたように、治療抵抗性が高いとして認知されてきたが、

選択式セロトニン再取り込み阻害薬(selective serotonin reuptake inhibitors: **SSRI**)による薬物療法と、

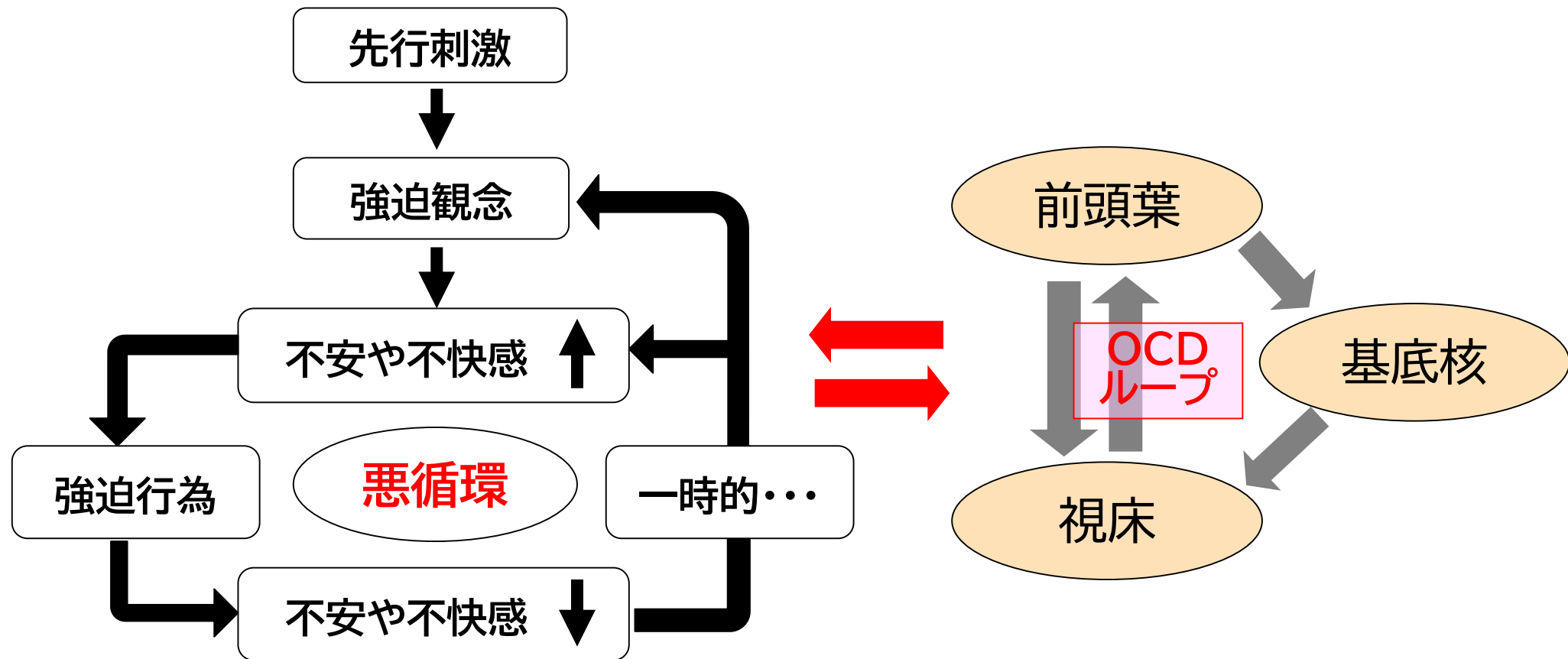
認知行動療法(cognitive behavioral therapy: **CBT**)の有効性が実証され、治療が可能な疾患となった。

典型的な強迫症の行動分析

【 確認強迫の場合 】



OCDの症状と脳の関連についての説明



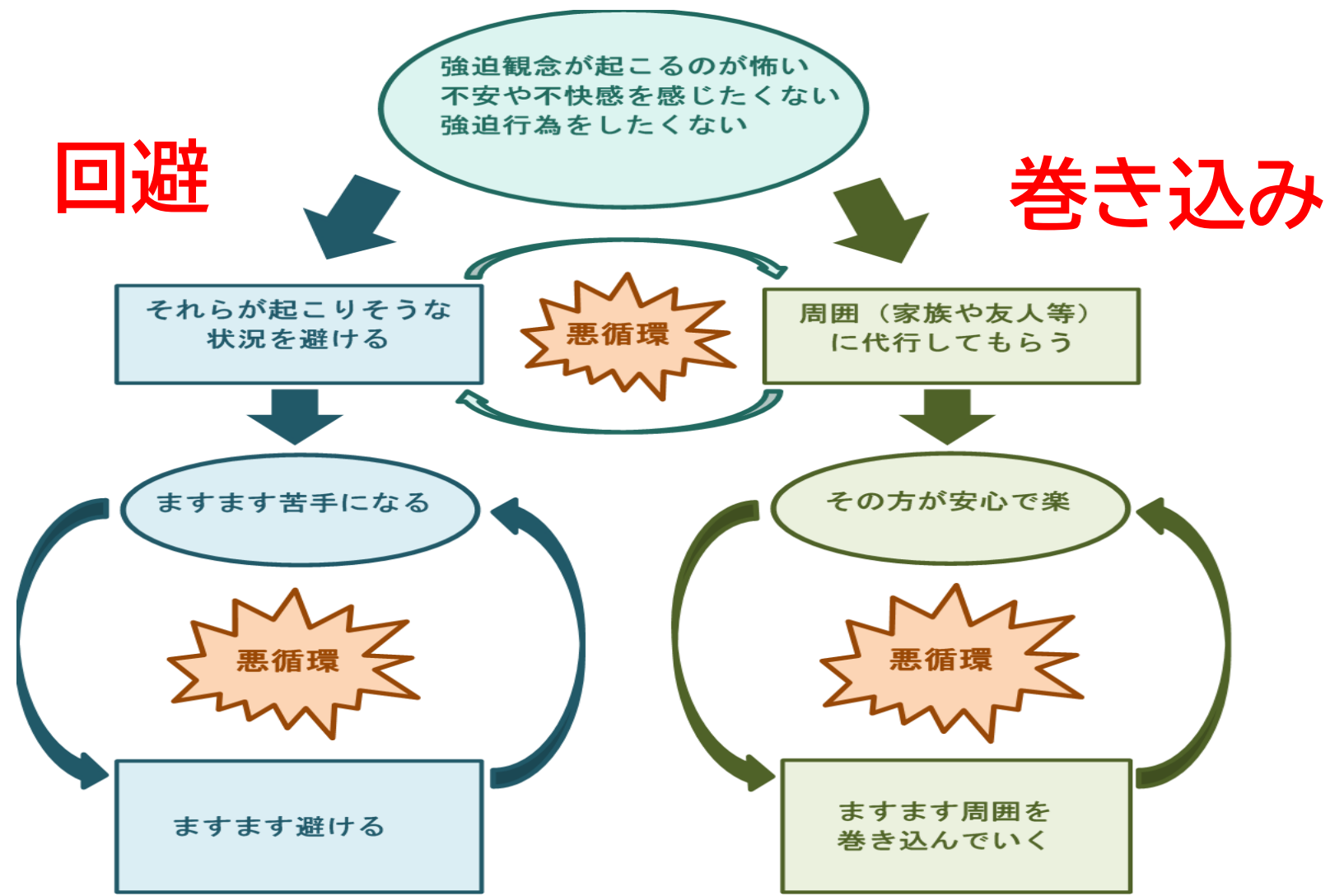
“強迫行為で不安が増大”

“脳のOCDループが増幅”

強迫行為を繰り返すことでむしろ不安は増加し、脳レベルのエラーを引き起こしOCDループといわれる神経の連続発火が起きる。行動と脳、両者が相互に影響し強迫症状は増悪していく。

(中尾、2018 日本認知・行動療法学会研修会配布資料)

悪循環が進んだ結果・・・



強迫症状の行動分析

- ◆ 強迫症状の行動分析・・・対象となる行動に関して刺激—反応の連鎖を明らかにするような分析



目の前の患者の強迫症状はこのような刺激反応の連鎖として理解できるか？

- ➡理解でき、かつ経過でそれが学習されて悪循環を形成して増悪してきたことが確かめられてはじめて**曝露反応妨害法の適応**となる

先行刺激、強迫観念、不安がはっきりしない場合・・・暴露反応妨害法は適応できない！

例)強迫性緩慢

歯磨きやうがいをし始めると、やめることができず、長時間すっきりするまで繰り返す

ミクロとマクロの行動分析

(Emmelcamp 1992)

1) ミクロの行動分析

実際に生じている症状についての行動分析

2) マクロの行動分析

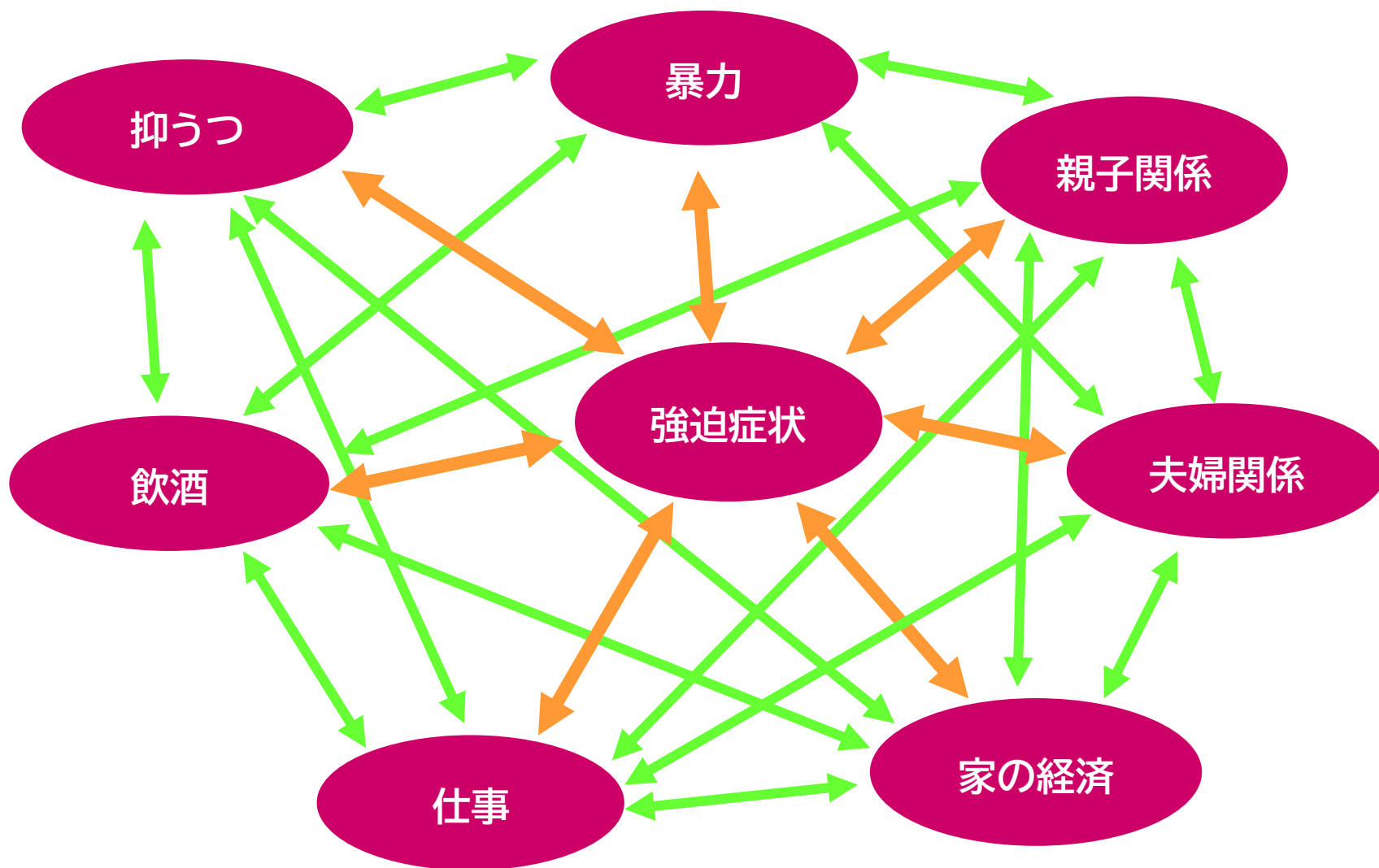
症状に影響を与えている環境刺激との関係
の分析 どんな時に症状が増悪、軽減するか
を把握

ミクロとマクロ、両面から常に考える

治療を進める上でマクロの視点は重要

特に子供や発達の問題のあるケースでは優先されるべき

強迫症状をめぐるマクロの行動分析



治療者

行動分析の
ための詳しい
情報収集

患者さん

- ・症状とつらさをわかってもらえた
- ・今の状況を変えることができる
かもしれない



曝露反応妨害法

エクスポージャー法（曝露法）

- 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
- 条件づけられた不安反応はそれを引き起こす刺激に持続的に直面することにより減弱
- Within-Session Habituation: 開始した直後は一時的に不安が上昇するが、持続すると時間とともに不安は減少。
- Between-Session Habituation: セッションを重ねる毎に不安反応の強度も徐々に減弱

反応妨害法

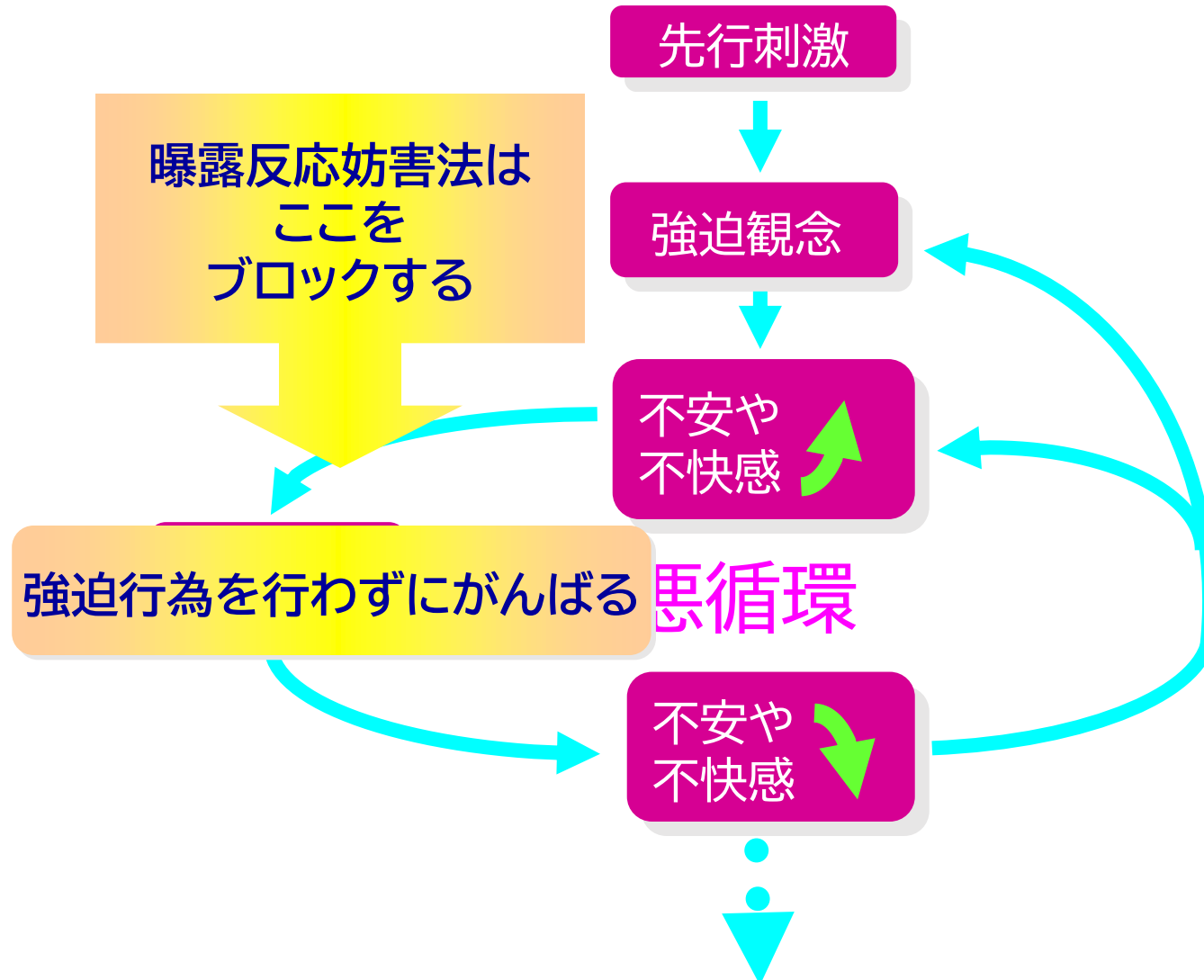
- 強迫観念により引き起こされる不安や不快感を一時的に軽減するための強迫行為を行わずにすませる方法。
- 強迫行為を行わない状態を持続すると、強迫行為を行いたい衝動(強迫衝動; compulsive urge)が時間とともに減弱するのを体験

曝露反応妨害法の適応

Exposure and Response Prevention(ERP)

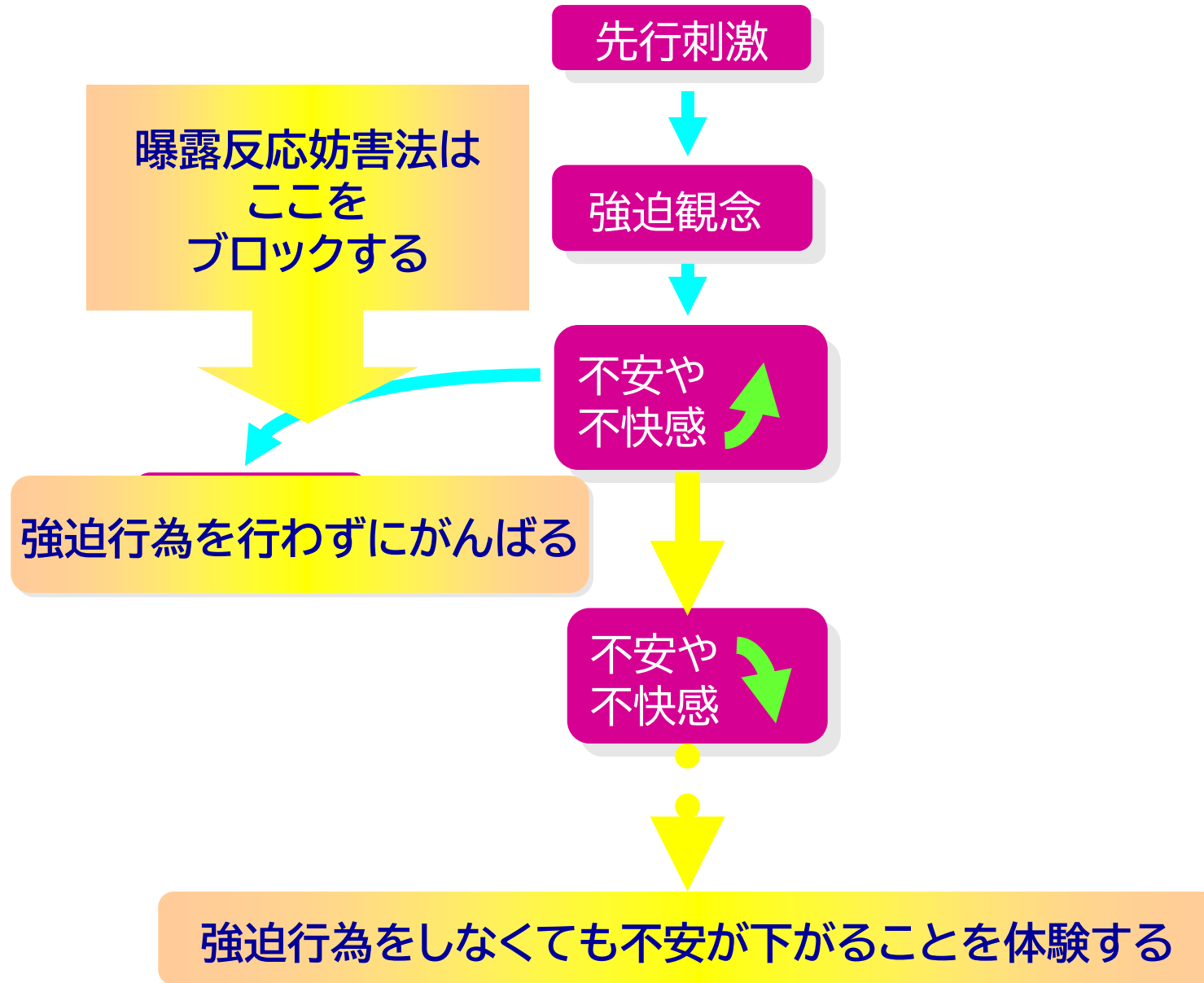
- 「もともととしなくていい心配や行動をしている」という症状に対する**不合理感**がある
- 強迫行為を行った後一時的に不安が下がることによって、強迫行為が維持、増悪されてきている
- ☆ つまり強迫症状の**行動分析**により適応が決まる

曝露反応妨害法の説明



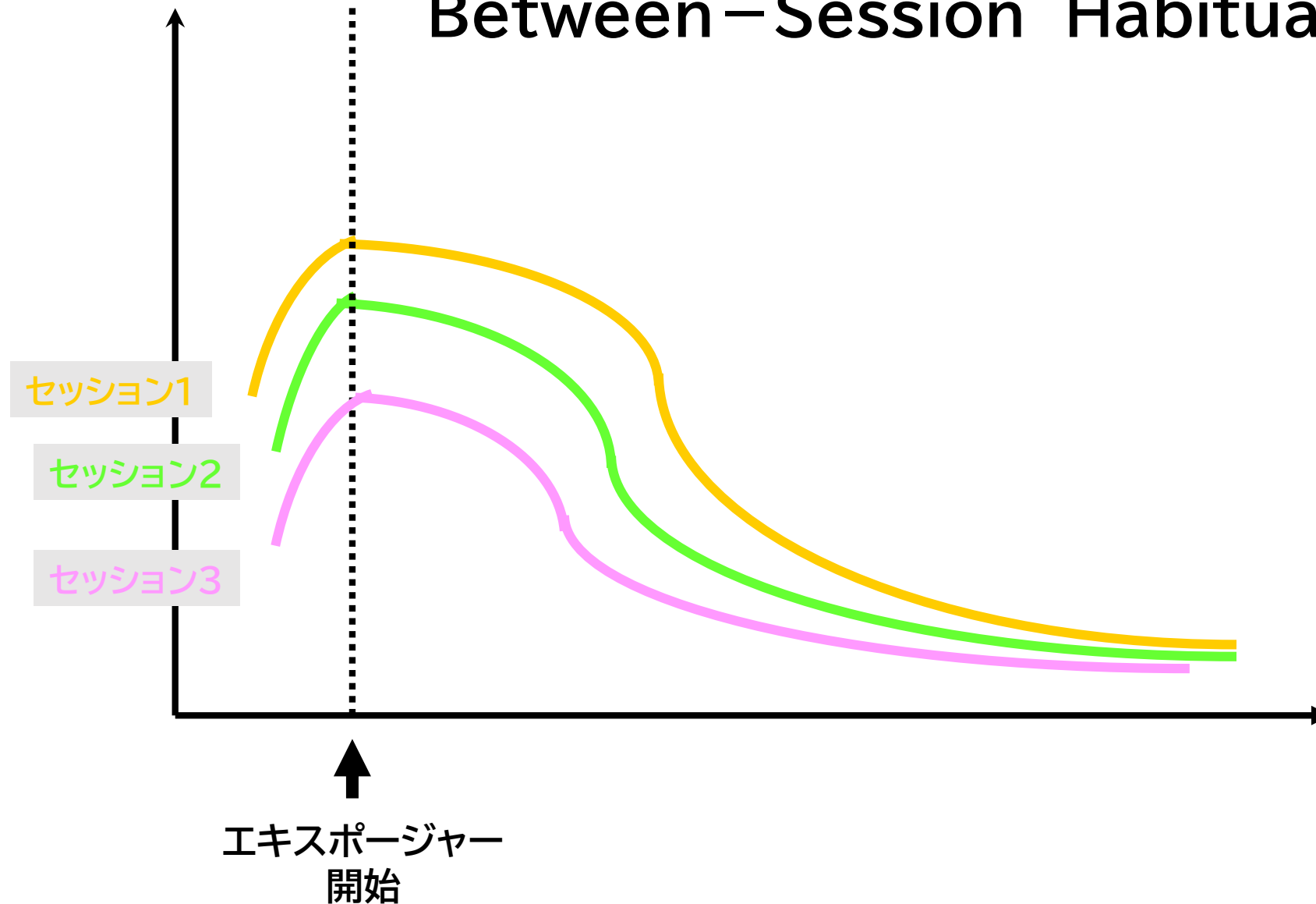
少し不安になるたびに、強迫行為をしないと気がすまなくなる

曝露反応妨害法の説明



Within-Session Habituation

Between-Session Habituation



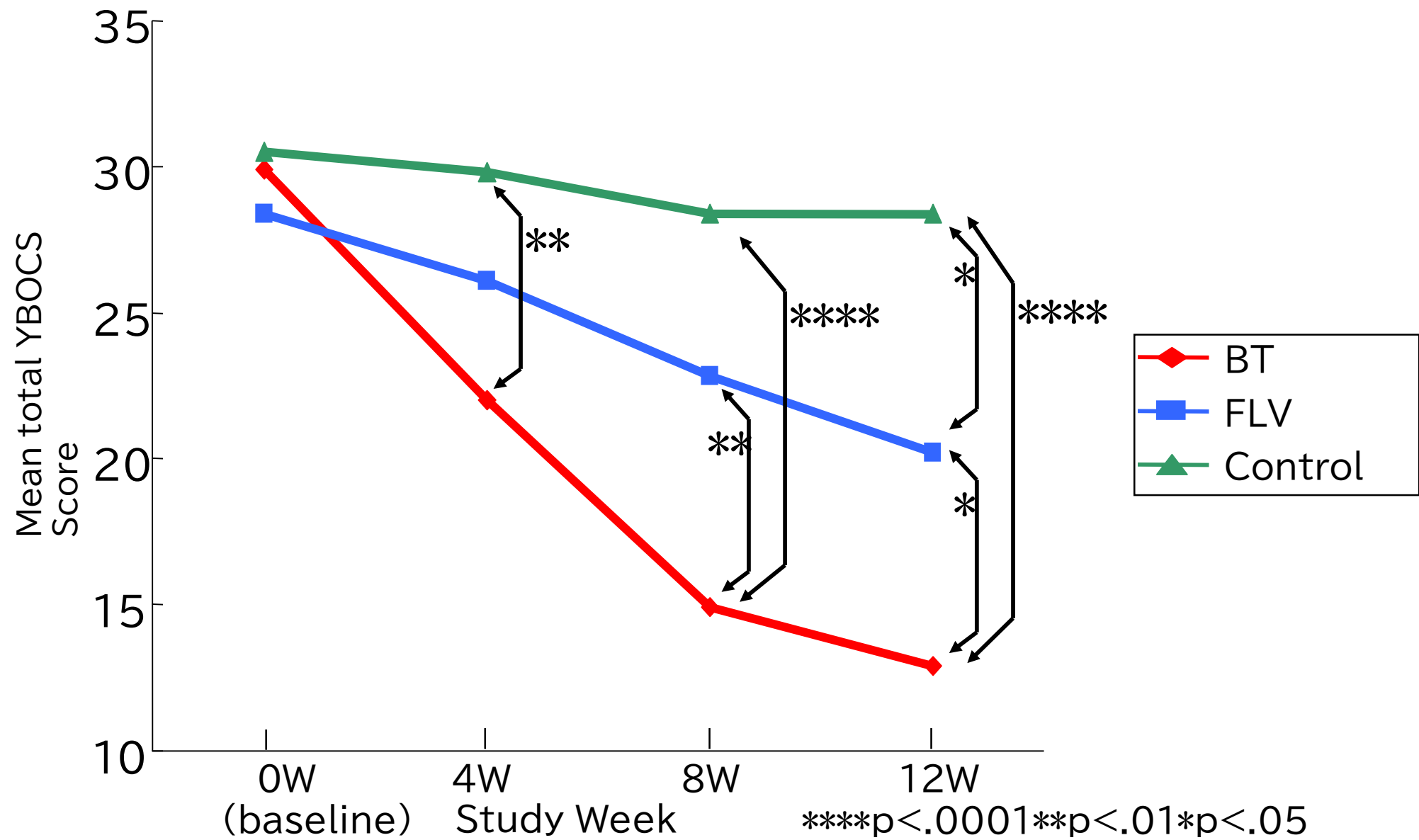
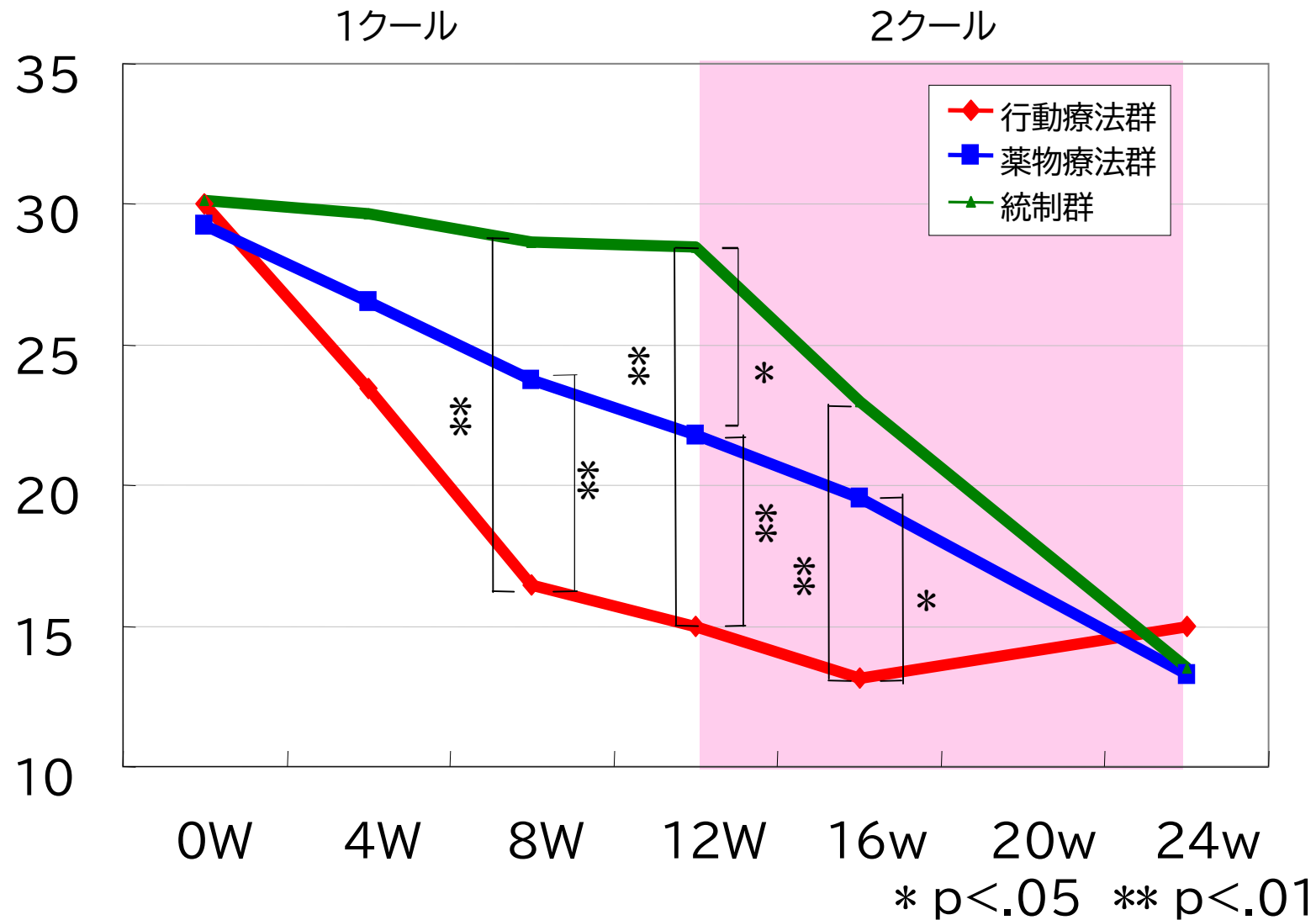


Fig-1 Mean total Y-BOCS Scores in Each Group During Treatment

1,2クール通じてのY-BOCS総得点の推移



自閉スペクトラム症の 二次障害としての強迫症

難治性強迫症における自閉スペクトラム症の併存

OCD(強迫症)の予後不良因子として、合併症の存在が指摘されている (Storch, 2010)

ASD(自閉症)の併存は、OCDの治療反応性を悪化させる (Murray, 2015)

OCD患者の約20%はASDの診断あるいはその特性を有しているが、発達の問題を気づかれることなく、人格障害や強迫症状とみなされて適切な治療を受けておらず、治療反応性を悪化させている (Bejerot, 2007)

発達障害の「二次障害」について

- ❖ 発達障害の子どもたちは、その特徴が周囲から理解されず、不適切な対応が生じる可能性がある
- 周囲の理解不足により、否定的な評価や叱責等の不適切な対応が積み重なると、否定的な自己イメージをもったり、自尊心が低下したり、そのことによって情緒の不安定、反抗的な行動、深刻な不適応の状態等を招くことがある。
- そのような二次(的)な障害を軽減することが重要である

発達障害の二次障害の分類(1)

外在化障害

- 極端な反抗、暴力、家出、反社会的犯罪行為など
- 行動上の問題として、他者に向けて表現する



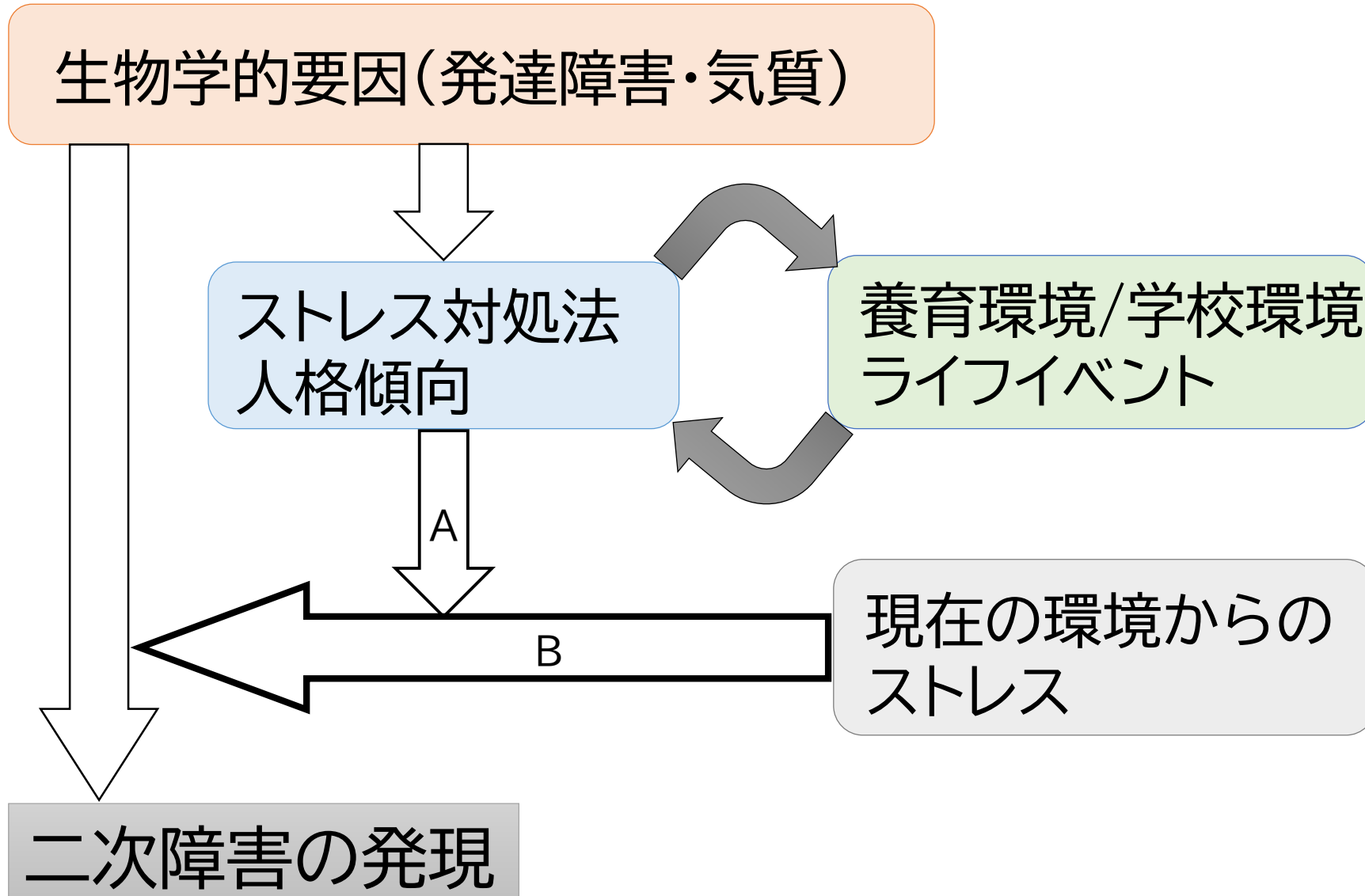
発達障害の二次障害の分類(2)

内在化障害

- 不安、気分の落ち込み、**強迫症状**、対人恐怖、引きこもり等
- 情緒的問題として、自己の内的な苦痛を生じる分離不安障害、社会不安障害、気分障害、**強迫性障害**等



発達障害における二次障害の発現機制



自閉スペクトラム症の併存（精神科的疾患）（Lai, Lancet, 2014）

疾患	%				
知的障害	～45	研究によって判定基準が異なる			
注意欠如多動性障害(ADHD)	28～44	DSM-IVまではASDとの併存を認めず			
チック症	14～38	このうち～6.5%にトゥレット症候群			
うつ	12～70	高機能で社会性の障害が少ないと↑			
不安症	42～56	社交不安、全般性不安が多い			
強迫症	7～24	反復行動を共有、不安で区別			
精神病性障害	12～17	主に成人、統合失調症の発症前に自閉症様の症状出現			

ASDにみられる“社会性の障害” (参考:DSM-5 基準A)

A.いくつかの場面において、社会的なコミュニケーションや、対人関係上の相互反応への苦手さがみられる

- (1)対人関係の不得意さや、情緒的な交流の苦手さ
- (2)非言語的なコミュニケーション(視線、表情、態度、行動…)をおこなうことや、相手のそれを読み取ることの苦手さ
- (3)人間関係を上手にやりくりし、こなしていくことの苦手さ

ASDにみられる“こだわり” (参考:DSM-5 基準B)

B. 限定的な、行動・興味・活動への、極端なかたよりがある

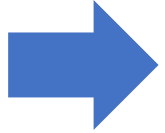
- (1) 身体の動き、物の使用、特定の会話を「繰り返す」ことへのこだわり
- (2) 「同じであること」や、習慣、儀式に対する、かたくななこだわり
- (3) 特定のものごとに対して、極めて強く執着しやすい
- (4) 身体感覚(五感)の、つよい鈍感さや、つよい敏感さ



強迫症状への移行 or OCDの合併

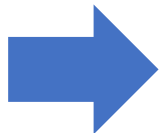
臨床現場での問題

- 多くの患者が、強迫症状の発症前にASD診断を受けておらず、支援を受けていない。
- 幼少期からASDの診断があり、特性や特性からくる問題に対して支援を受けている場合



- 不適応の結果としての強迫症状が出にくい。
- 強迫症でなくASD症状の増悪として、対処されている。

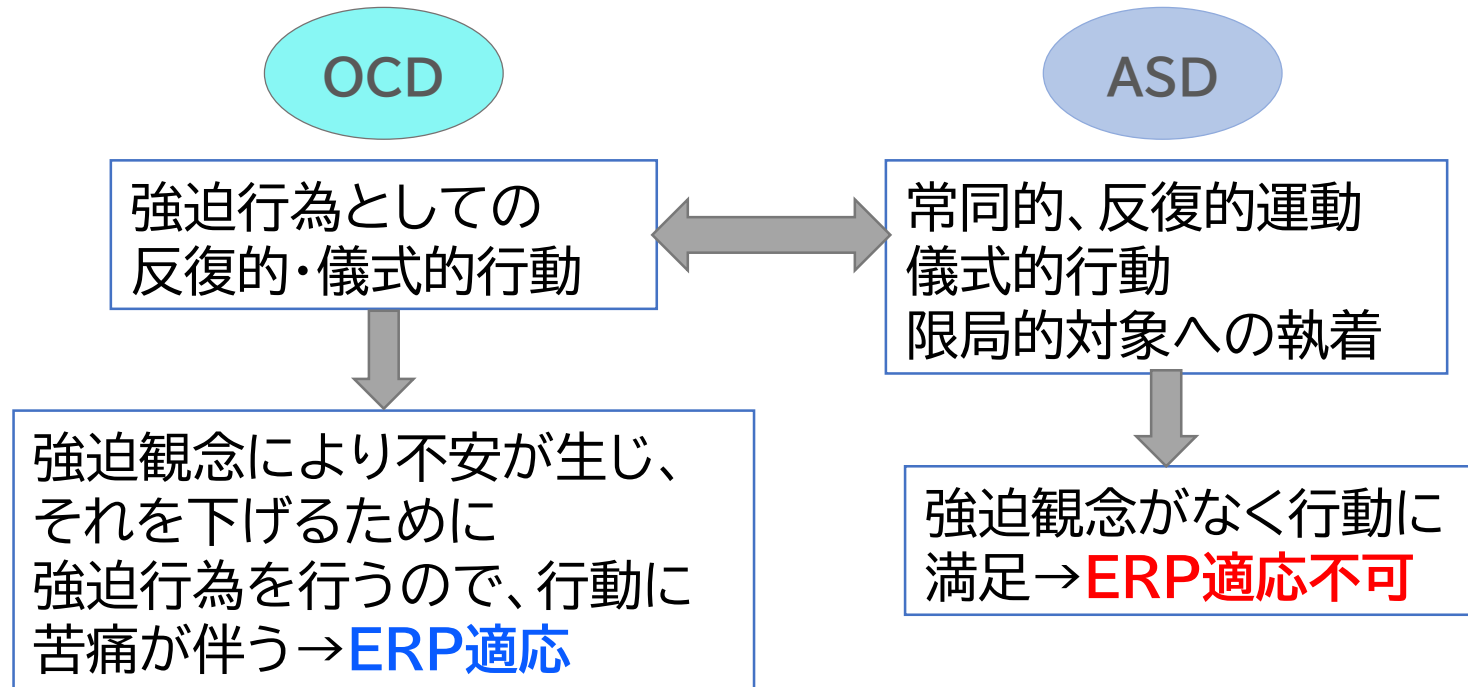
- ASD特性に気づかれず、支援を受けていない場合



- 学齢期以降に不適応を起こし、ASD特性の増悪または二次障害としてのOCDを発症している。

強迫症(OCD)と自閉スペクトラム症(ASD)

この二つの疾患には類似の行動がみられるが...



ASDの二次障害としてのOCDは両方の症状をもつことが多い

強迫症と自閉スペクトラム症の近縁性

【症状の比較】

ASDの反復的な行動、同一性への固執、習慣への頑ななこだわり、限定された興味などは、OCDの強迫行為に類似している(Jacob, 2009)

【疫学研究】

3,380,170人のコホートを対象とした研究で、ASDと診断されると、後にOCDと診断されるリスクが2倍になり、OCDと診断されると後にASDと診断されるリスクが4倍になると報告された(Meier, 2015)

【家族研究】

ASDの親族にはOCD患者が多く、それらのOCD患者には、ASD様の社会的コミュニケーションの障害が多い(Bolton, 1998)

反復的行動が多いASD児と少ないASD児の両親を比較し、反復的行動が多いASD児の両親は強迫症状を持つ傾向が高い(Hollander, 2003)

この他、脳画像研究等でも、OCDとASDに共通の病因があることが示唆されてきている。

自閉スペクトラム症を疑う強迫症状の例

(1)症状の具体的な内容

- ・洗淨強迫であるが、主に身づくろい行為、洗面、入浴、うがい、歯磨き、排泄などにしつくりくるまで繰り返す行為を伴い、長時間を要する(強迫性緩慢)。
- ・不安や不合理感の表出はみられない。
- ・洗淨強迫の対象となる刺激が、特定の個人、地域と関連することのみに限局されている。
 - ➡本人の不合理感が薄く、理由を説明できない。
- ・確認強迫で、自分のしたことをすべて記憶しておきたいためにおこなう“ふり返し”がある。

自閉スペクトラム症を疑う強迫症状の例

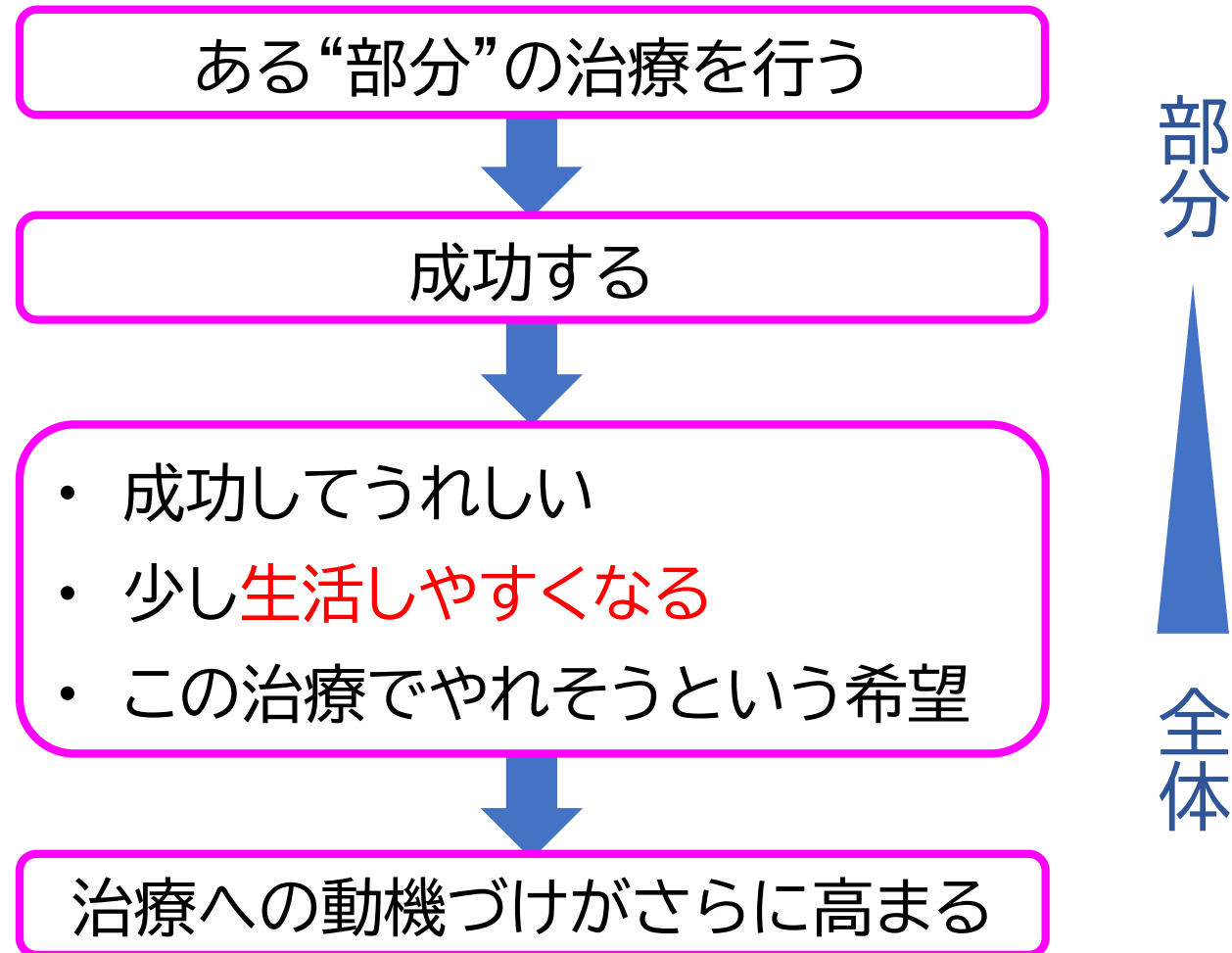
(2) 症状の特徴

- ・強迫症状の出現の背景に人的環境への不適応感、時に被害感の存在を示唆するものも多い。
“きちんとメールを返したか？”、“ミスのないようにしなければ”
“相手を傷つけるようなことを言ったのでは。”などの確認強迫
- ・強迫症状の出現の仕方が一様でなく、本人の状態、気分によって変動する。急に出現して、急に消失したりすることも多い。
➡ 典型例との強迫症状の経過の違い
- ・環境の影響が大きい。(本人の脳機能に起因)

自閉スペクトラム症併存例のCBT

- ASDの併存の有無に留意
- 疑われる場合はASDの評価が重要（ASDにも多様性がある）
- 患者のASD特性からみて、不適応を起こしている環境要因を同定できれば調整する（家族、学校、職場との連携が重要）。
- 環境調整がすぐには難しい場合、患者と共に強迫症状の行動（機能）分析をおこない、ERPが適応となる強迫症状があれば治療を始め、治療内での適応感の改善を目指す。
（患者の腑に落ちるような心理教育が必要）

“部分”の治療の成功が生む好循環



自閉スペクトラム症併存例の薬物療法

- 薬物は効果がみられることが多いが、副作用や恐怖、こだわりにより服用できない場合も多い。初診時の心理教育、丁寧な行動分析により患者の治療意欲を引き出すことができれば、服用できるようになることが多い。
- 十分に行動分析できない衝動や混乱、妄想用観念を伴う場合もあり、このような場合は、SRIs に、**非定型抗精神病薬を少量**加えると、奏効する場合が多い。睡眠障害にも効果がある。どのような症状に対して、どのような薬物や、その組み合わせが有効であるのかは、今後の検討課題である。
- 行動療法で改善をみた場合は、適応状態をみながら注意深くおこなえば薬物の減量～中止が可能な場合もある。

ERPの適応となる強迫症状が見られない場合

- 適応的な行動の学習(シェイピング)を環境調整のもとで行う。手洗いをすっきりするまでやめられない→感染症予防のための保健所等で用いられている手の洗い方の通りにする etc
- 適切な薬物療法を併用する。
 - ➡ 患者の脳の特性、問題に合わせた薬物の選択
- いつも治療全体の構造化、視覚化をこころがけ、患者が見通しをもてるようにする。

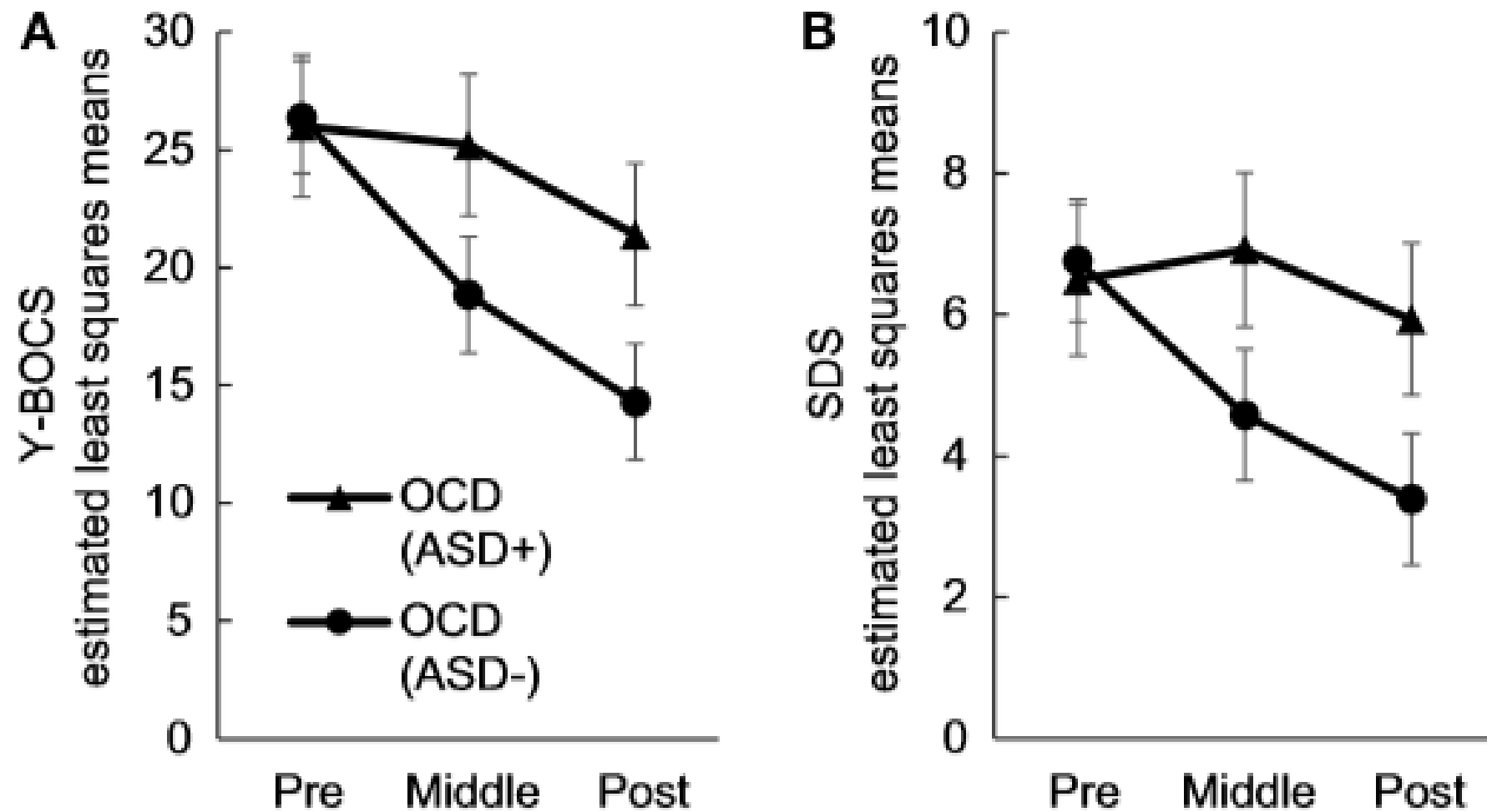
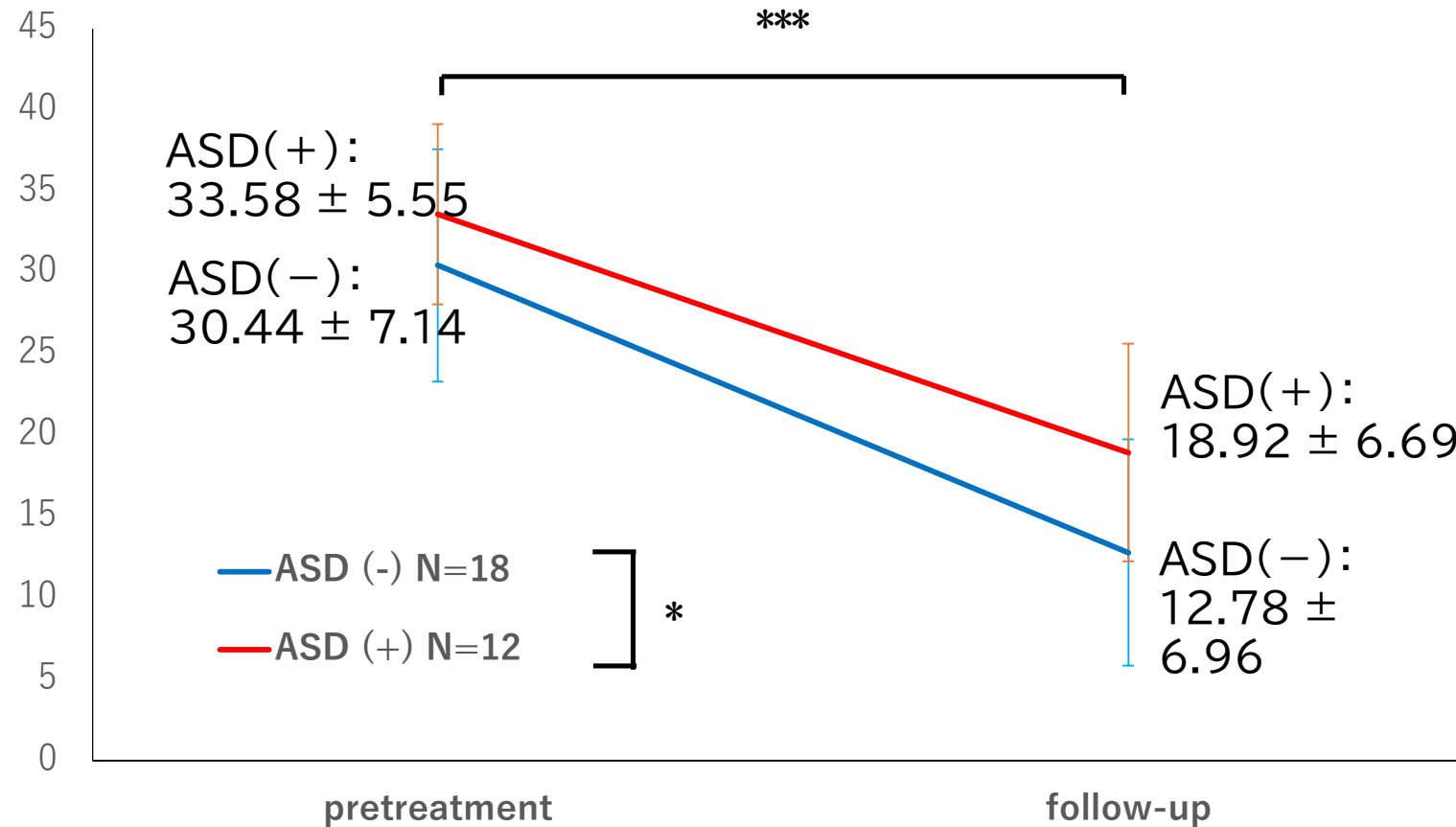


FIGURE 2 | Changes in Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale **(A)** and Sheehan Disability Scale **(B)** scores in each group during Cognitive Behavioral Therapy.

川崎医科大学における 強迫性障害の認知行動療法の長期予後調査から



Change of Y-BOCS total score

(NAKAGAWA et al, 2019)