

強迫性障害の認知行動療法の一事例

—千葉 IAPT における研修症例への 実践の振り返りを通して—

**A Review of Practices in Training Cases involving the Improving Access to
Psychological Therapies in Chiba: A Case Example of Cognitive Behavioral
Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder -**

永 田 忍

強迫性障害の認知行動療法の一事例

－千葉 IAPT における研修症例への実践の振り返りを通して－

A Review of Practices in Training Cases involving the Improving Access to Psychological Therapies in Chiba: A Case Example of Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder

永 田 忍 (教育心理学科)

NAGATA Shinobu

キーワード：強迫性障害，認知行動療法，千葉 IAPT

要 約

精神疾患に対する介入として、認知行動療法（CBT）が有効な手段であることはエビデンスの観点から広く知られている。強迫性障害（OCD）に対しても、その有効性は数多く報告されている。今回、筆者が千葉大学大学院医学研究院が行っている千葉大学 CBT トレーニングコース（千葉 IAPT）において、洗浄強迫が主症状である OCD の研修症例に ERP を行った経過について報告する。

また、この症例を担当後も強迫性障害の認知行動療法を実践してきた中で、筆者が思うセラピストが常に意識しなければならない重要事項を論じる。

1. はじめに

精神疾患に対する介入として認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy：以後 CBT）が有効な手段であることはエビデンスの観点から広く知られている。強迫性障害（Obsessive Compulsive Disorder：以後 OCD）に対しても、その有効性は数多く報告されている。OCD の CBT は、曝露反応妨害法（Exposure Response Prevention：以後 ERP）が代表的な介入技法である。

筆者が千葉大学大学院医学研究院が行っている千葉大学 CBT トレーニングコース（Improving Access to Psychological Therapies in Chiba：以後 千葉 IAPT）において、洗浄強迫が主症状である OCD の研修症例に ERP を行った際、セッション途中で、うつ症状が憎悪し、ERP の実践が困難になるという状況に陥った。そこで、スーパーバイザー指導の下、信念を特定し、認知的介入を行ったところ、患者は、信念と強迫症状の関係を理解し、何故、ERP を実践する必要があるかを認識できたことで、うつ症状が改善し、ERP 継続が可能となり、改善に至った。

本論では、研修症例に行った計12回のセッション経過を報告する。また、研修症例を担当して以降、筆者がこれまで10年間、OCDのCBTを実践してきた中で、セラピストが患者と関わる際に常に意識していなければならない重要事項についても論じることとする。

2. 症 例

症例：20代後半の女性（以後Aさん）。専業主婦

主訴：汚いと思う物に触ったら、納得のいくまで手洗いをしてしまう。

生活歴：小学生の頃、一時期いじめをうけていた。中学2～3年頃、学校に行くと腹痛が起こり、一度、B大学病院精神科を受診した。その際、対人恐怖症と診断されたが、診察室内に研修医が数人おり、通えないと感じたため、通院を継続することはしなかった。その後、両親のサポートを受けながら自力で立ち直り、短大を卒業。まもなく結婚し、専業主婦となった。その後、パートをいくつか経験し、X-1年12月まで接客のパートを6年間続けていた。

既往歴：X-1年12月、子宮ポリープ

現病歴：元来、潔癖症ではあるものの、日常生活に支障をきたすことはなかった。X-1年12月に、担当医から悪性の可能性が高いといわれていた子宮ポリープ切除手術を受けた。結果が良性とわかり、安心した途端に洗浄強迫が出現し、外出が困難な状態となり、車の運転の仕方、靴の履き方もわからなくなる程の状態に陥った。同月にC心療内科を受診。医師に服薬を勧められたが、中断している不妊治療をなるべく早く再開したいという理由で断った。同医師より心理療法を勧められ、数回通ったが、自分の症状は語って気持ちを楽にすることでは治らないと判断し中断した。しかし、その後も症状が改善せず、X年2月に再度、C心療内科を受診し、その旨を伝えたところ、D大学医学部附属病院のCBT外来を紹介された。CBT外来でインテーク面接を行った医師が千葉IAPT研修生の研修症例として適している判断し、同年6月から研修生であった筆者がCBTを担当することとなった。

倫理的配慮

事例の提示にあたり、倫理的配慮として、認知行動療法の臨床研究への参加および発表許諾の説明を行い、Aさんから同意ならびに署名を得た。また、主治医をはじめとする院内外の役職者により、倫理的に問題がないことを確認し了承を得た。

3. 面接経過

面接の構造：週1回、50分の面接を計12回実施した。面接経過の概略は、第1セッションがアセスメント、第2セッションがOCD及びCBTに関する心理教育、第3～7セッションは、OCDに対する脅威の少ない解釈を促す情報提供等の認知的介入、ケース概念化、ERPを継続的に行った。第8～10セッションでは、引き続き、ケース概念化、ERPを継

続的に行うとともに信念への認知的介入、第11～12セッションは再発予防を行った。毎回、面接開始前に、強迫症状の症状評価としてOCI (Foa et al, 1998)、うつ症状の評価としてPHQ-9 (Kroenke et al, 2001)、不安症状の評価としてGAD-7 (Spitzer et al, 2006)を実施し、毎回セッション開始時に結果をフィードバックした。また、毎回のセッションをICレコーダーに録音してもらい、次回までに聴いて復習することを基本課題とした。第7及び第10セッション終了時に、個人スーパービジョン（以後個人SV）を受けた。第1セッションと第12セッションは、夫と義母、それ以外のセッションには義母が同席した。第1セッション：セッションルーム入室時、筆者が同席する夫のイスを用意しようとした際、患者のイスに、軽くぶつけてしまったところ、Aさんはイスに座れなくなり、立ったまま何度も自分に「大丈夫」と自分に言い聞かせ、数分後ようやく座ることができた。座るまでの思考内容を尋ねたところ、筆者がどこかで汚れた物を触った手で、自分に触ってきたと覚えてしまったと語った。その後、生育歴、現病歴、治療歴を聴取したところ、X-1年12月頃から外出時に玄関で足を靴に入れそびれたら、その靴下はたとえ洗濯をしても履けないと思う程、地面に対する不潔恐怖が顕著になったことが明らかとなった。ホームワーク（以後HW）は不安階層表の作成とした。

第2セッション：HWでAさんが作成した不安階層表から外出行動への不安感が最も高いことが明らかとなった（図1）。また、手洗い時の回数へのこだわり（4、6、9回を避ける）、途中で他者に話しかけられ、注意の集中が途切れると最初からやり直す等の儀式行動が存在していることも明らかとなった。アジェンダは、サルコフスキス（2011）の理論モデルに基づき、OCDに関する心理教育及びCBT（不安低減理論、ERP、ケース概念化の目的、意義等）の説明を行った。HWは、①手洗いは5回手を擦り合わせる行為を2セットで済ます、②短期・中期・長期目標の検討とした。第1及び第2セッションの入退室時に、同席者家族がセッションルームのドアノブを開閉していた。

不安階層表	
100点	玄関のたたき 外の地面 靴の底 外出先のトイレ
80点	郵便物を玄関ポストに取りに行くこと 玄関で宅配便を受け取ること
60点	外出時に着ていた服 食事を作ること
40点	外出すること
20点	食事を作ること

図1 不安階層表

第3セッション：HWの振り返りでは、①については、Aさん自身で、それ自体が儀式行動になっていることに気づき、回数に拘らず、感覚的にきれいになったと思ったら、すぐに手洗いをやめるようにしたが5分～10分はかかってしまうと語った。②は家事や外出に関するものが多くを占めた(図2)。

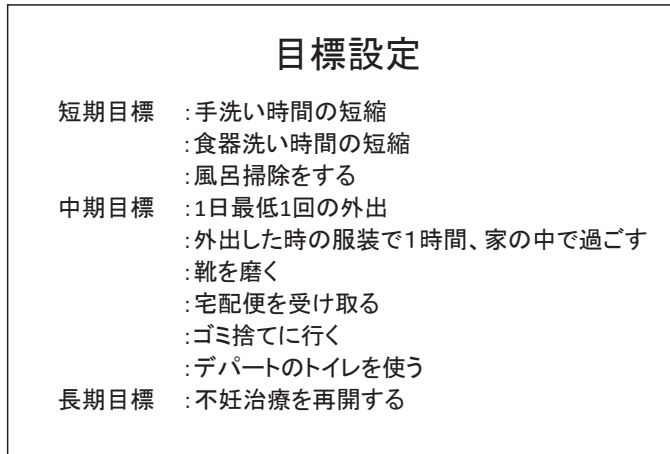


図2 目標設定

アジェンダはAさんと共にケース概念化を作成した。『自分が汚れてしまった』という雑念が浮かぶと、さらに『自分が汚いと他人を汚してしまい、迷惑をかけてしまう』という脅威的な解釈をしてしまうことが明らかとなった(図3)。

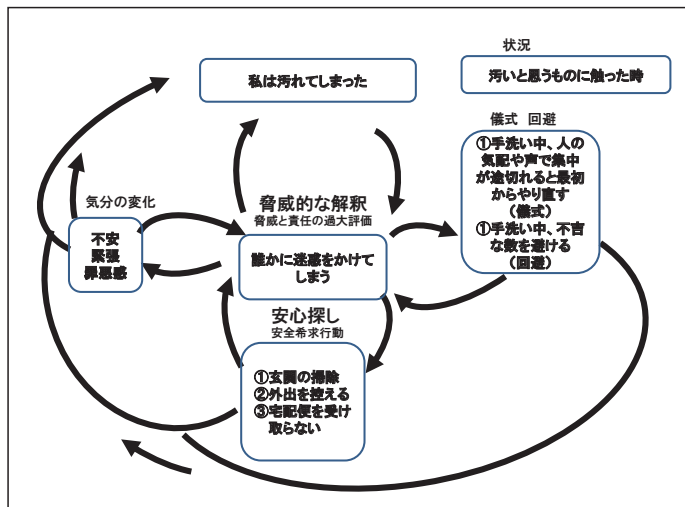


図3 ケース概念化 (第3セッション時)

よって、脅威の少ない解釈を促すために、筆者が予め用意しておいた石鹸使用時、不使

用時の除菌率の比較表や皮脂の働き、国内と国外の数字に関する解釈の違いに関する情報提供を行った。HWは、①1日1回、新聞受けを見に行く等、何らかの形で外出する、②回数に拘らず、感覚的にきれいになったと思ったら、すぐに手洗いをやめる、とした。

第4セッション：HWの振り返りでは、①は実践に努めたが、2日外出しない日があったとのことだった。理由を尋ねたところ、汚い物を汚くないと思うよう頑張るのに疲れたためと語った。②は手洗い時の回数の拘りはなくなったが、『1・2・3・ハイ』と手洗いをやめるタイミングを意識するようになってしまったと語った。アジェンダは、前セッションで明らかとなった『自分が汚いと他人を汚してしまい、迷惑をかけてしまう』という脅威的な解釈についての詳細の聴取とした。『自分の不快感の方が強いかもしれない。自分にも他人にもばい菌への抵抗力があることは理解したが、不快感、恐怖感には抜けないと語った。HWは①『5回×2セット』の手洗いをやめるタイミングを早くする、②HWを遂行する際、適度に休日を入れ、頑張り過ぎないこと、とした。

第5セッション：HWの振り返りでは、①に関しては、手洗いは全体的に短くなってきたが、疲れていると長くなってしまふ、洗えてきれいになったことはわかるが、そのことがまだしっくりきていない、と語った。②は週1日を外出しない日にしているとのことだった。アジェンダは、手洗いの最中の患者の思考過程の聴取とした。『手を洗っていると、順調に進んでいたことが邪魔されて上手くいかなかった事等の嫌な映像が走馬灯のように浮かぶ。汚いという感覚と一緒に怒り、不安、恐怖の感情を洗い流している感じがする』と語った。これらの患者の発言に対して、物事が順調に進むこと、進まないこと、各々のメリット、デメリット分析を行うとともに、順調に進んでいたことが邪魔された際の対処法を増やしていくことの重要性について、心理教育を行った。HWは、①『5回×2セット』と手洗いをやめるタイミングを早くする、②Aさんと共に設定した近所への外出を1日1回行なう、こととした。

第6セッション：HWの振り返りでは、①に関しては、手洗い時間が短くなり、入浴時間も40分から30分に短縮したと語った。②は役所に行き、備え付けのボールペンで必要書類を記入し提出することができたことと語った。アジェンダは、前半6セッションの振り返りとした。CBTを始めて以降、長時間手洗いをしたくなくても自分を奮い立たせて短く済ませてきたことで、雑念や脅威的解釈が浮かんでも『まあいいか。死ぬわけじゃないし』とやり過ごせるようになってきたことと語った。HWは、前回同様、①『5回×2セット』と手洗いをやめるタイミングを早くする、②Aさんと共に設定した近所への外出を1日1回行なうと、③デパートのきれいなトイレで用をたす、とした。

第7セッション：HWの振り返りでは、①に関しては、一番状態が悪かった時は1回20分かかっていたが、今は2分位で終わることができるようになったと語った。②はインターネットで購入した本をコンビニで受け取ることができたとのことだった。③は近所の大型スーパーで実践できたことと語った。アジェンダは、HWの詳細の聴取及び、次回セッション

までのHWの内容の検討とした。HWは前回同様、①『1・ハイ』と手洗いをやめるタイミングを早くする、②Aさんと共に設定した近所への外出を1日1回行なうと、③デパートのきれいなトイレで用をたす、とした。

第7セッション終了時の個人SVでの指導内容：①行動範囲は拡がりつつあるが、PHQ-9の著しい数値の上昇から、苦痛が十分に低下していない（馴化を体験できていない）可能性がある。すなわち、患者はERPを我慢しながら続ければ何とかなるという思いで頑張っているため、様々な行動は可能になってきているが、そのことにあまり安心できていない状態であると推測される。また、②概念化を行っているが、信念が不明瞭なままである。そのため、信念をターゲットにした認知的及び行動的介入ができていない、との指摘を受けた。今後のセッションにおける介入のポイントとして、①については、Aさんが何を基準にして手洗い時に『きれいになった』と判断しているかを尋ね、苦手場面で十分な不安低減が起こっているかを確認した上で、自分のリズムで止めるという儀式行為は続いているので、自分のリズム以外でやめる介入を行う、②については、『あなたが一番恐れていることは何ですか？』と質問し、Aさんの不安の背後にある信念は何かを検討するよう指導を受けた。

第8セッション：HWの振り返りでは、①、②、③ともに今週は実践できなかった。気持ちではやろうと思うが、身体が拒否反応をしていると語り、涙ぐむ場面があった。個人SVの指摘通り、苦手場面での苦痛が減らず、うつ症状が憎悪していることが明らかとなった。よって、ERPを一時中断し、個人SVの指導に従い、患者が何を基準にして手洗い時に『きれいになった』と判断しているかを尋ねた。その結果、ある本に石鹸を付けた後、10秒洗うと手はきれいになると書いてあったので、そのタイミングで水道から手を抜くようにしている。それができないと再びそのタイミングを待ってからでないと手を抜くことができないと語ったので、これも症状の1つであると筆者が指摘した。次に、『あなたが一番恐れていることは何ですか？』と不安の背後にある信念を探る質問をした。これに対して、患者は、『自分がばい菌かゴミになったような感じがする』と語った。HWは、①手洗い時に自分のタイミングで水道から手を抜かねばならない理由について新たに気づいたこと、②床に触った手を口に付けただけで、自分がばい菌になったと感じてしまうことに関して、気づいたこと、をまとめてくることとした。

第9セッション：HWの振り返りでは、①については、水道から手を抜くタイミングではなく、手を洗えたという五感を意識して、手洗いを実践してみたが、5分以上かかることはなくなってきていると語った。②については、不妊治療を続ける中で、『常に自分をきれいにしておかなければ、胎児に影響し、奇形児が生まれてしまう』という信念とAさんが一番恐れていることに気づいたと語った。アジェンダは、Aさんの発言を元に信念を含めたケース概念化を行うこととした(図4)。

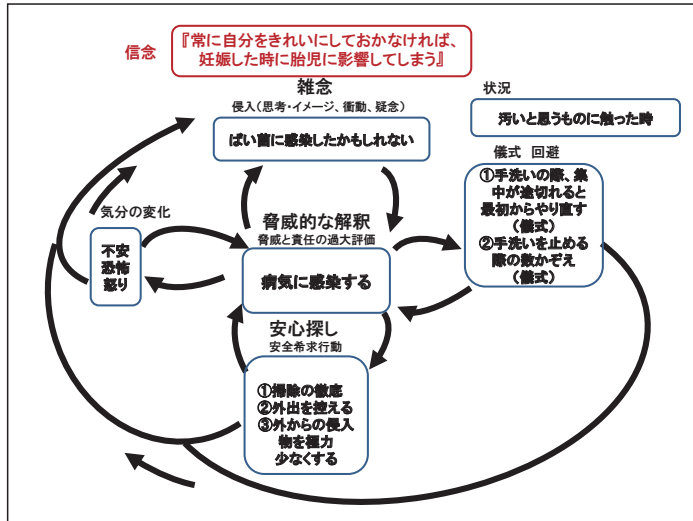


図4 ケース概念化 (第9セッション時)

HWは、①手洗いは五感を意識し、極力短い時間で行うこと、②セッションで話し合ったことをふまえて、今後、HWのERPをどのように実践していくかについての案をまとめる、こととした。

第10セッション：HWの振り返りでは、①については、5分前後と時間的に長くなっているが、今後も時間を短くすることを意識して継続していくと語った。②については、今までは夜中3時まで起き、11時に起床する生活だったが、朝7時と一定の時間に起床し、食事も3食摂り、規則正しい生活をする中で、ERPを実践する環境を整える内容をまとめてきた。アジェンダは、雑念及び脅威的な解釈が生じた際の脅威の少ない解釈の検討とした。検討する過程で『何で“汚いこと”にこれまで自分が怖がっていたのか分からずにはいたが、いろいろと思い出してきて、今までのように怖がる必要はないと思えるようになってきた』と語った。さらに、セッション当日の待合室で、濡れたモップを持っている清掃員がAさんの前を通り過ぎた際のエピソードについて語り、『モップが自分にはついていないし、ついたからって何なの?』と自分に言い返すことができたと言った。HWは、①前セッションと同様に、手洗いは五感を意識し、極力短い時間で行うこと、②雑念及び脅威的な解釈が生じた際の脅威の少ない解釈を自分に言い返す練習を実践すること、とした。

第10セッション終了時の個人SVの指導内容：Aさんは、この段階で自分に生じた強迫観念に対して、すでに『so what (だから、何?)』という再発予防につながる対処を行っている。よって、信念が生起する状況をリストアップし、それに対して『だから何?でも実際はそんなことはない』という自分への対話を促すワークシートを作成し、セッション終了後もこれを実践させることで再発予防をしていくと良い、また、手洗いへの対処として、五感を基準にして、手がきれいになったことを判断すると、『全ての感覚が揃わない

と手洗いをやめられない』といった主観に陥る危険性があるため、手の滑りが取れた等、触感のみの一感を基準にした方が良いとの指導を受けた。

第11回セッション：HWの振り返りでは、①については、異常な感じの手洗いはほぼ無くなった感じ。数をかぞえることなく、止められるようになったと語った。②については、自宅、外出時も練習を繰り返していたところ、半年ぶりに玄関の雑巾がけをすることができたと言った。アジェンダは、ケース概念化（図4）を振り返りながら、実際に奇形児が生まれる可能性を話し合うことで、信念の書き換えを行った。その結果、Aさんの信念は『程ほどのきれいさで大丈夫』に変化した。さらに、個人SVの指導に基づき、再発予防ワークシートを作成し、実践するよう伝えた。また、手洗いを止める際の手の感覚の扱い方についても話し合った。HWは、①手洗いは、『手の滑りがなくなった』という一感を基準に手洗いを実践すること、②再発予防シートを用いた脅威の少ない解釈の練習をすることとした。

第12セッション：HWの振り返りでは、①手洗いは一番症状が重かった時は、1回につき、20分かかっていたが、今は20～30秒で止めることができるようになったとのことだった。②については、練習を続けたことで、不安階層表で100とつけていた一番汚いと思っていた玄関のたたきで美容院に行く前日に靴磨きをすることができたと語った。アジェンダは、セッション全体の振り返りを行った。この中で患者は、CBTを受けたことで自分の症状の仕組みや、どのように症状に対処していけば、改善していけるかについても理解することが出来たと語った。同席した夫と義母からも同様の感想を語った。最後に、Aさんがセッション全体を上手く活用し治療してきた努力を称え、終結後も自信をもってERPを継続するよう伝えた。

4. 結果

まず、症状評価尺度の変遷について示す（図5～図7）。OCIは80点から24点へ、PHQ-9は13点から3点へ低下した。GAD-7は7点～3点の間で推移した。しかし、信念への介入がなされずERPに取り組み続け、精神的疲労と不安が増した第7～8セッションでは、一時的に全尺度の値が上昇した。特にPHQ-9の値の上昇が顕著であった。

次に、セッション開始当初に設定した目標の結果について記す。短期目標及び中期目標については、第12セッション終了時点で約6割が達成できていた。達成できた具体的項目は、短期目標『手洗い・食器洗い時間の短縮』、『衝動的な手洗いをしない』、中期目標『1日1回、用事を見つけて家を出る』、『靴を手で向きを直す』、『外出した服で1時間、家の中で過ごす』、『デパートのトイレに入る』であった。また、長期目標『不妊治療を再開する』についても『近いうちに通院を再開しようと思う』という前向きな言動が見られるようになった。

また、ケース概念化で明らかになった信念『常に自分をきれいにしておかなければなら

ない』は、第11～12セッションの再発予防段階には『程ほどのきれいさで大丈夫』に変化していた。

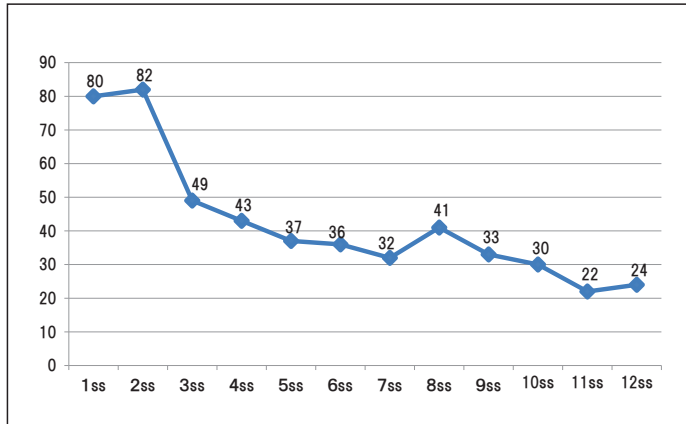


図5 OCIスコアの推移

注：42点以上の場合、強迫症の存在を示唆する

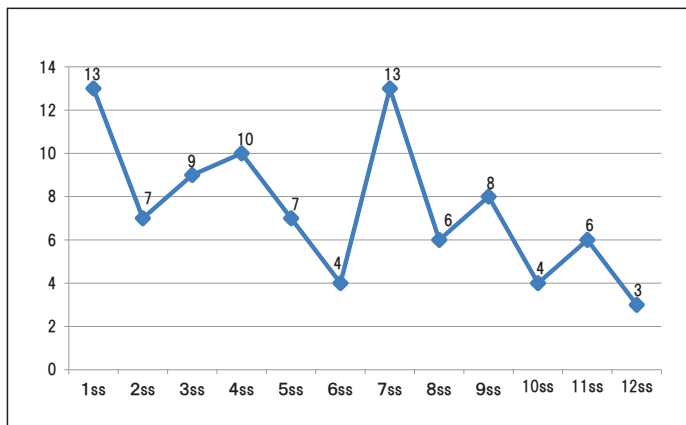


図6 PHQ-9スコアの推移

注：PHQ-9（抑うつ）：1～4＝軽微，5～9＝軽度，10～14＝中等度，
15～19＝中等度から重度，20～27＝重度

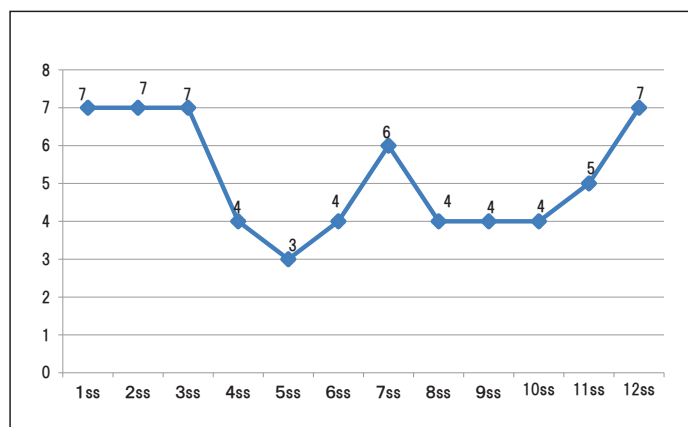


図7 GAD-7 スコアの推移

注：GAD-7（全般的な不安）：5～9＝軽度，10～14＝中等度，15～21＝重度

5. 考 察

筆者は千葉 IAPT 研修生の一期生として 2011 年から 2013 年の 2 年間、千葉大学医学部で認知行動療法を集中的に学んだが、今回報告した OCD 患者へのセッション実施を通して最も学んだことは、CBT を実践するにあたって治療者は常に患者の信念をターゲットにした効果的な介入ができていくかについて注意を払っていく必要がある、ということであった。具体的には、ケース概念化を繰り返しながら過程で明らかとなる患者の信念への介入が治療上、有益となるか否かについて慎重に判断する必要性、また、セッション回数限定等の治療構造上、信念への介入をする際、どのような介入が患者にとって最も有益となるかを意識しながら、CBT に取り組むことであった。

当時の筆者は、OCD 患者のセッションを担当することとなった際、飯倉（2005）や芝田（2009）の書籍や論文を参考にしながら行動療法を実践していたが、ERP における馴化の過程を患者がしっかりと体験できるように対応できていなかった。

その結果、A さんはセッション中盤までひたすら我慢して HW に取り組み、家族に治ってきたと思われてしまっている不安感と、我慢し続けたことによる精神的疲労がうつ症状となって表出することとなってしまった。

その後、スーパーバイザーの SV によって、信念をターゲットにした介入をしたことで、結果として、A さんは、信念と強迫症状の関係への理解が深まり、症状は軽快する結果となった。このような結果に至った要因は、A さんの治療へのモチベーションと自己洞察能力が高かったことが大きかったと感じている。

それから現在に至るまで OCD 患者の CBT を実施する中で、新たに学んだ重要事項を以下にセラピストが患者と関わる際に常に意識していなければならないと筆者が考える重要事項について述べる。

第一に、ERPの実施中に患者が体験する馴化についてである。馴化は、同一の治療課題を繰り返すごとに曝露後の不安も上昇しなくなっていくこと（芝田，2009）であるが、この過程を患者がどのように体験しているかの詳細を把握することが重要である。馴化の過程で患者が「～はあの時洗ったから大丈夫」などと頭の中で思考するメンタルチェックングをしている場合、それを行わないようにさせなければならない（中谷・加藤・中川，2016）。不安が低減していく過程で頭の中がモヤモヤする感覚を患者は体験するが、それをそのままにしながら不安が低減していくよう体験させることが馴化であるためである。

第二に、今回論じたAさんのケースでは、認知面、すなわち、信念への介入が有効であったが、OCD患者にAさんの時と同様に『あなたが一番恐れていることは何ですか？』と不安の背後にある信念を探る質問をしても「よくわからない。とにかく嫌なんです」といった回答をするケースが多いという事実がある。行動療法でいう“行動”は、中川（2013）が指摘しているように、顕在的な行動のみでなく、患者の考え・感情などをすべて含んでいることや患者の生活全体をイメージし、将来の生活につながるようなマクロな視点と発達障害の問題がある場合はマクロな視点で行動分析を行いながら、CBTを実践していく必要がある。そのためには、最も基本的なことであるが、患者の生活歴を丁寧に聴取していくことが重要である。その過程で患者がこれまで生きてきた中で身に付けてきた能力や社会的資源など、患者の“人となり”をできる限り把握し、それらを積極的にERPの実践に活かしていくという治療者の姿勢が必須であるといえるだろう。このような介入を通して、患者の“人となり”もより良質なものと変化していくこと。特に発達障害の患者についてはその傾向があると思われる。

本事例についても、小学校の頃のいじめの経験、OCDの出現時に洗浄強迫とともに車の運転の仕方や靴の履き方がわからなくなるほどの情緒面の混乱など各状況の詳細を聴くことができていなかったため、断言することはできないが、発達障害を疑わせる発言があった。このあたりの状況をしっかりと聴き取ることも重要である。

第三としては、OCDにはERP以外の介入が必要な場合があるということである。飯倉（2011）は、容易にERPが行える群として、強迫行為による不安軽減の悪循環が生じていることと、1) 知的機能が十分にある、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、ことを挙げている。また、ERPが有効でない群として、1) 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特徴をもつ一次性強迫性緩慢、2) 13,4歳頃までに強迫症状を発症し、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た後に一次性強迫性緩慢に移行するタイプ、3) 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、うつ病の症状の1つとして強迫症状が出ているケース、強迫行為は多くても本人は不合理と思っていない強迫性パーソナリティ障害を挙げている。

る。

これらのケースには、ERPではなく、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などの技法を駆使していく必要がある。

本事例については、第4セッションで「汚い物を汚くないと思うように頑張るのに疲れた」と発言していることから不合理感の薄さがうかがえる。また、「手を洗っている、順調に進んでいたことが邪魔されて上手くいかなかった事等の嫌な映像が走馬灯のように浮かぶ。汚いという感覚と一緒に怒り、不安、恐怖の感情を洗い流している感じがする」と発言しており、不安だから手を洗うというよりも自分のペースを崩されたために自分が納得するまで手を洗うという儀式行為が出現していると思われる。このように発達特性が疑われる行動が出現している場合は、ERPよりもシェイピングやモデリングを用いて適応的な儀式行為を作っていく方が有効であると思われる。

この他として、今回報告したケースのように、セッション数が限られている場合（当時の千葉大医学部のトレーニングでは、研修生は12セッションで終結する訓練を受けていた）は、セッション終結後のフォローアップセッションを行う必要がある。多くの臨床家が述べているようにOCDは再発しやすい。セッション終結後に1・3・6・12ヶ月後といったフォローアップセッションを設定し、再発防止に努めることが重要である。本事例においては、セッション終結に伴う不安の上昇が認められた。この点からもフォローアップセッションの重要性がわかるだろう。

最後に、近年、OCDのCBTとして、制止学習によるERPアプローチ（Inhibitory Learning ERP）やアクセプタンスベースドによるアプローチ（Acceptance-based ERP）など開発されている（堀越・蟹江、2015）。このような新たなアプローチを積極的に活用していく必要があるだろう。しかし、まずは、基本に忠実なERPやERPが適していない場合はその点をしっかりと見立てたうえで必要なアプローチを患者に提供してゆけるスキルを身につけていくことが重要である。

本論文は、日本認知療法・認知行動療法学会第11回大会のケーススタディで発表した事例の抄録（永田、2011）を大幅に加筆修正したものである。

引用文献

飯倉康郎（2005）強迫性障害の行動療法。金剛出版。

飯倉康郎（2011）OCDの行動療法と発症、維持、悪化、治療に関する仮説。精神神経学雑誌、113(1)、28-34。

Foa EB, Kozak MJ & Salkovskis PM et al (1998) The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The obsessive-compulsive inventory. Psychological Assessment 3; 206-214.

堀越勝・蟹江絢子（2015）強迫性障害の認知行動療法（曝露反応妨害法）。臨床精神医学、

44(11), 1513-1520.

中川彰子 (2013) 強迫性障害の認知行動療法. 最新精神医学, 18(2), 114-123.

中谷江利子・加藤奈子・中川彰子 (2016) 強迫性障害 (強迫症) の認知行動療法マニュアル. 厚生労働省ホームページ.

Kroenke K, Spitzer RL & Williams JBW (2001) The PHQ-9 : Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine* 16; 606-613.

永田忍・小堀修・清水栄司 (2011) 強迫性障害患者に対する認知行動療法の一事例—曝露反応妨害法における信念への介入の重要性. *認知療法研究*, 5(2), 174-175.

芝田寿美男 (2009) 強迫性障害の治療における工夫. *精神療法*, 35(2), 599-607.

Spitzer RL, Kroenke K & Williams JB et al (2006) A Brief measure for assessing generalized anxiety disorder : The GAD-7. *Archive of Internal Medicine*, 1092-1097.

サルコフスキス, P. 小堀修・清水栄司・丹野義彦・伊豫雅臣 (監訳) (2011) 強迫性障害への認知行動療法 講義とワークショップで身につけるアートとサイエンス. 星和書店.
(Salkovskis,P. (2011) *Lecture and Workshop of Cognitive Behavior Therapy for Obsessive Compulsive Disorder*)

