

<原著論文>

小学生版強迫性傾向尺度作成のための基礎的研究

— 学校カウンセリングの視点から —

Fundamental study to development of obsessive-compulsive tendency scale
for elementary school student

小野 淳¹, 守谷 賢二², 斎藤 富由起³, 畑 淳子⁴, 元吉 舞⁵, 吉森 丹衣子⁶

要 旨

強迫性障害は小児期・児童期にも発症する精神疾患であり、効果的な治療のためには強迫性の程度を測定するアセスメントツールが求められる。しかし、CY-BOCSやLOI-CVなど、海外の多様なアセスメントツールと比較して、日本では児童期のアセスメントツールが乏しい。そこで本研究では、児童期の強迫性傾向アセスメントの開発の必要性から、小学生5、6年生を対象とした強迫性傾向尺度の作成を行った(n=256)。因子分析の結果、2因子18項目の小学生版強迫性傾向尺度が作成された。第一因子は「強迫的儀礼傾向」、第二因子は「強迫観念傾向」と命名された。全体的な信頼性は $\alpha = .80$ であり、確認的因子分析により一定の妥当性が示された。

キーワード：強迫性傾向、小学生、児童期、尺度、認知行動療法

Obsessive-compulsive tendency, Elementary school student, Childhood, Scale,
Cognitive Behavior Therapy

1. 問題提起

1-1. 強迫性障害の研究史—子ども期の強迫性障害を重視して—

1-1-1. 強迫性障害の定義と症状

DSM-IV-TR (2000) によると、強迫性障害 (obsessive-compulsive disorder: 以下OCD) とは、強迫観念と強迫行為に大別される精神疾患である。OCDが提唱される以前は、強迫神経症 (obsessive-compulsive neurosis) や強迫性格 (anankastische character) としてOCDは研究されてきた。

本研究では、概念上の混乱を避けるため、現在最も代表的なDSM-IV-TR (2000) による操作的定義を使用することにした。DSM-IV-TR (2000) によるOCD定義をTable1に示す。

また診断的概念ではないが、スクリーニングとして使用できる強迫的症狀の概念を本研究では「強迫性傾向」(obsessive-compulsive tendency) と記述する。

OCDの中心症状は明確な苦痛を引き起こす自我異和的 (ego-dystonic) な強迫観念 (obsession) と強迫行為 (compulsion) の反復である。強迫観念とは「反復する侵入的な思考・感情・念慮・感覚」であり、例えばそんなことはないわかっているのに「身の回りのものが汚染されている」という状態は代表的な強迫観念である。強迫行為とは「意識的に定型化された反復行動」を意味する。例えば、鍵をかけたか心配になり、不合理性を理解しつつも生活に支障が出るほど戸締りを繰り返してしまうなどは典型的な強迫行為と言える。

OCDの75%が強迫観念と強迫行為を併せ持つ。例えば「身の回りのものが汚染されている」という強迫観念から、「手を何度もらってしまう」という強迫行為が生じるケースは合併の典型例と言える。

強迫観念には4つの主要パターンがある。Sadock (2003) に従いそれらを整理すると、第一は「汚染 (contamination)」と呼ばれる強迫観念である。これ

1 Atsushi ONO 千里金蘭大学 生活科学部 児童学科
2 Kenji MORIYA 文教大学大学院 人間科学研究科
3 Fuyuki SAITO 千里金蘭大学 生活科学部 児童学科
4 Junko HATA 社会福祉法人 なかよし保育園
5 Mai MOTOYOSHI 吹田市立 古江台幼稚園
6 Taeko YOSHIMORI 法政大学大学院 人間社会研究科

受理日：2011年10月25日

は「周囲のものが汚染されている」あるいは「わずかでも汚染されたものに触ると、汚染は感染する」などの観念であり、過剰な手洗い行動や部屋から出られなくなるなどの強迫的回避につながることはよく知られている。

第二は「病的疑念 (pathological doubt)」であり、「鍵を閉め忘れたのではないか」、「ガスの元栓を閉めていなかったのではないか」などの観念であり、確認

強迫行動の前提となるものである。

第三は「侵入的観念 (intrusive thought)」であり、強迫行為を伴わない強迫観念である。罪悪感を覚えるような性的想像などは侵入的観念の代表的な内容と言える。

第四は「対称性 (symmetry)」であり、教室の机が整然と並んでいないと生活に支障がでるほどの苦痛を感じるなどは対称性の症状と言える。

Table1. DSM-IV-TR (2000) における強迫性障害の定義

<p>A. 強迫観念、強迫行為のいずれか。</p> <p>強迫観念 (1)、(2)、(3)、(4) によって定義される：</p> <p>(1) 反復し継続する思考、衝動、イメージ (心象) のいずれかで、それらは障害が生じている間に、邪魔で不適切なものとして体験され、著しい不安や苦痛の原因となる。</p> <p>(2) その思考、衝動、イメージは、単なる現実生活の問題についての過剰な心配はない。</p> <p>(3) その人は、この思考、衝動、イメージを無視、抑制、何か他の思考または行為によって中和しようと試みる。</p> <p>(4) その人は、その強迫的な思考、衝動、イメージが (思考吹入のように、外部から強制されたものでなく) 自分自身の心の産物であると認識している。</p> <p>強迫行為 (1)、(2) によって定義される：</p> <p>(1) 反復行動 (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、数を数える、声を出さずに言葉を繰り返す) があり、それらは強迫観念に反応して、もしくは厳密に適応しなくてはならない規則に従って行うよう駆り立てられている感じがする。</p> <p>(2) その行動や心の中の行為は、苦痛を防ぐ、もしくは減らす、または何か恐ろしい出来事や状況を避けることを目的としている。しかし、この行動や心の中の行為は、消去や防備をねらったものとしては、現実的な手段として筋が通っていない、もしくは明らかに過剰である。</p> <p>B. 障害の経過のある時点で、強迫観念または強迫行為が、過剰もしくは不合理であると認識したことがある。 (注) これは子どもには当てはまらない。</p> <p>C. 強迫観念または強迫行為により、著しい苦痛があるか、時間の浪費がある (1日1時間以上かかる) か、通常の生活習慣、職業 (または学業) での業務、普通の社会活動や人間関係への無視できない妨げがある。</p> <p>D. 別の I 軸 (精神の臨床疾患) の障害がある場合、強迫観念または強迫行為の内容は、それに制約されたものではない。</p> <p>E. 障害は、物質 (例：乱用物質、投薬) または一般の身体疾患による、直接的な生理学的作用のためではない。</p> <p>* 該当の場合、特筆： 洞察力が乏しい場合：現在のエピソードのうちほとんどの期間、強迫観念および強迫行為が、過剰もしくは不合理であることを認識していない人。</p>

OCDと大うつ病性障害との生涯有病率は約67%で、社会恐怖とのそれは25%、さらにチックの既往歴は20~30%と報告されている (Franklin et al,2002)。また小児のOCDは不安障害と合併しやすいことも報告されている (House,2002)。

OCDと強迫性パーソナリティ障害との併存はそれほど高くなく、Baer et al(1990)によると、96人のOCD患者のうち、強迫性パーソナリティ障害は6%であった。換言すれば、OCDの患者の大半が発症以前に強迫症状を持っていない。Sadock (2003)は、OCD発症以前に患者が強迫性症状を持っていた割合はOCD患者の15~30%と述べている。

強迫性障害の発症の平均年齢は約20歳 (男性19歳・女性22歳)だが、2歳児の低年齢の発症も報告されており、OCDは小児期から青年期でも発症することが明らかにされている。MarchとLeonard (1996)は小児期のOCDの症状を整理し、「手洗い」と「確認の儀式」が小児期のOCDの共通症状であることを明らかにした。Rapoport (1988)は小児期・青年期のOCD治療において初回面接時に報告された症例数の割合をまとめている。

日本では本城ら (1998)が子どものOCDの発症を検証しており、10歳前後から急激に増加し13、14歳にピークがあること、強迫症状の内容は不潔恐怖および洗浄行為が最も多く、次いで「死へのこだわり」と「確認癖」が見られることを明らかにしている。

1-1-2. 未成年における強迫性障害の発症

Kessler et al (2005)によるとOCD患者の約25%が14歳までに発症し、そのうち10歳まで発症するケースも全体の約10%を占める (19歳までに約50%の発症率となる)。本城ら (1998)は1982~1986年に名古屋大学精神科を来訪した18歳以下の患者を調査し、子どもの強迫症状が全体の5%に認められたことを報告している。

以上のようにOCDは幼児期から青年期にかけて一般的に見られる症状であり (e.g., Judd, 1965; Swedo et al,1989)、近年では学校臨床領域においても

注目されている (e.g., House, 2002)。

1-1-3. 強迫性障害の要因論と治療法

1-1-3-1. 主な要因論

OCDが生じる主な要因について、かつては精神分析理論に基づく「エディプス期から肛門期への退行論」に基づく理解が注目された時期があった (Sadock, 2003)。しかし精神分析が指摘するような「厳格な両親の躾や懲罰的なトイレトレーニング」の存在が認められるケースは例外的 (e.g., Swedo et al, 1989)との報告が積み上がるにつれて、精神分析的解釈はOCDの要因論としては中心から遠のきつつある (e.g., Baer,2000)¹。

現在、OCDが生じる背景要因として注目されているのは脳の機能障害である。OCDの症状形成にはセロトニンの失調があるとの仮説に始まり、ストレプトコッカス感染との関連説など、神経伝達物質とOCDの研究も盛んである (Sadock, 2003)。

PET (positron emission tomography) やCT (computed tomography:コンピュータ断層撮影)、MRI (magnetic resonance imaging:磁気共鳴画像) を利用した研究では、前頭葉眼窩皮質、帯状回前部、尾状核の活動が過剰なことが示されており、前頭葉・皮質下回路の神経ネットワーク異常仮説も提唱されている (e.g., Baxter et al, 1988; Nordahl et al, 1989; Perani, et al, 1995; Sawle et al,1991; Saxena,et al, 2001)。以上のように、OCDの背景に脳機能障害が関与していることはほぼ確定的であり、こうした研究はOCDへの薬物療法の基礎となっている。

第二の要因は認知行動理論に基づく不適応的な認知と行動の学習である。OCDの形成と維持の一部は不適応学習が関与しているという理解であり、このことは認知行動療法の適用の根拠になっている。第三に、様々なストレスフル・イベントやそもそものパーソナリティ傾向などがOCD発症に関与している (e.g., Sadock, 2003)。

このようにOCDの主な要因論をまとめると、単一

i 強迫性パーソナリティ障害の治療 (Gunderson, 1988; Horowitz, 1988; Munich, 1986)、とは対照的に、精神分析がOCDの要因論や治療論の主流から退いたことは多くの精神医学書で一致した見解である。しかし、このことはOCDの治療から精神分析的アプローチが全面的に撤退したことを意味していない。それによる治療成功例の報告があることは、例えば「DSM-IV-TR診断基準の臨床への展開:カプラン臨床精神医学テキスト」(メディカル・サイエンス・インターナショナル: pp671-676)にも示されている。

一方、精神分析的解釈がOCDの主たる要因論と治療論の中心から退いたことは、成人期以降のOCDと子どものOCDの内容に相違点よりも類似点が大きくなることを示唆する。換言すると「子どものOCDもおとなのOCDと質的にそれほど大きな違いはない」という見方が強くなる傾向が指摘できる。

学童期の子どもの現れる強迫性症状は時間とともに変化し、その内容が複雑化してくるとの報告 (Silva et al, 1992)もあり、成人期以降のOCDと子どものOCDの質的連続性は今後の検討課題と言えるだろう。

の原因を仮定するのではなく、脳機能障害、認知行動理論における不適応行動の学習、さらに生活上のストレスイベントなどが複合的に影響を及ぼしあう生物・心理・社会的原因の複合的影響でOCDは生じると理解できる。

1-1-3-2. 治療論

OCDの治療はSSRIを基本とした薬物療法と曝露反応妨害法を中心とする認知行動療法が原則となる (e.g., 飯倉, 1999 ; Baer,2000).

特に認知行動療法の効果は薬物療法と同等かつ長時間持続することが知られており、例えばBaer (2000) は過去30年の曝露反応妨害法の有効性調査でOCD患者の2 / 3が症状をコントロールできるようになり、その効果が確認されていることを報告している。その他、MarchとMulle (1995) により子どもを対象とした認知行動療法プログラムが開発されるなど、近年の認知行動療法によるアプローチはその発症年齢

を越えて急速に発展している。また治療に際しては環境調整として家族や周囲の理解・協力も有効であり、学校や職場の協力があることが望ましい (原田, 2006)。

1-1-4. OCDのアセスメント

OCDのアセスメントは神経生理学的アセスメント、自己評価尺度、評価者評定尺度に分類できる。本節では自己評価尺度と評定者評価尺度についてまとめる。

自己評価尺度ではMaudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOCI : Hodgson & Rachman, 1977) やLeyton Obsessional Inventory (LOI:Cooper, 1970), その児童版であるLeyton Obsessional Inventory Child Version (LOI-CV : Berg, Rapoport & Flament, 1986 ; Berg et al, 1988) などが作成されている。Table2に代表的なOCDの自己評価尺度を示す。

Table2. OCD の代表的な自己評価尺度

尺度名	作成者	作成年	因子	項目数	その他
MOCI (Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory)	Hodgson, R.J. & Rachman,S.	1997	4 「確認」・「清潔」・ 「優柔不断」・「疑惑」	30	吉田ら (1995) が日本語版MOCIを作成し、十分な結果を得ている。多数例を対象とした強迫障害や強迫症状のスクリーニングに適しているものと考えられている (多賀, 1999)。児童を対象としたスクリーニングには適していない。
LOI (Leyton Obsessional Inventory)	Cooper,J.	1970	4 「性格傾向」・「症状」・ 「症状に対する抵抗意識」・ 「症状による妨害意識」	69	強迫傾向と強迫症状の量と重症度を評価する。「レイトン強迫性検査」として日本語版が作成されている。しかし、男性への有効性、内容の妥当性に指摘もある (多賀, 1999)
LOI-CV (Leyton Obsessional Inventory Child Version)	Berg et al	1986	2 「症状に対する抵抗意識」・ 「妨害意識」	44	短縮版が開発されており、スクリーニングに有効 (Berg et al, 1998)。

評定者評価尺度ではThe NIMH Global Obsessive Compulsive Scale (NIMH-OC : Insel et al, 1983) やThe Obsessive-Compulsive subscale of the Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS-OC : Asberg et al, 1978) の他、Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS : Goodman et al, 1989a).そして子どものためのThe Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS : Goodman et al, 1986 ; Scahill et

al,1997) が作成されている。Table3に代表的な評価者評定尺度を示す。

以上のように検討すると、特に日本ではおとなのアセスメント開発と比較して子どものアセスメントツールの開発が遅れていることが理解できる。児童期にも適用できるアセスメントの開発が望まれる。

一般に児童期は6, 7歳から12, 3歳の期間を指す。7歳以下であれば評定者評価尺度として行動チェックリストの開発が望ましく、12, 3歳をターゲットにす

Table3. OCD の代表的な評価者評定尺度

尺度名	作成者	作成年度	その他
NIMH-OC (The NIMH Global Obsessive Compulsive Scale)	Insel. T.R. et al.	1983	臨床家が患者の現在の臨床状態について総15ポイント中の累計で評価する。7点以上が臨床的対象となる。
CPRS-OC (The Obsessive-Compulsive subscale of the Comprehensive Psychopathological Rating Scale)	Asberg. M. et al.	1978	おとなのために開発されたものであるが、子どもや思春期の人々の治療効果研究でも用いられる。
Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale)	Goodman, W.K. et al.	1989a	信頼性と妥当性が高く (Goodman et al., 1989b ; Kim, S.W. et al., 1992 ; Nakajima. T. et al., 1995), 現在最も広く使われている強迫症状の評価尺度。
CY-BOCS (The Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale)	Goodman et al.	1986	児童版のY-BOCSであり、強迫観念と強迫行為のチェックリストが含まれている。Scahillら (1997) により信頼性・妥当性が検討された。
	Scahill. et al.	1997	

るならば自己評価尺度の作成が可能だろう。本研究ではOCDの発症年齢を考慮し、より発症のピークに近い12, 3歳 (小学校高学年) を母集団とした自己評価尺度の作成を試みる。

2. 目的

本研究の目的は、児童期にも適応できる小学生 (高学年) 版強迫性症状の自己評価尺度を開発することである。

3. 方法

3-1. 調査協力者

大阪府および東京都の複数の小学校高学年 (5, 6年生) 276名 (男130名・女146名)。

3-2. 項目決定

児童期の強迫性傾向を検討するために、この分野に詳しい専門家 (3名) および調査者により自由記述方式で項目が選出された。

出された項目は「手にバイキンがついている気がして、手を1日に10回洗ってしまう」。「お風呂に入るときに体の洗う順番が決まっている」。「おもちゃを正確にならべないと気分が悪くなる」。「決められた順番で服を着ないと気分が悪くなる」。「階段を下りたり上ったりするときに、初めの一歩が右か左か決まっている」。「嫌な考え方をやめるために、数字を数えてしまう」。「かぎを閉めたかどうか、何度も点検してしまう」。「追い払いたい気持ちをなかなか追い払えない」。「物をなかなか捨てることができない」。「もし決められた手順を失敗したら、不幸なことが起こることではないかと不安になる」。「鉛筆が全てとがっていないと

嫌になる」。「自分の言った言葉で、相手が深く傷ついたのでないかと心配になる」。「給食を見ただけで、気分が悪くなる」。「何かをしている途中で動きが止まってしまうときがあり、注意される」。「気持ちの悪い考え方をやめようと思って、あえてやってしまうことがある」。「自分でもおかしいという考えが頭からはなれなくて、苦しくなる」。「給食を食べる順番が決まっていて、これをやぶると気分が悪くなる」。「こだわりが強くて、一度決めたことをやめることは難しい」の18項目であった。質問は5件法により測定された。

4. 結果

4-1. 探索的因子分析

18項目に対して因子分析法 (プロマックス回転) を行った。固有値とスクリープロットから2因子解が最適と解釈された。因子負荷量0.35を基準とした因子分析の結果、2因子 (18項目) の「小学生版強迫傾向尺度」が作成された。以上の結果をTable4に示す。

第一因子は手順や正確さを強調している内容であることから強迫的儀礼傾向と命名された。第二因子は不合理で侵入的な観念が強調されることから強迫観念傾向と命名された。信頼性を示す α 係数は第一因子で.721, 第二因子で.748, 全体として.800であった。したがって本尺度は十分な信頼性を備えているといえる。

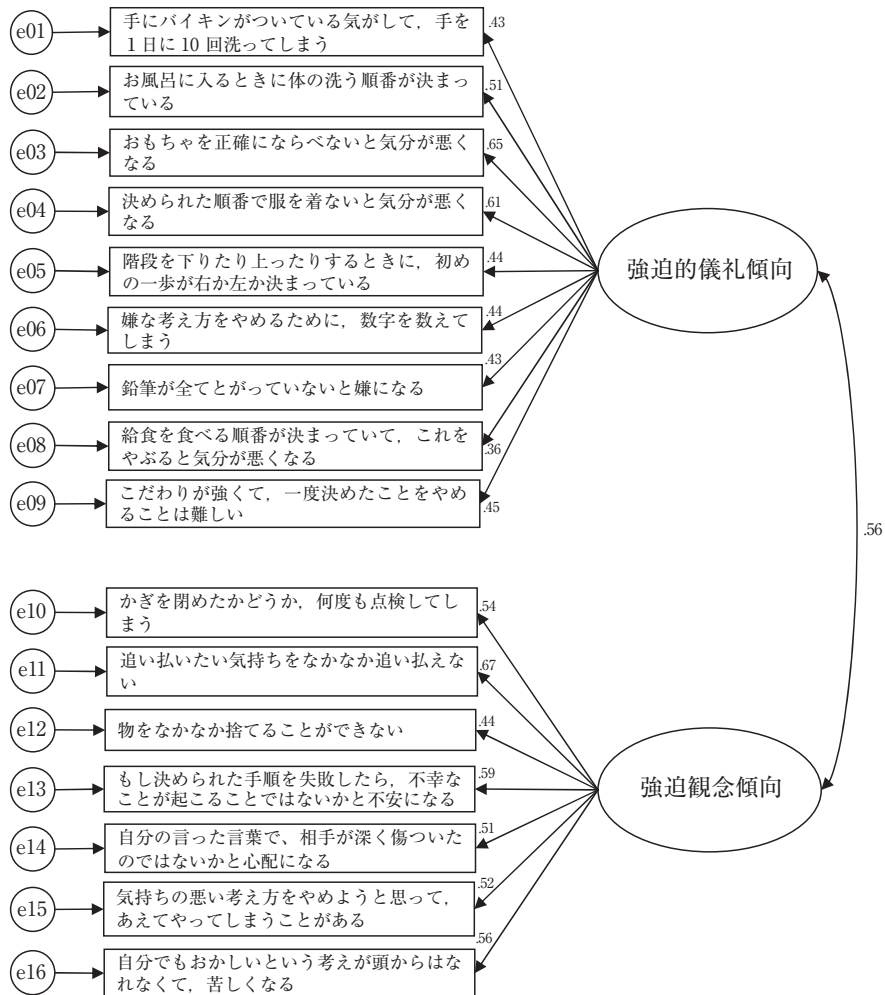
4-2. 確認的因子分析

探索的因子分析により得られた2因子構造について潜在変数の有無を検討するため確認的因子分析を行い、モデルへの適合度を検証した。その結果、適合度指標はGFI=.909, AGFI=.880, CFI=.860, RMSEA=.062で、許容できる適合度と解釈された。以上の結果をTable5に示す。

Table4. 探索的因子分析の結果

	I	II
おもちゃを正確にならべないと気分が悪くなる	0.691	-0.071
決められた順番で服を着ないと気分が悪くなる	0.650	-0.052
鉛筆が全てとがっていないと嫌になる	0.488	-0.070
お風呂に入るときに体の洗う順番が決まっている	0.440	0.107
給食を食べる順番が決まっていて、これをやぶると気分が悪くなる	0.423	-0.075
手にバイキンがついている気がして、手を1日に10回洗ってしまう	0.404	0.047
こだわりが強くて、一度決めたことをやめることは難しい	0.404	0.065
嫌な考え方をやめるために、数字を数えてしまう	0.381	0.099
階段を下りたり上ったりするとき、初めの一步が右か左か決まっている	0.374	0.101
追い払いたい気持ちをなかなか追い払えない	-0.062	0.705
自分でもおかしいという考えが頭からはなれなくて、苦しくなる	-0.067	0.608
自分の言った言葉で、相手が深く傷ついたので心配になる	-0.014	0.537
もし決められた手順を失敗したら、不幸なことが起こることではないかと不安になる	0.102	0.524
気持ちの悪い考え方をやめようと思って、あえてやってしまうことがある	0.026	0.495
物をなかなか捨てるができない	-0.043	0.490
かぎを閉めたかどうか、何度も点検してしまう	0.202	0.413
因子間相関		
I	-	0.527
II		-

Table5. 確認的因子分析



5. 考察—本研究結果のまとめと今後の課題—

引用文献

今回の研究では、児童期の強迫性障害に重点をおいて研究を行った。その結果、信頼性と妥当性のある2因子18項目の小学生版強迫性傾向尺度が作成された。

2因子はそれぞれ「強迫的儀礼傾向」と「強迫観念傾向」と命名された。

他方、本研究の限界は調査協力者が276人と300人未満であったことと、基準関連妥当性の検証がなされていない点である。より多角的な妥当性の検証のために教師や保護者に行動チェックリストを実施する必要もあるだろう。

また精神障害としてのOCDと関連性を検討するためにカットオフポイントを導くことも課題である。子どもへの認知行動療法的介入方法の開発は目覚ましく、今後もさらに発展していこう。それらが児童期の子どもに効果的に適用されるためには簡便にその症状を測定できるツールが求められていた。将来的には本尺度が応用され、スクリーニングだけでなく、治療的介入のためのベースライン測定等に使用されることも視野に含め、追試を行うことが求められる。

最後に、今後のOCDに関するアセスメント研究の方向性を考慮する時、二点、方向性が指摘できる。第一は、OCDの治療は早期介入が望ましいことを鑑みると幼児期のアセスメントツールの開発が遅れていることである。幼児期におけるOCDの発症ケースが報告されていることはすでに述べたが、幼児期にも通じる行動チェックリストが開発されれば、幼稚園の高学年、あるいは小学校低学年からの支援が可能となる。

第二に学校現場で使用できるようなチェックリストの開発である。それは精神障害としてのOCD対策というよりも、強迫性傾向をもつ子どもたちが教育現場で何らかの困難を感じた時、どのような教育的援助を行えばよいのかというための基礎データを提供するだろう。しかし、教育現場におけるOCDチェックリストは現在まで開発されていない。

強迫性症状の強い子どもが教育場面でどのような困難を感じ、どのような支援を求めているかは、その子どもを取り巻く家族にとっても子どもの行動理解に役立つだろう。障害の発見から治療へと通じるアセスメントツールの開発の方向性と同時に、教育現場における困難の発見から、支援方法の共有に至る方向性を持った研究も必要である。今後、「教育現場の子ども支援に役立つ強迫性傾向チェックシート」の開発も求められるだろう。

American Psychiatric Association 高橋三郎・大野裕・染谷俊幸訳 DSM-IV-精神障害の分類と診断の手引。医学書院。(1995)

Asberg, M., Montgomery, S. A., Perris, C. et al. A comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatr Scand* 271 (Suppl); 5-9. (1978)

Baer, L. *Getting Control - Overcoming Your Obsessions and Compulsions* - Little Brown and Company. (2000)

Baer, L., Ricciardi, J. M., et al. Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 47, 826-830. (1990)

Baxter, L. R., Jr., Schwartz, J. M., Mazziotta, J. C. et al. Cerebral glucose metabolic rates in nondepressed patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 145; 1560-1563. (1988)

Berg, C. Z., Rapoport, J. L. & Flament, M. F. The Leyton Obsessional Inventory-Child Version. *J. Am. Acad. Child Psychiatry* 25; 84-91. (1986)

Cooper, J. The Leyton obsessional inventory. *Psycho Med* 1; 48-64. (1970)

Franklin, M. E., Rynn, M. March, J. S, Foa, E. B. Obsessive-compulsive disorder. In: Hersen, M, ed. *Clinical Behavior Therapy: Adult and Children*. New York: John Wiley & Sons inc. (2002)

Goodman, W. K., Rasmussen, S. A., Price, L. H., & Rapoport, J. L. Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS). Unpublished manuscript. (1986)

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A. et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Part I: Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 46; 1006-1011. (1989a)

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A. et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 46; 1012-1016. (1989b)

- Gunderson, J. G. Personality Disorders, in *The New Harvard Guide to Psychiatry*. Edited by Nicholi AM Jr; Cambridge, MA, Belknap Press of Harvard University Press. 337-357. (1988)
- 原田誠一, 強迫性障害治療ハンドブック, 金剛出版 (2006)
- Hodgson, R. J., Rachman, S. Obsessional-compulsive complaints. *Behav Res Ther* 15; 389-395. (1977)
- 本城秀次, 西出弓枝, 土岐篤史, 児童期の強迫性障害, 児童青年精神医学とその近接領域, vol39, No2, 166-176
- Horowitz, MJ. *Introduction to Psychodynamics: A New Synthesis*. New York, Basic Books, (1988)
- House, A. E *DSM-IV Diagnosis in the school*. Guilford Press, (2002)
- 飯倉康郎, 強迫性障害の治療ガイド, 二瓶社, (1999)
- Insel, T. R., Murphy, D. L. & Cohen, R. M. et al. Obsessive-compulsive disorder, a double-blind trial of clomipramine and clorgyline. *Arch Gen Psychiatry* 40; 605-612. (1983)
- Judd, L. L Obsessive compulsive neurosis in children. *Arch Gen. Psychiatry*, 12, 136-140, (1965)
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., et al, Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62: 593-602, (2005)
- March, J., & Mullen, K. Manualized cognitivebehavioral psychotherapy for obsessive-compulsive disorder in childhood: A preliminary single case study. *Journal of Anxiety Disorder*, 9, 175-184, (1995)
- March. J. S. & Leonard, H.L Obsessive-Compulsive Disorder in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1265-1273, (1996)
- Nordahl, T. E., Benkelfat, C., Semple, W. E. et al. Cerebral glucose metabolic rates in obsessive compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology* 2; 23-28, (1989)
- Perani, D., Colombo, C., Bressi, S. et al. [18F] FDG PET study in obsessive-compulsive disorder. A clinical / metabolic correlation study after treatment. *British Journal of Psychiatry* 166; 244-250, (1995)
- Rapoport, J. M The neurobiology of obsessive-compulsive disorder. *JAMA*, (1988)
- Sadock Kaplan & Sadock's *Synopsis of Psychiatry* ninth edition Lippincot Williams & Wilkins, Inc, (2003)
- Sawle, G. V., Hymas, N. F., Lees, A. J. et al. Obsessional slowness. Functional studies with positron emission tomography. *Brain* 114 (Pt 5); 2191-2202, (1991)
- Saxena, S., Brody, A. L., Ho, M. L. et al. Cerebral metabolism in major depression and obsessive-compulsive disorder occurring separately and concurrently. *Biological Psychiatry* 50; 159-170, (2001)
- Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S.I., King, R. A., Goodman, W. K., Cicchetti, D., & Leckman, J. Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 844-852, (1997)
- Silva, P., Reichman, S. 貝谷久宣訳, 強迫性障害. ライフサイエンス, (2002)
- Swedo, S.E., Rapoport, J., Leonard, H., Lenane, M & Cheslow, D. Obsessive-compulsive Disorder in children and adolescents: Clinical Phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry*, 46, 335-341, (1989)

※本研究は2010年度千里金蘭大学生生活科学部児童学科卒業論文に大幅に修正を加え、再分析したものである。全ての調査協力者の方々に心より感謝申し上げます。