

原

著

## 強迫性障害の転帰

—— 転帰良好群，不良群の臨床像について ——

新潟県立療養所悠久荘

加 藤 佳 彦

Outcome of Obsessive Compulsive Disorder  
— the Clinical Patterns for Good or Poor Outcomes —

Yoshihiko KATO

*Yukyusho Hospital*

This is a study of 90 patients (51 males and 39 females) suffering from obsessive compulsive disorder, to determine whether there is any relationship between the clinical patterns and the outcome of the disorder. (The mean follow-up period was 8.4 years.) Three clinical patterns that comprised education period, precipitating factor and pretreatment period were found to be significantly different, when 13 factors, such as sex difference, the genetics contribution of psychiatric illness, etc. were investigated. Patients attaining over 12 years of education periods had significantly poor outcomes. Patients having precipitating factors had significantly better outcomes. And there were differences in the kinds of precipitating factors between males and females. Concerning the duration of illness before the patient sought advice, patients who were seen within 1 years of the onset of the illness had significantly better outcomes, and patients who were seen within 5 years of the onset of the illness had significantly better outcomes. The clinical patterns for good or poor outcomes of obsessive compulsive disorders were described by adding 8 clinical patterns that tended toward a good or poor outcome to the 3 significant factors.

Key words: obsessive compulsive disorder, outcome, education period, precipitating factor, pretreatment period

強迫性障害，転帰，教育歴，発症契機，未治療期間

Reprint requests to: Yoshihiko KATO,  
Yukyusho Hospital, 2-4-1, Kotobuki,  
Nagaoka-shi, 940, JAPAN.

別刷請求先: 〒940 長岡市寿2-4-1  
新潟県立療養所悠久荘 加藤佳彦

## I. はじめに

強迫性障害は、一般に難治で慢性の経過をとりやすいと考えられている。症例報告にはそのようなものが多いが、最近では鈴木ら（1988）<sup>1)</sup>、杉林ら（1990）<sup>20)</sup>の報告がある。さらに Meyer ら（1986）<sup>14)</sup>も同様の指摘を行っている。

しかし、Goodwin（1969）<sup>4)</sup>は過去の研究を総括し、60～80%が良好な転帰をとると述べ、また藤田ら（1988）<sup>3)</sup>は経過が5年以上になると必ずしも難治ではないと指摘している。

このように強迫性障害の転帰についての見解は、いまだ一定していないといえよう。また、治療を一定期間継続した症例に限定した研究もあるが、この場合転帰が一面に偏る可能性が考えられ、さらに多数例について検討した研究も数が少ないようである。

そこで今回、短期間で治療を中断した症例も含め、強迫性障害の転帰および臨床的特徴と転帰の関連性について研究する目的で、レトロスペクティブに調査し検討した。

## II. 対象と調査

調査の対象は、1980年1月から1989年12月までの10年間に、新潟大学医学部附属病院精神科を受診し、ICD-10<sup>23)</sup>で「強迫性障害」と診断された症例である。

転帰の調査は、現在も当科に通院中のものを除く全例（129例）に、診療録の住所を参考に調査票を郵送した。また、宛先不明による返送はなく、回答も無かったものについてはさらに2回目の調査票の郵送（68例）を行った。また、診療録の記載などにより他医院通院中と考えられる症例（5例）については、現在的主治医などにも電話で状態を確認した。当科に通院中の症例（8例）については、診療録で状態を把握し、さらに主治医にも確認した。調査は1993年5月より開始し、7月末に終了した。

また、性別、遺伝負因、病前性格、教育歴、同胞順位、婚姻関係、発症契機、強迫症状、未治療期間、初診時年齢、治療期間、入院歴、経過年数の13項目の臨床的特徴と転帰との関係を分析し、これらが転帰とどのように関連しているかについても検討した。臨床的特徴の評価は、主に診療録の記載によった。

遺伝負因は、精神分裂病圏、感情病圏、神経症圏（強迫性障害を除く）、強迫性障害、その他、負因無に分けて評価した。診療録の記載が不十分のものも多く、親等

数については考慮されていない。

病前性格については、強迫性格以外の他の類縁の性格と明確に区別できない点もあるが、性格特徴として、几帳面、責任感が強い、融通性に乏しいなどが比較的優勢であるものを強迫傾向有とし、それ以外のものを強迫傾向無として評価した。

教育歴については、初診時までを受けていた教育年数を6年以下（小学校教育に相当）、6年超～12年以下（中学・高校教育に相当）、12年超（大学教育などに相当）の3群に分けて評価した。

同胞順位については、1人子、兄弟あり第1子、兄弟の末子、その他に分けた。

婚姻関係については、結婚、未婚、その他に分けた。その他には離婚などが含まれる。

発症契機については、発症の契機の有・無で群に分け、さらに発症の契機が認められるものには、その内容により、「家庭の問題」などの7項目に分けて評価した。

強迫症状については、主症状により、強迫行為、強迫観念に分けた。さらに、強迫行為については、洗浄強迫、確認強迫、その他の強迫行為に分けた。また、強迫観念については、加害恐怖、その他の強迫観念に分けて検討した。

未治療期間については、発症後1年以内に受診した群、1年超～5年以内、5年超の3群に分けて評価した。

初診時年齢は10歳きざみに分けた。

治療期間については、初診日より当科最終受診日などの日数を治療期間として、1日のみの受診、2日以上28日以内（約1カ月）、29日以上1年以内、1年超で評価した。

入院歴は、初診時より調査時点までの強迫性障害による入院の有無について評価した。

経過年数については、初診時からの経過年数により分け、それぞれの年数を境に転帰に差があるか調査を行った。

なお治療については、治療者により薬物療法、精神療法などの違いはあるが、その詳細については考慮しなかった。

転帰の規準としては、これまでの強迫性障害の転帰研究で一般的に用いられているものに準拠した。これまでの研究では、症状の重症度と社会適応の両面を組み合わせ用いることが多く、本研究もその両面から下記の6つの規準を設けた。

A. (治癒)…症状消失，社会適応良好。

B. (改善)…症状は初診時より軽快し，社会適応良好。

- C. (軽度改善)…症状が初診時より軽快しているが、社会適応不良。  
D. (不変)…症状が初診時とほとんど不変。  
E. (悪化)…症状が悪化。  
F. (その他)…症状が他の症状に移行したもの。(精神分裂病への移行も含む.)

転帰を以上の各段階に分け、A, B, を良好群, C, D, E, F, を不良群とした。

統計学的な処理には、t 検定、 $\chi^2$  検定、Fisher の直接確率法を用いた。

### Ⅲ. 結 果

強迫性障害と診断された症例は137例であり、転帰の判明した例が94例であった。しかし、すでに内科的疾患で死亡した3例、現在他の内科的疾患のために転帰判定不能の1例の合計4例を除く、90例について解析対象例として解析を行った。

解析対象例90例と、未解析対象例47例との間には、性比、発症年齢平均、初診時年齢平均、未治療期間平均において統計的な差は認められなかった。

初診時からの追跡期間は3年5カ月より、13年3カ月(平均8.4年)までであった。

解析対象例の90名は男性51名、女性39名からなり、発症年齢平均(標準偏差)は23.9歳(14.0)であった。また初診時平均年齢(標準偏差)は27.9歳(14.0歳)であった。

解析対象例90例のうち、調査時点で転帰良好と判定された者は67名(74.4%)であり、転帰不良と判定された者は23名(25.6%)であった。さらに転帰不良と判定された中で、F(その他)は10名(11.1%)であり、そのうち精神分裂病は2名(2.2%)であった。

性差については、男性の良好群の割合が、80.4%、女性では66.7%と男性に良好群の割合が多い傾向があったが、有意差は認められなかった。

遺伝負因有群と無群では、無群に良好群が多い傾向が認められたが、有意差はなかった。また遺伝負因有群において、分裂病圏群とその他、感情病圏群とその他で比較した有意差は認められなかった。ただし、感情病圏の遺伝負因の有る強迫性障害において、良好群の割合が多い傾向がみられた。

強迫性障害の遺伝負因をもつものが3例みられたが、解析対象例には含まれなかった。

病前性格について、強迫傾向有の81.4%が良好群を、無の69.4%が良好群を示した。強迫傾向有の群の方が

転帰良好な傾向が認められたが、有意差は認められなかった。また強迫傾向無の群の性格特徴としては、内気、内向的、引っ込み思案など分裂気質を示唆すると思われるものも多く見出された。

教育歴では、教育歴12年以下と12年超の群を比較すると、有意差が認められた。つまり、12超の教育年数のあるものは、転帰が不良であった。しかし、6年以下と6年超の群の間には有意差は認められなかった。

同胞順位については、1人子は4名(100%)が良好群、兄弟あり第1子は41名(65.9%)、兄弟の末子は24名(75.0%)、その他は19名(89.5%)がそれぞれ良好群であった。つまり、1人子、その他で転帰が良好な傾向が認められた。しかし、いずれも有意差は認められなかった。(表1)

婚姻関係については、男性は20名が結婚しており、未婚が31名、女性は18名が結婚しており、19名が未婚であった。その他には離婚が2名(ともに女性)であった。統計学的に、全体、男、女別にそれぞれ検討を行ったが、転帰について有意差は認められなかった。

発症契機については、発症契機が認められた群は、有意に転帰が良好であった。しかし、発症契機の内容での比較では有意差はなかった。また性別では、男性に発症契機の内容として「職場の問題」「勉強・受験」が多い傾向が認められ、女性では「家庭の問題」「その他の身体異常」が多い傾向が認められた。しかし、転帰については有意差はなかった。

強迫症状については、全体では、強迫観念が主症状の症例は80.0%が良好な転帰をとり、強迫行為が主症状の症例は71.1%が良好な転帰をとった。しかし、有意差は認められなかった。個々の症状では、加害恐怖が90.0%、確認強迫が80.0%、洗浄強迫が69.2%と、加害恐怖が一番良好な転帰をとる傾向が認められたが、加害恐怖とその他(加害恐怖以外の合計)で検定すると有意差はなく、また、確認強迫とその他で検定しても有意差はなかった。

未治療期間については、平均4.0年であった。未治療期間が1年以内の群が、1年を超える群に比較して、有意に良好な転帰を示した。また、5年以内の群とそれを超える群とを比較すると、5年以内群が有意に良好な転帰を示した。(表2)

初診時年齢に関しては、10歳未満、50代の年齢階層で転帰良好な傾向が認められたが有意な差は認められなかった。

治療期間については、1日のみの受診者が14名(15.6

表 1 転帰良好群と転帰不良群の比較(1)

臨 床 特 徴	全 体	良好群 (%)	不良群 (%)	$\chi^2$ 検定, Fisher の直接確率法
1. 性別	男：女 51：39	41：26	10：13	n.s.
2. 遺伝要因 有 精神分裂病圏	4	2 ( 50.0)	2 ( 50.0)	n.s.
感情病圏	5	3 ( 60.0)	2 ( 40.0)	
神経症圏	2	1 ( 50.0)	1 ( 50.0)	
強迫性障害	0	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	
その他	11	7 ( 63.6)	4 ( 21.9)	
無	32	25 ( 78.1)	7 ( 21.9)	n.s.
不明	36	29 ( 80.6)	7 ( 19.4)	
3. 強迫傾向 有	43	35 ( 81.4)	8 ( 18.6)	
(病前性格) 無	36	25 ( 69.4)	11 ( 30.6)	
不明	11	7 ( 63.6)	4 ( 36.4)	
4. 教育歴 0～6 以下	7	7 (100.0)	0 ( 0.0)	 n.s. p=0.00863 (Fisher)
(年) 6～12以下	64	51 ( 79.7)	13 ( 20.3)	
12超～	18	9 ( 50.0)	9 ( 50.0)	
不明	1	0 ( 0.0)	1 (100.0)	
5. 同胞順位 一人子	4	4 (100.0)	0 ( 0.0)	n.s.
兄弟あり第一子	41	27 ( 65.9)	14 ( 34.1)	
兄弟の末子	24	18 ( 75.0)	6 ( 25.0)	
その他	19	17 ( 89.5)	2 ( 10.5)	
不明	2	1 ( 50.0)	1 ( 50.0)	

表 2 転帰良好群と転帰不良群の比較(2)

臨 床 特 徴	全 体	良好群 (%)	不良群 (%)	$\chi^2$ 検定, Fisher の直接確率法
6. 婚姻関係 結婚	男：女 20：18	16：12	4：6	n.s.
未婚	31：19	25：13	6：6	
その他	0：2	0：1	0：1	
7. 発症契機 有 家庭の問題	男：女 3：9	3：5	0：1	 $\chi^2=4.816$ p<0.05 n.s.
職場の問題	6：1	5：0	1：1	
異性の問題	1：1	1：1	0：0	
勉強・受験	4：2	4：2	0：0	
けが・外傷	0：1	0：1	0：0	
その他の身体異常	2：4	2：3	0：1	
その他	11：7	9：5	2：2	
無	24：17	17：9	7：8	
8. 強迫症状 行為 洗淨強迫	26	18 ( 69.2)	8 ( 30.8)	n.s.
確認強迫	20	16 ( 80.0)	4 ( 20.0)	
その他強迫行為	14	9 ( 64.3)	5 ( 35.7)	
観念 加害恐怖	10	9 ( 90.0)	1 ( 10.0)	
その他強迫観念	10	15 ( 75.0)	5 (25.0)	 $\chi^2=9.114$ p<0.01 $\chi^2=4.465$ p<0.05
9. 未治療期間 0～1 以内	44	39 ( 88.6)	5 ( 11.4)	
(年) 1～5 以内	22	14 ( 63.6)	8 ( 36.4)	
5 超～	24	14 ( 58.3)	10 ( 41.7)	

表 3 転帰良好群と転帰不良群の比較(3)

臨 床 特 徴		全体	良好群 (%)	不良群 (%)	$\chi^2$ 検定, Fisher の直接確率法
10. 初診時年齢	0～9	2	2 (100.0)	0 (0.0)	n.s.
	10～	31	26 (83.9)	5 (16.1)	
	20～	23	14 (60.9)	9 (39.1)	
	30～	15	9 (60.0)	6 (40.0)	
	40～	10	8 (80.0)	2 (20.0)	
	50～	6	6 (100.0)	0 (0.0)	
	60～	2	1 (50.0)	1 (50.0)	
	70～	1	1 (100.0)	0 (0.0)	
11. 治療期間	1日のみ	14	8 (57.1)	6 (42.9)	n.s.
	2～28日	12	8 (66.7)	4 (33.3)	
	29日～1年	24	21 (87.5)	3 (12.5)	
	1年超	40	30 (75.0)	10 (25.0)	
12. 入院歴	有	10	6 (60.0)	4 (40.0)	n.s.
	無	80	61 (76.3)	19 (23.7)	
13. 経過年数 (年)	～4年未満	10	7 (70.0)	3 (30.0)	n.s.
	4年以上～5年未満	6	5 (83.3)	1 (16.7)	
	5年以上～6年未満	7	6 (85.7)	1 (14.3)	
	6年以上～7年未満	10	9 (90.0)	1 (10.0)	
	7年以上～8年未満	5	3 (60.0)	2 (40.0)	
	8年以上～9年未満	7	4 (57.1)	3 (42.9)	
	9年以上～10年未満	12	9 (75.0)	3 (25.0)	
	10年以上～11年未満	9	6 (66.7)	3 (33.3)	
	11年以上～12年未満	11	9 (81.8)	2 (18.2)	
	12年以上～13年未満	9	7 (77.8)	2 (22.2)	
	13年超	4	2 (50.0)	2 (50.0)	

%), 2日～28日以内が12名(13.3%)であり, 合計26名(28.9%)の症例が28日(約1カ月)以内で治療を中断または終了していた。転帰については, 29日以上, 1年以内の群が良好な転帰を示す傾向が認められ, また, 1回のみの受診者に転帰不良の傾向が認められたが, 有意差はなかった。

入院歴をみると, 10名に入院歴があり, 最高は3回であった。入院有群と無群を比較すると, 良好群がそれぞれ60.0%, 76.3%で入院無群の方に転帰が良好な傾向が認められたが, 有意差はなかった。

経過年数については, 4年未満から13年以上までの各年数に区分して転帰の差を調査したが, 有意差は認められなかった。〈表3〉

#### IV. 考 察

1) 性差…Lo (1967)<sup>11)</sup> は, 性別と転帰は有意差が

ないと述べ, また Ingram (1961)<sup>7)</sup> も, 性別と転帰は無関係であるという。本研究でも, 男性の80.4%, 女性の66.7%と, 男性で良好群の割合が多かったが, 統計的な有意差は認められなかった。

2) 遺伝負因…遺伝負因と転帰は関連性がないという研究が多い。Lo (1967)<sup>11)</sup> は, 家族歴に強迫傾向があるかどうかで転帰に有意差はないとしている。さらに藤田ら(1988)<sup>3)</sup> も, 家族につきすべての精神疾患の遺伝負因の有無で比較し, 発端者の強迫症状の転帰に有意差はないとしている。本研究でも, 精神分裂病圏などそれぞれの疾患群に分け, また精神疾患全体の有無で検討したが, 有意差はみられなかった。ただし, 感情病圏の遺伝負因の有る強迫性障害において, 良好群の割合が多い傾向がみられた。

3) 病前性格…病前性格と転帰の関係については3つの立場がある。第一は強迫性格と転帰とに関連性がない

という立場である。Ingram (1961)<sup>7)</sup> は、強迫性格と転帰には有意差はないとしている。また藤田ら (1988)<sup>3)</sup> も、性格特徴において、頑固、潔癖などが比較的優勢のものを強迫性格とし、その有無と転帰との間で統計的な差はみられなかったという。吉田 (1986)<sup>24)</sup> も、病前性格のみから経過を予測できるとは考えられないと述べている。第2は強迫性格が転帰を不良にしているという立場である。Kringlen (1965)<sup>10)</sup> は、強迫性格がみられると転帰はよくないとしている。Goodwin (1969)<sup>4)</sup> は、13の研究を総括し、良好な転帰を示す因子の1つに、異常な性格傾向がないなどの健康な病前性格をあげている。それに加えて Müller (1953)<sup>13)</sup> は、正常な病前性格は転帰に良好な影響を与えると述べている。第3は Lo (1967)<sup>11)</sup> が指摘するように、強迫性格が転帰を良好にするという立場である。強迫性格が転帰を不良にしている第2の立場が一般的に支持されているが、過去の研究では大きく3つの見解があり、一定の結論は得られていない。本研究では、有意差は認められなかったが、強迫傾向(性格)有群の方に転帰良好な傾向が認められた。

ところで飯田 (1989)<sup>6)</sup> は、笠原 (1976)<sup>8)</sup> がメランコリー型性格およびこれと類似の性格類型を、強迫性に焦点を当てて強迫性スペクトルとして整理したものを基に、これを制縛性格、執着性格ないしメランコリー型性格などの4型に単純化、類型化し、強迫性障害の病前性格とした。本研究では、性格特徴として、几帳面、責任感が強い、融通性に乏しいといった特徴が比較的優勢であるものを強迫傾向有としたが、診療録をもとにしたため記載が不十分のものもあり、強迫傾向の中に飯田 (1989)<sup>6)</sup> が述べている4つの類型が混在している可能性がある。また佐藤ら (1990)<sup>19)</sup> は、強迫性格を病前性格にもつ例が慢性で治りにくいことに比して、メランコリー型性格を病前性格とした強迫性障害は、抗うつ剤が有効であり比較的急性の発症で治りやすいとし、転帰が良好となると述べている。本研究では、強迫傾向の中に制縛(強迫)性格、メランコリー型性格などが含まれている可能性があるが、強迫傾向(性格)有群の方に転帰良好な傾向が認められるという結果から、強迫傾向の中に転帰が不良と考えられている制縛(強迫)性格が総体的に少ない可能性もあろう。また、病前性格に関しては、研究により病前性格としての強迫性格の定義には若干の違いがあり、強迫性格の転帰に及ぼす影響についても対立する結論となっているものがある。今後さらに病前性格と転帰の関連について検討する必要がある。

4) 教育歴…Lo (1967)<sup>11)</sup> は、知能と転帰は有意差

がないと述べ、また Ingram (1961)<sup>7)</sup> も、知能と転帰は無関係であると述べている。本研究においては、教育歴について初診時のものをもとにしたが、調査時点さらに教育程度の進んだものもある。また時代により学歴についての考え方も変化し、高齢者と若年者の教育歴を単純に比較することはできない。しかし今回は、初診時の教育年数と転帰との関係を調査した。それによると、教育年数が12年以下の群と、12年超の群の間に有意差が認められた。つまり、12年超の教育年数のあるものは転帰が不良であった。

ところで、強迫性障害者の知的側面については Ingram (1961)<sup>7)</sup>、Coryell (1981)<sup>2)</sup> は心理検査などから強迫性障害者は他の神経症より高い知能を有していると指摘している。また、飯田 (1989)<sup>5)6)</sup> は双生児症例の分析から強迫性障害の構造の1つとして知的に分化し、人格の上位にあって抑制的に働く自我機能をあげ、知的な発達を必要条件としている。このように強迫性障害者には知的な発達が特徴の1つとしてあげられるようである。本研究では知的発達の1つの指標として教育歴について調査し知的に高いほど、転帰を不良にしているとの結果が得られた。その理由として例えば、受験勉強を経験する過程で、その勤勉さを強いる環境故に、強迫性格の特徴の几帳面、融通性に乏しい等の側面をますます助長される可能性は考えられる。また、強迫症状の出現には不合理の自覚を伴うことが多く、長い教育歴の患者ほどより強く症状の不合理性を自覚して、自信を失い、将来への不安をつのらせ症状をさらに悪化させるとも考えられよう。転帰不良との関連については今後さらに研究をすすめたい。

5) 同胞順位…強迫性障害の臨床特徴の1つとして、同胞順位が問題となることが多い。強迫性障害の同胞順位については、Coryell (1981)<sup>2)</sup>、成田ら (1977)<sup>16)</sup> の研究があるが、若干の違いはあるものの結論において第1子に多いことは共通している。本研究でも、同胞順位として第1子に多い傾向が認められた。同胞順位と転帰については、知り得る範囲では研究されたものがない。本研究では、第1子の転帰が良くない傾向が認められたが、有意差は認められなかった。

6) 婚姻関係…Ingram (1961)<sup>7)</sup> は、婚姻関係と転帰は無関係であると述べている。本研究においても同様の所見が得られた。

また成田 (1977)<sup>11)</sup> は、女性では発症契機として婚姻関係を重視しているが、転帰との関係までには言及していない。婚姻関係と発症契機については次の項目で述

べることとする。

7) 発症契機…発症契機と転帰との関係については2つの立場が存在する。Lo (1967)<sup>11)</sup> は、発症契機のあったものほど有意に転帰は良いと述べている。一方 Ingram (1961)<sup>7)</sup> は、明確な発症契機は転帰に関係しないと述べ、Kringlen (1965)<sup>10)</sup> も同様の指摘をしている。本研究においては、発症契機の有群は無群に比較して、有意に転帰が良好であった。発症契機が存在することで患者自身がこれを自覚し、また治療者も治療方針をたてやすいため、治療がより良好になると考えられよう。またその内容については、「異性の問題」「勉強・受験」「けが・外傷」により発症した症例がすべて良好な転帰を示したが、有意差を認めた内容はなかった。

また、性別により発症契機に差があるかどうかについて、成田 (1977)<sup>16)</sup> は、男性では学業成績などの競争に関連して発症するのに対し、女性では異性関係、婚約、結婚などが大きな意味を持つと述べている。本研究においては、男性に、「職場の問題」「勉強・受験」が多い傾向が認められ、女性では、「家庭の問題」「その他の身体異常」が多い傾向があり、成田 (1977)<sup>16)</sup> の指摘にやや近い結果が認められた。しかし有意差が認められるものはなかった。

8) 強迫症状…藤田ら (1988)<sup>3)</sup> は、強迫観念のみの群と強迫行為を伴う群との間で転帰の差はないとしている。また吉田 (1986)<sup>24)</sup> も、症状の内容と寛解率との間に相関はないとしている。さらに Kringlen (1965)<sup>10)</sup> も、症状の内容は転帰に関係しないと述べている。また Ingram (1961)<sup>7)</sup> は、強迫症状以外の他の症状がみられた強迫性障害についても検討している。それによると、現在の診断基準との違いはあるが恐怖症状、うつ症状を伴った強迫性障害の転帰が良好であった。

本研究では、強迫症状の種類と転帰の関係について検討した。それによると、有意差はみられなかったが、うつ症状を伴うことの多い加害恐怖が主症状の症例の転帰が良好である傾向がみられた。

9) 未治療期間…強迫性障害者の未治療期間はかなり長いと一般に考えられている。Lo (1967)<sup>11)</sup> は未治療期間と転帰について有意差はないとしている。一方 Pollitt (1957)<sup>17)</sup> は、未治療期間が短いと転帰が良好であるとしている。同様に Ingram (1961)<sup>7)</sup> も、入院した患者を対象とした研究で、入院までの期間が短いと有意に転帰が良好であるという。Goodwin (1969)<sup>4)</sup> も同様に、転帰が良好の決定因として、未治療期間が短いことをあげている。

本研究の場合、発症後1年以内に受診した群が1年を超えた群より有意に転帰が良好であった。また5年以内の群とそれを超える群と比較すると、5年以内の群では有意に良好な転帰を示していた。このことは、強迫性障害の転帰において発症初期の治療が有効である可能性を示唆しているともいえよう。また、治療意欲があり治療に反応しやすく、転帰が良好となる症例が早期に受診する傾向があるとも考えられよう。

10) 初診時年齢…発症年齢と転帰について検討した研究は多いが、初診時年齢と転帰について検討した研究はあまりないようである。しかし発症年齢に比較して初診時年齢は正確な年齢を把握しやすい。また強迫性障害の場合には、未治療期間がかなり長期間であるとされる。そのために、発症年齢と初診時年齢に10年以上の違いが認められる症例も存在する。以上より初診時年齢について検討することは意味があると考え検討した。

ところで、若林ら (1987)<sup>22)</sup> はこどもの強迫性障害の転帰について、一概に転帰は楽観的とはいえない難い側面はあるものの、転帰は良好といえそうな印象をもっていると述べている。また、松本ら (1985)<sup>12)</sup> は、9歳から18歳までに初発した22例の強迫性障害についてその臨床的な特徴から発症年齢により13歳以前発症を年少型、14歳以降を年長型として分け、年長型に比較して年少型は治癒しやすいと述べている。つまり、本研究と区分した年齢に違いはあるがより若年者の症例の転帰が良好ということになる。また、佐藤ら (1990)<sup>19)</sup> は、メラニコリー型性格を病前性格にもち、48歳で発症し、54歳で初診した中年期初発の症例を、定型的強迫性障害の症例と比較しながら呈示し、その特徴として比較的治癒しやすい点を指摘している。このように幼児・学童期・中年期初発の症例は他の年齢で初発した症例に比較して治癒しやすい、つまり、転帰が良好とも言えよう。本研究では、どの年代で区切っても有意差は認められなかったが、10歳未満、50代の年齢階層で転帰良好な傾向が認められ、上記の研究を支持する結果であった。

11) 治療期間…新潟大学精神科では、治療方法については各治療者によって種々の方法が行われ、また診断的面接と治療的面接を明確に区別することも難しい。治療についてふれると、薬物療法としては bromazepam, clomipramine などが主に投与されていたが、薬物療法単独で行われた例はなく、精神療法が併用されていた。精神療法としては、外来では支持的精神療法、入院では洞察精神療法が主に行われており、集団精神療法、電気痙攣療法、森田療法を行った症例はなかった。また行動

療法も行われてはいたが、単独でなされることはなかった。当院で行われている強迫性障害の治療方法は、一般的な治療機関で行われている標準的なものといえ、中でも重症の症例においては、改善がみられない場合1症例に対して種々の治療が行われることもある。そのために、レトロスペクティブに治療方法と転帰の関連性を研究するには難しい面がある。従って本研究では、治療方法により治療期間も変化するとは考えられるが、1つの指針として治療期間と転帰の関係について検討した。治療期間については、ほぼ診断的面接が終了すると考えられる28日以内（面接の回数としては1～4回）に26名（28.9%）の症例が治療を中断あるいは終了していた。

ある程度継続的な治療を受けたと考えられる、29日以上～1年以内の症例の転帰に良好な傾向が認められたが、有意差はなかった。

特に、強迫性障害の症例研究において言えることだが、強迫性障害の転帰の研究においても、ある程度治療が継続した症例にしばったものも多い。しかし、このように28日間という短期間に治療を中断、終了した症例も約3割あり、短期治療群の検討はなお不十分と思われる。

ところで ECAProject<sup>(15)(18)</sup> においては、強迫性障害の有病率が1～3%と報告され、病院統計などから予想されたものよりはるかに多くの強迫性障害が一般人口中に存在すると考えられる。つまり、病院統計に含まれない、治療を受けていない強迫性障害者も多く存在することになる。本研究では約3割が短期間に治療を中断、終了しているが、このように治療になじみにくい症例を検討することは、治療を受けない強迫性障害者の臨床特徴を検討する上で参考になるものと思われる。今後は、長期間治療を継続した症例を検討する以外に、短期間に脱落した症例の検討も重要であろう。

また、治療になじみにくい症例を検討するために、さらに未治療期間と治療期間の関連性についても検討した。つまり未治療期間の長い症例は、治療を受けてもすぐに中断してしまうかどうかには視点を置いた。結果は〈表4〉のようになり、未治療期間が1年以内の群が、長期間治療を継続する傾向が認められた。さらに未治療期間と治療期間の関連性についても検討した。つまり、それぞれの項目を境に統計学的検討を行ったが、治療期間を1日のみ（治療回数1回）の群と2日以上以上の群に分けると、未治療期間1年以内の群は1年超の群より  $p < 0.10$  の水準で、治療期間2日以上以上の群の割合が有意に多かった。従って未治療期間の短い1年以内の群は治療期間として2日以上以上の群の割合が有意に多く、より治療が継続していた。同様に、治療期間を28日（4週）以内の群と29日以上以上の群に分けると、未治療期間1年以内の群は1年超の群より  $p < 0.10$  の水準で治療期間29日以上以上の群が有意に多かった。従って未治療期間の短い1年以内の群は、治療期間として29日以上以上の割合が有意に多く、より治療が継続していた。つまり、未治療期間が短い症例ほど治療がより継続しており、未治療期間が長い症例ほど治療が継続しない傾向が認められた。

12) 入院歴…Black (1974)<sup>(1)</sup> は1970年までの16の研究を総括し、その対象により、外来患者が中心のもの、外来・入院患者の混合したもの、入院患者中心のものに分けた。そしてそれぞれ、改善が60%、57%、46%とし、入院患者を対象としたものが転帰において不良であると述べている。その理由として、重症の症例が入院患者に多いためであり、最初の重症度が転帰を決定するとしている。また Lo (1967)<sup>(11)</sup> は、Ingram (1961)<sup>(7)</sup> と Kringle (1965)<sup>(10)</sup> の研究の転帰が不良なのは、症例が入院患者に片寄っているためであると指摘している。こ

表4 未治療期間と治療期間

治療期間 未治療期間(年)	1日のみ	2～28日以内	29日～1年以内	1年超	計(%)
0～1以内	4 (9.1)	5 (11.4)	13 (29.5)	22 (50.0)	44 (100.0)
1超～5以内	5 (22.7)	5 (22.7)	3 (13.6)	9 (40.9)	22 (100.0)
5超	5 (20.8)	2 (8.3)	8 (33.3)	9 (37.5)	24 (100.0)
計	14	12	24	40	90

未治療期間を1年以内の群と1年超の群とに分け比較  $\chi^2 = 2.739$   $p < 0.10$   
(治療期間は1日と2日以上以上の群に分ける)

未治療期間を1年以上の群と1年超の群とに分け比較  $\chi^2 = 2.981$   $p < 0.10$   
(治療期間は28日以内と29日以上以上の群に分ける)

その他の比較ではいずれも n.s.



のように、入院歴は重症度を示す1つの尺度となる。

ところで藤田ら(1988)<sup>3)</sup>は、入院歴ではなく初診時の重症度を、症状により就労などを停止せざるを得ないかどうかで2群に分けた。それによると、初診時重度の群の方が有意に転帰が不良であった。

本研究においても、重症度と転帰の関係を調査する目的で入院歴と転帰との関係について検討した。それによれば、入院歴のある群はない群に比較して良好群が少ない傾向がみられ、上記の所見を支持するものであったが、有意差はなかった。

13) 経過年数…Lo(1967)<sup>11)</sup>は、4年を境に比較すると、有意に4年以上経過した群が改善していると述べている。また藤田ら(1988)<sup>3)</sup>は、5年を境にして比較すると有意な差がみられたとしている。さらに吉田(1986)<sup>24)</sup>は、男性は発病後10年前後、女性はその半数が10年以上経て寛解していると述べている。以上は、経過年数に伴って転帰に改善を認めている。

しかしIngram(1961)<sup>7)</sup>は、経過年数を5年を境に比較したが、有意差はないとしている。

本研究では、経過年数ごとに比較したが、有意差は認められず、転帰は経過年数により差がなかった。

以上13項目の臨床的特徴の中で、有意差が認められたのは、教育歴、発症契機の有無、未治療期間の3項目であり、低学歴ほど、発症契機が存在するものほど、また未治療期間が短いものほど転帰が良好に作用することが認められた。従ってこれらの3つの臨床特徴は転帰を予測する上で有用である可能性が示唆された。

これらの3つの臨床特徴に加えて、有意差は認められなかったが、転帰が良好の傾向が認められた8項目の臨床特徴は、性別としては男性、遺伝負因無、感情障害の遺伝負因のあるもの、病前性格としては強迫傾向有、同胞順位については1人子、症状としては加害恐怖が主症状のもの、初診時年齢については10歳未満から50代の年齢階層、治療期間としては29日以上1年以内の比較的短期間の治療を受けた症例、入院歴無の各臨床的特徴であった。

また、転帰が不良の傾向が認められた臨床特徴は、性別として女性、遺伝負因有、病前性格としては強迫傾向無、同胞順位については、第1子、症状としては洗浄強迫、初診時年齢としては20代と30代、治療期間としては1日のみ(治療回数1回)、入院歴の各臨床的特徴であった。

#### Ⅳ. お わ り に

以上を要約すると次のとおりである。

1. 1980年より1989年の10年間に新大精神科を初診し、ICD-10で強迫性障害と診断された137名を調査し、90名(男性51名、女性39名)について解析を行った。追跡期間の平均は8.4年であった。

2. 解析対象例90例の性別、遺伝負因、病前性格、教育歴、同胞順位、婚姻関係、発症契機、強迫症状、未治療期間、初診時年齢、治療期間、入院歴、経過年数の13項目の臨床的特徴と転帰との関係を分析し、それらの関連性について検討した。

3. 転帰の規準としては、症状の重症度と社会適応の両面を組み合わせA～Fの6段階にわけ、A、B、を良好群、C、D、E、F、を不良群とした。

4. 13項目の臨床的特徴の中で、有意差が認められたのは、教育歴、発症契機の有無、未治療期間の3項目であった。

また、有意差はみられなかったが、性差については男性に良好群の割合が多い傾向があった。遺伝負因に関しては無群に良好群が多い傾向がみられ、病前性格に関しては強迫傾向有の群の方が転帰良好な傾向が認められた。同胞順位に関しては、強迫性障害が多いとされる第1子の転帰に不良の傾向がみられた。婚姻関係については、婚姻関係と転帰は無関係であるという結果であった。強迫症状に関しては、加害恐怖が主症状の症例の転帰が良好である傾向がみられた。初診時年齢に関しては、10歳未満か50代の年齢階層で転帰良好な傾向が認められた。治療期間については、29日以上、1年以内の群が良好な転帰を示す傾向が認められた。入院歴に関しては、入院歴無群の転帰が良好な傾向がみられた。経過年数については、経過年数ごとに比較したが、転帰は経過年数と関係がみられなかった。

5. 有意差のみられた3項目のうち教育歴に関しては、長い教育歴群が転帰不良と関連していたが、強迫症状の出現には知的な発達が必要条件であり、長期の教育歴が強迫性格の特徴を強め、強迫症状の出現と関連している可能性がある。発症契機については、発症契機の有群の方が転帰が良好であった。その内容は性別によって違いがあり、男性に「職場の問題」「勉強・受験」が多い傾向が認められ、女性では「家庭の問題」「その他の身体異常」が多い傾向があった。未治療期間については、短期未治療期間群の転帰が良好であったが、発症初期治療の有効性や、治療意欲があり治療に反応しやすい症例の

早期受診可能性などが考えられる。これら3項目が転帰予測因子として有用である。

6. 未治療期間と治療期間の関連性をみると、未治療期間が短い症例ほど治療がより継続しており、未治療期間が長い症例ほど治療が継続しない傾向が認められた。

7. 有意差がみられた教育歴、発症契機の有無、未治療期間の3項目に、転帰良好、転帰不良の傾向と関連のある7項目の臨床特徴を加え、強迫性障害の転帰良好群、転帰不良群の臨床像を示した。

転帰良好群の臨床像としては、短い教育歴、発症契機有、短期の未治療期間、精神障害の遺伝負因無、感情障害の遺伝負因、病前性格の強迫傾向、加害恐怖が主症状、10歳未満か50代の初診時年齢、比較的短期間の治療期間、入院歴無であった。

また、転帰不良群の臨床像については、長い教育歴、発症契機無、長期の未治療期間、精神障害の遺伝負因有、病前性格の強迫傾向無、第1子、洗浄強迫が主症状、20代と30代の初診時年齢、治療中断、入院歴であった。

稿を終えるにあたり、ご指導、ご校閲いただいた新潟大学医学部精神医学教室飯田 眞教授に深く感謝いたします。また、統計学的解析にご助言いただいた同教室佐藤新助教授、田中敏恒助手に御礼申し上げます。

## 参 考 文 献

- 1) Black, A.: The natural history of obsessional neurosis, Beech, H.R.: Obsessional States, Methuen Co., London, 19~54, 1974.
- 2) Coryell, W.: Obsessive compulsive disorder and primary unipolar depression, J. Nerv. Ment. Dis., 164: 220~224, 1981.
- 3) 藤田長太郎, 清原正章, 道塩和久, 道辻俊一郎, 中根允文: 強迫症状を呈した疾患の予後, 精神科治療学, 3: 687~695, 1988.
- 4) Goodwin, D.W., Guze, S.B. and Robins, E.: Follow-up studies in obsessional neurosis, Arch. Gen. Psychiat., 20: 182~187, 1969.
- 5) 飯田 眞: 双生児法による神経症の研究, 精神雑誌, 63: 861~892, 1961.
- 6) 飯田 眞: 強迫性と家族, 家族療法研究, 6: 99~102, 1989.
- 7) Ingram, I.M.: Obsessional illness in mental hospital patients, J. Ment. Sci., 107: 382~402, 1961.
- 8) 笠原 嘉: うつ病の病前性格について, 笠原嘉編: 躁うつ病の精神病理 1, 弘文堂, 東京, 1~46, 1976.
- 9) 加藤佳彦, 飯田 眞: 強迫性障害の疫学と臨床遺伝学 (1) 疫学と臨床特徴, 日本生物学的精神医学会, 中澤恒夫, 中嶋照夫編: 強迫性障害, 学会出版センター, 東京, 53~70, 1994.
- 10) Kringlen, E.: Obsessional neurotics, Brit. J. Psychiat., 111: 709~722, 1965.
- 11) Lo, W.H.: A follow-up study of obsessional neurotics in Hong Kong Chinese, Brit. J. Psychiat., 113: 823~832, 1967.
- 12) 松本雅彦, 石坂好樹, 田村芳記, 南 陽子: 青年期強迫神経症の臨床, 精神医学, 27: 1113~1122, 1985.
- 13) Müller, C.: Vorläufige Mitteilung zur langen Katamnese der Zwangskranken, Nervenarzt., 24: 112~115, 1953.
- 14) Meyer, J.E.: Observations on the outcome of obsessional neuroses, 1984 (大橋秀夫, 宇野昌人訳: 強迫神経症の転帰に関する考察, 臨床精神医学, 15: 1399~1402, 1986).
- 15) Myers, J.K. and Weissman, M.M., Tischler, G.L., Holzer, C.E., Leaf, P.J., Orvaschel, H., Anthoy, J.C., Boyd, J.H., Burke, J.D., Kramer, M. and Stoltzman, R.: Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities, Arch. Gen. Psychiat., 41: 959~967, 1984.
- 16) 成田善弘: 強迫症の臨床的研究, 精神医学, 19: 689~699, 1977.
- 17) Pollitt, J.: Natural history of obsessional states, Br. Med. J., 26: 194~198, 1957.
- 18) Robins, L.N., Helzer, J.E., Weissman, M.M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J.D. and Regier, D.A.: Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites, Arch. Gen. Psychiat., 41: 949~958, 1984.
- 19) 佐藤哲哉, 田辺洋之, 幸村尚史: 強迫神経症, 飯田 眞編: 中年期の精神医学, 弘文堂, 東京, 195~229, 1990.
- 20) 杉村 稔, 生村吾郎, 岩井圭司, 岩本昌和, 安 克昌, 宮崎隆吉, 山口直彦, 中井久夫: 強迫神経症の一症例, 精神科治療学, 5: 1056~1065, 1990.
- 21) 鈴木節子, 北村栄一: 特異な臨床像を呈した強迫神経症の一例, 大警病医誌, 12: 87~99, 1988.

- 22) 若林慎一郎, 本城秀次, 武井陽一: こどもの強迫神経症, 臨床精神医学, 16: 675~679, 1987.
- 23) **World Health Organization:** The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines, WHO, 1992. (融 道男, 中根允文, 小見山実監  
訳: ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—, 医学書院, 東京, 1993)
- 24) 吉田 護: 難治性強迫症の予後に関する臨床的研究, 臨床精神病理, 7: 385~398, 1986.  
(平成8年7月17日受付)
-