

## 強迫傾向尺度構成の試み

井出正明\*・細羽竜也\*・西村良二\*\*・生和秀敏\*\*\*

\*広島大学大学院生物圏科学研究科

\*\*広島大学医学部保健学科身体・精神神経障害作業療法学講座

\*\*\*広島大学総合科学部人間行動研究講座

### An attempt to construct the obsessive-compulsive tendencies scale.

Masaaki IDE\*, Tatsuya HOSOBATA\*, Ryouji NISHIMURA\*\* and Hidetoshi SEIWA\*\*\*

\**Graduate School of Biosphere Science, Hiroshima University,  
Higashi-Hiroshima 739, Japan*

\*\**Institute of Health Sciences, School of Medicine, Hiroshima University,  
Naka-ku, Hiroshima, 730, Japan*

\*\*\**Department of Behavioral Sciences, Faculty of Integrated Arts and Sciences,  
Hiroshima University, Higashi-Hiroshima 739, Japan*

**Abstract** : Obsessive-compulsive (OC) symptoms have been increasing among nonclinical populations. We constructed the scale of OC tendencies to measure the OC symptoms observed in nonclinicals.

The Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOCI), the Padua Inventory (PI) and the Indecisiveness scale were administered to Japanese nonclinical students.

Factor analysis followed by promax rotation extracted four factors; intrusion, checking, indecisiveness and cleaning, respectively. Inter-factor correlations showed that checking factor correlated with cognitive factors (intrusion and indecisiveness) stronger than cleaning factor did.

The 24-items short version of the OC tendencies scale had good reliability (Cronbach's  $\alpha$  : .72 - .86; test-retest:  $r = .74 - .82$ ) and good criterion-related validity (with MMPI OC state:  $r = .21 - .52$ ).

The OC tendencies scale was administered to OC disorder patients. OC disorder patients' scores of this scale was higher than those of nonclinicals.

These results indicated the OC tendencies scale had the clinical validity.

**Key words** : Obsessive-compulsive tendencies scale, Obsessive-compulsive symptoms, Nonclinical populations

## 序 論

慎重に物事を行なおうとするとき、何回も確認をしたり、手や身体を不潔に感じて洗ったりすることは、我々がごく普通に行なっている行為である。しかし、確認行為や洗浄行為があまりにも過剰に繰り返されると、日常生活に支障をきたすようになる。過剰な確認や洗浄は強迫行為 (compulsion) と呼ばれ、強迫神経症 (obsessive-compulsive disorder: OCD) の症状としても知られている。OCD の症状には、強迫行為の他に、不快な思考が頭に浮かんで止められない強迫観念 (obsession) という症状がある。強迫観念も、OCD 患者に特有のものではなく、健常者に認められることが明らかになっている (Rachman & de Silva, 1978; Salkovskis & Harrison, 1984)。強迫行為や強迫観念は、総称して強迫症状と呼ばれており、強迫症状は認知的症状と行動的 symptom とに大別することができる。

健常者に認められる強迫症状は、一般に OCD 患者のそれと比べて頻度、強度ともに軽微である。しかし、Salzman (1973) は、健常者の強迫症状は、生活における順応と適応がうまくいかなると増大し、OCD の状態に至ると述べている。OCD の発症契機を調査した研究によれば、仕事上の挫折、過労、性・結婚上の問題、学業・進学などの生活ストレスによって、OCD を発症することが多いと言われている (Black, 1974; 成田, 1977)。

健常者に認められる強迫症状は、因子論的構造においても OCD 患者の強迫症状と類似していることが、以下の研究から確かめられている。健常者の強迫症状について、モーズレイ強迫症状調査票 (MOCI; Hodgson & Rachman, 1977) を用いた検討で、Sanavio & Vidotto (1985) は、①確認強迫 (checking)、②強迫疑惑・強迫的反芻 (doubting and ruminating)、③洗浄強迫 (cleaning) の 3 主成分を抽出した。強迫疑惑は、何事にも強い疑いを持ってしまう症状を表し、強迫的反芻は、不快な思考が頭の中で繰り返される症状を表している。Chan (1990) は、①完全癖・確認強迫、②汚染への恐れ (洗浄強迫)、③強迫疑惑・強迫的反芻の 3 因子を抽出している。健常者の強迫症状には、行動的 symptom として確認に関する因子と洗浄に関する因子、認知的 symptom として疑惑・反芻に関する因子が同定されていると言える。

OCD 患者の強迫症状の構造については、Hodgson & Rachman (1977) が、①確認強迫 (checking)、②洗浄強迫 (cleaning)、③強迫性緩慢 (slowness)、④強迫疑惑 (doubting) の 4 主成分を抽出している。③は、「一次性強迫性緩慢 (primary obsessional slowness)」という、ひとつの作業を終えるのに非常に長い時間がかかる症状を表しており、OCD が重くなったときの症状であると言われている (Veale, 1993)。OCD 患者において、重症の行動的 symptom を表す 1 因子が独自に抽出されているものの、他の行動的 symptom についての 2 因子 (確認強迫、洗浄強迫)、認知的 symptom についての 1 因子 (強迫疑惑) は、健常者と同様のものが抽出されている。このことから、健常者と OCD 患者の強迫症状には、ある程度の構造的な一貫性があり、類似した症状であると言えるであろう。

しかし、Sanavio (1988) は MOCI について、項目の内容が行動的 symptom に偏っており、認知的 symptom を測定する項目が少ないという問題点があることを指摘している。実際に、MOCI を用いた検討においては、認知的 symptom に関する因子に比べ行動的 symptom に関する因子が多く認められている。Salkovskis (1985, 1989) は、強迫観念のような認知的 symptom は、行動的 symptom を解発する刺激となっており、両症状には強い関連があると述べている。このことから、行動的 symptom に偏っていると言われている MOCI を用いた検討では、強迫症状の全体像をとらえきれない可能性が考えられる。

Sanavio (1988) は、強迫症状の測定に際し、認知的 symptom を測定する項目を多く用いて、パドバ

調査票 (PI) を作成した。PI を健常者に実施した検討によれば、①精神活動の阻害、②汚染感、③確認行動、④衝動感・行動制御を失うことへの憂慮の 4 因子が抽出されている (Sanavio, 1988; Sternberger & Burns, 1990; Oppen, 1991)。行動的的症状については従来と同様の 2 因子 (確認行動、汚染感) が同定され、認知的の症状の 2 因子は、従来の疑惑・反芻に相当する「精神活動の阻害」と、新たに、衝動感に悩まされ、自分の行動が制御できないと感じる症状を表す「衝動感 ... 憂慮」が同定されている。このことから、PI は認知的の症状をより広くとらえた質問紙であるとされている。

Frost & Shows (1993) は、他の認知的の症状として、不決断 (indecisiveness) を指摘している。不決断は、物事を決定することが困難である状態をいう。健常者において、不決断尺度 (Frost & Shows, 1993) を用いた検討では、確認および疑惑の症状と、不決断とが関連していることが明らかになっている。OCD 患者については、Reed (1977) が不決断を OCD の中心的症状とみなしているほか、臨床的・実験的にも OCD 患者に認められる認知的の症状であることが確かめられている (Beech & Liddell, 1978; Ferrari & McCown, 1994)。

Fig. 1 に、強迫症状について以上に述べた知見を、まとめて図示している。

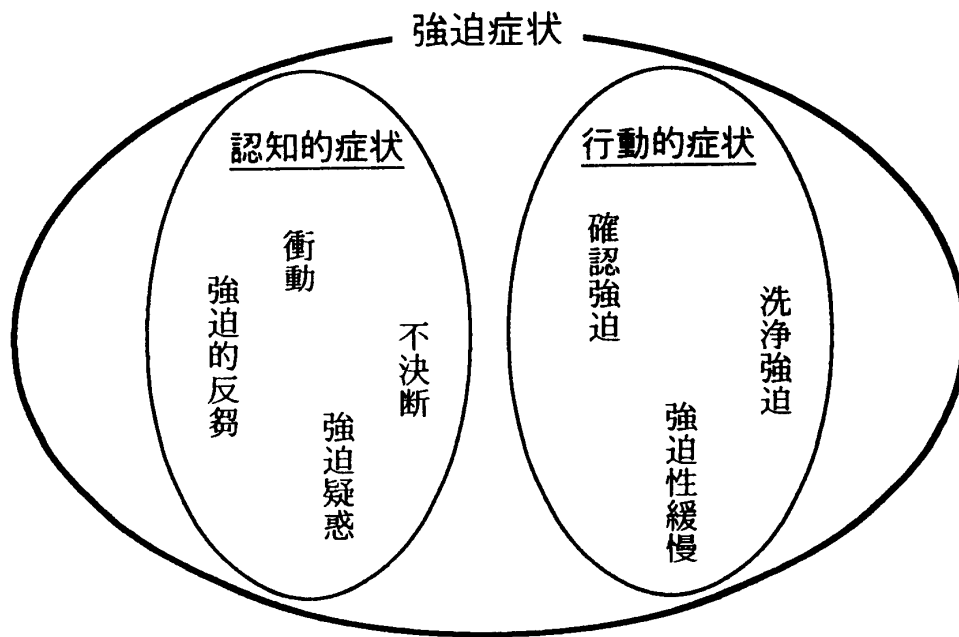


Fig. 1 強迫症状の構成概念

健常者の強迫症状を、強迫傾向と見なし、検討を行なった研究がいくつか報告されている (Sher, Frost & Otto, 1983; Sher, Mann & Frost, 1984; Rubenstein, Peynircioglu, Chambless & Pigott, 1993)。これらの研究では、MOCI を用いて強迫傾向が測定されている。しかし、強迫傾向を検討する際には、認知的の症状と行動的の症状の両方を幅広く測定できる尺度を用いなければ、不十分な検討となってしまふ可能性がある。我が国では、この条件を満たすように構成された尺度は少ない。

本研究では、英語版の強迫神経症質問紙をもとに、信頼性と妥当性の高い日本語版の強迫傾向尺度を作成することを目的とした。認知的の症状と行動的の症状を幅広く含めた尺度とするため、従来用いられてきた 3 つの代表的な質問紙を用いて作成することとした。

## 方 法

**【調査対象者】** 健常群として、心理学を受講する大学生、および看護学校生を調査対象とした。第1回目の調査では375名(男性200名、女性175名、平均年齢19.41(SD=0.93)歳)、1ヶ月後の再調査では434名(男性266名、女性168名、平均年齢19.59(SD=0.95)歳)であった。2回の調査に共通であった被調査者は、314名であった。臨床群として、精神科を受診しており、OCDと診断された15名(男性8名、女性7名、平均年齢37.47(SD=16.53)歳)を用いた。

**【質問紙】** 強迫傾向を測定する質問紙として、(1) Hodgson & Rachman (1977) が作成した30項目のモーズレイ強迫症状調査票(Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory: MOCI)、(2) Sanavio (1988) が作成した60項目のパドバ調査票(Padua Inventory: PI)、(3) Frost & Shows (1993) が作成した15項目の不決断尺度(Indecisiveness scale)の3つの尺度を平易な日本語に翻訳して用いた。健常群の第1回目の調査を行なう際は、これら全ての質問紙の項目を無作為に配置し、計105項目の質問紙として用いた。また、再調査においては、初回の調査をもとに構成した短縮版の強迫傾向尺度と、MMPI 強迫状態の尺度(日本MMPI研究会, 1973)を並行して用いた。臨床群の調査では、短縮版強迫傾向尺度のみを用いた。

**【調査方法】** 健常群では、講義中に集団アンケート方式で実施した。生活習慣についての調査と称し、項目の各々について、内容が自分の日頃の習慣や気持ちにどの程度当てはまるかの回答を求めた。臨床群の調査は、医師に依頼して診療時に行なった。各項目に対する回答は、「当てはまらない(1)」、「どちらかといえば当てはまらない(2)」、「どちらでもない(3)」、「どちらかといえば当てはまる(4)」、「当てはまる(5)」の5件法を用いた。

**【調査期間】** 健常群については、1993年12月13日から12月17日にかけて行なった。また、1ヶ月後の1994年1月24日から1月28日にかけて再調査を行なった。臨床群については、1994年2月から1995年3月にかけて行なった。臨床群の再調査は行っていない。

**【分析方法】** 本研究では、強迫症状はそれぞれ完全に独立ではなく、相互に関連していると考えている。そこで、Hodgson & Rachman (1977) の用いた手法に従い、全体として強迫傾向の高低を弁別できる項目を選択した後に、斜交回転を用いて因子分析を行なった。なお、反転項目については、測定内容の方向に合うようにデータを処理した。具体的には、以下の手順を用いた。

(1) 健常群の1回目の調査データを用い、調査に用いた105項目が健常者の強迫傾向を測定する項目として適当であるか検討するために、項目ごとに分布の歪みを検討した。また、強迫傾向の測定項目として識別力があるか否かをGP分析により検討した。GP分析は、調査対象者を総得点の中央値で上位群と下位群にわけ、対応のないt検定を行なった。基準となる有意水準は0.1%水準とし、基準を満たさない項目は強迫傾向の識別力が低いものと判断した。その結果、分布の歪みが大きい項目や識別力の低い項目は21項目あり、これ以降の分析から除外した。

(2) 質問紙の因子構造を検討するため、84項目について相関行列を算出し、主因子法による因子分析を行なった。固有値のスクリーテストを実施し、因子数を4因子と決定し、因子負荷行列を算出した。その後、promax法による斜交回転を行なった。斜交回転後に抽出された因子に対する各項目の負荷量を検討し、各因子に負荷する項目のうち、負荷量が.45未満の37項目を除外した。

(3) 項目内容を検討し、内容の重複と思われる項目を除外し、短縮版の尺度を確定した。信頼性の検討として、クロンバックの $\alpha$ 係数を算出し、健常群の再調査のデータをもとに、再テスト法による相関係数を算出した。また、再調査データでは基準連関妥当性の検討として、MMPI 強迫状態

の尺度との相関を算出した。

(4)健常群の再調査データと、臨床群の調査データについて、対応のない t 検定を行ない、両群の比較を行なった。分散の等質性が認められない場合は、ウェルチ法により近似 t 検定を行なった。

## 結 果

### 1. 強迫傾向尺度の因子構造の検討

強迫傾向尺度の因子構造を明らかにするために、84 項目を用いて主因子法による因子分析を行なった。事前共通性の推定値として重相関係数の 2 乗を用いた。スクリーテストを行なったところ、第 4 因子から第 5 因子の固有値の低下が比較的大きかったので、抽出する因子を 4 因子とした。次に、4 因子について主因子法 promax 回転を用い、回転後の基準構造行列及び因子間相関を求めた。各因子に負荷する項目のうち、負荷量が .45 未満の 37 項目を除外した。Table 1 は、基準構造行列における各項目の因子負荷量を示している。基準構造行列における因子負荷量は、因子間相関による他の因子の影響を排除した値であり、各項目への因子からの直接的な影響を検討するには最も適している。

第 1 因子について、因子負荷量が .45 以上の項目は、「不愉快な考えが自然と頭の中に浮かんできて、止めることができない」・「頭が勝手にものを考えて、自分のまわりで起こっていることに注意が向けられない」など、反芻に関連した項目や、「自分をコントロールできなくなって、.... 心配になる」・「理由もなく、物を壊したり傷つけたりしたくなる時がある」という衝動に関連した項目が多かった。反芻や衝動といった、認知的症状のうちでも制御できないような不快な思考は、「侵入的思考 (intrusion)」と呼ばれており (Salkovskis, 1985)、第 1 因子は「侵入的思考」因子を表していると考えられる。第 2 因子は、「手紙は、出す前に何度も繰り返してチェックする」という項目や、「ガスや水道の栓、ドアの鍵などを何度もチェックしてしまう」など、執拗な確認に関する項目の因子負荷量が高いことがわかる。第 2 因子は、「確認強迫」を表していると考えられる。第 3 因子については、「物事を決めるのは早い方だ」や「気軽に決心することができる」といった、不決断に関連する項目の因子負荷量が高く、この因子は「不決断」を表していると考えられる。第 4 因子は、「お金を触っても汚いとは思わない」という項目や「動物にさわったら汚い気がして、.... 気がすまない」という項目など、洗浄に関連する項目の因子負荷量が高く、この因子は「洗浄強迫」を表していると考えられる。以上の 4 因子は、強迫症状の検討において従来から認められている構造によく類似しており、強迫傾向尺度の因子論的妥当性を支持する結果であると言える。

Table 1 promax 斜交回転における基準構造行列

因子 1. 侵入的思考				
* Q. 不愉快な考えが自然と頭の中に浮かんできて、止めることができない	.76	-.06	-.03	.00
* Q. 頭が勝手にものを考えて、自分のまわりで起こっていることに注意が向けられない	.75	-.07	-.01	-.05
* Q. 自分をコントロールできなくなって、困ったことをしてしまうのではないかと心配になる	.64	-.04	-.03	.08
Q. わいせつな言葉や汚い言葉が心に浮かんできて、止められない	.64	-.08	-.16	-.14
* Q. いやな考えが浮かんできて、頭から離れないことがよくある	.63	-.04	.14	.02
Q. 不幸な出来事を聞くと、なぜか自分のせいだと思ってしまう	.58	.03	-.01	-.13
Q. 理由もなく、物を壊したり傷つけたりしたくなる時がある	.57	-.25	-.02	-.02
Q. いつもしている簡単なことでも、ひどく疑ってかかる	.56	.20	.10	-.11
Q. 自殺や犯罪の話を知ると、ひどく動揺して頭から離れなくなる	.54	-.07	-.17	.14
* Q. 不愉快な考えが心に浮かんできて、毎日わずらわされているような気がする	.54	.04	.10	-.03
Q. ちょっとしたミスや注意不足のせいで、取り返しのつかない結果を招くと思うことがよくある	.53	.02	.22	-.04
Q. 知らずに他人を傷つけてしまっている、と心配し続けることがある	.49	.12	.14	-.01
* Q. 理由もなく、自分が病気やケガをしているのではないかと心配になることがある	.48	.12	-.11	.13
因子 2. 確認強迫				
Q. 手紙は、出す前に何度も繰り返してチェックする	-.26	.79	-.04	-.00
* Q. 手紙を出す前には、何回も注意深くチェックする	-.22	.78	.02	-.01
Q. 私は必要以上に物事を確認しすぎる	.09	.76	.09	-.08
* Q. 何かしたときには、必ず2, 3回以上チェックする	.01	.73	.10	.04
* Q. ガスや水道の栓、ドアの鍵などを何度もチェックしてしまう	-.00	.73	-.07	.07
* Q. 小切手や書類など、書き落としや間違いがないか何度もチェックする	-.22	.72	.03	-.04
Q. ガスや水道の栓をきちんと閉めていても何回も確認してしまう	.01	.70	-.05	.04
* Q. 私は物事を確認しすぎだと思う	.07	.69	.07	-.11
* Q. ドアや窓、引き出しなどがきちんと閉まっているか、確かめに戻ることがよくある	.03	.66	.00	.10
Q. マッチやタバコの火がちゃんと消えているか、確かめに戻ることがよくある	.17	.49	-.02	.08
Q. 毎日多くの時間を、何かをチェックすることに費やしている	.24	.48	-.06	.05

( \* 確定項目; R 反転項目)

(次ページへ続く)

Table 1 promax 斜交回転における基準構造行列—続き

因子 3. 不決断				
* Q. 物事を決めるのは早いほうだ	-.19	.04	<b>.82</b>	-.03 R
* Q. 時間どおりにできなくて、遅れることが多い	-.04	-.09	<b>.67</b>	-.05
* Q. 気軽に決心することができる	-.25	.21	<b>.64</b>	-.00 R
Q. 重要でないことでも、決心するのが難しい	.14	.07	<b>.63</b>	-.01
* Q. 最も重要な事を優先させることができなくて、 仕事が長引いてしまう	.05	-.02	<b>.62</b>	.02
* Q. 一度決めた事は、後になって悩んだりしない	.07	-.05	<b>.57</b>	.09 R
* Q. 何かを決定するような状況におかれるのは嫌いではない	-.05	-.05	<b>.57</b>	.02 R
Q. 決定は、なるべく遅らせようとする	.16	-.06	<b>.56</b>	.03
Q. 何から始めるか決められなくて、 仕事を時間内に終えることができない	.17	-.02	<b>.55</b>	-.03
Q. 何かを決定するとき不安になる	.19	.07	<b>.52</b>	-.07
Q. レストランで注文する時、なかなか決められない	.05	-.16	<b>.52</b>	.19
Q. つまらない事を決めるのにも、 たくさんの時間を使っていると思う	.10	.10	<b>.51</b>	-.01
Q. 自分が何を望んでいるかは、いつもはっきりとわかっている	.06	-.25	<b>.46</b>	.02 R
因子 4. 洗淨強迫				
Q. お金をさわると手が汚くなったように感じる	-.13	-.08	.11	<b>.70</b>
* Q. お金を触っても汚いとは思わない	-.20	-.13	.13	<b>.70</b> R
Q. 病気やバイ菌をそれほど気にするほうではない	-.14	.06	.01	<b>.54</b> R
* Q. 動物にさわったら汚い気がして、 すぐに手を洗ったり着替えたりしたくなる	.11	-.00	.02	<b>.54</b>
* Q. 誰かが前にさわっていた物に触れるのは嫌だと思う	.13	.01	-.07	<b>.53</b>
* Q. 汚いと思う物にさわったら、 すぐにきれいにしないと気がすまない	.08	.09	.05	<b>.50</b>
Q. 病気やバイ菌について、よけいな心配をしてしまう	.19	.15	.04	<b>.49</b>
* Q. セッケンを人よりたくさん使ってしまう	.06	.09	.05	<b>.47</b>
* Q. 他人の汗、唾液などに少しでも触れると、 服がひどく汚れて、何か体に害があるように感じる	.16	.04	-.00	<b>.46</b>
Q. 私は潔癖症ではない	-.04	.24	-.10	<b>.45</b> R

( \* 確定項目; R 反転項目)

## 2. 強迫因子の相関構造の検討

Table 2 には、promax 斜交回転における因子軸の相関行列と、それをもとに算出した偏相関行列を示している。

因子間の相関行列を見ると、4つの因子が .22 ~ .49 の相関関係にあることがわかり、現象的には各強迫因子が互いに関連しあっていることが明らかになった。次に因子間の直接の関連の程度を検討するために、他の因子の影響を除いた偏相関係数を検討した。行動的症状因子である「確認強迫」因子、「洗浄強迫」因子を、認知的症状因子である「侵入的思考」因子、「不決断」因子それぞれに対する偏相関で比較したところ、「洗浄強迫」因子（「侵入的思考」 $r = .06$ ；「不決断」

Table 2 因子間相関\*

	侵入的思考	確認強迫	不決断	洗浄強迫
侵入的思考	1.	.33	.35	.06
確認強迫	.49	1.	.25	.19
不決断	.49	.44	1.	.07
洗浄強迫	.22	.30	.22	1.

(\*右上に偏相関係数を示す)

$r = .07$ ) よりも「確認強迫」因子（「侵入的思考」 $r = .33$ ；「不決断」 $r = .25$ )の方が認知的症状因子との関連が強いことがわかった。

## 3. 項目の確定及び信頼性・基準関連妥当性の検討

尺度を確定するにあたり、各因子に負荷する項目の内容を検討したところ、内容の重複と思われる項目が数項目あった。尺度の簡易性を高めるため重複を除外し、因子ごとに6項目を選択し尺度を確定した。Table 1 に確定項目をアスタリスクで示している。

信頼性の検討のため、確定尺度の下位尺度項目及び全項目について、信頼性の下限推定値であるクロンバックの $\alpha$ 係数と、一ヶ月の間隔をおいた再調査における再テスト相関係数を算出した (Table 3)。

Table 3 信頼性係数

	侵入的思考	確認強迫	不決断	洗浄強迫	全項目
クロンバックの $\alpha$	.82	.84	.77	.72	.86
再テスト相関係数	.78	.78	.77	.74	.82



全項目については、両信頼性係数ともに .82 以上の値を示し、高い信頼性が認められた。また、下位尺度項目についても、全てにおいて .72 以上の値を示しており、尺度として十分な信頼性を持っていることが明らかになった。

基準連関妥当性の検討として、再調査時に並行実施した MMPI 強迫状態の尺度と強迫傾向尺度との相関を検討した。その結果、下位尺度得点と MMPI 得点との間に小～中程度の相関（「侵入的思考」 $r = .49$ 、「確認強迫」 $r = .37$ 、「不決断」 $r = .21$ 、「洗浄強迫」 $r = .35$ ）、総得点と MMPI 得点との間に中程度の相関（ $r = .52$ ）が認められた。下位尺度との間には若干低い値もあるが、基準連関妥当性は認められたと考えられる。

#### 4. 健常群と臨床群との尺度得点の比較

健常者と OCD 患者との尺度得点を比較するため、健常群と臨床群との尺度得点について、対応のない  $t$  検定を行なった。Table 4 に両群の下位尺度得点と総得点の、平均値と標準偏差を示している。

Table 4 健常群と臨床群の得点比較

	健常群		臨床群		$p$
	$N^{\dagger}$	Mean (SD)	$N^{\dagger}$	Mean (SD)	
侵入的思考	423	14.8( 5.32)	15	18.9( 8.21)	.07
確認強迫	423	18.1( 5.63)	13	24.1( 5.88)	.000
不決断	423	19.7( 4.63)	14	22.5( 7.27)	.18
洗浄強迫	423	14.3( 4.42)	13	19.0( 7.07)	.03
総得点	423	66.8(14.08)	11	88.0(17.89)	.000

(\*  $N$  は欠損データを除いたもの)

総得点において、健常群より臨床群の得点が非常に高いことがわかった ( $t(432) = 4.89, p < .001$ )。また、下位尺度において、「不決断」に有意差は認められなかったものの ( $t(13) = 1.41, n.s.$ )、同様の傾向が認められ、「確認強迫」 ( $t(434) = 3.78, p < .001$ )、「洗浄強迫」 ( $t(12) = 2.41, p < .05$ )、「侵入的思考」 ( $t(14) = 1.93, p < .10$ ) において臨床群が高いことがわかった。

## 考 察

### 1. 強迫傾向尺度の因子構造について

強迫傾向尺度は、認知的症状と行動的症状を広く測定するため、代表的な 3 つの質問紙を用いて作成した。強迫傾向尺度の因子構造について、侵入的思考、確認強迫、不決断、洗浄強迫の 4

因子が得られた。本研究で認められた因子構造は、先行研究と内容的にはほぼ類似しており (Chan, 1990; Sanavio & Vidotto, 1985; Sanavio, 1988; Sternberger & Burns, 1990; Frost & Shows, 1993)、因子論的に妥当な結果であると考えられる。しかし、Sanavio (1988) の PI による検討では、認知的症状因子として衝動に関する独自因子が抽出されていたが、本研究において、衝動は侵入的思考因子に含まれる形となっていた。PI における衝動に関する項目は、分布の歪みが著しいものが多く、削除された結果、独自性が弱まったためであると考えられる。侵入的思考因子における衝動と反芻は、ともに何度も頭の中に浮かんでくる妨害的な思考であり、不安や不快感を高め、強迫行為を解発する症状と言われている (Salkovskis, 1985, 1989)。このことから、衝動と反芻は類似した症状であると言え、同じ因子として抽出されたと考えられる。

健常者の強迫傾向因子相互の関係について、偏相関を用いて他の因子の影響を受けない直接的な関係を検討した。確認強迫は洗浄強迫に比べ、侵入的思考や不決断のような認知的症状因子と相関が高かったことから、確認強迫は洗浄強迫より認知的症状との関係が深いと考えられる。Rachman (1993) は、洗浄強迫の患者には顕著でなく、確認強迫の患者と強迫観念のみの患者に共通して観察される要因として、行為・仕事の過剰な責任感という認知的要因をあげている。本研究の結果からは、認知的症状と確認強迫の相関が高いことが明らかにされ、Rachman の立場を支持している。

強迫傾向を測定するにあたり、簡易性の高い尺度とするため、項目数を減らし短縮版の尺度を構成した。項目の内容を検討し、重複を省いて因子ごとに 6 項目を選び出した。尺度の信頼性はクロンバックの  $\alpha$  係数、及び再テスト相関係数により検討した。尺度全項目については 0.82 以上の高い水準にあり、また下位尺度も 0.72 以上の水準を示していた。信頼性の面では、強迫傾向尺度は全体として用いるだけでなく、下位尺度別に用いることのできる尺度と言えるであろう。また、基準連関妥当性の検討として、MMPI 強迫状態尺度との関連を検討した。下位尺度得点と MMPI 得点との相関には、若干低い値も認められたものの、総得点との相関は .52 であり、基準連関妥当性は認められたと考えられる。しかし、基準として採用した MMPI の強迫状態の尺度について、先行研究において妥当性や信頼性は十分に言及されておらず、この尺度が基準として妥当であったかについては、疑問が残るところである。本研究では、他に強迫症状についての尺度が得られなかったために、これを基準として採用したのであるが、強迫傾向尺度の妥当性については、今後さらに検討が望まれる。

## 2. 健常者と OCD 患者の強迫症状について

健常者における強迫症状と OCD 患者の強迫症状との関係について、Salzman (1973) は、健常者に見られる強迫症状が増大して、OCD の状態に至る可能性があるとして述べている。OCD 患者 15 名を臨床群として強迫傾向尺度を実施し、健常群との比較を行なった。その結果、「不決断」尺度においては有意差が認められなかったものの、下位尺度得点及び総得点において、臨床群の方が高い傾向が認められた。健常者と OCD 患者の強迫症状の比較において、Salzman が述べているように、両者の強迫症状が連続的な移行を示すと考えるならば、尺度得点値においては健常者よりも OCD 患者が高く、同時に因子構造が一貫していることが考えられる。このことについて、本研究の結果から、尺度得点値についてはほぼ支持された。しかし、臨床群が少数であったため、臨床群の強迫症状の因子構造についての検討は行なえなかった。今後は、臨床データをさらに増やしたうえで、因子構造についても検討を行ないたいと考えている。

本研究に際して、広島大学医学部神経精神医学教室（主任 山脇成人教授）の皆様にも、多大なご協力をいただきました。記して感謝いたします。

## 引用文献

- Beech, H. R. & Liddel, A. 1974 Decision-making, mood states and ritualistic behaviour among obsessional patients. In H. R. Beech. (Ed.), *Obsessional states*. London: Methuen. Pp. 143-160.
- Black, A. 1974 The natural history of obsessional neurosis. In H. R. Beech. (Ed.), *Obsessional states*. London: Methuen. Pp. 19-54.
- Chan, D. W. 1990 The Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory: a psychometric investigation on Chinese normal subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 413-420.
- Ferrari, J. R. & McCown, W. 1994 Procrastination tendencies among obsessive-compulsives and their relatives. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 162-167.
- Frost R. O. & Shows, D. L. 1993 The nature and measurement of compulsive indecisiveness. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 683-692.
- Hodgson, R. J. & Rachman, S. 1977 Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- 成田 善弘 1977 強迫症の臨床的研究 精神医学, 19, 689-699.
- 日本 MMPI 研究会 1973 日本版 MMPI・ハンドブック 三京房
- Oppen, P. van 1992 Obsessions and compulsions: dimensional structure, reliability, convergent and divergent validity of the Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 631-637.
- Rachman, S. 1993 Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rachman, S. & de Silva, P. 1978 Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Reed, G. F. 1976 Indecisiveness in obsessional-compulsive disorder. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 443-445.
- Rubenstein, C. S., Peynircioglu, Z. F., Chambless, D. L. & Pigott, T. A. 1993 Memory in sub-clinical obsessive-compulsive checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 759-765.
- Salkovskis, P. M. 1985 Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P. M. 1989 Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P. M. & Harrison, J. 1984 Abnormal and normal obsessions - A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- サルズマン L. 成田 善弘・笠原 嘉 (訳) 1985 強迫パーソナリティ みすず書房 (Salzman, L. 1973 *The obsessive personality: origins, dynamics and therapy*. New York: Jason Aronson, Inc.)
- Sanavio, E. 1988 Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Sanavio, E. & Vidotto, G. 1985 The components of the Maudsley Obsessional-Compulsive Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 659-662.

- Sher, K. J., Frost, R. O. & Otto, R. 1983 Cognitive deficits in compulsive checkers: an exploratory study. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 357-363.
- Sher, K. J., Mann, B. & Frost, R. O. 1984 Cognitive dysfunction in compulsive checkers: further explorations. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 493-502.
- Sternberger, L. G. & Burns, G. L. 1990 Obsessions and compulsions: psychometric properties of the Padua Inventory with an American college population. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 341-345.
- Veale, D. 1993 Classification and treatment of obsessional slowness. *British Journal of Psychiatry*, 162, 198-203.