

- 井上雄一 過眠症治療研究の動向と展望 臨床精神薬理 7 (2) 183-190 2004
- 林田健一, 伊藤洋, 井上雄一 睡眠時無呼吸症候群における薬物療法の意義 臨床精神薬理 7 (2) 201-207 2004
- 井上雄一 精神疾患に伴う睡眠障害の特徴と対応 最新医学 59 (3) 68-78 2004
- 著書
- 井上雄一 睡眠障害 こころの医学辞典 pp354-369 講談社, 東京 2003
- 井上雄一 閉塞性睡眠時無呼吸症候群 (OSAHS) KEY WORD 精神第3版 pp 138-139 先端医学社, 東京 2003
- 井上雄一 総論 1 睡眠障害診断の手順 睡眠障害診療マニュアル pp 2-15 ライフサイエンス, 東京 2003
- 井上雄一 総論 1 睡眠障害治療の手引き 睡眠障害診療マニュアル pp 16-24 ライフサイエンス, 東京 2003
- 井上雄一 各論 I 不眠を主訴とするもの 4 レストレスレノグ症候群 周期性四肢運動障害 睡眠障害診療マニュアル pp36-38 ライフサイエンス, 東京 2003
- 向井淳子, 井上雄一 各論 II 日中過眠を来すもの 2 その他の過眠症について 睡眠障害診療マニュアル pp 50-52 ライフサイエンス, 東京 2003
- 井上雄一 各論 IV 睡眠時の異常行動と異常運動を生じるもの 4 睡眠覚醒移行障害—律動性運動障害— 睡眠障害診療マニュアル pp 99-101 ライフサイエンス, 東京 2003
- 井上雄一 第 II 部 メラトニンの治療への応用 第 16 章 高齢者不眠に対するメラトニン製剤の効果 メラトニン研究の最近の進歩 pp 191-205 星和書店, 東京 2004
- 2 学会発表
- 井上雄一, 高橋康郎, 難波一義 閉塞性睡眠時無呼吸症候群における交通事故リスクの検討 日本睡眠学会第 28 回定期学術集会, 名古屋国際会議場, 名古屋, 2003 6 12-13
- 井上雄一, 樋上茂, 高橋康郎, 江崎和久, 難波一義 家系内発症した閉塞性睡眠時無呼吸低呼吸症候群の臨床的特徴について 日本睡眠学会第 28 回定期学術集会, 名古屋国際会議場, 名古屋, 2003 6 12-13
- 井上雄一 レストレスレノグ症候群の治療をめぐる 日本睡眠学会第 28 回定期学術集会シンポジウム, 名古屋国際会議場, 名古屋, 2003 6 12-13

- 井上雄一 パニック障害における睡眠生理の特徴と、その病態上の意義 第56回日本自律神経学会総会シンポジウム, 朱鷺メッセ, 新潟, 2003 10 30-31
- H 知的財産権の出願 登録状況(予定を含む。)
- 1 特許取得  
なし
  - 2 実用新案登録  
なし
  - 3 その他  
なし
- I 参考文献
- 1 Yeragani VK, Pohl R, Berger R, et al  
Decreased heart rate variability in panic disorder patients a study of power-spectral analysis of heart rate  
*Psychiatry Res* 46(1) 89-103 1993
  - 2 Weissman MM, Markowitz JS, Ouellette R, et al  
Panic disorder and cardiovascular/cerebrovascular problems results from a community survey  
*Am J Psychiatry* 147(11) 1504-1508 1990
  - 3 Fleet RP, Beitman BD  
Cardiovascular death from panic disorder and panic-like anxiety a critical review of the literature  
*J Psychosom Res* 44(1) 71-80 1998
  - 4 Fleet R, Lavoie K, Beitman BD  
Is panic disorder associated with coronary artery disease? A critical review of the literature  
*J Psychosom Res* 48(4-5) 347-356 2000
  - 5 Seier FE, Kellner M, Yassouridis A, et al  
Autonomic reactivity and hormonal secretion in lactate-induced panic attacks  
*Am J Physiol* 272(6 Pt 2) H2630-2638 1997
  - 6 Weise F, Heydenreich F, Runge U  
Contributions of sympathetic and vagal mechanisms to the genesis of heart rate fluctuations during orthostatic load a spectral analysis  
*J Auton Nerv Syst* 21(2-3) 127-134 1987
  - 7 Yeragani VK, Pohl R, Berger R, et al  
Decreased heart rate variability in panic disorder patients a study of power-spectral analysis of heart rate  
*Psychiatry Res* 46(1) 89-103 1993
  - 8 Druschky A, Hinz MJ, Hopp P, et al  
Interictal cardiac autonomic dysfunction in temporal lobe epilepsy demonstrated by [(123)I]metaiodobenzylguanidine-SPECT  
*Brain* 124(Pt 12) 2372-2382 2001
  - 9 Nakajima K, Takai J, Tonami N, et al

- Decreased <sup>123</sup>I-MIBG uptake and increased clearance in various cardiac diseases Nucl Med Commun 15(5) 317-323 1994
- and non-linear least squares method its value in heart rate variability analysis Med Biol Eng Comput 35(4) 318-322 1997
- 10 Sheehan DV, Sheehan KH The classification of phobic disorders Int J Psychiatry Med 12 243-266, 1982
- 11 Sisson JC, Shapiro B, Meyers L, et al Metaiodobenzylguanidine to map scintigraphically the adrenergic nervous system in man J Nucl Med 28(10) 1625-1636 1987
- 12 Solanki KK, Bomanji J, Moyes J, et al A pharmacological guide to medicines which interfere with the biodistribution of radiolabelled meta-iodobenzylguanidine (MIBG) Nucl Med Commun 13(7) 513-521 1992
- 13 Chouinard G, Annable L, Fontaine R, et al Alprazolam in the treatment of generalized anxiety and panic disorders a double-blind placebo-controlled study Psychopharmacology (Berl) 77(3) 229-233 1982
- 14 Sawada Y, Ohtomo N, Tanaka Y, et al New technique for time series analysis combining the maximum entropy method
- 15 Stein MB, Asmundson GJ Autonomic function in panic disorder cardiorespiratory and plasma catecholamine responsivity to multiple challenges of the autonomic nervous system Biol Psychiatry 36(8) 548-558 1994
- 16 Klein E, Cnaan E, Harel T, et al Altered heart rate variability in panic disorder patients Biol Psychiatry 37(1) 18-24 1995
- 17 Yeragani VK, Pohl R, Berger R, et al Decreased heart rate variability in panic disorder patients a study of power-spectral analysis of heart rate Psychiatry Res 46(1) 89-103 1993
- 18 Ito T, Inoue Y, Sugihara T, et al Autonomic function in the early stage of panic disorder power spectral analysis of heart rate variability Psychiatry Clin Neurosci 53(6) 667-672 1999
- 19 Hamada T, Koshino Y, Misawa T, et al Mitral valve prolapse and autonomic

- function in panic disorder Acta  
Psychiatr Scand 97(2) 139-143 1998
- 20 Klein DF False suffocation alarms,  
spontaneous panics, and related  
conditions An integrative hypothesis  
Arch Gen Psychiatry 50(4) 306-317  
1993
- 21 Jiang JP, Downing SE Catecholamine  
cardiomyopathy review and analysis of  
pathogenetic mechanisms Yale J Biol  
Med 63(6) 581-591 1990

## パニック障害の身体的・心理的成因の解明と治療ガイドラインの策定

### 完全寛解時におけるパニック障害患者の自律神経機能 血圧-心拍数間の最大 相互相関係数( $\rho_{\max}$ )を用いた baroreflex の評価

主任研究者 久保木富房 東京大学大学院医学系研究科ストレス防御 心身医学教授

研究協力者 塩入俊樹 新潟大学医歯学走行研究科精神医学分野

#### 研究要旨

自律神経発作であるパニック発作を主症状とするパニック障害では、自律神経系の異常が示唆されているものの、現在まで一致した見解は得られていない。今回、心拍数と血圧値の2変数間の関係性に注目することで、血圧変動から心拍変動までの相互相関係数の最大値である  $\rho_{\max}$  の経時的变化を、映像負荷刺激時に計測し、PD患者の baroreflex (圧反射) について検討した。

結果は、PD群では映像負荷に対して  $\rho_{\max}$  変動が遅れる傾向を認めた。このことは、寛解期においてもPD患者では、精神負荷時に baroreflex の機能異常が存在している可能性を示唆させた。

以上より、PDでは、生体調節系の最も代表的な機構の1つである自律神経系に、精神負荷等のストレスに対する生来的な脆弱性が存在する可能性がある。

#### A 研究目的

パニック障害(以下PD)の中心病態の1つであるパニック発作(以下PA)では、心拍数の増加や呼吸困難感、発汗やめまいなどの自律神経失調症状が生じるが、その中でも循環器系の症状の出現頻度は高い。また、PDに罹患することで心血管系疾患の罹患率や死亡率が上昇するとの報告もなされている。以上より、心拍数、血圧など心血管系の指標を用い、PDの自律神経機能を評価しようとする研究が試みられてきたが、残念ながら、結果は一致していない。

これまでのPDに関する自律神経研究では、心電図のR-R間隔などを代表とする様々な生理的パラメーターを独立して解析しているも

のかほとんどで、ハラメーター間の相互の関係性を対象とし、解析を試みたものはない。

そこで今回我々は、PD患者を対象とし、心拍数と血圧値の2変数間の関係性に注目することで、血圧変動から心拍変動までの相互相関係数の最大値である  $\rho_{\max}$  の経時的变化を、映像負荷刺激時に計測し、PD患者の baroreflex (圧反射) について検討した。

#### B 研究方法

対象は12名のPD男性患者(平均年齢  $33.3 \pm 8.4$  歳、以下PD群)と年齢性別をマッチさせた健常被検者19名((平均年齢  $35.5 \pm 9.0$  歳、以下NC群)である。診断はDSM-IV診断基準(1994)を用い、約60分間の半構造化面接で行われた。尚、PD群は、全て薬物治療中

(alprazolam 及び fluvoxamine)で、ほぼ寛解状態(測定日以前の少なくとも3ヶ月間はPAを認めない)である。

測定は全て新潟大学大学院医歯学総合研究科統合生理分野で行い、室温 照度については全て一定とした(22℃, 10 lux)。映像刺激としては、約15分間のスノーノ体験ビデオ(自動車やマウンテンバイク等の車載カメラからの映像とその音響を合わせたビデオ映像)を用いた。映像は80 inchスクリーンに液晶プロジェクターからの投影で、2mの距離からの視聴とした。また、映像負荷前後5分間の安静を行った。

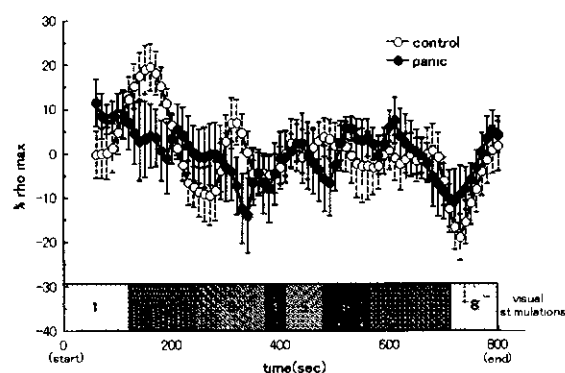
血圧の連続計測は、左手橈骨動脈よりトノメトリ式血圧計(日本コーリン社製JENTOW770)を用いて行い、心拍数は、心電計から計測した心電図信号を基に計測された。さらに得られたデータをフーリエ変換し、0.1Hz付近のMayer波成分のみを抽出後、両群で $\rho_{max}$ を経時的に求めた。

尚、本研究は新潟大学医学部倫理委員会の承認を受けており、対象者は全て測定前に本研究についての説明を十分に受け、書面にて同意が得られた者のみである。

### C 研究結果

図に、映像負荷刺激時における $\rho_{max}$ の経時的变化を示した。両群共に、映像負荷刺激により $\rho_{max}$ が著しく変化していることより、今回用いた映像負荷刺激はPD群のみならずNC群においてもbaroreflexに変化を与えるものであったことがわかる。さらに、PD群における $\rho_{max}$ の経時的变化は、経時的あるいは量的にもNC群とは明らかに異なり、PD群

では映像負荷に対して $\rho_{max}$ 変動が遅れる傾向が見出された。



### D 考察

今回の結果は、寛解期においてもPD患者では、精神負荷時にbaroreflexの機能異常が存在している可能性を示唆させるものである。従って、PDでは、生体調節系の最も代表的な機構の1つである自律神経系に、精神負荷等のストレスに対する生来的な脆弱性が存在する可能性がある。

### E 結論

寛解期PD患者においても、ストレス負荷時に自律神経系の調節異常が認められた。

### G 研究発表

- 1 論文発表
- 2 学会発表

<第25回日本生物学的精神医学会、2003 4 18、金沢>小嶋麻紀他 血圧-心拍数間の最大相互相関係数( $\rho_{max}$ )を用いたパニック障害患者におけるbaroreflexの評価

<第25回日本生物学的精神医学会シンポジウム、2003 4 16、金沢>塩入俊樹 不安障害の自律神経機能

## パニック障害の身体的・心理的成因の解明と治療カイトラインの策定

### パニック障害の定量脳波に関する研究

主任研究者 久保木富房 東京大学大学院医学系研究科ストレス防御 心身医学教授

研究協力者 長澤達也、木谷知一、菊知 充、越野好文

金沢大学大学院医学系研究科脳医科学専攻脳情報病態学

#### 研究要旨

パニック障害患者 18 人に対し安静時脳波と光刺激時脳波の定量解析を行った。安静時脳波では健常人と比較し  $\delta$  と  $\alpha$  パワーの高値を認めた。光刺激中脳波では 5Hz 光刺激にて高い光駆動反応がみられた。以上よりパニック障害における中枢神経系の関与が示唆された。

#### A 研究目的

パニック障害の中枢神経系機能について CT、MRI、PET および SPECT の脳画像研究に比べ、脳波研究は少ない。特に脳波の誘発反応の一つで点滅光刺激に同調して出現する光駆動反応を調べた研究は未だない。本研究の目的は、パニック障害患者の安静時および光刺激中脳波パワー値を健常人と比較し中枢神経系機能を明らかにすることである。

#### B 研究方法

対象はアメリカ精神医学会の精神障害の診断と統計の手引第 4 版（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition、DSM-IV）のパニック障害の診断基準を満す未服薬の 18 人（男性 9 人、女性 9 人）で、平均年齢±標準偏差は 31.5±9.4 歳であった。年齢・性をマッチさせた健常人 18 人（31.2±10.5 歳）と比較した。

安静覚醒閉眼状態で 10 分間脳波と 5、10、15Hz の点滅光刺激中の脳波を記録した。脳波は国際電極配置法に従い記録電極を装着し、両側耳朶の電極を連結し基準電極として 14 部位より導出した。アーチファクトや眠気のある部分を厳密に脳波の解析から除外した。脳波記録は A/D 変換するとともに高速フーリエ変換法を行い、安静時脳波は  $\delta$  帯域（2-4Hz）、 $\theta$  帯域（4-8Hz）、 $\alpha$  帯域（8-13Hz）および  $\beta$  帯域（13-20Hz）の 4 周波数帯域に区分し、各導出、各帯域毎に絶対パワー値を求めた。5Hz の光刺激中脳波については 5Hz を中心に 4.8-5.2Hz 帯域を解析した。同様に 10 および 15Hz の光刺激については、各々 9.8-10.2Hz および 14.8-15.2Hz の帯域を解析した。

（倫理面への配慮）

本研究は金沢大学医学部等医の倫理委員会の承認を得て行われた。被験者に研究の内容と意義を説明し同意を得た。

## C 研究結果

①安静時脳波の定量解析では健常人と比べ、パニック障害群の $\delta$ と $\alpha$ パワーが高値であった。部位的には後頭部において $\alpha$ パワーが高値であった。さらに前側頭部では $\delta$ パワー高値であった。

②光刺激中脳波では、パニック障害群は健常人と比較し、5Hz光刺激に対応する48-52Hz帯域のパワーが高値であった。部位的には前頭部と側頭前部のパワー高値がみられた。

## D 考察

パニック障害の安静時脳波について、健常者と比べ $\delta$ 、低域 $\alpha$ および $\beta$ パワーが高いとする斎藤らの報告や $\delta$ 、 $\theta$ および $\alpha$ パワーが高いとのKnottらの報告がある。今回の結果はこれらの報告に一致している。不安状態では $\alpha$ パワーが低く、 $\beta$ パワーが高くなるといわれているが、今回の結果は不安状態の脳波とは異なりパニック障害に特異的な所見である可能性が考えられた。

光刺激時脳波に関しパニック障害での報告はない。Ulettらは不安状態に陥りやすい人は2-7Hzの光刺激で、健常人よりも高い反応を示すとしている。本研究の5Hz光刺激でのパワー高値はパニック障害患者のもつ不安症状が高い光駆動反応に反映されることを支持した。また、光駆動反応は覚醒水準の影響を受け、ごく軽い眠気時は覚醒時と比べ光駆動反応が低パワーとなると報告されており、今回の結果はパニック障害の高い覚醒水準を示している可能性も考えさせ

る。

## E 結論

パニック障害では安静時脳波に加え、光刺激中脳波でもパワー値の異常がみられ、中枢神経系に何らかの機能異常が存在することが示唆された。

## F 研究発表

### 1 論文発表

金沢大学十全医学会雑誌 第112巻第6号  
169頁～177頁 2003年

### 2 学会発表

なし

## G 知的財産権の出願 登録状況（予定を含む。）

### 1 特許取得

なし

### 2 実用新案登録

なし



## パニック障害の身体的・心理的成因の解明と治療カイトラインの策定

### パニック障害患者の Quality of Life とストレス対処に関する研究

主任研究者 久保木富房 東京大学大学院医学系研究科ストレス防御 心身医学教授

研究協力者 竹内龍雄 帝京大学医学部附属市原病院精神神経科

研究要旨 本研究の目的は、パニック障害患者の QOL の向上および低下防止に役立つ治療法の開発である。本年度はその基礎となるパニック障害患者の QOL の実態およびそれと関連の深いストレス対処の特徴について、われわれの研究結果を含め、これまでの報告を概観し、今後の研究の方向性を示した。パニック障害による QOL の低下が予想以上に大きいことは、これまでの研究によって明らかであるか、QOL の領域によるちがい、症状や経過との関係、治療法による QOL への影響のちがいなどについては、またよくわかっておらず、今後の研究課題である。また、パニック障害の発症や経過が、心理・社会的ストレスの影響を受けることは明らかであるが、それに対する対処 (coping) の如何がどう影響するかについての研究は非常に少ない。問題解決型か少ない、逃避型が多い等の特徴が報告され、われわれも確認しているか、QOL との関連は今後の研究課題である。

#### A 研究目的

本研究の最終目標は、パニック障害(以下 PD)患者の quality of life(以下 QOL)の向上および低下防止に役立つ治療法(マネジメントを含む)の開発であるが、本年度はその基礎となる PD 患者の QOL の実態およびそれと関連の深いストレス対処の特徴について、これまでの研究報告を概観し、今後の研究の方向性を示すことを目的とする。

#### B 研究方法

PD 患者の QOL および stress coping について海外の研究報告を概観し、その特徴をまとめる。次いで、われわれのこれまでの調査結果とこれを照合し、わが国の患者についてもあてはまるかどうか検証する。最後にこれら

をもとに、QOL の改善に有効な治療法や患者指導のあり方について考察し、今後の研究の方向性を検討する。

(倫理面への配慮)

われわれの調査はいずれも自験例につき、調査の趣旨を説明し、患者の同意を得て実施したものである。

#### C 研究結果

QOL と stress coping に分けて述べる。

[1] PD 患者の QOL についてのこれまでの研究報告の概観とわれわれの調査結果

文献を概観しわれわれの調査結果と照合した結果、PD 患者の QOL のこれまでの研究結果を以下のようにまとめることが出来た。

1 疫学調査から、PD 患者には予想以上に QOL

の障害が見られるとの報告

PD患者には予想以上にQOLの障害があることを、はじめてデータに基づいて報告したのはWeissmanらである。Markowitz(1989)(20)、Weissman(1991)(36)らは、ECA調査(1980-83年、米国の5つの地区で行われた精神障害についての大きな疫学調査)から、PD、大うつ病(MD)、それ以外(健常者と精神障害者を含む)の3群を比較したところ、PD、MDは、身体的および精神的健康感、アルコール薬物乱用、自殺企図、趣味に費やす時間の減少、夫婦間の問題、経済的な問題(福祉その他の保障を受けている)、一般科や精神科の医療機関の利用増加、minor tranquilizerと抗うつ薬の使用増加、救急外来の利用増加と関連しており、特に、アルコール乱用、趣味に費やす時間の減少、経済的な問題、一般科や精神科の医療機関の利用、minor tranquilizerと睡眠薬の使用、救急外来の利用では、PDかMD以上にリスクが大きかった。PDによるQOLの低下は、MD、広場恐怖、アルコール薬物乱用の合併によっては十分説明がつかず、PDそのものによるものと考えられた。著者らは薬物療法や行動療法の転帰の評価にはQOLも加えるべきだと述べている。

## 2 臨床例の調査でもPD患者のQOLの障害を確認

上記のWeissmanらの指摘は、臨床例についての調査でも確認された。

Massionら(1993)(21)は、HARP調査(1988年から米国のハーバート大学など多施設で行われた不安障害の前向き調査)から、ECA調査の結果とはほぼ同様の結果を報告している。彼

らはまた、PD with/without agoraphobia、GAD(全般性不安障害)、Both of PD and GADで比較し、4群間でQOLに有意差はないが、GADの方がPDよりQOLが低く、合併するとさらに低下する傾向が見られた。GADは精神的健康が最も低く、PD without agoraphobiaはアルコール乱用が多かった。自殺企図は9%に見られた。GADは他の不安障害あるいはうつ病性障害の合併が多く、事実上単独では存在せず、QOLでも4群間に差がないところから、これらはnosologicalに同じ障害かもしれないと述べている。またAntonyら(1998)(2)は、同しく不安障害の臨床例について、PD、OCD(強迫性障害)、social phobiaの3群の機能障害について調査し、3群間に機能障害の有意差はなかったと報告している。

PDの症状の中でも広場恐怖がQOLを低下させることは良く知られており、広場恐怖のため家から一歩も出られないhouseboundの状態はその典型と言える。このようなケースでは医療機関への受診も困難となるため、治療の機会が失われ、障害が長期化しやすい。家庭の主婦でこのような状態が長く続いていると、患者も家族もかえってそれに(患者かhousebound homemakerであることに(38))慣れてしまっていて、治療による改善を望まない場合が出てくると言われている(1)。またこのようなケースが女性に多いのは、文化的心理的要因によるとの報告もある(Stracevicら(29))。

Katonら(1995)(12)はプライマリケアの患者を対象に調査し(SF-36とSheehanのDisability Scaleを使用)、DSM-III-RのPD

の基準を満たさない infrequent panic attacks の患者も、基準を満たす PD 患者と同様の社会的、家族的、職業的機能障害を有していると報告している。Infrequent panic attacks をもつものの数は PD 患者よりはるかに多いので、それに伴う機能障害の影響は大きいとの彼らの指摘は肯ける。

Spitzer ら(1995)(28)は、やはりプライマリ ケアを受診した精神障害(気分障害、不安障害、アルコール性障害、身体表現性障害、摂食障害)および身体疾患(高血圧、関節炎、糖尿病、心臓病など)の患者の QOL を SF-20(SF-36 よりさらに少ない 20 項目で QOL を評価するもの)を用いて測定した。その結果、精神障害(特にうつ病性障害)は身体疾患より全尺度で機能障害が大きかった。特定の精神障害に伴う機能障害のパターンがあり、気分障害は全領域で、不安障害は社会的機能と精神健康で、身体表現性障害は役割機能、痛み、全般的健康感で、摂食障害は社会的機能と痛みで障害が大きかった。プライマリ ケア医は、身体疾患と関係なく機能障害が悪化していくようなケースでは、精神健康に関する尺度に現れていなくても、精神障害がひそんでいることを考慮すべきであるとしている。

Sherbourne ら(1996)(27)も PD、慢性身体疾患(高血圧、糖尿病など)、うつ病の 3 群間で SF-36, -20 を用いて QOL を比較している。PD は、精神健康と役割機能が身体疾患より低く、うつ病よりは高かった。身体的機能と全般的健康感は、高血圧や一般人の標準と変わらなかった。役割機能の障害は個人だけでなく家族への影響も大きく、その意味で PD は重大な

社会的健康問題であると述べている。

Schonfeld ら(1997)(26)もプライマリ ケアを訪れた未治療のうつ病および不安障害の患者を対象に SF-36 を用いて調査し、機能に及ぼす疾患の影響はうつ病が最も大きく、次いで PTSD、PD の順であった。これらの未治療の疾患の QOL への影響は、腰痛、関節炎、糖尿病、心疾患などの身体疾患に匹敵するか、それ以上であると述べている。

Candilis ら(1999)(3)も SF-36 を用いて一般人、慢性身体疾患患者、およびうつ病患者の標準と比較し、PD 患者の QOL はすべての領域で一般人より低く、他の不安障害やうつ病を合併しない者でも同様であり、不安やうつを合併するとさらに悪化した。PD 患者の QOL はうつ病患者とほぼ同レベルであり、精神健康や精神的役割機能など一部の領域では慢性身体疾患患者よりも低かった。PD は精神 身体両面の健康感に広範な悪影響をもたらすと結論している。

以上、プライマリ ケアを含む臨床例についての調査でも、PD 患者の QOL が明らかに低下しており、その程度はうつ病に匹敵するか、うつ病と主要な慢性身体疾患との中間に位置すること、また広場恐怖や抑うつを合併すると一層低下し、これらのことは PD のみならず不安障害全体についても言えることかわかる。3 (労働)能力の低下、社会的損失を示す調査報告

疾患が患者の能力、特に労働能力の低下をもたらす、それが社会的損失につながっていることを強調する論文が欧米には多く見られるが、PD 患者の QOL についてもこの面からの

報告がある。

Kouzis ら(1997)(17)は、地域調査(Baltimore)で3ヶ月間にdisability days(仕事、学校、その他の活動が出来なかった日)かとのくらいあったかを調査した。PD発症群、うつ病群、特定の精神疾患には該当しないかGHQ(Goldbergの一般健康調査票)の得点の高いhigh distress群、の順にdisability daysの割合が高かった。いずれも慢性身体疾患群より高く、精神障害かdisability daysと最も関連が深く、QOLの低下、経済的損失、医療需要の増大を招いていると報告している。

Katerndahl ら(1997)(11)はやはり地域調査(San Antonio)でPDのQOLとpanic-related work disabilityを調べ、matched controlと比較した。PDのQOL(生活の満足感およびQOL全般)は有意に低下しており、うつ病の合併、家族などのソーシャルサポート、(死恐怖、発狂恐怖などの)worry、(PA時の)胸痛かpredictorであった。disabilityも有意に大であったが、disabilityのpredictorは、男性、(PA時の)しひれ、身体症状による活動への影響度、家族の結束への不満、治療経験などであり、QOLのそれとは異なっていた。患者教育、サポートの供給、focused therapyなどか、QOLとdisabilityを改善する可能性があるとされている。

Ettigi ら(1997)(5)は、対象となるPD患者から、精神病、双極性障害、薬物乱用などのcomorbidityを除き、うつ病、他の不安障害などについても現在の主たる治療対象である場合は除いて、comorbidityを最小限にしたうえで、中等症(moderately ill)以上のPD患

者のQOL(SF-36)と仕事の生産性と障害度質問紙(WPAI)を調査し、性年齢を補正した標準人口と比較した。PD患者のQOLは全領域で低下しており、精神的健康領域の低下か身体的健康領域に比べて強かった。仕事の障害も有意で、unemployment(失業)(25%)、underemployment(フルタイムで働けないためパートタイム)合わせて34%に達した。PDはQOLと労働能力の低下が著しいと報告している。

Davidson(1996)(4)は、PD患者のQOLについて社会的コストの面からreviewし、PD患者は個人の幸福感の低下、役割機能の制限、医療機関の利用増大などのQOLの障害があり、正しい診断と有効な治療か、医療機関の利用を減少させ、費用の損失を補い、労働生産性を向上させ、個人の自己効力を増加させると結論している。

障害によるeconomic burdenを具体的に計算した報告もあり、Greenbergら(1999)(8)の調査では、1990年の米国における不安障害のannual costは、\$42.3 billion(日本円で5兆円以上)と計算されるという。これには精神科、非精神科の治療費、間接的な職場経費(生産の喪失など)などか含まれる。健康サービスの利用度か最も高かったのはPTSDで、次いでPDであったと言う。

以上の報告は、個々のPD患者のQOLの低下が、本人の不幸であるばかりでなく、社会全体としても大きな損失であり、社会的な取り組みが必要なことを示していると言えよう。

#### 4 治療による変化

特定の治療の前後でQOLを評価し、症状の

改善とともに QOL も向上したと報告している研究である。認知行動療法(CBT)と薬物療法によるものがある。

Telchら(1996)(33)は、CBT 実施群(8週間)と非実施群(治療を遅らせて待機させた群。9週以後に治療開始)で比較した。CBT 実施群では有意に改善し、6 カ月後も維持された。ヘースラインの不安と恐怖症性回避が QOL の改善と関連していた(症状の重症度の強いものほど QOL-Sheehan Disability Scale-の改善が大きかった)。PA の頻度は QOL の改善とは有意な関連がなかった。

薬物療法では SSRI による PD 症状と QOL の改善を示す報告が多い。

Hoehn-Saricら(1993)(9)は fluvoxamine と placebo を用いた治療で、パニック発作は 3 週後から有意な改善を見たが、不安、抑うつ、および disability(Sheehan)は、6 週以降に有意な改善が見られたと報告している。Lecrubierら(1997)(18)は、paroxetine と clomipramine、および placebo との 36 週間の長期比較試験で、症状、QOL(Sheehan Disability Scale)ともに placebo に比べ有意な改善が見られたが、paroxetine と clomipramine との間に有意差はなかった。しかし副作用による中止率は paroxetine が有意に少なく、paroxetine は長期投与に向いていると報告している。

Pohlら(1998)(24)、Pollackら(1998)(25)は、sertraline の 10 週間の投与による評価で placebo に比し有効で、かつ QOL も改善されたと報告している。ただしいずれも PA は有意に減少したが、HAM-A では有意差は見られ

ていない。QOL の評価には、うつ病患者向けに開発された Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire という自記式評価尺度が用いられている。Michelsonら(1998)(23)の fluoxetine の調査では、症状および機能障害(Sheehan Disability Scale)の改善は全般性の不安や恐怖症状と有意な関連が見られたか、パニック発作とは有意な関連は見られなかったと言う。

PD ではパニック発作それ自体よりも、随伴する全般性の不安や広場恐怖、合併する抑うつ症状など周辺症状が全般改善度や QOL に与える影響が大きいためである。QOL の改善をめざす治療では、パニック発作のみならず、これらの PD に伴う症状全体の解消をはかる必要があると考えられる。

5 QOL は必ずしも PD の症状と関連しないとの報告

症状の改善に伴って QOL も向上すると考えられるが、必ずしも関連しないとする報告もある。

Katschnigら(1996)(13)は、治療後の PD 患者 423 名を対象に、naturalistic followup による 4 年後の状態を調査した。3/5 はまだ時々 PA があり、2/5 は広場恐怖があったか、disabled(Sheehan 尺度で moderate 以上の disability)は約 20%に過ぎなかった。4 年後の disability を予測できたのはベースラインの disability のみで、PA も恐怖症性回避も治療も予測できなかった。症状があることと disability とは関連がなかったことから、症状測定と QOL 測定とは別々に行うべきで、症状を含まない QOL 尺度か多元的尺度

(WHOQOL)を症状尺度と併用するのかよいと述べている。

Hollifieldら(1997)(10)は、62名のPD患者のQOLをSF-36で調査し健常被験者と比較した。PD群が全領域で低下していたか、stepwise回帰分析で、障害を説明する変数として、大うつ病の合併、神経質、年齢の増大、教育程度が低いこと、PDと年齢との交互作用(interaction)かあけられた。PD患者のQOLの障害には、PDの症状以外の因子が影響しており、特に年齢との強い関連についてはさらなる研究を要する(年齢そのものによるのか、PDが慢性であることによるのかなど)と述べている。

これらの報告は、QOLの改善のためには、疾患や症状のみならず患者の置かれている状況全体を視野に入れた評価や治療が必要であることを示していると言えよう。

## 6 わか国の調査から

わか国では竹内ら、小室らの調査報告がある。竹内ら(1998,1999)(30)(31)は、WHOQOL-100を用いてPDの外来患者のQOLについて調査を行った。1回目の調査では、PD患者は健常被験者と比べて「自立のレヘル」と「QOL全般」でQOLが有意に低かった。またQOLスコアはHamiltonのうつ病評価尺度と有意な(逆)相関を示し、身体的領域のQOLがQOL全般に及ぼす影響が大きかった。これらの結果から、(外来レヘル)PD患者の治療では、身体症状の軽減を治療標的とし、抑うつ症状の合併を防ぎ、種々の面から患者の自立を支える援助が、QOLの低下を防ぐうえで重要と考えられた。

同じ患者について平均1年半後に同じ調査を実施し比較したところ、前回と比べて症状の重症度には有意差がなかったにもかかわらず、QOLの一部「精神性 宗教 信条 (spirituality/religion/personal beliefs)」の領域で有意な向上がみられた。実際に患者にあたって聞いてみると、宗教的なものとは関係なく、長期の闘病体験を通して破局思考などの思考パターンが変わり(不安や恐怖に対して開き直り)、逃避的 依存的 coping (奇跡を望む(wishful thinking(34))、人に頼ろうとする (seeking social support(35)など)が修正されて前向きな考え方や生き方が身についたと感じることか、QOLの向上として評価されていることかわかった。この調査結果から、パニック障害で経過が長期にわたる場合であってもQOLの改善する領域があること、それは必ずしも症状の有意な改善がなくても見られ、否定的認知や逃避的 依存的 copingの克服と関連しているのではないかと考えられた。

小室ら(2000)(15)(16)はPD患者の医療場面におけるQOLを調査し、PDの発症により、肉体的 情緒的健康感の低下が著しいか、精神科を受診するものか少なく、身体科や救急を受診しても正しい診断が得られない場合が多いこと、精神科治療後は治療前と比べて、夫婦間や家族間のQOLには差がなかったが、社交や余暇活動、経済面では有意な改善が見られた。著者らはこれらの結果から、身体科医師への啓発の必要性と、治療においては社会的なかわりの改善に重点を置くよう求めている。

## 7 長期経過に伴う QOL の変化

われわれの調査は平均 1 年半後の変化を調べたものだが、一般に PD の QOL の障害が大きいことを指摘する報告は多いものの、その長期経過に伴う縦断的な変化を調べた報告は少ない。

前述の Katschnig ら(13)の PD についての調査では、治療開始 4 年後の naturalistic followup study で、Sheehan の Disability Scale を用いた QOL は（症状の改善以上に）著明な改善を示した。彼らは QOL の改善の理由は不明としているが、Katschnig は別の論文(14)で、長期経過に伴って QOL の主観的評価の基準が下がる (standard drift fallacy) - 酸っぱいブドウのたとえのように - ためではないかと述べている。

Wittchen ら(37)は、慢性の社会恐怖の患者が、QOL の障害が明らかなのにもかかわらず、現在の QOL の障害は過去に比へれば少ないと申告する傾向が見られることを報告し、その理由として、患者なりのライフスタイルへの一種の適応 (adaptive behavior) (一般人に比へれば低い自分の達成できた基準に満足する) によるのではないかと考察している。

理由はともかく、障害の長期経過に伴って QOL がますます低下するとは限らないことは、治療や予後の見通しを考える上で明るい材料と言えるであろう。またそれが Katschnig や Wittchen らの示唆するような、単なるあきらめや慣れによるばかりでなく、われわれの調査結果が示すように、闘病を通したストレス コーピングの変化に関係するとすれば、それを促す治療的な働きかけ（著者らの考え

では、積極的で前向きな対処を促す認知行動療法的な働きかけや、心理療法に限らず自助グループなどを含めた自立を促す働きかけ）か、QOL の向上に役立つ可能性があるのではないかと考えられる。

[2] PD 患者の stress coping についてのこれまでの研究報告の概観とわれわれの調査結果  
1 文献の概観

PD 患者の coping についての先行研究を概観すると、最初の本格的な研究は Vitaliano ら(19)によるものである。彼らはプライマリ ケアを訪れた女性患者を、PD 患者、PD には該当しない PA のある患者、それ以外の 3 群に分け、WCC を用いて coping を調べた。その結果、PD 群では、他群に比べ、問題解決型が少なく、奇跡願望 (wishful thinking, 以下 WT と略す。WCQ では escape-avoidance、SCI では「逃避型」に相当)が多かった。PD 群内では、不安およびうつ症状は問題解決型と負の相関、WT と正の相関を、恐怖症 (恐怖対象) の数は社会的支援模索型 (seeking social support (以下 SSS)) と負の相関、WT と正の相関を示した。彼らはこれらの結果から、PD 患者はストレスを処理する際に問題解決型対処を用いることが少なく、WT を用いることが多いこと、また不安や抑うつ症状がその傾向をさらに強めること、恐怖症 (広場恐怖の広汎性) は症状のみならず coping、特に WT が多く SSS が少ないことと関連していると述べている。また結論として、これらの所見は不安への対処法を変えていくような精神療法の有効性を支持するとしている。Marks ら(11)の PD

の広場恐怖に対する暴露療法はその好例で、患者は問題状況に直面するという直接的な問題解決法を教えられ、それによって不安若く場面長く留まるほど不安が減少することを学習するとともに、それまでの患者自身の不安対処能力に対する誤った認知や非生産的な思考か、向上した自己効力 (self-efficacy) (1) の感覚によって否定されることを学習すると言う。

Roy-Byrne ら (14) は、精神科を受診した患者について診断基準 (DSM-III) を満たす PD および MD の患者を対象に、WCC を用いて対処様式を調べた。Distress (不安と抑うつ症状重症度) と診断上の comorbidity の coping への寄与率を求めたところ、問題解決型対処か少なく情動中心型対処が多いことと distress のレベルとか強く関連していた。また distress のレベルを統制すると、comorbidity (特に人格障害の有無) が対処過程と強く関連していた。彼らは、問題解決型対処か少なく情動中心型対処が多いことは、PD および MD 患者で不安や抑うつ症状に関係した共通の特徴で、これらの患者は苦痛を処理すること自体に多大の時間を費やしてしまい、苦痛を創り出し維持している環境を変えるための積極的なステップ (問題解決) へと進むことか出来ないと述べている。

Hoffart ら (8) は精神科の入院患者を対象に MD、広場恐怖、MD と広場恐怖の合併の 3 群について、coping (WCC を使用) を調べた。入院時、退院時および 1 年後にも追跡調査を行って症状の程度や治療 (主として精神療法) による変化との関連を見た。その結果、広場恐怖

患者と MD 広場恐怖合併患者は、MD 患者に比べ、SSS か少なく WT か多かった。また WT は全般的な精神症状のレベルと関連し、個人の入院時 (治療の前後) での相関がなく、SSS は症状の改善により増加したか入院時で相関 (治療による変化がないことを意味する) を示した。従って、WT と問題解決型は state の現象であり、SSS は state の要素と trait の要素の両方が結合していると考えられた。治療 (exposure と力動精神療法の併用) を受けた広場恐怖の患者群では、治療前の SSS のレベルか高いほど、また回避のレベルか低いほど、転帰か良好であった。彼らはまた広場恐怖患者の SSS の低値に関して、臨床観察では広場恐怖の患者には症状を恥して隠そうとする人と、容易に他人に明かす (reveal) 人かいるか、後者 (問題を他人と分かち合う人) の方が予後か良く、恥しめることは治療的介入の焦点になると述べている。

Vollrath ら (20) は地域の 29-30 歳の若成人を対象に、PA をもつ人 (PD および sporadic panic) の coping の特徴と PA による疾病行動 (医療機関の受診や物質の使用) について調べた。PA をもつ人は、他の不安障害および健常被験者に比べ、SSS、認知的回避、反芻を多く用いることか明らかになったか、疾病行動については明確な特徴は見られなかった。回避は Vitaliano らの WT などと同様に問題の解決には効果的でなく、かえって不安を高めること、反芻は不適応的 (maladaptive) coping の一つで女性で精神疾患を予測すると報告されている (12) ことなどから、これらは彼らの適応にとっても、また PD の転帰にとっても好ま



しいものでなく、SSSのみは適応的と考えられる(5)。従って、PD患者には、たとえ軽症であっても、回避や反芻などの不適応的 coping について理解し、それらをうち消す(counteracting)ような精神療法(認知行動療法)が有用としている。

その他の文献(2,3,9)を含め、概観したところをまとめると、PD患者の coping の特徴として、問題解決型対処か少ない(14,19)、情動中心型対処が多い(14)、WTあるいは回避が多い(2,3,8,9,19,20)、反芻(20)、自責(9)が多いなどがあり、これらは症状重症度や comorbidity によって増強し、治療(exposure 法などを含む認知行動療法)によって改善する可能性があることが指摘されている。またこれら PD患者に特徴的な coping は、消極的(negative)(3,9)、不適応的(maladaptive)(20)、などと表現され、積極的、適応的な coping と対比される。ただし SSSのみは適応的な coping とされるが、PD患者で多いという報告(20)と、少ない(8)、あるいは恐怖症の数と負の相関を示した(19)という報告があり、対立する所見が見られている。広場恐怖は回避と関連し、自己効力の向上(19)、あるいは SSS と関連させた解釈(症状を隠そうとするより、明かす(reveal し、SSS を用いる)人の方が転帰がよい(8))がある。

## 2 われわれの調査結果

PDの自験例について調べた結果を以下に示す。

### 調査対象および方法

対象は PD 群 67 例(男 25、女 42、平均年齢  $40.7 \pm 13.7$  歳)、大うつ病性障害(以下 MD)

群 53 例(男 24、女 29、平均年齢  $42.3 \pm 14.0$  歳)、および健常被験者群(男 140、女 175、平均年齢  $38.3 \pm 11.9$  歳)の 3 群 315 例で、PD および MD 群の患者は、いずれも 1997 年 11 月 1 日から 1998 年 10 月 31 日までの 1 年間に帝京大学医学部附属市原病院精神神経科を受診し、一定期間(1 年)以上外来通院中で症状経過を把握できた症例である。診断は診察時に各主治医により、DSM-IV に照らして今回のエピソードか PD あるいは MD の診断基準を満たすことを確認した。治療は統制せず各主治医の方針に委ねられているか(いわゆる naturalistic study)、全て薬物療法と簡易精神療法による通常の外来治療である。

3 群の性別および平均年齢は、いずれも女性が多く、健常被験者群、PD 群、MD 群の順に平均年齢が高くなっているか、3 群間に有意差はない。調査は上記の調査期間内に当科外来を訪れた被験者に、調査の趣旨を説明し同意を得たうえで、各主治医による面接、質問紙、および評定によって行った。測定には DSM-IV(MD)および DSM-III-R(PD)の重症度分類のほか、下記の質問紙および判定基準を用いた。

Coping の評価には、ラザルス式ストレスコーピングインベントリー(以下 SCI)(13)を用いた。SCI は 64 項目から成る自記式質問紙で、被験者に最近実際に体験したストレス状況(現病のストレスとは限らない)にどう対処したかを 3 段階で答えさせる形式のものである。64 項目の対処法は、2 つの対処ストラテジー(対処戦略)(問題解決型と情動中心型)のどちらかと、8 つの対処型(対処行動)(計画型、対

決型、社会的支援模索型、責任受容型、自己コントロール型、逃避型、離隔型、肯定評価型)のどれかに属し、得られた回答を「あてはまる」を2点、「少しあてはまる」を1点、「あてはまらない」を0点として集計することによって、どの対処ストラテジーあるいはどの対処型を用いる傾向か強い(あるいは弱い)か、即ち被験者かどのような対処様式をとっているかを数量的に把握することか出来る。

PD患者の転帰の評価には、A 寛解期がある、B まはらな受診で良い状態か維持されている、C 不安その他の症状か持続的に見られ、定期的な外来通院を必要としている、そのうち、C-1 通常の日常生活か可能、C-2 制限された日常生活を余儀なくされている、の4段階の分類を用いた。この転帰判定の基準は大まかなものであるか、症状の有無と日常生活への影響、すなわち広義のQOLを加味したもので、臨床的には簡便かつ有用なものである(高橋ら(15)、竹内ら(16))。今回の調査対象者にはAに該当するものはなかったため、全てBかCであるか、そのうちBとC-1を「転帰良好例」、C-2を「難治例」として全体を二分し、比較検討することとした。

統計処理には、2群間比較ではX<sup>2</sup>検定またはt検定、症状重症度との相関ではSpearmanの順位相関係数を用い、3群間比較では一元配置分散分析を用い、有意差を認めた場合は多重比較としてScheffe's F-testを用いた。2時点間の比較にはpaired t検定を用いた。なお有意水準は5%とした。

#### 調査結果

1 PD、MD、健常被験者3群間の coping の比

較

PD群、MD群、健常被験者群の3群の coping の得点を、各対処ストラテジーおよび対処型について比較したところ、PD群は健常被験者群に比べて、対処ストラテジーでは「情動中心型」の得点か有意に高く、対処型では「社会的支援模索型」と「逃避型」の得点か有意に高かった。このうち「社会的支援模索型」はMD群と比べても有意に高かった。また「逃避型」は、MD群も健常被験者群に比べ有意に高得点であった。

2 PD群 広場恐怖の有無による coping のち  
かい

PD群で広場恐怖を伴うものと伴わないもの  
の間で、前項と同様に coping を比較したところ、広場恐怖を伴うものは、伴わないものに比べて、対処型のうち「逃避型」の得点か有意に高かった。

3 PD群 症状重症度と coping との相関

PD群のDSM-III-Rによる重症度分類に順位  
をつけ、1-完全寛解、2-部分寛解、3-軽症、  
4-中等症、5-重症として coping の得点との間  
で相関を見たところ、PAの重症度と coping  
との間には、どの対処ストラテジーおよび対  
処型についても有意な相関は認められなかつ  
た。しかし広場恐怖を伴う群では、広場恐怖  
の重症度と対処型のうち「計画型」と「肯定  
評価型」で有意な負の相関を認めた。

4 PD群 転帰良好例と難治例の coping の比  
較

前述の判定基準によるPD群の転帰良好例  
は37例、難治例は30例であった。両群間に  
性、年齢の有意差はなく、広場恐怖を伴うも

のと伴わないものとの比にも有意差は見られなかったか、難治例の方が中等症以上の広場恐怖をもつものが多く、広場恐怖の重症度は有意に高かった。PAの重症度には有意差は見られず、難治例は広場恐怖の比較的重症度の高いものによって構成されていることかわかった。この2群の間でcopingを比較したところ、難治例は転帰良好例に比べて、対処型のうち「自己コントロール型」の得点が有意に低かった。

#### 5 PD群 初回調査と1年後の追跡調査でのcopingの変化

追跡調査を実施出来たPD患者43例について、初回調査と追跡調査におけるcopingを比較したところ、「社会的支援模索型」を除く全項目で追跡調査の方が得点が高く、対処ストラテジーでは「問題解決型」「情動中心型」の両者かともに有意に得点が増加、対処型では「計画型」「対決型」「肯定評価型」の得点か、やはり追跡調査で有意に高くなっていた。なお追跡調査を行った43例は、元のPD群全体67例と性比、平均年齢に有意差がないのみならず、広場恐怖を伴うものと伴わないものの割合やパニック発作、広場恐怖の重症度にも有意差はなく、かつ初回調査時のcopingの各項目の得点はPD群全体と有意差がなく対照群と有意差のあった項目も共通していた。すなわち追跡調査群はPD群全体の中で、あまり偏りのない一群であることがわかる。

以上の結果をまとめると、PD患者には対照群と統計的有意差をもつcopingの特徴が見られ、それは「情動中心型」の対処ストラテジーと、「社会的支援模索型」および「逃避型」

の対処型が高いことであった。またPD患者の中では、広場恐怖を伴うものは「逃避型」の対処型が高く、かつ広場恐怖が重くなるほど「計画型」や「肯定評価型」の対処型が低くなること、難治例では「自己コントロール型」の対処型が低いこと、などの特徴が見られた。またPD患者の1年後の追跡調査では、copingの有意な変化として、「問題解決型」「情動中心型」両方の対処ストラテジーの得点増加と、「計画型」「対決型」および「肯定評価型」の3つの対処型の有意な得点増加が見られた。

#### 3 調査結果と文献所見との比較—「情動中心型」「逃避型」SSSなどについて

以上の文献所見を、今回の調査結果と比較してみると、まず、今回の調査ではPD患者のcopingの特徴として、健常被験者に比べ、「情動中心型」、SSS、「逃避型」が有意に多かった。「情動中心型」は「問題解決型」と対照的な対処ストラテジーである。先行研究の多くが問題解決型が少ないことを指摘し(14, 19)、情動中心対処が多いとの報告(14)もあるところから、ほぼ一致する結果と言えよう。ただし今回の結果では、有意差は見られなかったものの、「問題解決型」も対照群に比べて高値を示しており、「情動中心型」とほぼ同得点であった。「情動中心型」が対照群に比べ有意に高いと言っても、対処ストラテジーの上で必ずしも情動中心型優位とは言えないように見えるが、問題解決型優位（「問題解決型」の得点 $\geq$ 「情動中心型」の得点）の症例と、情動中心型優位（「問題解決型」の得点 $<$ 「情動中心型」の得点）の症例数を、健常被験者群のそれと比

較してみると、PD群では情動中心型優位の症例の割合(56.7%)が健常被験者群(41.9%)に比べて有意に多く、やはりPD群は「情動中心型」が多いという結果であり、文献所見と一致していると言える。

「逃避型」が多かった点については、これは「(ストレスによって生じた)問題が好転する様子を空想した」に代表されるWTに該当する対処型であるところから、多くの先行研究の所見と一致する結果である。また広場恐怖を伴うものは伴わないものに比べ、「逃避型」が多かったことも同様で、PDあるいはそれに伴う広場恐怖と逃避型対処との密接な関係を裏つける結果と言える。逃避型対処はWTなどの認知的な逃避とともに、実際に生じた問題から逃げたり避けたりする行動上の逃避を含む対処である。また重症の広場恐怖を伴うものにおいて、「逃避型」を消極的 coping とすれば、その反対の「計画型」(「問題を解決するために慎重に計画を立てた」など)、「肯定評価型」(「困難に直面してかえって強い人間に変化し成長したと思う」など)の積極的 coping が少なかったことは、同じ現象の他の側面を示しているとも考えられる。この点は今回の調査で得られた新たな所見であった。

次に SSS が高かった点は Vollrath ら(20)に一致する結果であるか、PD の特徴としては Hoffart ら(8)、Vitaliano ら(19)と対立する所見であり、本研究結果の一つの特徴である。SSS は困難に際し情報的、实际的、あるいは情緒的なサポートを求めようとする coping で(「専門家の援助を得た」「信頼できる友人、知人に助言を求めた」など)、適応的な対処と

される(20)。Hoffart らは MD 患者と比べて広場恐怖の患者では低く、治療による症状の改善に伴って向上し、SSS が高いほど 1 年後の追跡調査で恐怖症の転帰が良かったと報告しており、Vitaliano らは PA または PD 患者で恐怖症の数が多いほど SSS が低下すると報告している。すなわち彼らによれば、SSS は PD の広場恐怖と関連が深く、症状の重症度によって低下し精神療法によって向上する可能性を持つ coping である。

今回の調査で PD 患者の SSS が健常被験者に比べて高く、Hoffart ら、Vitaliano らの結果と相違した理由の一つには、対象患者の重症度の違いがあげられる。著者らの対象とした患者は DSM-III-R の中等症から軽症のものか大部分であるが、Hoffart らの対象は精神科の入院患者であり、著者らの対象の方がより重症度が低いと推定される。著者らと同様に SSS が高いと報告している Vollrath らの対象も、地域の PD および sporadic panic のある人(PD には該当しない)であり、入院患者やプライマリケアの患者(Vitaliano らの対象患者)より軽症者が多いと考えられる。

また、SSS に関して Hoffart らと異なる今回の調査結果の特徴として、難治例での所見があげられる。難治例では、転帰良好例に比べて「自己コントロール型」(「気分には振り回されないようにした」「自分のいやな気持ちを外へ表さないようにした」など、自分の感情や行動を統制しようとする対処)が低かったが、この対処は、Hoffart らが広場恐怖で「症状を明か(reveal)し問題を他者と分かち合う」(SSS を用いる)方が予後が良く、症状