

を恥して隠そうとすることは治療的介入の焦点になるとした指摘と、一見矛盾する結果である。すなわち、Hoffart らの観察に従えば、難治例（広場恐怖の比較的重い例を多く含む）は転帰良好例に比べて「自己コントロール型」が高くてしかるべきはずであるが、事実とは逆であった。

この点に関しては、SSS は適応的ではあっても、周囲に依存する問題解決の方法であることが関係しているのではないかと著者らは考えている。著者らは先年、PD の外来患者の QOL を調べた調査で、PD 患者は健常被験者に比べて（6 つの領域の中で唯一）「自立のレベル」（level of independence）で QOL が有意に低下しているとの所見を得た（17）。「自立のレベル」領域には、移動能力、日常生活動作（ADL）、医薬品と医療への依存、仕事の能力などに関する QOL の各側面（facets）が含まれるが、中でも外来通院中の PD 患者にとって、「医薬品や医療への依存」はこの領域の QOL を左右する大きな要因と考えられた。「医薬品や医療への依存」は coping の観測から見れば、症状のストレスに対する SSS（社会的支援模索）による対処に相当する。そしてこの対処を用いることは、この領域の QOL の低下を意味するのである。すなわち SSS による対処は、ストレス対処の観測からは適応的な対処法の一つではあっても、PD 患者にとっては、自立性を犠牲にする（QOL を低下させる）点で好ましいものとは言えず、出来れば避けたい対処法であるという一面を持つ。この点か PD 患者における SSS の意味づけを一律の説明ではうまくいかないものにさせている由縁ではない

かと考えるのである。

次に、広場恐怖を伴うものは「逃避型」が高いとの今回の結果は、多くの研究者の報告と一致する所見であった。広場恐怖は PA の脅威に対する回避による対処そのものであることを考えれば当然のことと言えよう。広場恐怖が重いほど「計画型」（「問題解決のために慎重に計画を立てた」「うまくいくようにやり方を変えてみた」など慎重で計画的な問題解決的対処）や、「肯定評価型」（「困難に直面してかえって強い人間に成長したと思う」「他人に対して思いやりや親しみを感じるようになった」など、自己の人的成長にとっての肯定的な意味を見出そうとする）の対処型が低下することも、回避が消極的対処であることにより、これらの積極的で前向きな対処が減少することは肯ける。広場恐怖に対してはこのような対処の特徴を踏まえて、暴露療法などの認知行動療法に生かしていくことが課題になると考えられる。自己効力の向上や脅威の価値の切り下げが有効との示唆（4, 18, 19）も、これらの心理療法の有効性の根拠を説明していると言えよう。また Cowley ら（2）は PD の 12 カ月後の転帰の最も強力な予測因子は回避性 coping であったと報告するとともに、広場恐怖のみならずストレス全般に対する患者の回避性 coping の低下をはかるような治療の重要性を強調している。広場恐怖症状のみでなく、患者の生活全体を視野に入れた coping 指導の必要性を強調している点は、治療のうえで重要な指摘と思われる。

なお MD 群については、健常被験者群との間で、「逃避型」にのみ有意差が認められ（MD 群

か有意に高値)、その他の対処ストラテジー、対処型には有意差は認められなかった。PD群とMD群との間では、SSSで唯一の有意差を認めた(PD群か有意に高値)。すなわちSSSはPD群に高く、健常被験者群のみならずMD群との間でも有意差の認められる特徴的な所見と言える。

4 追跡調査について

PD患者をcoping調査で追跡した報告は非常に少ない(2,8)。今回の著者らの追跡調査は、全例かエントリー時既に発症後1年以上を経過しており、それからさらに1年後になお外来通院中であった症例についての調査であって、通常の転帰調査とは異なる。慢性期維持療法中のPD患者の2時点間の比較と言うべき調査である。しかしこのような症例は精神科外来では多数を占めており、臨床的には意味があると思われる。

結果は、1年後のcoping調査で、初回調査時に比べ、対処ストラテジーでは「問題解決型」「情動中心型」とちらも有意に得点が増加し、対処型では「計画型」「対決型」「肯定評価型」に有意な得点の増加が認められた。全体を眺めるとほぼ全ての項目で平均得点の増加が認められている。一般に多くの対処ストラテジーおよび対処型が高得点を示すことは、ストレスに対し、多種多様な対処法を利用していることを意味する。これは一般的には適応にとって好ましい態度と考えられており(10)、被験者らは全体として、ストレスに対し、より多くの対処ストラテジーおよび対処型を利用できるようになり、対処能力が向上している可能性を示すものと言えよう。

対処型で有意な向上が見られたのは上記の3つの型においてであり、これらは前述の慎重で計画的な問題解決的対処(計画型)や、自己の人的成長にとって肯定的な意味を見出そうとする対処型(肯定評価型)に加えて、より攻撃的な対処型である「対決型」(「困難に直面しても、逃げ出さず、自分の望みかかなうように努力した」「問題を起こした人に怒りをふつめた」など、ある程度リスクを承知で積極的に状況を変えようと努力する対処)から成り、いずれもいわゆる「前向き」な対処法である。広場恐怖に特徴的に見られた「逃避型」とは対照的な点か共通している。文献的に、Hoffartら(8)や、Cowleyら(2)が指摘したWT(われわれの「逃避型」)やSSSには有意な変化は見られず、問題解決型は増加したか、情動中心型も増加していた。Hoffartらとの相異は、一つは彼らの積極的な(入院)治療によると考えることか出来よう。他の理由としては、計画型、対決型、肯定評価型は、いずれも逃避型と対照的な前向きな対処であるところから、同じ事実の裏返しの現象と解釈することか出来るかもしれない。

このような変化(対処レパトリーの増加と前向き対処の増加)か、治療による変化か、闘病を通じた患者自身の自律的变化かについては、今回の患者では(PD)症状のレベルに有意な変化が見られなかったことから、治療によってもたらされたと言うよりも、患者自身が闘病を通して自ら獲得したものと考えべきかもしれない。しかし評価の対象となったPD症状以外の症状(comorbidityや全般性の不安など)では、何らかの治療効果があったこ

とも考えられるので、それに伴う変化も加わっていると考えられる。いずれにしても、PAや広場恐怖の重症度の明らかな変化の見られないところで、患者のストレス対処に大きな変化が進行している事実は注目に値すると思われる。

まとめ

ラザルス式ストレスコーピングインベントリー(SCI)を用い、MD および健常被験者を対照に、PD患者のストレス対処の特徴について調査した。PD患者は、対処ストラテジーでは情動中心型が、対処型では社会支援模索型(SSS)および逃避型が有意に高かった。SSSはMD患者に比へても有意に高かった。また広場恐怖を伴う者の方が伴わない者に比へて逃避型が高く、転帰良好例に比へて難治例の方が自己コントロール型が低かった。またPD患者の1年後の追跡調査を行ったところ、対処ストラテジーでは問題解決型、情動中心型ともに得点が向上し、対処型では計画型、対決型、肯定評価型の得点が高くなっていた。

以上から、PD患者はストレスに対し、情動中心型対処、逃避およびSSSを用いることが多いと言える。これらをPDの認知行動療法等の中で、より積極的な対処(問題中心型、計画型、対決型、自己コントロール型など)へと修正していくことが、不安恐怖場面への対処および適応にとって有効と考えられる。なおSSSについては適応に有利な一面と、QOL(自立のレベル)にとって好ましくない一面があることを指摘した。

D 考察

文献的考察は既に述べたので、ここではPD患者のQOLの低下防止のための条件と、ストレス coping 調査の治療的意義について検討する。

[1] PD患者のQOLの低下防止のための条件

上に概観したところをもとに、PD患者のQOLの低下防止のために必要な条件について考えると、以下のようにまとめることができる。(1) PDがQOLの低下をもたらすことへの認識を高めること。

PD患者のQOLは、疫学調査でも、臨床例の調査でも、一般健常人や慢性身体疾患患者に比へて低下しており、うつ病に匹敵するほどである。精神的健康感、社会的機能、役割機能などの低下が主なものであるが、労働能力の低下による社会的損失が大きいとの認識も必要である。先のMendlowiczら(22)は、不安障害がQOLに与える影響をについて理解を深めることは、それが深刻な精神障害であり、研究、予防、および治療への投資の価値があることへの一般の認識を高めることになるだろうと述べているが、まさに当を得た指摘と言えよう。

(2) プライマリ ケアにおける一般医への啓蒙と診断 治療技術の向上。

PDについての疾患概念や治療法の進歩が生かされるためには、医療において最初に患者との接点に立つプライマリ ケア医の役割が大きい。未治療のまま放置されているケースや、適切な治療が施されていないケースに対する取り組みにおいても同様である。一般医への知識の普及と診断 治療技術の向上をはかることが必要かつ効果的である。またその

際、PD か身体疾患以上に QOL の障害が大きいとの認識をもつことが重要である。

(3) 治療ではパニック発作だけでなく症状全体の解消をはかるべきである。

PD の治療では、基本症状であるパニック発作だけでなく、全般性不安や広場恐怖、抑うつなど随伴症状を含めた症状全体の改善か、QOL の改善には必要である。このことは治療成果の評価にも含めるべきである。

(4) 症状だけでなく患者の置かれている状況全体を視野に入れた治療が必要である。

QOL は疾患や症状以外の要因の影響を受けている可能性もあり、治療の際には、包括的尺度による QOL の評価や、年齢、教育程度、神経質などの要因も考慮に入れる必要がある。

(5) 闘病姿勢や、ストレス coping への働きかけ

たとえ経過が長期化しても、逃避的 依存的な coping が修正され、前向きな考え方や生き方が身に付くことにより、QOL の低下を防止し、向上をはかることが出来る可能性がある。

[2] ストレス coping 調査の治療的意義について

文献の概観を踏まえ、われわれの調査結果のもつ治療的意義について考える。

多くの文献が PD 患者の coping の特徴を指摘するとともに、それを精神療法特に認知行動療法に生かしていくことに言及している。対処ストラテジーを情動中心型優位から問題解決型へと変えて行く、対処型では特に不安状況を回避(WT など)することで対処している

点を改め、より積極的に直面していくよう求めて行くなどである。特に広場恐怖に対する暴露療法か、この占て理に適っている(自己効力の向上をもたらす)ことを指摘する研究者が多い(8,19)。その際、否認、打ち消し、価値の切り下げ、離隔などの対処が有効になるとの指摘が見られる(4,20)。回避の他には反芻、自責、症状を取って隠そうとする態度、などが症状の改善や予後にとって好ましくないとされる(8,9,20)。総して、ともすれば消極的、逃避的になりがちな coping を、出来るだけ積極的に前向きなものに変えて行くこと、Cox ら(3)の言葉を借りれば、“positive, action-oriented, non-escape”な方向へと導くことが、PD 患者の治療上好ましいと総括すること出来る。

今回の調査結果もほぼ以上の方向を支持するものと言えよう。多くの文献と基本的に一致する所見を得ていることに加えて、「計画型」「対決型」「肯定評価型」「自己コントロール型」などの特徴的対処が、上記の方向を別の面から補強する意味を持つと考えられるからである。また SSS が二面性を持つことに注目した治療上の修正(modification)も考えられる。すなわち、積極的対処(時にはリスクを伴う)に加えて、慎重さ(計画性)、ストレスが人生にとって肯定的な意味を持つことがある、専門家を利用(依存)することはあっても自立が重要(QOL にとって)、などである。具体的な治療法としては、専門的な認知行動療法はもとより、日常的な診療においても、患者教育による不安への直面化の必要性とその持つ効果の説明、薬物療法に際しても「薬物

を利用して coping skill の向上をめさす」との視座を持つこと、広場恐怖への暴露療法を応用した患者指導などに上記所見を生かしていくこと、などが考えられる。PD そのものへの対処に留まらず、日常生活の中で経験するさまざまなストレスやそれへの対処の如何か、間接的に症状 経過に影響を及ぼすとの観座に立ち、患者の生活全体を視野に入れつつ治療を進めて行くことか、当然のことながら基本的に重要である。

E 結論

以上の結果と考察から、今後の研究の方向性について、以下のように結論する。

パニック障害によって QOL が低下することは、これまでの研究によって明らかであるが、QOL の領域によって影響が異なることや、症状や経過との関係については、またよくわかっていない。また、治療によって改善することも確かであるか、どのような治療が QOL の改善により効果的か、QOL の各領域と治療との関係などが、今後の研究課題である。

パニック障害の発症や経過か、生物学的要因のみならず、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まだ非常に少ない。特に治療においては、症状や日常生活のストレスに対する患者の coping の如何が、経過や転帰に大きく影響することをしばしば経験するが、それを客観的、定量的に明らかにし、治療法に結びつけることが必要である。

また、ストレスに対する coping のあり方は、

症状への影響を通して間接的に、あるいは認知行動療法などによる認知の変化を通して直接的に、QOL に関係してくることか考えられる。慢性疾患であるパニック障害の治療目標は、たとえ症状が残存していても、QOL が向上することにあるとも言えることから、両者の関連を研究することか重要である。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

1 論文発表

- 1) 竹内龍雄, 日野俊明, 林 竜介, 池田政俊, 長谷川雅彦, 花沢寿, 富山學人, 町澤理子
パニック障害患者の Quality of Life—予備的調査から— 精神医学 39 301-303, 1997
- 2) 竹内龍雄, 林 竜介, 池田政俊, 富山學人, 日野俊明, 花沢寿, 長谷川雅彦
パニック障害患者の Quality of Life—WHOQOL-100 を用いた調査から— 日社精医誌 6 149-158, 1998
- 3) 日野俊明, 竹内龍雄, 林 竜介, 池田政俊, 花沢寿, 富山學人, 長谷川雅彦
パニック障害患者の対処様式について—予備的調査から— 精神科治療学, 13 217-220, 1998
- 4) 日野俊明, 竹内龍雄, 池田政俊, 富山學人, 花沢寿, 張 賢徳, 鈴木和人, 林 竜介
パニック障害の対処様式について(続報)—「メタ式ストレス・ピッキング・イベント」を用いた検討— 精神科治療学 14 1403-1407, 1999
- 5) 竹内龍雄, 池田政俊, 日野俊明, 富山學人, 花沢寿
パニック障害患者の Quality of Life—WHOQOL-100 による追跡調査— 日社精医誌

9 23-26, 2000

6) 竹内龍雄 ハニノク障害患者の Quality of Life 貝谷久宣, 不安抑うつ臨床研究会編 ハニノク障害研究最前線, pp 79-95, 日本評論社, 東京, 2000

7) 竹内龍雄, 日野俊明 パニノク障害患者のストレス コーピング 貝谷久宣, 不安抑うつ臨床研究会編 パニノク障害の精神病理学 pp 93-114, 日本評論社, 東京, 2002

8) 竹内龍雄, 日野俊明 パニノク障害患者の coping と QOL 小椋 力編 精神障害の予防をめぐる最近の進歩 pp 288-289, 星和書店, 東京, 2002

9) Hino T, Takeuchi T, Yamanouchi N A 1-year follow-up study of coping in patients with panic disorder Comprehensive Psychiatry 43(4) 279-284, 2002

2 学会発表

1) 日野俊明, 竹内龍雄, 林 竜介, 池田政俊, 長谷川雅彦, 花沢寿, 富山學人, 松森基子 パニノク障害患者の対処様式について 第915回千葉医学会例会, 千葉, 1, 1995

2) 竹内龍雄, 日野俊明, 林 竜介, 池田政俊, 長谷川雅彦, 花沢寿, 富山學人, 町澤理子 ハニノク障害患者の Quality of Life 第16回日本社会精神医学会, 沖縄, 3, 1996

3) Hino T, Takeuchi T, Machizawa M, Hayashi R, Ikeda M, Hasegawa M, Hanazawa H, Tomiyama G Quality of life in patients with panic disorder The 11th World Congress of Psychiatry, Madrid, 8, 1996

4) 竹内龍雄, 林 竜介, 池田政俊, 富山學人, 日野俊明, 花沢寿, 長谷川雅彦 ハニノク障害患者の Quality of Life-WHOQOL-100 を用いた調査から— 第17回日本社会精神医学会, 東京, 3, 1997

5) Takeuchi T, Hayashi R, Ikeda M, Tomiyama G, Hino T, Hasegawa M Quality of life in patients with panic disorder A study using the WHOQOL-100 questionnaire 7th Scientific Meeting of the Pacific Rim College of Psychiatrists, San Diego, California, 5, 1997

6) 竹内龍雄, 池田政俊, 日野俊明, 林 竜介, 富山學人, 花沢寿 ハニノク障害患者の Quality of Life (続報) -WHOQOL-100 を用いた追跡調査— 第19回日本社会精神医学会, 福島, 3, 1999

7) 日野俊明, 竹内龍雄, 池田政俊, 富山學人, 花沢寿, 張 賢徳, 鈴木和人, 林 竜介 ハニノク障害患者の対処様式調査 第95回日本精神神経学会, 東京, 5, 1999

8) Takeuchi T, Cho Y, Hino T, Ikeda M, Hayashi R, Hasegawa M, Tomiyama G Quality of life in patients with panic disorder A 15 year follow-up study using the WHOQOL-100 questionnaire The 11th World Congress of Psychiatry, Hamburg, 8, 1999

9) 日野俊明, 竹内龍雄, 池田政俊, 花沢寿, 鈴木和人, 林 竜介, 張 賢徳, 富山學人 ハニノク障害患者の対処様式調査—1年間の追跡調査から— 第96回日本精神神経学会, 仙台, 5, 2000

10) Takeuchi T, Hino T Coping and quality

of life in patients with panic disorder
First Japan International Conference on
Early Intervention and Prevention in
Psychiatric Disorders, June 23, 2001,
Okinawa, Japan

H 知的財産権の出願 登録状況（予定を含む。）
なし

I 参考文献

(QOL について)

1) American Psychiatric Association
Practice guideline for the treatment of
panic disorder *Am J Psychiatry* 155[suppl
5], p 6, 1998

2) Antony MM, Roth D, Swinson RP, et al
Illness intrusiveness in individuals with
panic disorder, obsessive-compulsive
disorder, or social phobia *J Nerv Ment Dis*
186 311-315, 1998

3) Candilis PJ, McLean RY, Otto MW, et al
Quality of life in patients with panic
disorder *J Nerv Ment Dis* 187 429-434,
1999

4) Davidson JR Quality of life and cost
factors in panic disorder *Bull Menninger
Clin* 60 2 Suppl A, A5-11, 1996

5) Ettigi P, Meyerhoff AS, Chirban JT, et
al The quality of life and employment in
panic disorder *J Nerv Ment Dis* 185
368-372, 1997

6) 福原俊一, 高井一郎, 三浦靖彦 健康関連
QOL 測定による腎性貧血の治療評価 医学の

あゆみ 183(5) 349-354, 1997

7) Fukuhara S, Bito S, Green J, et al
Translation, adaptation, and validation of
the SF-36 health survey for use in Japan
J Clin Epidemiol 51(11) 1037-1044, 1998

8) Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, et
al The economic burden of anxiety
disorders in the 1990s *J Clin Psychiatry*
60 427-435, 1999

9) Hoehn-Saric R, McLeod DR, Hipsley PA
Effect of fluvoxamine on panic disorder *J
Clin Psychopharmacol* 13 321-6, 1993

10) Hollifield M, Katon W, Skipper B, et
al Panic disorder and quality of life
variables predictive of functional
impairment *Am J Psychiatry* 154 766-772,
1997

11) Katerndahl DA, Realini JP Quality of
life and panic-related work disability in
subjects with infrequent panic and panic
disorder *J Clin Psychiatry* 58 153-158,
1997

12) Katon W, Hollifield M, Chapman T, et
al Infrequent panic attacks psychiatric
comorbidity, personality characteristics
and functional disability *J Psychiatr Res*
29 121-131, 1995

13) Katschnig H, Amering M, Stolk JM, et
al Predictors of quality of life in a
long-term followup study in panic disorder
patients after a clinical drug trial
Psychopharmacol Bull 32 149-155, 1996

14) Katschnig H How useful is the concept

- of quality of life in psychiatry? In Quality of Life in Mental Disorders (ed by Katschnig H, Freeman H, Sartorius N) pp 3-16, John Wiley & Sons, Chichester, 1997(中根允文監修 精神疾患とQOL メディカルサイエンス インターナショナル, 東京, 2002)
- 15) 小室龍太郎, 岡 宏, 木谷知一, 他 ハニク障害患者の医療に関するQOL調査 精神誌 102 1130, 2000
- 16) 小室龍太郎, 岡 宏, 木谷知一, 他 パニク障害患者のQOL—治療前後の比較 精神誌 102 1130-1131, 2000
- 17) Kouzis AC, Eaton WW Psychopathology and the development of disability Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 32 379-386, 1997
- 18) Lecrubier Y, Judge R Long-term evaluation of paroxetine, clomipramine and placebo in panic disorder Collaborative Paroxetine Panic Study Investigators Acta Psychiatr Scand 95 153-160, 1997
- 19) Leon AC, Shear MK, Portera L, et al Assessing impairment in patients with panic disorder the Sheehan Disability Scale Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 27 78-82, 1992
- 20) Markowitz JS, Weissman MM, Ouellette R, et al Quality of life in panic disorder Arch Gen Psychiatry 46 984-992, 1989
- 21) Massion AO, Warshaw MG, Keller MB Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder Am J Psychiatry 150 600-607, 1993
- 22) Mendlowicz MV Stein MB Quality of life in individuals with anxiety disorders Am J Psychiatry 157 669-682, 2000
- 23) Michelson D, Lydiard RB, Pollack MH, et al Outcome assessment and clinical improvement in panic disorder evidence from a randomized controlled trial of fluoxetine and placebo The Fluoxetine Panic Disorder Study Group Am J Psychiatry 155 1570-1577, 1998
- 24) Pohl RB, Wolkow RM, Clary CM Sertraline in the treatment of panic disorder a double-blind multicenter trial, Am J Psychiatry 155 1189-1195, 1998
- 25) Pollack MH, Otto MW, Worthington JJ, et al Sertraline in the treatment of panic disorder a flexible-dose multicenter trial Arch Gen Psychiatry 55 1010-1016, 1998
- 26) Schonfeld WH, Verboncoeur CJ, Fifer SK, et al The functioning and well-being of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder J Affect Disord 43 105-119, 1997
- 27) Sherbourne CD, Wells KB, Judd LL Functioning and well-being of patients with panic disorder Am J Psychiatry 153 213-218, 1996
- 28) Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, et al Health-related quality of life in primary

- care patients with mental disorders Results from the PRIME-MD 1000 Study [see comments], JAMA 274 1511-1517, 1995
- 29) Starcevic V, Djordjevic A, Latas M, et al Characteristics of agoraphobia in women and men with panic disorder with agoraphobia *Depress Anxiety* 8 8-13, 1998
- 30) 竹内龍雄, 林 竜介, 池田政俊, 他 パニク障害患者の Quality of Life - WHOQOL-100 を用いた調査から - *日社精医誌* 6 149-158, 1998
- 31) 竹内龍雄, 池田政俊, 日野俊明, 他 パニク障害患者の Quality of Life - WHOQOL-100 による追跡調査 - *日社精医誌* 9 23-26, 2000
- 32) 田崎美弥子, 中根允文 WHOQOL-26 手引 金子書房, 東京, 1997
- 33) Telch MJ, Schmidt NB, Jaimez TL, et al Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients *J Consult Clin Psychol* 63 823-830, 1995
- 34) Vitaliano PP, Katon W, Russo J, et al Coping as an index of illness behavior in panic disorder *J Nerv Ment Dis* 175 78-84, 1987
- 35) Vollath M, Angst J Coping and illness behavior among young and adults with panic *J Nerv Ment Dis* 181 303-308, 1993
- 36) Weissman MM Panic disorder impact on quality of life *J Clin Psychiatry* 52 Suppl 6-8, discussion 9, 1991
- 37) Wittchen H-U, Essau CA Epidemiology of anxiety disorders In *Psychiatry* (ed by Michels R, Cavenar JO Jr, Brodie HKH, et al) vol 1, 31 1, pp 1-25, Lippincott, Philadelphia, 1993
- 38) World Psychiatric Association Panic Anxiety and Its Treatment p 25, American Psychiatric Press, Inc , Washington, DC, 1993
- (stress coping について)
- 1) Bandura A Self-efficacy Toward a unified therapy of behavioral change *Psychological Review* 89 191-215, 1977
- 2) Cowley DS, Flick SN, Roy-Byrne PP Long-term course and outcome in panic disorder A naturalistic follow-up study *Anxiety* 2 13-21, 1996
- 3) Cox BJ, Endler NS, Swinson RP, et al Situations and specific strategies associated with clinical and nonclinical panic attacks *Behav Res Ther* 30 67-69, 1992
- 4) Davey GCL, Burgess I, Rashes R Coping strategies and phobias The relationship between fears, phobias and methods of coping with stressors *Br J Clin Psychol* 34 423-434, 1995
- 5) Filipp S-H, Klauer T, Ferring D, et al Coping with life-threatening disease Some research problems and selected findings In Schmidt LR, Schwenkmezger P, Weinman J, et al (ed) *Theoretical and applied*

- aspects of health psychology 385-398, Harwood, Chur, Switzerland, 1990
- 6) 日野俊明, 竹内龍雄, 林 竜介, 他 パニック障害の対処様式について—予備的調査から— 精神科治療学 13 217-220, 1998
- 7) 日野俊明, 竹内龍雄, 他田政俊, 他 パニック障害の対処様式について(続報)—「ラサルス式ストレスコーピングインベントリ」を用いた検討— 精神科治療学 14 1403-1407, 1999
- 8) Hoffart A, Martinsen EW Coping strategies in major depressed, agoraphobic and comorbid in-patients A longitudinal study Br J Med Psychol 66 143-155, 1993
- 9) Katerndahl DA Illness attitudes and coping process in subjects with panic attacks J Nerv Ment Dis 187 526-566, 1999
- 10) Lazarus RS, Folkman S Stress, Appraisal, and Coping Springer Publishing Company, New York, 1984 (本明寛, 春木豊, 織田正美監訳 ストレスの心理学 認知的評価と対処の研究 291-350, 実務教育出版, 東京, 1991)
- 11) Marks IM, Grey S, Cohen D, et al Imipramine and brief therapist-aided exposure in agoraphobics having self-exposure homework Arch Gen Psychiatry 40 153-162, 1983
- 12) Miller PM, Surtees PG, Kreitman NB, et al Maladaptive coping reactions to stress J Nerv Ment Dis 173 707-716 1985
- 13) 日本健康心理学研究所 ラサルス式ストレスコーピングインベントリ—[SCI] Lazarus Type Stress Coping Inventory 実務教育出版, 東京, 1996
- 14) Roy - Byrne PP, Vitaliano PP, Cowley DS, et al Coping in panic and major depressive disorder -Relative effects of symptom severity and diagnostic comorbidity— J Nerv Ment Dis 180 179-183, 1992
- 15) 高橋徹, 藍沢鎮雄, 竹内龍雄, 他 不安神経症の難治性経過について—初期病像ならひに性格特性との関わり— 精神衛生研究 31 25-40, 1985
- 16) 竹内龍雄, 林 竜介 根本豊實, 他 パニック障害の病像 経過および転帰について—210 例の症例検討から— 精神経誌 95 855-861, 1993
- 17) 竹内龍雄, 林 竜介, 他田政俊, 他 ハニック障害患者の Quality of Life—WHOQOL-100を用いた調査から— 日社精医誌 6 149-158, 1998
- 18) Telch MJ, Brouillard M, Telch CF, et al Role of cognitive appraisal in panic-related avoidance Behav Res Ther 27 373-383, 1989
- 19) Vitaliano PP, Katon W, Russo J, et al Coping as an index of illness behavior in panic disorder J Nerv Ment Dis 175 78-84, 1987
- 20) Vollath M, Angst J Coping and illness behavior among young and adults with panic J Nerv Ment Dis 181 303-308, 1993
- 21) 山田久美子, 穂吉條大郎, 幸原るり子, 他 ハニックディスオーダーと coping 精神科治療学 9 957-960, 1994

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

医師向け研修用 VTR の作成

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教授

研究要旨

パニック障害の早期診断・早期治療のためには、発症初期に診療にあたる機会の多いプライマリケア医への啓発活動や、診断治療技術向上のための教育研修が重要である。本研究の目的は、そのための有効な医師向け研修用 VTR の開発である。本年度は pilot study として、診断、薬物療法、および集団認知行動療法について、模擬患者を用いた VTR を制作した。研修会で実際に使用し、評価を聞いたところ、有用性をもつことがわかった。特に、場面に応じて問題を提出し解答させる Q & A 方式は効果的であると思われた。ただし、VTR の内容はさらに改善の余地があり、その有効性の評価方法は、今後の課題として残されている。

A 研究目的

パニック障害の早期診断・早期治療のためには、発症初期に診療にあたる機会の多いプライマリケア医への啓発活動や、診断治療技術向上のための教育が、非常に重要である。診断治療の実技の教育研修には、VTR を用いた実地演習が極めて有効であるが、わが国ではこれまでそのような目的に適う VTR 製品はなく、その開発が本研究の目的である。

本年度は pilot study として、試作品を作成して研修会で使用し、反響を集約して、より有用性の高い製品の作成と、研修における効果判定の方法を探ることを目的とした。

B 研究方法

専門家である医師、臨床心理士、模擬患者、

VTR 制作専門家が集まって協議し、診断編、薬物療法編、集団認知行動療法編に分けて脚本を作成し、撮影を行って試作品を制作した。出来上がった VTR を、医師向けの研修会である「第 4 回千葉認知行動療法研究会」（2003 6 21、千葉）と、「第 6 回パニック障害セミナー」（2003 9 6-7、東京）で上映し反響を聞き取った。

なお、VTR の制作にあたっては、研修の実をあげるため、単に診療場面を供覧するだけでなく、問診内容に沿って問題を出し、参加者が答えを考え、その後で正解を示し、解説を行うという形式(Q & A 方式)を採用した。ただし試験ではないので、正解は一つとは限らず、正解以外でも自分なりの考えかあっての答であれば許容される。集団認知行動療法

編では各セッションの実際場面を提示した
（倫理面への配慮）

患者を出演させることはなく、また特定の患者をモデルとすることもしていない。患者をおとしめるような表現は用いていない。

C 研究結果

作成した VTR の内容は以下の通りである。実際の研修会では解答と解説を行っているのて、それも追加して示した。集団認知行動療法編は 10 回のセッションの内容を紹介するものなので、添付の DVD 映像のみに留めた。

2 回にわたる医師向け研修会で、本 VTR を上映した結果は、聞き取りによると概ね好評であった。特に Q & A 方式は考えさせるため、研修効果が高いと思われた。しかし詳しい評価を行っていないので、効果判定の方法論は今後の課題である。

[作成した VTR の内容]

I 診断編 1,3)

医師 お待たせしました。A さん(30 歳、女性)ですね。

問診票によりますと、「心臓がドキドキして快速電車に乗れない」とか。

いつからどのようにして始まったのですか。

患者 A 3 カ月くらい前です。その日は朝から何となくお腹の調子が悪くて、いつものように会社へ行く電車に乗ってしばらくして、

「あ、この電車はトイレかない。快速だから終点まで止まらない。トイレに行きたくなったらどうしよう」と思ったんです。そしたら急にドキドキしてきて、お腹も張ってきて、

命や汗か出て、必死にかましました。

それから快速電車には乗れなくなったんです。

医師 それは苦しかったですね。それで、その時はどうしました？

患者 A 終点でトイレに駆け込んだらまたそこが満員で、とうとう会社までがまんしました。でもその頃にはたいふ治まっていて、会社でトイレに行ったときは、いつもより少しやわらかい排便が少しあったたけてした。でもそのときの苦しさか忘れられなくて。

医師 その後もそのようなことか何回もあったのですか。

患者 A 用心していましたから、ひといいはありませんか、朝トイレに行く時間なくて出勤するときは、ドキドキします。

医師 なるほど。それで、快速でなく鈍行なら大丈夫なんですか。

患者 A はい。トイレへ行きたくなったらすぐ近くの駅で下りられますから。毎朝早く起きて鈍行で通っています。

医師 車の場合はどうですか。

患者 A 車だといつても止まれるので大丈夫ですが、渋滞のある高速道路はダメです。

質問 1 ここまでで考えられる診断名は？
最も可能性の高いものを 1 つ選べ。

- a 広場恐怖を伴うパニック障害
- b パニック障害の既往のない広場恐怖
- c 特定の恐怖症
- d 社会恐怖
- e 過敏性腸症候群

（解説 「トイレへ行きたくなったら、もし

行けなかったらとうしよう」という心配のため、トイレへのアクセスが困難な状況への不安と回避行動が見られる症例である。発症時には実際の腹部症状があり、その後も毎朝トイレに行かないと不安など、過敏性腸症候群（あるいは機能性腸障害(FBD)）の存在も疑われる。ただし、腹痛や下痢など身体症状の程度は不明で、精神的不安の方が強そうである。とすると、動悸、頻脈、発汗、腹部不快感を伴うパニック発作、またはハニノク様症状とも考えられる。初発時3ヶ月前の症状はパニック発作の基準を満たしそうである。そのために快速電車に乗れないなどの回避行動があるので、広場恐怖の可能性が高い。広場恐怖がある場合、それがパニック障害によるものか、ハニノク障害の基準を満たさず、パニック障害の既往のない広場恐怖とすべきかの鑑別が必要になる。今のところ、「予期しないハニノク発作」の繰り返しは明らかでないため、後者の可能性がより高い。

回避される状況がごく限られているなら、特定の恐怖症に該当する可能性もある。しかし、快速電車だけでなく、車や渋滞も対象になるなど、広がる傾向を示しているため、その可能性はやや低い。社会恐怖の症状は今のところ訴えられていない。従って、考えられる診断名は a, b, c, および e(合併症として)、最も可能性の高いのは b ということになる。ただし DSM-IV によると、b は実際には非常に少なく、大部分が a とされる。それを確かめるための問診が必要であるか、a, b とどちらも正解としてよいであろう。c もおまけの準正解)

質問 2 診断を決めるために、次にどのような質問をすべきか。複数回答(3つ以内)可。

- a 他の状況でハニノク発作があるかどうか
- b 予期しないハニノク発作があるかどうか
- c 同伴者がいれば大丈夫かどうか
- d 予期不安があるかどうか
- e 腹痛または腹部不快感か、排便により軽快するかどうか

(解説 上に述べた理由から、鑑別診断のためには次にどのような質問をすべきかという問題である。鑑別のためにはすべての項目が参考になるか、予期不安についてはすでに明らかなので、すぐに質問する必要はない。広場恐怖を伴うパニック障害と診断するためには「予期しないハニノク発作」の繰り返しがあるかどうか必須で、それかあればパニック障害の既往のない広場恐怖は否定される。特定の恐怖症を否定するためには a の質問が必要である。c は広場恐怖の特徴を確かめる質問か、既に明らかなので必要度は低い。しかし社会恐怖では同伴者がいることでかえって不安が高まる場合があるので、鑑別に役立つ。社会恐怖症状は今のところ訴えられていないか、他の不安障害(IBS にも)に合併することが多いので、念のため質問しておく意味はあるであろう。e の質問は過敏性腸症候群の診断に必要である。正解は a, b, e のどれかまたはすべて)

医師 乗り物以外の場所で同ような症状が起きたことがありますか。

患者 A 会社の人とレストランで食事をして

いて、「ここで気持ち悪くなったらとうしよう」と思ったらトキトキしてきて、トイレに駆け込んだことがあります。それ以来、家族以外の人と外食するのが不安で、避けています。

医師 一人ではどうですか。

患者 A 一人の時は大丈夫です。

医師 電車は、一人の時と誰かと一緒の時と違いがありますか？

患者 A 家族と一緒になら大丈夫です。そうでないときは一人の方が気が楽です。他人と一緒にたと、どうしても人に迷惑をかけるのではないかと、恥をかくのではないかと気を遣ってしまうのです。

質問3 ここで明らかになった症状はどれか。
複数回答(3つ以内)可。

- a 予期しないパニック発作
- b 状況結合性パニック発作
- c 社会恐怖
- d 不潔恐怖
- e 回避行動

(解説 「トイレへ行きたくなったらとうしよう」という心配は、乗り物だけでなく、他人と食事をするなど、社会的な状況への不安と回避行動をもひき起こしていることが明らかになった。社会恐怖があり、その一種である会食恐怖が見られる。この時のパニック発作は、状況と関連した(cued)ものなので「状況結合性パニック発作」と考えられるか、レストランでの最初の発作は予期されなかったのて、「予期しないパニック発作」とすべきとい

う考え方もあり得る。しかし cue のみならず、不安の焦点(focus)か、「そこで恥をかくこと」であるところから、やはり b とすべきである。正解は b, c, e)

医師 トイレを気にする必要のないところなど、何も心配ない状況で、強い不安の発作に襲われたことはありますか？

患者 A あります。夜、家でテレビを見ていて、急にトキトキしてきて血の気が引くような感しかしたことがあります。横になっても自苦しいので、外へ出て深呼吸しているうちにおさまりましたか。

医師 何かきっかけはなかったのですか？

患者 A 別になかったと思います。

医師 今までに何回くらいそういう発作がありましたか？

患者 A 2,3回でしょうか。一度は救急車を呼んでもらおうと思ったほどでした。

医師 そういう発作がまた起きはしないかという心配がありますか？

患者 A はい、常にあります。

医師 内科などで精密検査を受けたことは？

患者 A ○○病院で心電図や血液検査などを受けたのですか、異常はないということでした。××病院で胃腸の検査も受けましたか、異常なしてした。

医師 そうですか。ところで、お腹が張ったり痛んだりしたときは、トイレに行けば治まるのですか。実際お通しかあるのですか？

患者 A はい。でも、そういう時もありますか、ほとんどは、いつでもトイレへ行けるところでは何ともなく、行けない状況だとお腹

か張ってきて行きたくなくなってしまうんです。

質問 4 ここまででわかった症状は？ 複数回答可。

- a 予期しないパニック発作
- b 状況結合性パニック発作
- c 広場恐怖
- d 社会恐怖
- e 過敏性腸症候群

（解説 言うまでもなく「予期しないパニック発作」の存在が確認されている。回数は多くないが、2 回以上で、繰り返されていて「広場恐怖を伴うパニック障害」に該当する。状況結合性パニック発作も前述の通り存在する。広場恐怖、社会恐怖も同様である。過敏性腸症候群は単なる症状名ではないか、その診断基準を満たすようである（排便によって軽快する腹痛、便通異常（下痢または便秘）、慢性（3ヶ月以上）が基準）。予期不安と密接な関連があり、予期不安の身体症状とも言えそうである。正解は a-e のすべて）

質問 5 診断名は？ 複数回答可。

- a 広場恐怖を伴うパニック障害
- b 広場恐怖を伴わないパニック障害
- c 社会恐怖
- d 特定の恐怖症
- e 過敏性腸症候群

（解説 「予期しないパニック発作」の繰り返しと、それへの予期不安、広場恐怖の存在が確認され、広場恐怖を伴うパニック障害と診断される。従って b は否定される。回避は明

らかにパニック障害のためなので、d も否定される。社会恐怖症状があり、その恐怖はパニック障害のみでは説明されないため、社会恐怖の診断が併記される。過敏性腸症候群の診断基準も満たすので、合併としてよいであろう。DSM-IV では「身体疾患に影響を与えている心理的要因」と III 軸に過敏性腸症候群が記載される。以上により、正解は a, c, e)

医師 今まで伺った症状や経過を総合しますと、パニック障害があり、それに加えて「トイレへ行きたくなくなったらどうしよう」という恐怖症、これは社会恐怖と過敏性腸症候群に該当しますか、それらと一緒に起きているようですね。どれも不安に関連した病気で、薬や心理療法で治すことか出来ます。これから治療についてご相談しましょう。

II 薬物療法編 2-7)

医師 とんな具合ですか。

患者 B(37 歳、男) 毎日発作があつてつらい状態です。

妻 ほとんど家から出ない状態で、私が買い物に行こうとすると、不安がって「何時に帰ってくる？」と、いちいち聞くんです。

質問 6 適切な処方

- a パキシル 10mg(分 1)
- b ソラナノクス 2 4mg(分 4)
- c ハキシル 10mg + ソラナノクス 2 4mg
- d ソラナノクス 2 4mg(分 4) + メイラノクス 2mg(分 1)
- e パキシル 30mg(分 1)

（解説 パニク発作が頻発しており、予期不安、広場恐怖も強い。抗うつ薬(SSRI)でパニク発作を抑制する必要はあるか、抗うつ薬は効果発現が遅く、初期には不安の増悪もあり得るので、抗不安薬(ベンゾジアゼピン)を併用する。パキシルは10mgから開始する。cが適当である。なお、抗うつ薬、抗不安薬はこれとは限らない。例として示した。)

医師 初診から2週間たちましたね。その後どんな具合ですか。

患者 B ずいぶん楽になりました。発作も軽いのか少しあるだけです。

妻 でもまた外へ出ないんです。ほとんど家で寝ている状態です。

医師 何か副作用はありましたか？

患者 B 少し眠いですか、気分的には楽です。

質問7 適切な処方

- a ハキシル 10mg + ソラナノクス 2.4mg
- b ハキシル 20mg + ソラナノクス 2.4mg
- c ハキシル 30mg + ソラナノクス 2.4mg
- d ハキシル 30mg + ソラナノクス 1.2mg
- e ハキシル 30mg

（解説 発作は軽減しつつあるが、またあり、予期不安、広場恐怖も強く、続いている。SSRI(パキシル)の効果が発現しつつあるか、また不十分であり、20-30mgへの増量が望ましい。予期不安、広場恐怖の強さから、ベンゾジアゼピンの併用は引き続き必要であり、

減量もまた早すぎる(なるべく早く減量すべきという考え方もあるか)。眠気は副作用(SSRIベンゾジアゼピン両方の)と考えられるか、不安の強い時期にはあまり苦痛感はなく、経過を見てよい。正解はbまたはc。dも準正解。)

医師 初診から4週間たちましたね。その後どうですか。

患者 B 発作は全然ないです。眠いのはまた眠いてすね。

妻 たいふ落ち着いてきたようです。一緒に買い物に行ったり出来るようになってきました。

質問8 適切な処方

- a パキシル 30mg + ソラナノクス 2.4mg
- b パキシル 30mg + ソラナノクス 1.6mg
- c パキシル 30mg + ソラナノクス 0.8mg
- d パキシル 30mg
- e ハキシル 20mg + ソラナノクス 2.4mg

（解説 パニク発作は消失し、他の不安も軽快しつつある。SSRI(パキシル)は維持しつつ、ベンゾジアゼピンを少しずつ減量していく。眠気の改善にもつなかる。bまたはcが正解。)

医師 初診から8週間たちましたね。その後いかがですか。

患者 B 順調です。会社にも行っていますが、フレノクスにしてもらって、空いた時間の電車に乗って通勤しています。混んでくるとまだドキドキしますね。混んだ電車を見送るこ

ともあります。

妻 前のように、休日にゴルフに行ったりは
しませんね。まだ遠出はイヤなようです。

医師 不安やパニックになることはもうない
のですか？

患者 B この間、風邪を引いたとき 1 回あり
ました。めまいかしたりて、一時ひとくて、
元に戻ってしまったかと思ったほどでした。
先生、薬は風邪薬と一緒にのんでもいいんで
しょうか？

質問 9 この一時的悪化の原因をどう考える
か。

- a ハキシルと風邪薬との相互作用による症
状悪化
- b ノラナノクスと風邪薬との相互作用によ
る症状悪化
- c パキシルの中止によるリハウンドないし
離脱症状
- d ソラナノクスの中止によるリハウントな
いし離脱症状
- e 風邪による体調不良が症状の再燃を招い
た

(解説 風を引いた時、パニック発作やめまい
など、今まで見られた症状の再燃や今までな
かった症状の発現が起きている。風邪症状や
風邪による体調不良が原因とも考えられるが、
最も注意すべきは、風邪薬との併用がいけな
いと自己判断し、抗パニック薬を急に中止し
たために起こるリハウンドないし離脱症状
(中止後発現症状)である。これはパキシル、
ノラナノクス両方とも可能性がある。通常の

風邪薬との相互作用か問題になることはなく、
そのことを事前に告げておくべきであった。

正解は c および d)

医師 前もって言うておかなくて申し訳あり
ませんでした。普通の風邪薬や胃薬と一緒に
のんでもかまいませんので、薬を急にやめな
いようにして下さい。おそらく急にやめたた
めの症状だったと思います。少しずつ減らし
ていけば大丈夫ですから、ご安心下さい。

質問 10 初診から 8 週後、適切な処方

- a パキシル 30mg + ノラナノクス 1 2mg
- b パキシル 30mg + ソラナノクス(0.4) 1
~3錠 頓用
- c パキシル 30mg + メイラノクス(1) 1~2
錠
- d パキシル 30mg + メイラノクス(1) 1~2
錠 + ソラナノクス頓用
- e パキシル 30mg

(解説 パニック障害の経過は順調で、パニッ
ク発作はなく、予期不安を伴う広場恐怖かま
た残っている状態である。発作がなくなっ
ても SSRI(パキシル)は当分(1 年以上)維持する。
ベンゾジアゼピンはしたいに減量するか、最
少維持量を併用する(a)、頓用とする(b)、短
時間作用型を長時間作用型に切り替えて中
止しやすくする(c, d)、などの方法がある。広
場恐怖に対しては認知行動療法を併用するの
が良く、その場合、ベンゾジアゼピンの頓
用を併用してもよいとするのか一般的であ
るか、好ましくないという考え方もある。合理的な

考え方に基づいていれば、a-e のとれを正解としてもよい。）

質問 11 「診断編」に登場した患者に対する現時点での治療法として、適切なものはどれか

- a ベンゾジアゼピン（ノラナノクス、メイラノクスなど）+胃腸薬（コロネル、桂枝加芍薬湯など）+患者教育
- b SSRI（パキシル）+暴露療法
- c SSRI+ベンゾジアゼピン+胃腸薬+患者教育
- d SSRI+ベンゾジアゼピン+胃腸薬+暴露療法（集団療法）
- e 患者教育+暴露療法（集団療法）+ベンゾジアゼピン頓用

（解説 広場恐怖を伴うパニック障害があり、状況結合性のパニック発作があって、予期不安、広場恐怖もかなり強い。加えて、会食恐怖の形をとる社会恐怖があり、過敏性腸症候群も伴っていて、トイレへのアクセスの不安も強い。治療の第一歩は、これらの症状とその成り立ちを説明することであり、不安の軽減である。パニック障害、社会恐怖両方の不安障害への治療薬として SSRI を用い、速効性のあるベンゾジアゼピンを併用する。過敏性腸症候群に対する薬物も患者の安心感を高める意味で併用する。心理療法も必要であるか、本格的な暴露療法は不安が軽減されてから開始すべきで、また無理である。まず患者教育が必須で、暴露療法が可能になったら、社会恐怖があるため、集団療法が有用である。正

解は c。）

Ⅲ NHK「心の相談室」からの問題

平成 15 年 4 月に放送された NHK 教育テレビ「福祉ネットワーク パニック障害は回復する」と言う番組で、パニック障害について視聴者から寄せられた質問に答えるコーナー（こころの相談室）があったので、その中から問題を作成した。

1（診断について）

32 歳、主婦

2 年半前、通勤中に満員電車が事故で途中停車したときに、「閉じこめられたらとうしよう」と不安を感じて以降、満員電車に乗ると不安を感じ、息苦しさ、のぼせ、冷や汗、とうきを感じるようになりました。当時は「妊娠中で過敏になっているのたろう」と思っていましたか、現在でも満員電車に乗ったり、車が渋滞にはまったり、エレベーターに乗ると同様の状態です。単に心配性なのか、閉所恐怖症なのか、パニック障害なのかよくわかりません。

問 A この症例をパニック障害と診断するために最も重要な質問はどれか

- a 不安が「死んでしまうのではないか」と思うほど強いものかどうか
- b 狭い場所だけでなく、広い場所でも強い不安を感じるかどうか
- c 妊娠する前にも同様の症状があったかどうか
- d 予期しない状況で同様の不安症状がある

かどうか

e 不安症状が平均月4回以上あるかどうか

(解説 パニク障害かどうかを決める最も重要な条件は、言うまでもなく、「予期しないパニク発作」の繰り返しがあるかどうかである。従って正解は d。閉所のみが恐怖の対象で、そこだけでパニク発作が起こる場合は「特定の恐怖症 状況型」である)

2 (薬物療法について)

36歳、女性

4年半前に発症し、症状が悪化。精神科でパニク障害と診断され、1年半前からSSRIを服用しています。大きな発作はほとんどなくなりましたが、体重が25キロ増えました。医師の指導のもと、薬の量を減らして運動を続けていますが、体重は減りません。不安です。

問B このような例に現れる可能性のある症状ないし障害で、他に注意すべきものはどれか

- a アルコール依存
- b 性欲低下
- c 過食症
- d 躁転
- e 自殺

(解説 三環系抗うつ薬の長期使用で体重増加の副作用が知られているが、SSRIでも見られ、paroxetineで多いと言われている。問題はSSRIの長期使用で見られる他の副作用について問うもので、bの性欲低下(射精遅延、オーガズム障害など)が正解である。欧米で問題視

されることか多いか、わか国でも問診すれば少なくない)

3 (心理療法)

49歳、男性

電車に乗る練習を何度もしましたか、成功していません。ヘッドホンカセットを聞くとか、ガムを噛む、思い切って恐怖突入という感しで乗ってみましたか、ドアが閉まったとたんに、とうき、自苦しさ、恐怖感で動けなくなります。信頼できる人と一緒に乗ってもらってもためでした。スーパーのレジに並ぶのは少し回復しています。どうすればよいのでしょうか?

問C この症例に対する治療ないし指導で最も適切なものはどれか。

- a 薬物療法の強化
- b 恐怖突入を繰り返す
- c 行動訓練目標の細分化
- d パニク日誌をつける
- e リラクゼーション法を身につける

(解説 自ら電車に乗る行動療法(暴露療法)を行っているもので、その努力自体は称賛すべきである。なかなか成功しない場合にどうすればよいかという質問であるが、いたずらに恐怖突入を繰り返し強い不安を体験していると、自信を喪失して逆効果となる。一旦退いて、薬物療法を強化し、不安を可能な限り低下させておいて、再度段階的に挑戦していくのかよい。このとき行動訓練目標を一層細分化することも一法である。リラクゼーション

ン法を身につけ、不安を感じたときの対処法とするのもよい。とにかく、小さな目標でもよいから成功体験を積み重ね、自信を回復することか、広場恐怖克服の要諦である。正解は a, c, e も可)

D 考察

今回の試作品の制作とそれを使った研修会の実施を通して、今後の課題として以下のようなかをあげることも出来ると思われる。

(1) 診断編では、典型的な例、やや特殊な例、複雑な例など、診断に難易度を付けた症例を用意する。

(2) (1)は薬物療法についても同様であるか、治療アルゴリズムの完成を待って、それに則った設問を用意することか望ましい。

(3) 診断や療養上の疑問など、患者からのさまざまな質問に答える形式の問題をふやす。

(4) 研修会での効果を評価するために、正答率についての調査、VTRの内容についての視聴者による評価、研修会全体についての受講生による評価などか必要である。

E 結論

模擬患者を用いたパニック障害の診断、治療の医師向け研修用VTRを制作し、研修会で実際に用いて有用性のあることかわかった。特に、場面に応じて問題を提出し解答させるQ & A方式は効果的であると思われた。VTRの内容および、その有効性の評価方法については、改善の余地がある。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

1 論文発表

1) 竹内龍雄 ハニノク障害の診断と治療——Q & A 方式によるビデオ研修（投稿中）

2 学会発表

1) 竹内龍雄 ハニノク障害の診断と治療—Q & A 第4回千葉認知行動療法研究会，千葉，2003 6 21

2) 竹内龍雄，清水采司 Q&A 方式によるハニノク障害の診断と治療—集団認知行動療法の提示を含めて 第6回ハニノク障害セミナー，東京，2003 9 6

H 知的財産権の出願 登録状況（予定を含む）

なし

I 参考文献

1 American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994

2 American Psychiatric Association Practice guideline for the treatment of panic disorder Am J Psychiatry 155[suppl 5], 1998（日本精神神経学会監訳 ハニノク障害 医学書院，東京，1999）

3 竹内龍雄 ハニノク障害（追補改訂版）新興医学出版社，東京，2000

4 竹内龍雄 パニック障害治療におけるベンゾジアゼピンの位置づけ—alprazolamを中心に 臨床精神薬理 3 1175-1188, 2000