

パニック障害の治療法の最適化と治療ガイドラインの策定

パニック障害を主とするストレス関連疾患に関する医療実態の調査

分担研究者	原井 宏明	独立行政法人国立病院機構菊池病院	臨床研究部
研究協力者	William T. O'Donohue	ネバダ大学レノ校	
	増田 暁彦	ネバダ大学レノ校	
	大内 清	ハートフル心療内科	
	橋本 加代	独立行政法人国立病院機構菊池病院	臨床研究部
	岡嶋 美代	独立行政法人国立病院機構菊池病院	臨床研究部
	尾澤 敬一郎	独立行政法人国立病院機構菊池病院	臨床研究部
	野口 由香	名古屋市立大学医学部精神科	

研究要旨

パニック障害などのストレス関連疾患は有病率が高く、“Common mental disorder”(一般によく見られる精神障害)と呼ぶことができる。一般には外来治療が可能な軽症精神障害であるが、有病率が多いこと、慢性に経過すること、身体疾患を含む他の疾患との合併が多く、合併することによって他の疾患の転帰を悪化させ、受診頻度の増加とそれに伴う医療資源の多用につながる事が知られている。

日本でも精神科外来受診患者、精神科クリニックが増加している。増加の大半はこれらの精神障害を理由とした受診者の増加によって説明ができる。一方、これらの疾患に対する治療は多様であり、不適切な治療が行なわれていることもある。

全体の計画に対して、SQIP(Stress related disorder treatment Quality Improvement Program, プライマリメンタルヘルスケアにおけるストレス関連障害のケアの質の改善)と名称をつけた。本年度はストレス関連障害の診療実態を知るために次のような研究、調査、事業を行った。1)メンタルヘルス関連に勤務する医師に対するアンケート調査、2)某心療内科クリニックについて診療状況の実態調査、菊池病院における診療状況調査、を行った。さらに、ネバダ大学医学部にて“統合的行動医学”を実践している、William T. O'Donohue教授を招聘し、今後の計画について議論した。

以上の結果から、ストレス関連疾患についての知識と医学知識を併せ持ち、認知行動療法を行うことのできる心理士を育成し、プライマリケア、プライマリメンタルヘルスケアの現場に配置する“統合的行動医学”の必要性があることが示唆された。

A. 研究目的

1) ストレスを理由とした受診者増加の問題

パニック障害のようなストレス関連障害は有病率の高いこと、日常生活に与える影響の大きいこと、また慢性化することが多いことから、生産性に対する影響・医療費に与える影響は大きい。またパニック障害のような身体症状が前面に現れる

精神疾患をもつ患者は身体疾患を心配するためにあちこちの医療機関を受診し、結果的に無駄な医療費が使われることになることが知られている(Roy-Byrne, Russo, Cowley, & Katon, 2003)。日本では国民医療費が高騰してきている(厚生労働省, 2005)。40代以下の年代層については、外来精神医療を受診する患者が増えている。過

去20年間の精神および行動症の障害に関する通院医療費の増加は顕著である(伊藤弘人 2002)。

2) 必要な対処

これらのデータをまとめると、パニック障害のようなストレス関連障害をもつ多数の患者に対する安くて適切な治療が必要とされることになる。言い換えれば、これからの課題は、高度かつ高価な医療技術を開発することではなく、医療技術をどう配分し、その費用をどう負担するかを検討することである。これから必要な医療技術は治療効果が優れているだけでなく、医療費全体や社会が負担するコストを軽減することができるものである必要がある。

この研究は有病率や受診率が高いストレス関連障害に対して治療アウトカムの面でもコストの面でも適切な医療を提供できるようにするためのモデルを提示することを目的とする。従って疾患の重症度以外にも全体を見渡すような医療コストや診断別の受診率などの臨床指標のデータが必要である。必要なデータはなにか、コストとして計算すべきものには何があるかについて同様な目的の研究を探した。米国における試みを見出し、研究者を招聘した。モデルにした米国における試みを紹介する。次に、日本の現状を反映するデータを得るために、代表的な医療機関サンプルを2箇所選び、医療提供者の医療提供行動を調査した。その結果の解析の一部を示す。

B. ストレス関連障害に関するコスト研究

1) “統合的な行動医学”によるコストオフセット

米国ではプライマリケアの段階で適切な行動保健サービスを専門にトレーニングを受けた心理士が提供することによって全体にかかる医療費を

削減することができることが証明されている(O'Donohue, Ferguson, & Cummings, 2002)。この現象をコストオフセットと呼び、どのような場合にこのような費用対効果の優れた医療が提供できるかについて検討が行われている。

医療経済学に関する米国におけるこれまでの研究によると次のようなことが分かっている。

- (1) 精神疾患は精神科専門医に、循環器疾患は循環器専門医に、内分泌代謝性疾患は内分泌専門医に、というような水平分業式の治療提供構造をとると、全体の医療費が増える。
- (2) 一部の患者が多くの医療費を使う傾向がある、具体的には6%の患者が全体の6割の医療費を使う。
- (3) 身体疾患に精神疾患が合併すると医療費を多く使う。
- (4) メタボリックシンドロームのような身体疾患の多くは生活習慣病であり、行動医学のアプローチによって管理することができる、すなわち適切な行動医学のアプローチによって身体的治療の医療費を削減できる。
- (5) 一カ所の医療機関において、医師と行動医学のトレーニングを受けた行動療法士がチームをつくって治療を行なうこと(垂直分業)によって医療費の削減と治療アウトカムの改善、患者満足度の向上、また医師の診療効率の向上をはかることができる。

この最後のような垂直分業の方法を、“統合的な行動医学”(Integrated Behavioral Healthcare)と呼び、米国において注目を受けるようになった。米軍と契約しているマネジドケア会社がこの方法を採用している(O'Donohue 2001)。このような方

法によって、1)患者の満足度が2.9から4.9に向上した(1まったく不満足, 5完全に満足の5点リカートスケール), 2)医師の満足度は4.9であった(5が完全満足), 3)うつ病などの症状指標が改善した, 3)医療費が20-40%減少した, ことが分かっている。医療費の減少の大半は、とくに救急や予定外の医療機関の利用が減少した結果であった。もともと医療をよく利用する高使用者については医療費の40%削減があった。具合が悪い、すぐに受診しないと大変なことになる、と考えて非計画的に受診する行動が減少し、計画的な受診が生活習慣のひとつとして維持されるようになったといえる。

循環器内科の請求学の30%はパニックの患者に使われているといわれている。これは医師側の行動、よくわからない訴え、なかなか良くならない訴えに遭遇したらとりあえず直ぐにできることをする行動と関連している。すなわち、その場できる診断や検査を総当たり式に行う、という行動である。パニック障害の患者が循環器内科を受診した場合にも同様なことが起こり、結果的に医療費の高騰につながる。内科医としては患者の不安や心配を解消するために行っていることであるが、逆に言えば医師が診断が不明な病態に接したときに感じる自分自身の心配や不安から逃れるために行っている診療行為であるとも言える。

統合的な行動医学によってコストオフセットと患者の満足度と治療成績の向上を実現するためにはこのような医師の行動をコントロールする必要がある。具体的には、1)医療行為のアウトカム(治療成績と患者の満足度)をモニタリングする、2)医師の医療行動をコントロールする、が必要である。後者に関しては、マネジドケア会社では、

ペイ・フォー・パフォーマンスと呼ばれる方法が用いられている。これは、診療成績が優れた医師、治療ガイドラインに沿って医療上の指示を行なう医師に対してボーナスを与え、不良な医師に対しては減給するというものである(植岡 2006)。

2) 日本の現状

一方、こうした研究や試みは日本語論文を検索する限り、日本ではあまり見られていない。日本は認知行動療法のような心理社会的治療の導入、普及が遅れ、世界の潮流から孤立している。このような遅れの原因として、専門技能を持つ人材の不足がある。認知行動療法を実践する主体としては通常は臨床心理士が考えられる。心理士の研修に関して、米国では臨床心理系大学院が約200あり、そのうち約半数が認知行動療法のプログラムを提供している。そして、その数は増え続け、若い教官ほど認知行動療法を専門にしているようになっている。一方、日本では、同様な大学院教育プログラムが150程度あるが、教官が認知行動療法を知っているところが約10箇所程度であり、実際の臨床教育もできる場所は1,2箇所しかないことがわかった(神村栄一, 新潟大学 談)。この背景には明治時代から、先端技術そのものの進歩は欧米にゆだね、日本としてはそれらの最先端の医学技術を当たり前のもので、普及が促進されるようにすればよいとしてきた日本の文化伝統がある。

現代の医療水準はそうした医学先進国からの技術の輸入で解決するレベルを超えている。日本語を話す心理士を海外から輸入することはできず、自前で育成する他にない。育成のためのコストは国民が負担しなくてはならない。医療技術の高度化とそこから生じる医療コストを国民の

間でどのように配分し負担するかという問題に対応していくのが医療保険システムであり、それについての医療経済学的研究が必要である。

医療技術そのものを医療経済学の視点から、積極的に改変していく試みが必要である。このような試みは行政から行われるのが望ましい。一方、行政としては実験的な試みを主体的に行うことは行政の原則に馴染まない。このような試みが実際に行われるようにするためには患者や家族側が積極的にイニシアティブをとることが必要だと考えられる。

平成18年2月6～19日にネバダ大学医学部の William O'Donohue 教授を招聘した。O'Donohue 教授は健康行動に関わる医療を扱う健康管理機構(HMO)のパイオニアであるカミングズ財団の中心的なスタッフである。健康行動に関わる医療を扱う健康管理機構(HMO)におけるカウンセラーに対するスーパーバイズを行っている。不安障害に関する医療経済に詳しく、関連する論文を多数発表している。今回のわれわれの研究に関してもスーパーバイズを受けた。実際の行動医学の訓練に必要な資料の提供を受け、その一部を日本語に翻訳した。それを別紙資料1として最後に添付する。

C. 研究方法

1) 診療実態アンケート調査

ストレス関連障害診療に関するアンケートを作成した(別紙資料 2)。ストレス関連障害に関する医師や心理士を対象にした講演会を数回実施し、その場所で配布し、結果を集積するようにした。講演会は、2005年10月から岐阜市や熊本市、広島県三原市、広島市などで行った。それぞれの講演会には20～60名の参加があった。

2) 診療実態調査

熊本市内の精神科・心療内科開業Hクリニックを対象に、2004年4月から2005年3月までの新患について、診療内容の調査を行った。面接スタイルについての行動観察を行った。診断、処方について診療記録から調べた。

菊池病院について、2004年4月から2005年3月までのストレス関連障害の新患について診療記録から調査を行った。

D. 研究結果

1) 診療実態アンケート調査

心療内科、一般内科、脳神経外科など25名から回答があった。年間の新患数は55～600人、ストレス関連障害の患者の割合 20～90%であることがわかった。精神科、心療内科と同様に脳神経外科にも同じ割合にてストレス関連障害の受診者があることが分かった。治療法としてはSSRI、ベンゾジアゼピン、スルピリドの併用が一般的であることが分かった。認知行動療法を使っていると述べる例が3人いたが、実際に行われている内容はわからなかった。特定の疾患や問題に特定の認知行動療法を用いている例はなかった。

2) Hクリニック調査

新患数は1031名であり、18～64歳が840人であった。主病名は、パニック障害が65名、不安障害が95名、抑うつ神経症、うつ病、うつ状態が704名であった。7割が“うつ”関連に診断されていることが分かった。院長によれば“レセプト病名”の意味合いが強い、ということであった。処方については、スルピリドが538名に主剤として処方されていた。他の抗うつ薬が主剤である場合に追加で出ている場合も含めると6割の患者にスルピリドが処方されていた。7割の患者には3種類以

上の向精神薬が処方されていた。

診療スタイルは特定の認知行動療法などを用いているものではなかった。粘り強く患者の訴えを聞き、その内容を聞き返すスタイルであり、クライアント中心療法に分類できるものであった。

院長に上記の結果をフィードバックすると次のような意見が得られた。

- スルピリド少量は開業クリニックにとって必須である。この処方ならば、2回目に患者が来てくれる。スルピリドを処方した患者は飲んだその日から少し良くなったという。初回にSSRI, TCAを出すと2回目は来ない。
- 治療ガイドラインについての希望については、パニックやうつは治せる自信がすでにあるし、患者もすでに病名を良く知っている。一方、これらの患者で、診療が慢性長期化する。治療を終結させる方法を知りたい。
- 診断分類では、強迫性障害、身体表現性障害、慢性うつに困っている。こうした患者を紹介できる場所を確保しておきたい。
- 個人立のクリニックであり、手間をかけずに効率良く診療したい。

3) 菊池病院調査

新患は569名、18～64歳は249名であった。ストレス関連は144名であった。主病名は、パニック障害が32名、抑うつ神経症、うつ病、うつ状態が95名であった。病名、処方医師ごとの差が著しく、全体の傾向を読み取ることが出来なかった。スルピリドについては、ほぼ全員の患者に処方する医師と、まったく使用しない医師とに別れ

た。

E. 考察と今後の計画

われわれはKatonらが示すように(Katon, Roy-Byrne, Russo, & Cowley, 2002), パニック障害のようなストレス関連障害に対してプライマリケアのその場所で効果的な認知行動療法の治療プログラムを導入することにより、専門医に紹介するような通常治療と比べて医療費を削減することができると考えている。熊本地域において実践できる体制を地域のクリニックや病院と作ることを計画している。具体的には行動医学のトレーニングをした心理士をプライマリケアのクリニックに派遣し、患者の治療へのアドヒアランス、生活習慣の変容などの行動医学的カウンセリング、並存する心の問題のカウンセリングを行うように計画している。

O'Donohue教授らが作成した、プライマリケアでも実行可能な、またプライマリケアでよく遭遇する痛みや身体症状、うつ、不眠などの問題に対する対処マニュアルを翻訳した。今後の研究計画についても継続的なサポートを得られる予定である。

治療は開始と維持だけでなく、終結も重要な課題である。心理社会的治療法の終結の仕方について、O'Donohue教授と検討することを計画している。

ストレス関連障害の特徴はさまざまであるが、患者自身で自分を治療する部分、セルフコントロールする部分があることが共通している。実際に受診する、専門家の援助をもとめる患者の場合は、セルフコントロールできる自信がない、必要と感じても方法が分からない、ことが多い。言い換えれば、セルフコントロールがうまくできないから

受診しにきた、と言える。

このような患者に対応するために、次のような特徴をもったマニュアルや資料を計画している。これらは、ストレス関連障害全体に関する資料と、個別の診断の資料からなっている。

1) 患者用資料

診断スクリーニングチェックリスト、心理教育資料、患者に出す宿題、セルフモニタリングシート

2) 医師用資料

面接のガイドライン、診断ガイドライン、服薬モニタリングチェックシート

3) カウンセラー用資料

認知行動療法の進行シート、患者に示すフリップカード

4) アセスメント資料

疾患別に標準的な自記式、面接による重症度評価があります。また全般的なQOL、治療に対する患者満足度を評価する。

5) コミュニケーションスキルトレーニングビデオ
面接トレーニングビデオを作成する。

今回協力の得られたクリニックについて今後、前向きな介入研究を行う計画である。H16年度の診療実態と比較し、そのデータがどの程度改善するかを調査する。

F. 倫理面への配慮

この研究は平成 17 年度独立行政法人国立病院機構 菊池病院研究倫理委員会の審査を受け承認されている。

G. 健康危険情報

なし

H. 研究発表

1. 論文発表

1) 原井宏明 臨床技法別「してはいけないこ

と」認知行動療法 2 つのケーススタディ,精神科臨床サービス 5,351-356, 2005

2) 原井宏明, 毛利伊吹. 社会不安障害の社会的コストへの影響. 社会不安障害治療のストラテジー. 小山司編 先端医学社, 東京. pp 27-33. 2005

2. 学会発表

1) 原井宏明ら.「OCD の会」(強迫性障害の患者サポートグループ) 他の患者の様子を観察することによって治療成績が改善するか? 第72回熊本精神神経学会, 熊本市. 2005/7

2) Harai, Hiroaki. Health Care Seeking Behaviors of Generalized Anxiety Disorder In Comparison With Other Anxiety; Treatment Implications From Behavioral Perspectives -Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder with problematic use of Anxiolytics; Case series- World Congress of Psychosomatic Medicine, Kobe, Japan. 2005/ 8

3) Harai, Hiroaki. Workshop on “MI for Anxiety”. MINT Forum, Amsterdam, Netherland. 2005/10

4) 原井宏明ら.「OCD の会」(強迫性障害の患者サポートグループ) 他の患者の経過を観察することによって治療成績が改善するか? 日本行動療法学会第31回大会, 広島. 2005/10

5) Harai, Hiroaki. Treatment Outcome of Obsessive Compulsive Disorder in a Japanese Mental Hospital - How does the system of health care provision affect

- empirically proven therapy?— 39th Annual Convention of Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Washington D.C. USA, 2005/11
- 6) 原井宏明. プライマリケアにおける認知行動療法とうつ. 第 45 回日本心身医学会九州地方会シンポジウム「心身医学におけるうつへの取り組み. 熊本. 2006/2
- 7) 原井宏明, William O'Donohue. 心身医学における認知行動療法の新展開, (1) 医療場面におけるコミュニケーションスキル: 健康行動の変化を起こすための面接, (2) ライフサイクルを通じた統合的行動医学: Biodyne モデル The Biodyne Model of Focused, Intermittent Psychotherapy throughout the Life Cycle. 第 45 回日本心身医学会九州地方会ランチョンセミナー. 熊本. 2006/2
- I. 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
- J. 参考文献
- O'Donohue, W. T., Integrated behavioral healthcare: Positioning mental health practice with medical/surgical practice. (2001). In N. A. Cummings, W. O'Donohue, S. C. Hayes & V. Follette (Eds.) (pp. xvi, 347). San Diego, CA, US: Academic Press.
- Katon, W. J., Roy-Byrne, P., Russo, J., & Cowley, D. (2002). Cost-effectiveness and cost offset of a collaborative care intervention for primary care patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 59(12), 1098-1104.
- O'Donohue, W. T., Ferguson, K. E., & Cummings, N. A. (2002). Introduction: Reflections on the medical cost offset effect. In N. A. Cummings, W. T. O'Donohue & K. E. Ferguson (Eds.), *The impact of medical cost offset on practice and research: Making it work for you: A report of the First Reno Conference On Medical Cost Offset*. (pp. 11-25). Reno, NV, US: Context Press.
- Roy-Byrne, P. P., Russo, J., Cowley, D. S., & Katon, W. J. (2003). Panic disorder in public sector primary care: clinical characteristics and illness severity compared with "mainstream" primary care panic disorder. *Depress Anxiety*, 17(2), 51-57.
- 厚生労働省. (2005). 厚生労働省病院報告平成 14 年版. 東京.
- 植岡健一. (2006). 米国医療: 3 つの新潮流. *日経メディカル*, 459, 51-57.
- 伊藤弘人. (2002). *精神科医療のストラテジー* 東京: 医学書院.

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

別紙 資料1

P106～120 に収録。

別紙 資料2

ストレス関連障害に関するアンケートのお願い

独立行政法人国立病院機構 菊池病院 原井宏明

不安やうつを主訴とし、対人関係に対する悩み、身体愁訴やパニック発作、さまざまな心配、恐怖を訴える状態は精神科や心療内科の日常臨床では、ありきたりの疾患です。患者様自ら不安や苦痛を訴え、医療機関に自ら治療を求めにやってくる患者様が毎年増加しています。外来に来られる患者様の診断の構成が一昔前とはすっかり変わりました。このように最近増えてきた症候群をストレス関連障害と呼ぶことにします。

一方、これらの領域の疾患の理解と治療の仕方は近年著しく進歩しました。従来は不安症状には抗不安薬を、うつ症状には抗うつ薬をという考え方が普通でした。現在は抗うつ薬が不安にも有効であることが知られるようになりました。また精神療法についても疾患や症状に特異的な認知行動療法などが有効だと考えられるようになりました。認知行動療法の中では、うつ病に対する認知療法、強迫性障害に対するエクスポージャーと儀式妨害、広場恐怖に対するエクスポージャーなどがよく知られています。

こうした疾患や治療について患者様の側も知識をもち、それらを希望して治療機関を訪れる方があります。また、こうした疾患や症状、治療方法に対する知識が医療関係者にいきわたっていない、あるいは教科書的な知識にとどまり、実際に使えるところまでには至っていない、ということがあるようです。医学研究と実践の間のギャップをどのようにすれば埋めることができるか、は医学研究者にとっての今日的な課題です。

今回の講演は、このようなギャップを埋めるためのものです。今回の講演が地域医療機関の皆様役に役立っているのかどうか、また、皆様にとって、ストレス関連障害に対する治療としてどのようなものが求められているのかを調べることにいたしました。

皆様からアンケートによってストレス関連障害についてのご意見をいただきたいと思います。よろしくご協力をお願いします。アンケートは会場にてお書きいただき、そのまま机の上においておかれてください。

調査の結果は、集計ができしだい、ご希望の方法で送付させていただきます。2006年4月ごろをめどにしております。

なお、この研究は、厚生労働科学研究費補助金によるこころの健康科学研究事業「パニック障害の治療法の最適化と治療ガイドラインの策定」主任研究者熊野宏昭(東京大学心療内科)の研究費の補助を受けています。

連絡先

独立行政法人国立病院機構 菊池病院臨床研究部
原井宏明

861-1116 熊本県菊池郡合志町大字福原 208

電話 096-248-2111 ファックス 096-248-4559

e-mail hharai@kikuti.hosp.go.jp

ストレス関連障害診療実態アンケート

- 1) お名前 _____ 先生
- 2) 所属医療機関 _____
- 3) アンケート結果の連絡方法についてご希望のものに丸をつけてください。
①電子メール _____ @ _____ ②ファックス() _____ ③郵便
- 4) 主な診療科 _____ 科
- 5) 一年間に新患の患者はどのくらい診療されますか？ _____ 人
- 6) 不安や気分の落ち込み、いらいらを主訴とし、身体愁訴やパニック発作、さまざまな心配、恐怖を訴え、自分から治療を求めて来院する患者(ストレス関連障害)は、新患のうちどのくらいの割合ですか？ 当てはまるところに印をつけてください。
-----0%-----20-----40-----60-----80-----100%
全くない 全員
- 7) 最初から、自分の病名を自分で診断して治療を求めてくる方は、新患のなかでどのくらいの割合ですか？
0%-----20-----40-----60-----80-----100%
全くない 全員
- 8) 上記の患者(ストレス関連障害)のうち入院する患者は一年間でどのくらいですか？ _____ 人
- 上記のような患者様を診療される方にお聞きします。
- 9) 診断や評価についてはどのようにして行われていますか？また、困難を感じられることはありますか？
- 10) 診断としてはどのような疾患が多いでしょうか。多い順序に書いてください。病名はどのようなものでもかまいません。
1 番 _____ 2 番 _____
3 番 _____ 4 番 _____
その他 _____
- 11) こうしたストレス関連障害には、どのような薬や治療法を主に使われますか？
- 12) こうしたストレス関連障害の患者様に対する診療の密度はどのくらいでしょうか。患者様自身が自分から急にこられる場合も含みます。普通の典型的な患者様を想定してください。
a) 診療密度(電話再診も含みます)について当てはまるものに○をしてください。
1) 週に2回以上 2) 週に1回 3) 月に2回 4) 月に1回以下
b) 治療期間について当てはまるものに○をしてください。
1) 1ヶ月以下 2) 3ヶ月以下 3) 1年以下 4) 期間を特にさだめず、継続する

次のページにもお答えください⇒

13) 上記のような患者様をどのような場合に他の医療機関に紹介されますか？

14) 患者様から特定の薬や治療をしてほしい、と要求されることはありますか？

15) パニック障害の研究班(熊野班)では診断や治療、マネジメント全体についてのマニュアル(治療ガイドライン)の作成を検討しています。以下にストレス関連障害としてよく取り上げられる病名をリストにしています。これらの中で、治療ガイドラインが必要である、読みたいと思われる順番に()内に1から数字をつけてください。

パニック障害	順位	()
うつ病, うつ状態		()
適応障害		()
身体表現性障害(疼痛, 体感異常, 心気症など)	()	
社会不安障害, 社会恐怖, 対人恐怖		()
強迫性障害, 強迫神経症		()
自律神経失調症, 心身症		()
不安障害, 不安神経症, 全般性不安障害,	()	
不安抑うつ状態, 不安症		()
抑うつ神経症		()
不眠症		()

上記について、1をつけられたのは、どのような理由からでしょうか？

16) 治療ガイドラインがあるとしたら、どのようなものが必要だと思いますか？

17) ストレス関連疾患に対する認知行動療法についての研修会を企画しています。認知行動療法に関する教育や研修があれば、受けたいと思われますか？また、どのような内容があると良いと思われますか？

18) その他、何かご意見があれば、お知らせください。

ご協力ありがとうございました

大うつ病、パニック障害、物質乱用、ADHDを治療するための

エビデンスに基づく実務ガイドライン 実践用リソース：

統合された行動ヘルスケアへの適用

O'Donohue, W., Cummings, N., Cucciare, M. A., Cummings, J., & Runyan, T.

統合された行動ヘルスケア：入門およびリソースガイド

(翻訳 原井宏明)

本章では、大うつ病、パニック障害、物質乱用、小児ADHDを治療するための臨床実務ガイドラインを中心に、統合された場面で精神療法を実施する場合の基本理念を紹介する。最初に、下記の理念について論じる。

- (1) 治療提供の段階ケアモデルとフルクリニカルフォーカスモデル
- (2) グループセラピーと短期的個別セラピー
- (3) 精神疾患の診断
- (4) 精神科の紹介
- (5) 質の向上

次に、代表的な四つの精神疾患の評価、治療、管理について論じる。

統合された場面における精神療法の基本理念

段階ケアモデル

本章では、段階ケアを中心とした治療提供の規約を取り上げる。段階ケアモデルの場合、患者は一連のケアを受ける。ケアは最小限の集中治療から始まり、患者に必要な治療レベルに応じて、治療教材、治療法、モダリティへと段階的に拡大していく。病状(あるいは病状の程度)によっては、読書療法(たとえば図書、テープ、CD、コンピュー

409

- 若い(たとえば18~25歳)物質乱用患者には、できるだけ侵襲的でない治療(たとえば教育)を施し、医療サービスの「高頻度利用者」はフルクリニカルフォーカス(次のセクション参照)の対象とする。
- 一般的な行動健康問題(たとえば抑うつや不安)の軽い症状を示す患者には、まず読書療法を勧め、治療効果を見極めるため1ヶ月以内にフォローアップアセスメント(電話など)を予定する。
- 読書療法の効果が見られなかった患者は、次の治療レベル(たとえばグループへの参加適性)を見極めるためBCPを紹介する。

フルクリニカルフォーカスモデル

フルクリニカルフォーカスモデルの場合、患者は、複数の病状に対処する包括的な治療計画の対象となる。具体的には、治療アドヒアランス、ライフスタイルの改善、疾病管理などの健康心理学的処置だけでなく、抑うつ、パニック障害、物質乱用、人格障害などの精神疾患の処置にも習熟したベテラン臨床医が、身体および精神に関わる幅広い問題の評価と治療を行う。治療は個別に行われるが、うつ病のように発症率の高い問題についてはグループ方式で行う場合もある。それでも、従来の専門的メンタルヘルスケアよりは問題解決集中型で問題指向性の強い治療法である(『Cummings & Sayama, 1995』参照)。

臨床処置

- 患者が身体症状(たとえば糖尿病)を訴えた場合、それぞれの持病に関する心理教育パンフレットや図書を与え、評価を受けさせるためにBCPを紹介する。

411

タプログラム)など、ヘルスケア専門家を必要としないセルフヘルプ教材を活用した治療を行う。それ以外の病状には、博士または修士レベルの臨床医などヘルスケア専門家のエビデンスに基づく治療法を用いる(Hayes, Barlow, & Nelson-Gray, 1999)。そのほか、このモデルに一貫している点として、所与の病状に複数レベルのケアを適用する。

以下に段階ケアによる治療例を示す。ジョーは無症状性うつ病に悩む32歳の大学生患者である。彼の症状がうつ病の病状と一致した場合、行動ケア提供者(BCP)はまずジョーにセルフヘルプ書(たとえば『Feeling Good: The New Mood Therapy by David Burns, 1999』)を読むように勧め、所定の期間で症状を評価(つまりフォローアップアセスメント)して治療の効果を見極める。ジョーの抑うつ症状が消えない場合、あるいはジョーがセルフヘルプ書を読もうとしない場合、BCPは次のレベルの治療(たとえば行動活性化)を指示する。それはすぐに(たとえば15~20分で)提出可能で、患者が理解しやすいものである。このレベルの治療で十分な効果が見られない場合、BCPはジョーをうつ病の精神療法グループに紹介し、そこで心理教育と認知行動療法を受けさせる。ジョーの症状が改善しない場合、個別セラピーを紹介する(注：一度に複数レベルのケアを指示することは段階ケアモデルに矛盾しない)。

臨床処置

- 総体症状の程度をもっと速く見極めるには、抑うつ、パニック障害、物質乱用など、一般的な行動健康問題の診断基準である『Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) (American Psychiatric Association 米国精神医学会, 1994)』を熟知する。

- BCPは患者と一緒に、対処すべき病状の優先順位を決めるため、患者の病状を階層化する。
- BCPは、患者が疾病管理グループセラピー、個別セラピー、グループセラピーのどれに適しているか調べる。

スクリーニング

参加者を慎重に選ぶことが、治療モダリティの成否を決めるカギである。慎重に選ばないと、脱落する比率が高まり、治療の意欲や希望を無くす患者も出てくる。たとえば、グループセラピストは、グループの参加者を決める前に参加候補者と(たとえば1~2回)会っておく。その目的は、(a)人間関係を作ること(これは初期の段階で参加者をグループから脱落させないために役に立つ)、(b)患者にグループの目標をはっきり理解させること、(c)治療に関する患者の疑問や心配に対処することにある。スクリーニングの結果、不適切な患者はふるい落とし、紹介元のプライマリセラピストに返してセルフヘルプ教材を与えたり個別セラピーを受けさせたりする。

臨床処置

- 行動改善に対する患者の動機づけ、および自助努力や個別治療またはグループ治療への参加の意志を評価する。
- 治療モダリティの指示に関する患者の疑問や心配に対処する。
- 読書療法や個別治療またはグループ治療の利点、こうした治療によって期待できる効果について患者に説明する。
- 選択された治療モダリティについて、患者のプライマリケア提供者と話し合っ

412

- 指示された治療モダリティとフォローアップの日付を患者のカルテに記録する。

グループセラピー

グループセラピーは、統合された場面における精神療法の重要な要素である。患者が個別セラピーを妨害しようとする(たとえばセラピーが必ず失敗するような行動をとる)場合、社交能力が不足している場合、世界で自分と同じ悩みを抱えた人間は誰もいないと考えている場合、これを通常化するにはグループ療法が有効である。たとえば、パニック障害の患者には、同じ症状に悩んでいるのは世界で自分一人だと感じている人もいる。このような場合、同じ症状を抱えている他の患者からサポートやノーマライゼーションを受ければ治療に役立ち、グループ療法ならこれができる。

臨床処置

- 暗黙契約や実情診断を特定して、治療への抵抗に対処する(「バイオダイナミクス」の章を参照)。
- グループ治療の利点を説明する(社会的支援、他の人から理解してもらえらるなど)。
- Axis II 障害(『Cummings & Sayama, 1995』参照)や何らかの身体的合併症(糖尿病や慢性的痛み)を除外する。たとえば、患者がうつ状態であると同時に糖尿病と診断されている場合、その患者を疾病管理グループに紹介し、糖尿病とこれに伴う抑うつに対処する。

413

はしない。患者は「新たな」問題が現れたら治療を受けにくるように勧められる。こうしたプロセスはプライマリケアの医師と患者との関係とよく似ている。つまり、患者は生涯を通じて様々な病気の治療を求めているのである。

臨床処置

- まず暗黙契約と実情診断を特定することにより、患者の抵抗に対処する(「10章」参照)。以下のことを常に自問する。
 - 患者はなぜ6ヶ月前ではなく今、セラピーを受けに来たのか?
 - 患者は治療に対して何を(暗に)求めているのか?
- 抵抗に対処することができたら、治療計画を策定する。患者との同意に基づき、治療目標を設定する。治療計画を契約書に書き込み、患者に署名させるとよい(患者によっては行動改善のモチベーションが高まる)。
- 定期的に宿題を出す(本書の「9章」参照)。
- セラピーの目標に対処できたら、患者に将来またセラピーを受けに来るように勧める。

精神疾患の診断

過小診断と過剰診断は、患者が受けるヘルスケアの質に影響を及ぼす(Chassin & Galvin, 1998)。精神疾患を過小診断すると、効果的な心理学的治療を施すことができない。たとえば、心理的な問題があると考えられる高齢者の約50%は治療を受けていない(Lebowitz et al., 1997)。また、大うつ病でプライマリケアを受診した患者のうち70%の人が過小診断されている(Coyne et al., 2002)。

415

短期の個別セラピー

短期精神療法は、統合された場面ではおそらく最も一般的な個別セラピーである。

「短期」とは、セッションの実施回数で言えば1~20回を指すが、実際に最も多いのは8~15回である。『Cummings and Sayama (1995)』によると、多くの患者は15回(以下)のセッションを希望するだけでなく、同じセッション回数で情緒面の健康と薬物利用の改善に相当の効果を示す(『Cummings & Sayama』24ページ)。

『Cummings and Sayama (1995)』は、統合された場面で短期精神療法を実施する場合の四つの理念について論じている。第一に、短期精神療法は精神病理および投薬のコスト削減に効果がある。セラピストの第一の目標は、できるだけ短い時間で患者の悩みを軽減する技術を磨くことである。当然ながら治療に抵抗する患者もいるので、セラピストは考えられる障壁の対処技術を磨く必要がある。通常、患者の抵抗を回避するには、主に(a)患者が今治療を受ける理由(実情診断)を特定する、(b)患者に治療を促す暗黙の理由、つまり言葉ではつきりと表現されない理由(暗黙契約)を特定する—という二つの手法がある(他の手法については「10章」参照)。治療計画の策定は、上記の理由のどちらかを特定した後である。第二に、短期精神療法は集中的に行い、行動の健康に関する患者個人のニーズに応じて治療法を変える場合が多い。宿題は、このモデルの有効性にとって大事な役割を果たす。宿題に標準的手順はない。宿題の内容や回数は患者の個別のニーズによる。第三に、患者には必要な量の治療を施す。患者のほとんどは15回以下のセッションで効果を示すが、約5~10%の患者にはもっと長期のセラピーが必要である(Cummings, 1977)。第四に、短期精神療法は、断続的に実施することができる。具体的に言うと、当面の問題について処置が済めばセラピーは中断するが、終了

414

汚名についての心配と逆転移は、セラピストによっては、精神障害の過小診断につながる。セラピストは、逆転移により特定の患者に強い絆を感じる場合がある。この絆には治療の協力関係を強めるという利点もあるが、それが患者に精神疾患の病名を付けるセラピストの気持ちに(おそらくは無意識に)影響を及ぼすため、セラピストの有効性が限定されることもある(Bugental & Sterling, 1995)。このような診断をする気持ちは、多くの(全部ではない)精神疾患に付随する社会的汚名に起因するところもある。とはいえ、精神疾患の過小診断は症状の悪化を招き、結果的に患者は苦しみ続けることになる。

過剰診断も、患者が受ける治療の質を制限する。セラピストの間で過剰診断がいかにか起こるかを示す一例として“ボーダーライン”というラベルの多用がある。これらは、セラピストが治療者の指示に従わないにも関わらず、病院を不規則に受診し続ける患者に対して不快を覚える際に使用する不正確な病名である。背景には患者に行動に対する偏見がある。この偏見を最小限に抑えるには、定期的な監督と同僚とのコンサルテーションが重要である。

臨床処置

- 逆転移が患者との関係に及ぼす影響を熟知する。
- 精神疾患診断基準 DSM-IV を熟知して、“ボーダーライン”のような個人的偏見を最小限に抑える。
- 患者の診断について確信がもてない場合、同僚や上司のコンサルテーションを求める。

人格因子と障害因子

416

ヒポクラテスによれば、問題そのものより問題のある患者を知ることが大事である。人格因子とは、患者の気質の中でも行動改善に抵抗する一因となる要素である。これには、知性レベル、権力への反発、価値(たとえば心身の健康の重要性を考えない)、治療への抵抗、自己主張(または自己主張の不足)、完全主義、健康についての信念、問題解決能力の欠如、能力不足などがある。禁煙運動を例に考えてみよう。我々は何年も前から、喫煙が健康に良くないことを知らされている。こうした抑止力(たとえば雑誌の広告、テレビのCM、ウェブサイト)にもかかわらず、健康を著しく害する変化が起きた後も喫煙を続ける人は多い。喫煙を継続する一因には、社会的権力への反抗(MacDonald & Wright, 2002)、健康を拒否する信念(Thompson, et al., 2003)、意志薄弱(Epstein, Botvin, & Spoth, 2003)などの人格因子がある。

障害因子は、『International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10) (World Health Organization, 1992)』や『DSM-IV multi-axial evaluation (e.g., diabetes or depression)』で採り上げられている病状である。これには、上記の診断方法によって見つかる診断可能な病状(または無症状の状態)、住居探しの問題、社会的支援や教育の不足、ストレスの存在などがある。

人格因子と障害因子との相互作用は、患者が受ける治療のタイプに影響を及ぼすことがある。たとえば、糖尿病で抑うつ症状があり、肥満でタバコを吸い、運動不足で自分のグルコース管理を正しく行わないような患者は、糖尿病の対処法に関するパンフレットをもらっても講習を受けても自分の行動を変えないかもしれない。このような患者には、まず認知行動療法によって抑うつをコントロールする技術や治療の抵抗因子に対処する手法を教えるとよい。

417

- たとえば、紹介された患者のグループ適性に関する提供者(たとえばプライマリケアの医師(PCP)、グループセラピストなど)の満足度、提供された医療サービスの効率に関するPCPの満足度
- 身体と精神の総体症状
- 医療サービスの利用
- データ収集日、モダリティ(たとえば電話)、収集したデータは、BCPが署名と日付とともに患者のカルテに記録する。

精神科の紹介

コンサルテーションリエゾン精神医学は、統合された行動ヘルスケアに不可欠である。病状によっては(たとえば統合失調症や双極性障害の場合)、投薬管理のために精神科のコンサルテーションが必要である。精神科のコンサルテーションは、精神科医が患者のカルテを調べることから始まり、患者の病状についてセラピストと協議し、患者とその親や保護者と治療方法について面談する。通常、患者が退院するまでは、投薬モニタリングを続ける。また、外来患者にもフォローアップ外来という形で投薬モニタリングを行う。地理的事情から外来が難しい場合、精神科が患者やその親のために近所の精神科医を探すこともある。

臨床処置

- 統合失調症や双極性障害の症状が見られる患者に、投薬管理のために精神科のコンサルテーションを指示する。
- 精神科は患者やその保護者と面談し、治療方法や予後について話し合う。

419

臨床処置

- 以下のことを常に自問する。
 - 指示された治療の有効性に影響を及ぼすのは人格因子か障害因子か、あるいはその両方か?
 - 人格因子または障害因子をもつ患者にとって、どの治療モダリティが最も有益か?
- 複数の障害因子または人格因子をもつ患者のため、治療目標の階層を展開する。
- この階層に応じて治療を指示する。

質の向上

プライマリケアの質の向上は、提供者と患者の希望も考慮しながら、最も効果的な治療を提供するための取り組みである。質を向上させる利点として、効率と価値の向上、新しい技術の開発、長期の方向付けが挙げられる(『Ferguson & O'Donohue, 2004』参照)。統合された場面で治療の質と満足度を高める方法の一つとして、データ収集がある。患者と提供者の満足度調査、症状軽減の措置、医療サービスの利用データは、保健医療サービスの質を高める上で参考になる(「2章」参照)。

臨床処置

- 下記に関する各患者のデータを収集する。
 - 医療サービスに関する患者の満足度

418

- 投薬モニタリングを外来によって定期的に行う。薬物の種類と投与量を外来の日時とともに患者のカルテに記録する。
- 精神科医は、薬物の副作用や陽性反応、患者の意見、その他の臨床に関する満足度を定期的に書き留める。
- 精神科医と行動保健担当者は、並行した治療計画と予測を確実なものとするために、上記の問題について頻繁に連絡をとり合う。

420

以下では、大うつ病、パニック障害、物質乱用、注意欠陥多動性障害 (ADHD) を治療するための、エビデンスに基づく実務ガイドラインを紹介する。これらの障害は、医療現場でヘルスケア専門家が直面する最も一般的な病状であり、それゆえに本章の中心テーマである。ただし、医療現場でヘルスケア専門家が直面する心理的問題はほかにもあるので、病状の理論的な知識、評価、治療に関する情報が入手できるリソースも本章の最後に記載する。

大うつ病

大うつ病とは？

下記の症状のうち、5つ以上が2週間以内に現れ、これまでの機能が変化すること。その症状には必ず、憂うつな気分、または関心や喜びの喪失が見られる (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994)。

- (ほぼ) 毎日が憂うつ
- 楽しいことに興味がわかない。
- 1ヶ月間で5%を超える体重の増減 (ダイエットによる減量は除く)
- ほぼ毎日の不眠 (または過眠)
- 精神運動性激越
- 疲労または活力喪失
- 無気力と罪悪感
- 集中や決断ができない。

421

除外するものは？

- 合併症による大うつ病の発現、物質乱用
- 大うつ病を発現させることのある一般的な病状 (甲状腺機能低下症、心筋梗塞、アルツハイマー病、パーキンソン病、脳腫瘍、多発性硬化症、貧血、産後、ガン、AIDS、代謝系の異常) [医師に相談](#)

効果的な評価に関係するものは？

- 抑うつ の 重度
- 自殺観念化
- 精神病症状の存在
- 躁病の発症歴
- うつ病の再発歴
- 物質乱用
- 病歴 (たとえば最近の健康診断日)
- 欠勤日数
- 生活ストレス要因
- 家族の支援

医療現場でうつ病のスクリーニングに用いる評価基準

- PRIME-MD Primary Care Evaluations of Mental Disorders-Depression Questions (2項目) (Spitzer et al., 1995)
- BDI-II Beck Depression Inventory-II (21項目) (Beck, Steer, & Brown, 1996)

423

- 死や自殺について考える。
- 症状が、臨床的に重大な苦境、あるいは職務や社会的役割、その他の重要な機能に障害を引き起こす可能性がある。
- 投薬の結果や病状ではない症状
- 死別では説明がつかない症状

抑うつに関する基本的事実

- 大うつ病の罹患率は、一般的には約2%~14%、プライマリケアでは5%~13%である。
- 不安障害、物質乱用、摂食障害、身体化 (たとえば頭痛やGI障害) など、心理的障害が同時発症することが多い。
- 一般的な合併症には、糖尿病、ガン、心疾患、HIV/AIDS、アルツハイマー病、パーキンソン病、脳卒中などがある。
- 発症年齢の平均は20代後半である。
- 大うつ病の発現は6ヶ月以上続く。
- 大うつ病に伴う最も深刻な問題は、自殺などの暴力行為である。
- 問題となる機能には、夫婦間や職務、社会に関わるもの、不健康な習慣や慢性疾患の管理不良もある。

評価法

- Zung Depression Rating Scale (20項目) (Zung, 1965)
- Ham-D Hamilton Depression Scale (23項目) (Kobak & Reynolds, 2000)

役に立たない評価法は？

MMPI、投影検査、神経心理テストなど、従来の心理テスト
うつ病の診断用マーカーや生理機能検査はない。

治療法

効果的な治療法は？

- 1) うつ病の症状や予後についての心理教育。うつ病の性質、症状、利用可能な治療モダリティについて患者に教育する。その例を以下に示す。
 - うつ病は、最も一般的で深刻な気分障害の一つである。うつ病にかかる気分が減入り、ときには職務能力や人間関係に支障をきたす。うつ病は、気分の変化、身体症状、特定の病気に関係している。正常人であれば、気分が変わっても、自分の気分やこれに伴う行動に対する自制心がある。ところが、うつ病になると自制心を喪失し、無力感や絶望、無気力に陥ることが多い。
- 2) セルフヘルプが有効である (下記のリファレンス参照)。
- 3) うつ病のグループ治療 (大うつ病のグループ CBT については『Free (1999)』参照)
- 4) 行動活性化 (個別の手法については以下の『Martell, Addis, & Jacobson (2001)』参照)

424

- 目標志向で行動するのをやめると憂うつになる場合がある。
- 行動活性化の目標は、うつ病患者の目標志向の行動を促すことにある。
- 機能分析によって、うつ病の環境「誘因」を特定する。患者はその誘因に反応(たとえば回避)する。
- 集中的に活性化を行うと、患者は目標志向の活動に取り組む。
- 課題を段階的に与えるのは、目標達成に向けて患者をさらに難しい課題に次々と取り組ませるための手法である。
- 自己モニタリングは、継続的に患者の気分と毎日の行動を追跡することである。

- 5) 下記の『Cognitive Behavior Therapy for Depression』(『Beck, Rush, Shaw, & Emery (1979)』と『Ellis & MacLaren (1998)』参照)は、CBTの治療内容を説明した実用的リソースである。認知の再構成の主な内容については、次章で紹介するパニック障害のガイドラインも参照。
- 6) 投薬(下記参照)

効果的なセルフヘルプ治療とは？

効果的な治療の諸要素を網羅した良書の一部を以下に示す。

1. Lewinsohn, P. M., Munoz, R. F., Youngren, M. A., Zeiss, A. M. (1992). *Control your depression*. New York: Fireside/Simon & Schuster. \$14.00
2. Burns, D. D. (1999). *Feeling good: the new mood therapy* (2nd ed.). New York: Avon Books. \$15.00

425

ベックの認知行動療法やエリスの論理情動行動療法も、豊富な実証に基づく評価の高い構造化セラピーである。

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press. (うつ病のCBTをセッションごとに実践する手順も記載)
- Ellis, A., & MacLaren, C. (1998). *Rational emotive behavior therapy: A therapist's guide*. San Luis Obispo, CA: Impact. (理論や手順, 事例, 多数の演習に関する情報も掲載)

これらは通常8~12回のセッションから成る短期のセラピーであり、うつ病とは何か、思考は行動にどのような影響を与えるか、よりよく生きるには思考や態度、想定、信念をどのように変えたらよいか...などをテーマにとり上げる。

有効な投薬療法は？ 医師に相談

最も有力な証拠が、三環系抗うつ薬(TCA)、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)、セロトニン/ノリエpineプリン再取り込み阻害薬(SNRI)、モノアミン酸化酵素阻害剤(MAOI)、Bupropionやトラゾドンなどの抗うつ薬の有効性を裏付けている。これらの医薬品は同じ効果があると思われるが、再発防止のため、どのように使用されているかは不明である。

副作用

1) 三環系抗うつ薬: 抗コリン作用(便秘, 口の渇き, 眼のかすみ, 尿閉), 眠気, 起立性低血圧, 心不整脈, 胃腸(GI)障害, 体重増

427

役に立つウェブサイト

- 1) Dr. Ivan's Depression Central: [あらゆる種類のうつ病性障害に関する情報や、大うつ病、躁うつ病(双極性障害)、循環気質、気分変動、その他の気分障害に最も有効な個別治療に関する情報のクリアリングハウス] <http://www.psych.com/depression.central.html>
- 2) Depression.com: [うつ病をコントロールする方法に関する事実や情報を提供するサイト] <http://www.depression.com/>
- 3) National Institute of Mental Health: [大うつ病, 気分の変化, 双極性障害に関する情報を提供するサイト。症状リスト, 考えられる原因, うつ病の診断法, 利用可能な治療法が分かる。] <http://www.nimh.nih.gov/healthinformation/depressionmenu.cfm>
- 4) WebMD: [うつ病の診断や治療法に関する情報がある] http://my.webmd.com/medical_information/condition_centers/depression/default.htm

効果のあるセラピストによる治療法は？

セラピーの実施単位は、個人でもグループでもよい。グループの方が費用効果は高く、相談者は他のうつ病患者のサポートも得られる。

- Martell, C. R., Addis, M., & Jacobson, N. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton & Company.

これは、うつ病を治療するためのエビデンスに基づく行動療法について論じた本である。著者によると、うつ病の治療では、(たとえば行動活性化によって)活性化を促すことが患者の考え方を変わると同じくらい効果がある。

- Free, M. L. (1999). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. Chichester: Wiley.

426

2) SSRI: GI 障害, Paxil (まれに抗コリン作用, 眠気, 体重増)

3) SNRI: 抗コリン作用, 眠気, GI 障害, まれに心不整脈

4) MAOI: 抗コリン作用, 眠気, 起立性低血圧(まれに心不整脈, GI 障害, 体重増)

5) トラゾドン: 眠気, 起立性低血圧, 体重増(まれに心不整脈とGI障害), Bupropion (まれに心不整脈とGI障害)

6) 薬物相互作用。特に飲酒との相互作用について注意する必要がある。患者が服用している他の薬をMDに知らせる。

最後に、抗うつ薬と精神療法を併用すると、一部のうつ病患者に最も効果的であることが分かった。精神療法はうつ病の治療に抗うつ薬と同様の効果をもたらし、その再発予防効果は抗うつ薬を上回ると思われる。

治療管理上のその他の問題

- 精神療法のプラス効果は、通常8~12週間で現れる。
- 精神療法の一般的なコースは、通常12回ほどのセッションである。
- 投薬のプラス効果は、通常6週間以内に現れる。
- 抗うつ薬の投与が効果的な患者には、回復の兆候が現れてから少なくとも6ヶ月間は十分な量の投薬を継続する。
- 4~6週間以内に改善の兆候を見られない場合、投薬量や介入の修正を行う。

治療法を選ぶ方法は？

- 薬の副作用の可能性を評価する。
- これまでの治療効果
- 患者の好み(たとえば精神療法と薬物療法のどちらを選ぶか)

428

- 治療費、所要時間 (患者とヘルスケア提供者の両者の立場から)
- 治療モダリティによるコンプライアンス (または治療アドヒアランス) の違い
- 身体の健康状態
- 自殺の危険性

パニック障害

パニック障害とは？

激しい恐怖、不安、不快、差し迫った破滅感などの不意な発現が繰り返し起こること。下記の症状のうち4つ以上が不意に現れ、10分以内にピークに達する (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994)。

- 動悸、心拍数の上昇
- 発汗
- 震え
- 息切れ、息苦しい感じ
- 息が詰まる感じ
- 胸の痛みや不快感
- 吐き気、腹部苦悶
- 目まい、立ちくらみ、失神
- 現実感喪失、離人症
- 自制心の喪失や発狂に対する恐怖
- 死の恐怖
- しびれ感、ちくちくする感じ

429

- パニック発作の後に残る不安は、数時間または数日間消えないことがある。
- 抑うつ、物質乱用、不安障害、人格障害などのコモビディティが多く見られる。
- パニック障害は、社会的引き込み、就労障害や就学障害などの著しい機能障害や広場恐怖を伴う。
- 米国の人口の1.5~3.5%が、一生のうちにパニック障害を経験する。
- あらゆる年齢層で発症する。治療に対して、子供も成人と同様に反応する。最初に発症する時期は、青年期の後半や成人期が最も多い。
- アフリカ系米国人の場合、高血圧や睡眠麻痺を伴う。

評価法

除外するものは？

- カフェインなど刺激物の生理的影響に起因するパニック
- パニックを引き起こす一般的な病状 (甲状腺機能亢進症、副甲状腺機能亢進症、クロム親和細胞腫、前庭機能障害、発作障害、一部の心疾患)。医師に相談
- PTSD など別の精神疾患でうまく説明がつかないもの

効果的な評価法に關係するものは？

- パニック発作の回数と重症度
- 予期神経症の重症度
- 広場恐怖症状の重症度
- パニックに伴う不合理な考え (たとえば「心臓発作による死」)
- 自殺の観念化
- 欠勤や欠席

431

- 悪寒、ほてり
- また発作が起こるのではないかと心配が1ヶ月も続く。
- パニックの結果に対する心配 (たとえば自制心の喪失、発狂、社会的屈辱に対する恐怖)
- 発作に起因する著しい行動の変化 (たとえば広場恐怖の回避)
- パニックは突発的に発現し、その多くは心肺症状をはじめとする激しい身体症状を伴い、内蔵への悪影響 (たとえば心臓発作) を心配する。
- パニックが起こると、多くの場合、パニック発作がまた起こるかもしれないという恐怖が持続する。パニックは、体内の生理的刺激をきっかけに発生することが多い。過呼吸は通常、パニック発作の前よりも後に起こる。
- パニック発作の可能性を減らしパニック発作が起きても安全なように生活を改善する能力が患者にあっても、恐怖がこれを全く無力化することもある。その例がパニック障害の広場恐怖との連合である。
- 患者の生物学的な不安感受性が高まる場合もある。
- パニックは不安 (全般性不安障害) とは違う。というのも、不安は突発的なものではなく、必ずしもパニックに伴う興奮の大きさを特徴とするわけではないからである。

パニック障害の基本的事実

- 慢性になりがち
- パニック障害と診断されるのは、男性より女性に多い。
- パニック発作は、通常は数分間で収まるが、1時間持続する場合もある。

430

- セルフケア
- 日常の社会的行動
- 抑うつ
- 物質の使用 (問題の一因となる刺激物と自分で服用する非刺激物の両方)
- 家族の支援と葛藤 (パニックや広場恐怖を強める)

医療現場でパニック障害のスクリーニングに用いる評価基準

- Panic and Agoraphobia Scale (PAS) (Bandelow, 1999)
- Panic Disorder Severity Scale (PDSS) (Shear et al., 1997)

役に立たない評価法は？

MMPI、投射検査、神経心理テストなど、従来の心理テスト
パニック障害を診断するための診断用マーカーや検査はない。

治療法

効果的な治療法は？

- 1) 疾患とその臨床経過や合併症についての心理教育
 - パニック障害がサポートや治療を必要とする本物の病気であることを強調する。
 - パニック発作は現実の生理現象を反映したもののだが、パニック発作それ自体はそれほど危険でも命にかかわるものでもないことを伝え、患者を安心させる (下記のウェブソースには心理教育情報が記載されている)。
 - 臨床医は治療の始めるにあたり、ストレス因子に対する身体の正常な反応と、ストレスや不安の生理的症狀について説明する。これによって、患者

432

の誤った情報に伴う破壊的恐怖(たとえば死や発狂に対する恐怖)を緩和することができる。臨床医は、エクスポージャーセラピーという治療法について説明してもよい。その他、セラピーの予後や考えられる問題について伝えておく。

- 不安症状が再発する初期兆候と、その状況に対処するためのセルフヘルプ法を、家族に見つけさせる。
 - 患者の家族や関係者がいれば、パニック障害の性質について教育する。
 - たとえば、発作は患者にとって恐るべきものであり、治療を受けないと患者が衰弱するという点を、家族に理解させる。
- 2) パニック障害に対して認知行動療法を行う場合は、個別でもグループ単位でもよい(『Heimberg & Becker, 2002』参照)。グループ CBT については下記参照。
- 3) 認知行動療法: CBT の内容を以下に示す。

- 心理教育
 1. 患者の症状を特定し、名前を付ける。
 2. 症状の誘因について直接説明する。
 3. 治療計画の概要を伝える。
- パニック発作と不安認知を継続的にモニタリングする。
- 毎日の不安対処法(たとえば腹式呼吸訓練)によって生理的反応を緩和する。
- 認知の再構成

433

- 自分の不合理な信念に異議を唱える別の方法(たとえば実験や論理)を患者に示す。
- 患者は自分の不合理な信念に積極的な異議を唱え続けるとき、力強い合理的な言葉でこれに対処する新しい考え方を生み出し、これによって自分の気分を良くすることができる—ということを患者に実証する。

不適応スキーマの特定と修正(『Newman in O'Donohue et al.』参照)

- ワイズマンとベックによる非機能的態度尺度などの評価法により、問題のある信念を見つける。
- 正確に組み立てた処方に基づき、確認と正確な感情移入を患者に与える。
- 問題のある情緒的反応(たとえば不安)を刺激として利用し、どのような思考や信念が活性化されるか見つける方法を患者に教える。
- ソクラテスの質問によって信念やスキーマを解きほぐし、これらの方法を自分自身にも活用することを患者に教える。
- セッション中のロールプレイングやセッション実験の合間に行動実験を行い、新たな信念に基づく行動を患者に体験させる。
- 幼少期にトラウマを受けた患者には、そのようなトラウマから導き出されたネガティブな信念やスキーマを打ち消すため、リラクゼーションやイメージ誘導、合理的な再評価を行う。
- 多くのセッションでは、何度も上記の手法を併用する。

435

1. 患者の不合理な考え(たとえば「心臓が激しく鼓動しているから私は死ぬのだ」)を変えさせる。患者が不合理な認知を見つけて置き換えるのを支援する。下記の主な内容は、『O'Donohue, Fisher, & Hayes (2003)』の各章を改変したものである。

ネガティブな認知を特定する(『Newman in O'Donohue et al.』、『Dobson & Hamilton in O'Donohue et al.』参照)

- マイナス思考と、問題行動を誘発または継続させるその役割を特定する。
- 問題行動を操作可能なものにして、行動実験(たとえばロールプレイング)を行い、新しい信念を裏付ける証拠を患者に与える。
- 元のネガティブな認知の特徴に関する行動実験の結果を調べる。

認知の再構成(『Ellis in O'Donohue et al.』参照)

- CBT の「ABC」について論じる。逆境(Adversities)だけが不安やパニックのような行動結果(Consequences) 障害を招くとは限らず、患者が自分の逆境について強い信念(Beliefs) を持ち続けることがこのような結果の一因になる—ということを患者に示す。その結果、 $A \times B = C$ となる。
- 患者が行動結果に遭遇すると、大半が柔軟な選択で成り立つ合理的な信念と、「～しなければならない」「～すべきだ」という厳しい義務や個人的な要求で成り立つ不合理な信念の両方をもつ—ということを患者に示す。
- 認知療法や行動療法を教えることにより、自分の不合理な信念に逆らって考え、感じ、行動する方法を患者に示す。

434

- 4) 恐怖の刺激へのエクスポージャー(『Roth, Foa, & Franklin in O'Donohue et al.』参照、エクスポージャーの詳細な方法については『Barlow』も参照)。主な内容を以下に示す。

- 反応妨害は、患者が恐怖の状態を回避するのを妨げる介入法である。
- エクスポージャーと反応妨害(ERP)の目標は、患者を恐怖の対象となる思考、感情、出来事にさらし、これを回避しようとする衝動を阻止することである。このプロセスにより、次第に不安が軽減する。
- ERPの最初のステップは、患者が不快や不安を感じる状況で見せる回避行動を特定することである。
- こうした回避法を評価する場合、臨床医は、回避行動に関係している誘因(たとえば思考や感情)を患者自ら追跡することを推奨する。
- 第二のステップは、患者を恐怖の対象となるパニックの誘因(たとえば強い不安やバスに乗ること)にさらすことである(注: 臨床医が患者をさらす場合、恐怖を呼び起こすイメージから始め、徐々に実際の物体や出来事にするとよい。これを段階的エクスポージャーという)。

- 5) 過呼吸や浅い呼吸を防ぐための呼吸再訓練(深い呼吸の指導法については

「<http://www.anxietycoach.com/breath1.htm>」参照)。主な内容を以下に示す。

- 患者に一方の手を自分のベルトの位置に、もう一方の手を胸骨のところに置くように教示する。
- 誰かに腹立たしいことを言われたときのように、患者に口を開けてため息をつかせる。息を吐くとき、肩と上半身の筋肉をリラックスさせる。ため

436

息をついたとき、息を完全に吐ききらないようにする。これは上体の筋肉をリラックスさせるためである。

- 何秒か閉を置く。
 - 患者に口を閉じるように言う。腹を膨らませながら、鼻からゆっくり息を吸い込ませる。これは腹の中に空気を誘い込むという動作なので、吸い込むときよりもほんの一瞬、腹の動きが先になる。(上体を動かさず)無理のない程度にできるだけ空気を吸い込んだら、息をとめさせる。
 - 患者に口を開けるように言う。腹を引っ込めながら、口から息を吐き出させる。
 - 閉をとって、また続ける。
- 6) 実生活で恐怖を呼び起こす状況へのエクスポージャー (反応妨害法により、患者を恐怖の出来事や物体と接触させる)
- 7) 投薬 (下記参照)
- 8) 併用療法 (精神療法と投薬)
- ほとんどの患者の場合、投薬療法と精神療法 (つまり CBT) の短期的な効果はほぼ同じであるが、患者によってはどちらか一方の効き目が他方より大きい。また、両方の治療法を併用した方がよく効く患者もいる。長期的には、おそらく CBT の方が投薬よりも効果的である。また、CBT の治療を受けている患者は、投薬を受けている患者よりも、症状の再発が少ないと思われる。

437

効果的なセラピストによる治療法は？

セラピーの実施単位は、個人でもグループでもよい。グループの方が費用効果は高く、相談者は同じ症状の患者のサポートも得られる。

Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.

豊富な実証に基づく評価の高い構造化セラピーは、Barlow の認知行動療法である。

Barlow, D.H., & Cerny, J.A. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford Press.

Craske, M., Barlow, D. & Meadows, E. A. (2000). *Mastery of your anxiety and panic (MAP-3): Therapist guide* (3rd ed.). San Antonio, TX, The Psychological Corporation.

これらの治療法は通常 12~16 回のセッションから成り、パニックとは何か、身体についての理解、恐怖の発現と転換についての理解、呼吸再訓練、セルフトーク、恐怖に自分をさらすこと、再発予防策などをテーマにとり上げる。これらの治療法を個別に実施する詳しい方法については、『O'Donohue et al., 2003』が参考になる。

有効な投薬療法は？ 医師に相談

最も有力な証拠が、SSRI, TCA, MAOI, 強力なベンゾジアゼピンの有効性を裏付けている。これらは同じ効果があると思われるが、再発防止のため、どのように使用されているかは不明である。

副作用

439

効果的なセルフヘルプ療法は？

パニック障害の治療に効果のある良書や治療法のリソースの一部を以下に示す。

1. Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2000). *Mastery of your anxiety 不安 and panic* (3rd ed.) (MAP-3):

Client workbook. The Psychological Corporation. \$31.00

2. Antony, M. M., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1995). *Mastery of your specific phobia: Client workbook*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. \$35.00

3. Bourne, E. (2000) *The Anxiety 不安 & Phobia Workbook* (3rd ed.). Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc. \$14.00

4. Bourne EJ. 2003. *Coping with anxiety: 10 simple ways to relieve anxiety, fear and worry*. Oakland, CA: New Harbinger Publications. \$11.00

役に立つウェブサイト

1) Anxiety Coach [不安や恐怖症に悩む人のためのセルフヘルプ教材を紹介しているサイト] <http://www.anxietycoach.com/index.htm>

2) Noodles' Panic-Anxiety Page [パニック発作、恐怖症、シャイネス、全般性不安、強迫性行動、外傷後ストレスなど、不安障害に関心のある人々の草の根プロジェクト] <http://www.algy.com/anxiety/index.html>

3) Panic Disorder Site [情報が豊富な大規模サイト] <http://panicdisorder.miningco.com/>

上記のソースでは、パニック障害の患者を教育するための心理教育用教材や有用な臨床技術のほか、呼吸再訓練、不合理な信念の転換、恐怖を呼び起こす状況へのエクスポージャー訓練について紹介している。

438

1) ベンゾジアゼピン: 眠気と運動失調。過剰摂取しても命にかかわることはほとんどないが、アルコールや他の薬と併用した場合はその限りではない。耐性ができる。急速な吸収による高い中毒性と行動発作性。長期服用の患者に引き込み反応 (不眠、眠気、頭痛、高血圧、発作)。

2) ベンゾジアゼピンは、単独で投与した場合、精神病、抑うつ、器質性混乱を悪化させる傾向がある。

3) 投与をやめると、患者は毎日 5~10% ずつ減っていく。

4) ベンゾジアゼピンと精神療法を併用すると治療効果は低下することが明らかになっている。

5) 精神療法は通常、投薬療法より症状の再発率が低い。

6) ブスピロン: 中毒性はほとんどない。まれに頭痛、吐き気、目まいが発生する。

7) レトリプトファン: 依存性はない。健康食品店で手に入る。

治療管理上のその他の問題

- 精神療法のプラス効果は、通常 8~12 週間以内に現れる。
- 精神療法は通常 12 回ほどのセッションから成る。重度の広場恐怖症の患者は、それ以上のセラピーを必要とする場合が多い。
- 投薬のプラス効果は、通常 6 週間以内に現れる。ベンゾジアゼピンが含まれている場合は即効性が高まる。
- 投薬を止める場合は、徐々に投与量を減らす。

440

- SSRI, TCA, MAOIを単独で投与する場合、症状が寛解してから少なくとも6ヶ月間は投与を継続する。
- 患者に複数のパニック症状があり、各症状に投薬効果が見られる場合、薬の長期服用を指示することがある。

治療法を選ぶ方法は？

- 薬の副作用の可能性を評価する。
- これまでの治療効果
- 患者の好み(たとえば精神療法と薬物療法のどちらを選ぶか)
- 治療費、所要時間(患者とヘルスケア提供者の両者の立場から)
- 治療モダリティによるコンプライアンス(または治療アドヒアランス)の違い
- 身体の状態
- 自殺の危険性

物質乱用

物質乱用とは？

「下記のいずれか(1つ以上)に該当する重大な障害や苦痛が12ヶ月以内に発症するよ
うな、不適当なバクソンの物質の使用」(DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994)。

- 重要な役割や義務を果たせない。
- 危害の及ぶ恐れのある状況での頻繁な物質使用
- 法的問題
- 物質使用により対人関係がこじれたり悪化したりしても物質使用をやめない。

441

- 患者は精神安定剤や鎮痛剤の服用、喫煙をするか? 「はい」の場合、使用量を記入する。

毎日 ___錠/本

毎年 ___錠/本

2. 家系

- 患者の家族に次の病歴が1つでもあるか? 高血圧、糖尿病、肝疾患、アルコール/薬物依存。「はい」の場合、依存症だったのは誰か(たとえば母親、父親、叔父)?

3. 社会的経歴

- 職業、同居者、子供、婚姻関係

4. 身体組織の検査(たとえば心血管、GI、泌尿生殖器、神経精神)

5. 飲酒歴

- 飲酒の有無
- 飲酒の頻度(1週間あたりの回数)
- 好きなアルコールの種類、1日あたりの酒量
- 何杯飲めば満足できるか? 何杯飲むと酔っ払うか?
- 上記の数字は以前より増えたか?
- 飲酒に関して過去6ヶ月間または1年間で変わったことがあるか?
- 飲酒を始めた年齢
- これまでに最も長かった禁酒期間、禁酒した理由、禁酒時に不快な症状(幻覚、震え、発熱など)があったか?

443

- 患者が依存症の基準を満たさない。

物質乱用の基本的事実

- 不安やうつ病などのコモビディティが多く見られる。
- プライマリケアの患者の約14%が物質乱用のDSM-IV診断基準を満たす。
- プライマリケアの物質乱用患者のうち、45%がアルコール、24%が薬物、31%がその両方を乱用している。
- あらゆる年齢層で発症する。18~24歳の罹患率が高い。
- 罹患率は男性の方が高い(ただし、性別は物質の種類によって異なる)。
- 物質使用慣行には広範な文化的違いが見られる。

評価法

除外するものは?

病的でない付き合い酒と、適切な目的での薬の使用

効果的な評価法に関するものは?

1. 病歴

- 患者はこれまで、次のような診断や検査を1つでも受けたことがあるか? 胃炎、すい炎、肝機能検査、高血圧、痛風、肝炎、肝硬変、糖尿病、振盪譫妄(しんせんもう)、貧血

442

6. 薬物使用歴

- アルコール以外に使用したことのある薬物とその分量
- 上記の薬物を最後に使用したのはいつか?
- 薬物を使用する場合の1週間あたりの薬代

7. 使用の結果

- 飲酒や薬物使用が原因で欠勤や遅刻をしたことがあるか?
- 飲酒や薬物使用が対人関係に悪影響を及ぼしたことがあるか?
- 飲酒や薬物使用についてどのように感じているか?
- 医師や他のヘルスケア提供者から使用量を減らすように言われたことがあるか?
- 飲酒や薬物使用の治療(たとえばAA)を受けようとしたことはあるか?

8. CAGEアルコール症スクリーニングテストの実施(Mayfield, McLeod, & Hall, 1974)

- C ___ 飲酒量を減らす(Cut down)必要を感じたことがあるか?
- A ___ 他人に飲酒の件で批判されて不快に(Annoyed)感じたことはあるか?
- G ___ 飲酒を後ろめたく(Guilty)感じたことがあるか?
- E ___ 朝起き出すために目覚めの一杯(Eye opener)として、あるいは震えを止めるために飲酒したことがあるか?

医療現場で物質乱用のスクリーニングに用いる評価基準

- CAGE Assessment(薬物スクリーニングの拡張版が使用可能)(4項目)(Ewing, 1984)
- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)(10項目)(Babor, de la Fuente, Saunders, & Grant, 1992)

444