

# パニック障害（パニック症）の 認知行動療法マニュアル （治療者用）

関陽一（執筆・編集） 清水栄司（監修）

本マニュアルおよび付録資料は、社交不安障害の認知行動療法：治療者用マニュアル（吉永尚紀（執筆・編集）清水栄司（監修））をもとに、厚生労働省科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究（代表：大野裕）」（平成 25～27 年度、平成 26 年度報告書にて概要版を公表）の助成を受け、千葉大学大学院医学研究院・子どものこころの発達教育研究センターパニック障害研究（PD）チーム（澁谷孝之、永田忍ら）および日本不安症学会不安障害認知行動療法研究班の協力のもと、作成されました。

2015 年 2 月 1 日 第 1 版作成  
2016 年 2 月 19 日 第 2 版作成

## マニュアルの使用に当たっての注意

### (認知行動療法を進めるにあたって考慮すべき項目)

**本マニュアルは、認知療法尺度-改定版(CTS-R; Cognitive Therapy Scale-Revised)によって評価される一定のコンピテンスを有する治療者が、認知行動療法を進めることを想定している。**セッションの録画・録音記録を指導者(スーパーバイザー)に提出するなどして、この評定尺度を元に、治療の手技に関する客観的評価を受けることが望ましい。セッションを進めるに当たって、特に初心者の場合には、**マニュアルに並行して、認知行動療法の経験を有するスーパーバイザーによるスーパービジョンを受けること。**

考慮すべき項目の概要について以下に示す。CTS-Rの12項目の概要を以下に示す。詳細は原文(Blackburn et al.;2001)、日本語訳「臨床精神医学」41巻8号(2012年8月号)に掲載)を参照すること。

CTS-R 合計点の目安(各項目6点満点・合計72点満点):

24~36点(上級研修生レベル) 36~48点(有資格者レベル) 48~60点(熟練者レベル) 60点以上(達人)  
36点以上の技量持つことが望ましい

#### 項目1. 話題(アジェンダ)の設定と追隨

#### 項目2. フィードバック

#### 項目3. 協同作業

#### 項目4. ペース配分と時間の効果的利用

#### 項目5. 对人的効果

#### 項目6. 適切な感情表現を引き出す

#### 項目7. 鍵となる認知を引き出す

#### 項目8. 行動を引き出し、計画する

#### 項目9. 誘導による発見

#### 項目10. 概念的統合

#### 項目11. 変化の技法の適用

#### 項目12. 宿題(ホームワーク)の設定

## マニュアルの使用に当たっての注意

### (トラブルシューティング)

#### 【本マニュアルについて】

本マニュアルは、「**パニック障害(パニック症)の心理学的な維持要因**」に焦点をあてた認知行動療法である(Clarkらが提唱する認知モデルの「**身体感覚の破局的な誤った解釈**」を中心に、Salkovskisらが提唱する**安全行動、イメージの再構成、行動実験、再発予防の技法**を加え、さらに、全体として、Clarkらが提唱する**社交不安障害の認知行動モデルをパニック障害に適応することによって、これまでの不安障害(不安症)に関する理論を統合したマニュアル**となっている。詳細は本マニュアルの**参考文献リストを参照すること**)。そのため、パニック障害の問題よりも、その他の問題(例えば、うつ病などの疾患)が、現在の生活上の支障に大きく関連している場合には、本マニュアルの使用が、患者にとって有益でない可能性があることを考慮しておくべきである。

#### 【治療における優先事項】

下記に示すような、治療継続を左右する話題があがった場合、マニュアルの進行状況とは関係なく、優先的に話しあうべきである(マニュアルの進行が一時中断しても良い)。特に自殺・自傷に関する問題は、医師または医師を含む複数名で、リスクアセスメントと今後の対応を検討すること。

- ・切迫した自殺、自傷に関連する問題
- ・治療の継続に影響しうる現実上の大きな問題(例:経済的な問題、身体的健康問題、被虐待など)
- ・治療や治療者に対する陰性感情

#### 【患者が扱いたいテーマと、プログラムの進行・アジェンダ設定について】

しばしば、患者が扱いたいテーマとプログラムで扱う内容との解離が生じることが予想される。その際は、以下の項目などを考慮して、優先すべきテーマであるかの判断が求められる。もし緊急を要さないテーマである場合は、グループスーパービジョンや個人スーパービジョンで、テーマの優先度を検討すべきである。

- ・早急に解決が必要、かつ、短期間で解決が見込まれるテーマであるか
- ・パニック障害に関係するテーマであるか
- ・患者が話し合いたいというニーズがあるか

患者のニーズはあるが、パニック障害に関係せず、早急に解決すべき問題でない場合は、協同関係を崩さないよう短時間での傾聴のみを行い、マニュアルを中断せずに滞りなく進めることが望ましい。

患者のニーズがあり、パニック障害に関係するが、早急に解決すべきテーマでない場合は、マニュアルを中断せずに滞りなく進めることが望ましい。協同関係の維持のためにも、患者が扱いたいテーマを、その日に扱う予定のアジェンダに組み込むことが本来は望ましい。もし扱うことが困難な場合は、患者が扱いたいテーマをセッションのどの段階(何セッション目)で扱うことができるか、見通しを伝えておくことと良い。

早急に解決すべきテーマである場合は、患者のニーズに関係なく、十分な話し合いを優先するべきである。その際は、セッションの順番の入れ替えや、マニュアルの進行を一時的に止めても構わない(【治療における優先事項】を参照)。ただし、これ以上の認知行動療法の継続が困難と思われる場合、今後の対応についてスーパーバイザーに早急に相談すること。

## 【セッションの進め方】

**原則的に、マニュアルに記載されている順番で進めること。**ただし、治療者の判断により、セッションの順番を入れ替えることは可能である。バス、電車、新幹線、飛行機での出張や旅行などの広場恐怖の問題を克服するためのイベントと、行動実験の時期が大幅に異なる場合などは、行動実験のセッションの順番を入れ替えることで、行動実験が患者にとって、より有益なものになるからである。その際、特に初心者は、グループスーパービジョンや個人スーパービジョンで優先度等を含めて検討することが望ましい。

またマニュアルにはない、予備セッションを行うことも可能である。この予備セッションは、患者の理解の程度とセッションの進行を合わせること（復習）や、患者個別の症状や問題に合わせることを目的として活用してほしい。言い換えれば、本マニュアルは患者に合わせてセッションの構造をカスタマイズできるように配慮されている。

必要に応じて、フォローアップ面接（ブースターセッション）を1ヶ月後、3ヶ月後、半年後、1年後などに実施し、再発予防を行うべきである。

### アセスメント面接

### パニック障害の心理教育(リラクゼーション法含む) 編

### 認知行動モデルの作成(ケースフォーミュレーション) 編

### 安全行動と注意の検討 編

### 破局的な身体感覚イメージの再構成 編

### 注意トレーニング 編

### 行動実験 編

### 身体感覚イメージと結びつく記憶の書き直し 編

### 「出来事の前後で繰り返しやること」の検討 編

### 最悪な事態に対する他者の解釈の検討(世論調査) 編

### 残っている信念・想定 of 検討(スキーマワーク) 編

### 再発予防 編

各セッションで設定する宿題は、「付録資料B：ホームワークシート」を参考にすると良い

## パニック障害（パニック症）の重症度を評価するツール

治療効果判定や、治療標的の明確化や優先順位の決定、さらに、認知モデルの各構成要素の具体例をリストアップする際に、以下の評価尺度が有用であるだろう。また、患者に負担がない範囲で、抑うつ気分や機能障害の程度を評価する尺度を、別途追加することも推奨される。

### 日本語版での標準化がなされている評価尺度

- ・パニック障害重症度尺度：Panic Disorder Severity Scale（PDSS）(Shear et al. ; 2001)
- ・パニック発作・広場恐怖評価尺度：Panic and Agoraphobia Scale（PAS）(Bandelow et al. ; , 1995)

## 目次

アセスメント面接	• • • P 7
パニック障害(パニック症)の心理教育(リラクゼーション法含む) 編	• • • P 8
認知行動モデルの作成(ケースフォーミュレーション) 編	• • • P 10
安全行動と注意の検討 編	• • • P 11
破局的な身体感覚イメージの再構成 編	• • • P 12
注意トレーニング 編	• • • P 14
行動実験 編	• • • P 15
身体感覚イメージと結びつく記憶の書き直し 編	• • • P 16
「出来事の前後で繰り返しやること」の検討 編	• • • P 18
最悪な事態に対する他者の解釈の検討(世論調査) 編	• • • P 19
残っている信念・想定 of 検討(スキーマワーク) 編	• • • P 20
再発予防 編	• • • P 21

付録資料 A : アセスメントシート

付録資料 B : ホームワークシート

付録資料 C : 典型的な自動思考・安全行動・信念リスト

付録資料 D : 「破局的な身体感覚イメージの再構成 編」セッション記録用紙

付録資料 E : 行動実験リスト

付録資料 F : 「身体感覚イメージと結びつく記憶の書き直し 編」セッション記録用紙

付録資料 G : スキーマワークシート

付録資料 H : 再発予防シート

### 目標 患者の症状や生活歴などを具体的に把握し、治療目標を設定する

セラピストはアセスメント面接を実施するに当たり、DSM-5におけるパニック障害(パニック症)、広場恐怖の診断基準を把握・理解しておくこと

#### 手順

##### 1. 症状や生活歴などの把握

聴取すべき情報を以下に示す(付録資料A:アセスメントシート参照)

- ・主訴(困っている症状の内容や症状出現のきっかけ、これまでの対処方法)
- ・現在の生活状況(職業、家族構成、日常生活の様子など)
- ・生活歴(出生・生育地、幼少期の家族構成、学歴・学校生活の状況、職歴・職業状況、婚姻歴などその他のライフイベント、既往歴・治療歴、生活習慣など)
- ・ライフチャートの作成(主訴に関する苦痛度や不安度、機能障害度が、生活歴との関連でどのように変化してきたかを点数化し、グラフで表す)

##### 2. 今回の認知行動療法における治療目標の設定

**短期**(この1~2ヶ月で達成したいこと)

**中期**(治療終了時に達成したいこと)

**長期**(数年後に達成したいこと)

(特に短期・中期目標は、セッションが進む中で、より現実的・具体的な目標になるよう適宜修正を行うこと)

### 目標 患者がパニック障害（パニック症）についての一般的な説明を理解する

#### 手順

「パニック障害（パニック症）の認知行動療法（患者さんのための資料）」を用いて、パニック障害（パニック症）と認知行動療法についての心理教育を行う。（段階的曝露療法の説明、不安階層表の作成、リラクゼーション法の説明を含む）

#### パニック障害の疫学的特徴

- ・一般人口のおよそ1～3%と、高い有病率を持つ
- ・女性が男性のおよそ2倍多い
- ・典型的には青年期、に突然あらわれてくる

#### パニック障害の典型的な症状

「突然、動悸がしてきて強い不安に襲われ（発作）救急病院で診察、検査を受けても異常はないといわれた。しかし、繰り返しこの発作にみまわれ、また起こるのではないかといつも不安（予期不安）になった。電車やバスに乗るのが怖くなって、外出することが難しくなり（回避行動）職場を休職している（機能障害）。

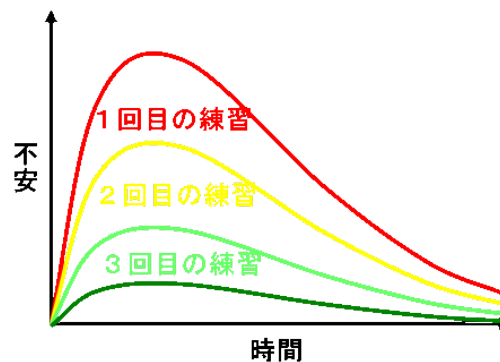
#### 認知行動療法について

- ・認知行動療法
- ・不安という感情
- ・不安から起こる身体反応「心身相関」
- ・「闘うか逃げるか反応」= 不安・恐怖は必要
- ・Barlow の False Alarm 仮説
- ・恐怖条件づけ「学習理論」による広場恐怖の説明

### 段階的曝露療法

#### 第0段：曝露療法の原理を説明する

- ・不安は、時間とともに、下がる
- ・不安は、練習により、下がる





## 第1段：症状を具体的な目標に変換（やる気の出る最終目標をたてる）

症状 「電車に乗ることができない」

長期目標の設定（数年後に達成したいこと）

「新幹線で実家へ帰る、旅行へ行く」

中期目標の設定（治療終了時に達成したいこと）

短期目標の設定（この1~2か月で達成したいこと）

「快速電車に乗る」「一人で各駅停車に乗る」「夫と乗る」「駅まで行く」「電車の旅のテレビを見る」

## 第2段：不安（曝露）階層表をつくる

不安の点数化：100点満点で、大きいほど不安が強い

\*実際に行っていないなくても想像も含まれる。

船、飛行機	100点
新幹線	90点
美容院	90点
歯科受診	50点
電車	50点
渋滞	40点
観覧車	30点
坂道	5点
外食	0~10点

## 第3段：具体的な練習課題をつくる

不安階層表から、50点くらいの状況を選ぶ。「電車 不安度 50点」

- ・練習課題：一人でJR津田沼駅まで歩いて、普通電車でJR千葉駅まで16分移動し、図書館で本を借りて、同じ経路で戻る（不安度 50点）
- ・練習課題（一段下げて）：夫とJR津田沼駅まで歩いて、夫には駅で待機してもらい、一人で、普通電車でJR千葉駅まで16分移動し、図書館で本を借りて、同じ経路で戻る（不安度 40点）
- ・練習課題（もう一段下げて）：夫にずっと同行してもらい、電車に乗るが、夫とは別々の車両に乗る（不安度 30点）

## 第4段：課題に取り組む十分に不安が低下したと感じるまで、課題を1時間半程度かけて、一つの恐怖場面にとどまて行う（最低15分間という15分ルール）

- ・曝露前と曝露後で、不安の点数の減少を確認する

## 第5段：結果を評価（プラスに）

課題がうまく達成できれば、自分をほめる。

2回連続で、課題が達成でき、曝露後の不安度が30点以下になっていたら、次のより難しい課題へ向かう。

うまく達成できなくとも、自分のチャレンジ精神をほめる。

課題を少し簡単にしても、やらないよりは進歩。（例：電車を見に、駅まで行って、帰ってくる課題もあり）

## リラクゼーション法（呼吸法）

座るか、いすにもたれかかりましょう

息を止めて準備します（その前に深呼吸しないように）

まず3秒かけて息を吐きます。その時、静かになだめるように頭に中で自分に向かって「リラックス」という言葉を言いましょう。

次に3秒かけて自然に息を吸います

その後は3秒かけて息を吐き 3秒かけて息を吸う、ことを続けます。

つまり6秒で一呼吸です。（1分間につき10呼吸）

5分間程度続けましょう。

1日4回、朝・昼・夕・寝る前に練習しましょう

鼻呼吸が苦しければ口呼吸でもよい

目標 パニック障害を維持する「悪循環」に気づく

理論背景

以下の3つの要素と各要素の関連が、パニック障害が維持される悪循環となっている

内的な情報への注意のシフト

内的な情報に基づいて、破局的な死のイメージを持つ

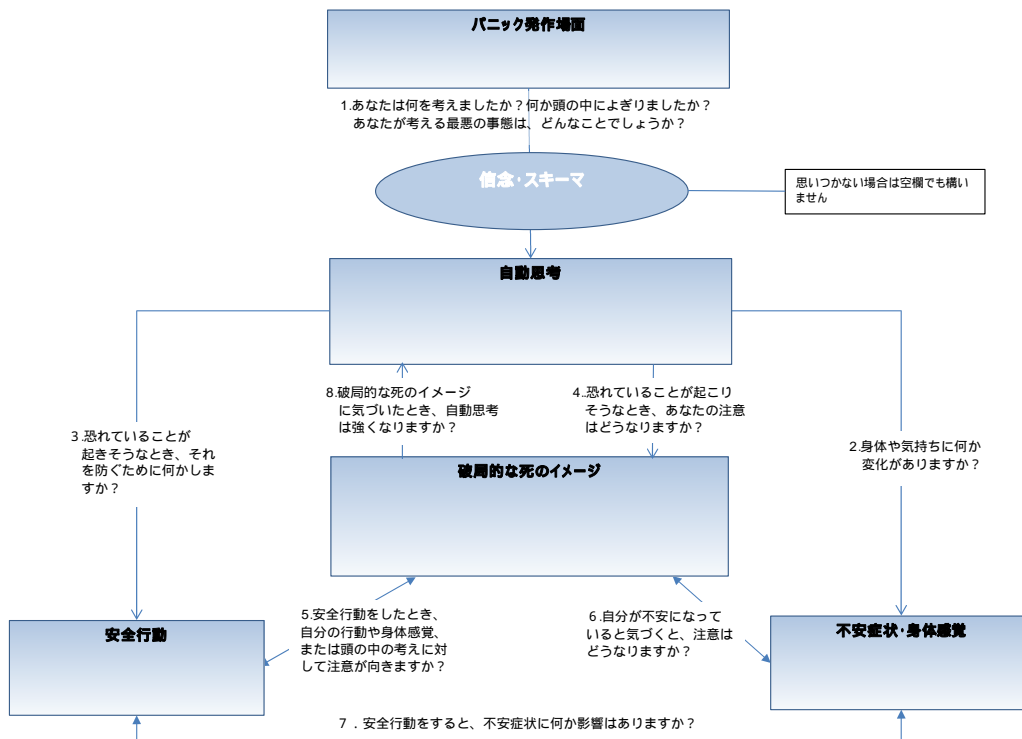
自分の身体感覚は死につながるといった自己イメージを構築し、「自分の心臓がドキドキしているから心臓発作で死ぬのだ」と、否定的イメージを過大評価する（身体感覚の破局的な誤った解釈）(Clark& Salkovskis et al.1997)

安全行動（回避を含む）を続けること

恐れている結果を過剰に防ごうとして、安全行動を続けるが、かえって不安が持続してしまう

手順

1. パニック発作が生じる典型的な場面、または、最近パニック発作を感じた場面を同定する
2. 自動思考を同定する（信念・スキーマも思いついた場合は、同定する）
3. 不安症状・身体症状を同定する
4. 安全行動を同定する
5. 破局的な死のイメージ（注意が向いてしまう対象として）を同定する
6. 各構成要素の関連や悪循環について話し合う
7. その他のパニック場面を取り上げ、認知モデルを拡充する（行動実験までにモデルを洗練させる）  
（これからのセッションでは、この認知モデルの鍵となる要素を取り扱っていくことを説明する）
8. 宿題：セッションで扱った以外のパニック場面について、認知行動モデルを作成する（付録資料 B：ホームワークシート）  
あるいは、パニック日記をつける（付録資料 B：ホームワークシート）



認知モデル作成は、ホワイトボードを介して作成すると良い。一枚の認知モデル用紙を一緒に眺めながら作成する方法も良い。患者の記載が進まない場合は、「付録資料 C：典型的な自動思考・安全行動・信念リスト」を参考に、典型例を提示してもよい。

目標 パニック場面における「安全行動と身体感覚への注意のバイアス」が不安を高めていることに気づく

理論背景

- ・安全行動は、最悪の（破局的な）事態を防ぐために用いられる。しかし実際には、反証の機会（安全行動をしなくても発作は起こらない）が失われるため、結果的には不安が持続してしまう。
  - ・安全行動は行動範囲を拡大する段階において、補助として必要な時期もあるが、行動拡大に慣れてきてもなお安全行動を続けるのは、非常に小さなリスクすら取らず、不自然で不便であり、やめるべきである。
- （メタファー「自転車の補助輪」：子どもが自転車に乗れるようになるまでの間に補助輪を用いるように、パニック発作時の対処法としてリラクゼーション法などの安全行動を用いることはやむをえない面がある。しかし、大人になっても補助輪付きの自転車に乗っていることが不自然で不便であるのと同様に、リラクゼーション法を不安時に欠かせない安全行動となってしまうことは避けなければならない。）

手順

1. セッション内で実施可能な、不安を誘発するような身体感覚への課題（例：電車に乗ることを想像する、階段をかけあがる）をいくつかリストアップする。  
（適度な不安のレベルの目安 50/100 点）
2. 設定した課題で起こる最悪な事態（動悸が激しくなり心臓発作で死ぬ）と、それを防ぐための安全行動（座って休む、じっとしている）を同定する。  
（「付録資料 C：典型的な自動思考・安全行動・信念リスト」や、作成した認知モデルを用いると良い）
3. 安全行動をやる場合とやらない場合のロールプレイを行うことを伝え、事前の質問を行う。
  - ・典型的なパニック症状は何か起こると思いますか？（動悸、過呼吸、目まいなど）その出現確率は？（0-100）
  - ・最悪どうなると思いますか？
4. 「同定した安全行動を確実に実践し、身体感覚に集中すること」を教示し、課題を遂行させる。次に、「同定した安全行動を全てやめて、外部の現実世界など自分の身体感覚以外の情報に注目し、自分に注意を絶対向けないこと」を教示し、課題を遂行させる。  
「安全行動あり+身体感覚への注目」「安全行動なし+外部注目」の直後に、以下の項目に従い、それぞれ課題チェックを行うこと。
  - ・リストアップした安全行動は行えましたか？（0-100；全くできなかった-全てできた）
  - ・どれくらい身体感覚に注目できましたか？（0-100；全く注目できなかった-完全に注目できた）
5. それぞれの課題について、下記の項目について評定を行う
  - ・恐れていた最悪な事態は起こりましたか？（0-100；全く起こらなかった-思った通りに起こった）
  - ・課題遂行の間に、どれくらい不安を感じましたか？（0-100；全く感じない-恐ろしいほど感じた）
  - ・出現した不安は、予想した不安より大きかったですか？（0-100；全く感じなかった-非常に大きく感じた）
6. 評定した結果を元に、安全行動と自己の身体感覚に注目をすること、しないことのメリットとデメリットを話し合う
7. 宿題：パニック日記に、自分が実際に安全行動をしているかどうかについて記録する  
不安を起こす状況で安全行動をやめたら何が起こるかを考えてみる  
（付録資料 B：ホームワークシート）

**目標 患者が「内的情報に基づく破局的なイメージ」と「客観的に見た現実的なイメージ」の違いに気づく**

**理論背景**

- ・患者は内的な情報に基づいて、身体感覚を死につながることに、破局的に解釈している
- ・自分の身体感覚と感情を材料に破局的なイメージを構築するため、「自分が不安（または動悸、呼吸苦、震えなど）を感じているから、身体の重篤な病気のため、自分は死んでいこう」と、現実の脅威よりも過大に、ネガティブなイメージを形成している
- ・不安症状を隠すための安全行動によって、破局的なイメージの確信度が高まっている

(Salkovskis)

**手順 (付録資料D:「破局的な身体感覚イメージの再構成セッション」記録用紙を参照)**

**1 . 動悸や過呼吸などのパニック発作が引き起こす、最悪の破局的なイメージ(例;救急車が間に合わず路上で死んでしまう自分)を、目を閉じて思い浮かべてもらい、ことばでそのイメージを表現してもらおう(イメージの同定)**

**2 . 「1」のイメージを思い浮かべた時に出現する、具体的な不安症状と身体感覚(動悸・過呼吸など)について話し合う**

**3 . 「1」のイメージが引き起こす鮮明度、苦痛度、イメージの意味と確信度、イメージの出現頻度について評定する**

- ・ イメージの鮮明度 : 「イメージがどれくらい鮮明に思い浮かびますか?」(0-100)
- ・ イメージの苦痛度 : 「どのくらい不安に(つらく)なりますか?」(0-100)
- ・ イメージの意味 : 「そのイメージが意味することは、どのようなことですか?」  
(例:動悸に注意しないと死んでしまう)
- ・ イメージの意味の確信度 : 「どの程度、その考えを信じていますか?」(0-100)
- ・ イメージの出現頻度 : 「そのようなイメージは週にどのくらい出てきますか?」(週 回)

**4 . イメージの意味の再構成**

**「3」のイメージの意味について、根拠と反証をあげるなど、話し合いをして、知的に、確信度が下がるように、イメージの意味の再構成を行う**

- ・ 周りに人がおらず、一人にいるときに発作が起こりやすい 周りに助けを求めることができない状況でより心配になる、という認知モデルとは適合するが、身体的異常は一人であることを察知できるわけがないのだから、身体的異常が実際に存在しているということと矛盾している
- ・ 胸痛が運動中ではなく、運動後少し経ってから生じる 実際には心臓への負荷が最大となる時点ではなく、自分の心臓に焦点を当てる余裕ができたときに発作が起きている
- ・ パニック発作で失神してしまうかもしれない 実際には不安が血圧を上昇させるため、立ちくらみは逆に起こりづらくなる
- ・ 胸の左側が痛むのは、心臓に何かひどく悪いところがあることの強力な証拠である 実際には、心原性の胸痛は、圧倒的に体の真ん中で起こる (Clark et al., 1997)
- ・ 頭の血管が切れて、発狂して、死んでしまう 頭の血管が切れて脳出血が起きてても、(麻痺や意識障害などは生じうるが)「発狂」することはなく、すぐに死んでしまうことも医学的にあり得ない

**5 . 否定的なイメージに対して、肯定的なイメージを引き出す**

例「失神した後は、どうなると思いますか? 誰も発見してくれずに、1時間後は? 10時間後は?  
一人で目が覚めて、立って、歩いて、家に帰る」

**6 .新たに引き出した肯定的なイメージの苦痛度や、元の否定的なイメージの意味の確信度の変化について評価を行う。**

- ・ 新たなイメージの苦痛度 : 「失神後、死ぬというイメージではなく、一人で家に帰るイメージになった場合、不安やつらさの点数は、いくつになりましたか？」(0-100)
- ・ イメージの意味の確信度の変化 (0-100) 「動悸に注意していないと死んでしまうという、最初のイメージの意味の確信度は、いくつになりましたか？」

**7 .破局的なイメージの予想と実際の結果、安全行動を行う場合と行わない場合の相違、などについて話し合う**

**8 .宿題** : 本セッション後、破局的なイメージの出現頻度がどのように変化したかを記録する (付録資料 B : ホームワークシート パニック日記を用いて)

**目標 患者が自身の身体感覚への内的な注意を減らし、注意を柔軟にシフトすることができる**

**理論背景**

- ・患者は、注意を身体感覚（動悸・過呼吸・めまいなど）に過度に向けてしまう結果、ささいな身体感覚の異変を検知してしまい、かえって不安症状が生じやすくなっている。したがって、注意を身体感覚から外部に向けることが必要である。
- ・患者が安全行動として「注意を外部に向け続け、絶対に内部に注意を向けない」方策を採っている場合は、注意を外部から内部へ、内部から外部へと自由自在に移動できるようになることが必要である。

**手順**

**1．注意を柔軟にシフトすることは、練習を必要とするスキルであることを伝える**

**2．パニックではない状況において、注意を外部に向ける練習をする**

（ヒトは、様々な感覚の中でも視覚が優位であるため、視覚情報のトレーニングから始めると良いだろう。  
逆に、視覚以外の感覚を扱う際は、目を閉じて行くと、それぞれの感覚に注意が集中しやすい）

**目を閉じて、体の中の感覚にできるだけ多く注意を向ける**

1～2分したら、目を開け、外的な環境における何か面白いものに集中する  
（ある絵について声を出して説明する、など）

**例**

- 視覚：部屋に存在するあらゆる色の種類を数える、それぞれの色の濃淡、光と影、反射、治療者の洋服の色、髪の色やツヤ、メガネの汚れ など
- 聴覚：目を閉じて聞こえてくる診察室内の音（時計やパソコンの音）、診察室の外の足音や話し声、音楽を流してそれぞれの楽器の音を追う（ギター、ベース、ドラムのリズム）
- 嗅覚：診察室内の匂い（アルコール臭や服の匂い）、飲み物（コーヒー）などがあればその匂い など
- 味覚：飲み物（コーヒー）などがあれば、飲んだ時の味や後味の違い（苦味や甘味、酸味の変化） など
- 触覚：座っている椅子、診察台、机の材質や温度 など

**3．パニックではない状況において、外部の対象に没頭できるようになったら、自分の身体感覚と外部の情報に、注意を交互にシフトさせる**

**4．パニック状況において、自分の身体感覚と外部の情報に注意を交互に柔軟にシフトさせる**

**5．宿題：一日一回以上、2～4のいずれかの注意トレーニングを行い、その内容と日付を記録する。また、注意を外に向けることで新しく気づいたこと・発見したことについても記載する。（付録資料 B：ホームワークシート）**

**目標** 患者が、パニック場面において持つ特定の予測が実際は起こりにくいことを発見し、そのままの自分でも最悪の事態（死や狂気）にはならないことに気づく

行動実験の目標が達成されるためには、複数のセッション数で扱うことと、宿題での主体的な実験への取り組みが必要である。セラピストは、実験の学びを通して、最も脅威なのは身体感覚ではなく、実は自分自身の考えであることに患者が気づくことができるよう意識すること。

**理論背景**

・患者は、安全行動や回避を続けてきたことにより、脅威的な結果が実際に起こるのか否かを検証する機会を失ってきた。行動実験の目的は、パニック場面における患者の特定の否定的な予測を実験することである。そのためには、患者の信念を反証するための証拠を収集し、そのままの自分でも最悪な事態にはならないという気づきを得ることが必要になる。

(Salkovskis)

**手順**

1. 実験するパニック状況・場面を書き出す（「2. 予測：検証したい信念」が先になる場合もある）
2. 患者が持つ予想（信念や想定・予測）を明らかにする。
3. 患者が持つ予想（信念や想定・予測）を検証する方法を明らかにする  
「破局的な死」についての予測を検証（観察）するため、安全行動を全てやめるよう教示する（安全行動を完全にやめなければ、安全行動のおかげで最悪の事態に至らなかったと考えるため）
4. 「3」で立案した方法に従って実験を行う。
5. 結果を詳細に記述し、予想との違いを比較する。
6. 実験を通して学んだことを書き出し、まとめる。  
「5. 実験から学んだこと」で記載される残された問題（納得がいけないこと）に、常に着目すること。そして、残された問題を検証するための新たな行動実験が、即座に計画されるべきである。
7. 宿題：繰り返し行動実験を計画し実践する（最初は治療者がアシストし、徐々に患者一人で計画する）  
 （付録資料B：ホームワークシート）

1. 実験の状況	2. 予想	3. 実験のやり方	4. 現実の結果	5. 実験から学んだこと
なるべく詳細な状況を頭の中で思い描き、それを書き出しましょう。	何が起こると予想しますか？それはどのようにして分かりますか？予想の確信度は(0-100%)？	予想を実験するために何をしますか？安全行動を止めることをイメージして考えましょう。	何が起こりましたか？予想は正しかったですか(0-100%)？予想と結果には、どんな違いがありますか？	予想したことが今後おこる可能性はありますか？もとの予想をさらに実験するには？納得がいけないことは？
例： セラピストと一緒に病院の1階から5階までを駆け上がる。	例： 胸がどきどきして心臓発作を起こし、死んでしまう。(90%)	例： 病院の1階に行く。その前に胸がどきどきしても心臓発作を起こさないことを自分自身に思い出させる。 5階まで駆け上がり、胸がどきどきしても、その感覚をコントロールしようとしておき、しゃがみこまない。むしろ何にもつかまらず、少しの間一本足で立ってみるのはどうか！	例： 5階まで駆け上がった、胸がどきどきし、呼吸も速くなった。 でもしゃがみこまず、立ったままだった。心臓発作は起こらなかった。 予想の正しさは20%であった。	例： おそらくセラピーでの話し合いは正しいだろう。胸がどきどきするのは、正常な身体反応であり、心臓発作を起こすことを意味するものではない。 今度は一人で、病院の1階から5階まで駆け上がり、胸をどきどきさせることでさらにテストすることができる。

行動実験の例は、「付録資料E：行動実験リスト（Salkovskis）」に記載されているので、参考にすると良い。

**目標 患者がパニック場面で繰り返されるイメージと過去の記憶に振り回されないようになる**

**理論背景**

- ・過去のパニック場面でのトラウマティックな出来事が、現在のパニック場面における破局的な自己イメージと結びついたり、否定的な信念やスキーマの形成に発展することがある。過去のトラウマティックな体験が、現在の自分にも起こるかのように感じることもある（フラッシュバック）。
- ・それは、患者が過去の限られた情報でしか、現在の出来事を処理できていないためである（情報と記憶のバイアス）。
- ・したがって患者は、大人の自分としての視点や、認知行動療法を通して得た新たな視点から、トラウマ記憶を更新する必要がある。

**手順（付録資料F：「身体感覚イメージと結びつく記憶の書き直し」セッション記録用紙を参照）**

**1. パニック場面で繰り返されるイメージを同定する**

- 1) パニック場面で不安になるときに生じるイメージについて尋ねる  
「パニックに関連する状況で不安になるとき、自動的に繰り返し生じるイメージがありますか？」
- 2) 目を閉じてそのイメージを作り出し、描写してもらう。
- 3) イメージの意味を言語化してもらう  
「そのイメージについて最悪のことは何ですか？それはあなたにとってどのようなことを意味していますか？」
- 4) イメージの生々しさ（鮮明さ）、苦痛の度合いについて評定し（0-100；全くない-非常にある）、この1週間に起こったイメージの頻度の回数を尋ねる（週 回）

**2. 記憶を同定する**

- 1) 繰り返し生じるイメージに関連した記憶について尋ねる（5W1Hで）  
「先程のイメージで生じる感情を初めて感じたのはいつですか？場所はどこでしたか？その場に誰がいましたか？など」
- 2) その記憶を言語化してもらう  
「その感情に結びついている出来事を、それがまるで今起こっているかのように、話してください」
- 3) 記憶の意味を言語化してもらう  
「その記憶の最悪のことは何ですか？あなたにとってどのようなことを意味していますか？」
- 4) 記憶の生々しさ（鮮明さ）、苦痛の度合いについて評定する（0-100；全くない-非常にある）

**3. 信念を同定する**

- 1) イメージと記憶の意味について要約し、信念を同定する  
「先ほどのイメージと記憶の意味は ということでしたね。それらを要約して1～2文の文章で表現してください」
- 2) 要約された信念の確信度を評定する（0-100；全くない-非常にある）

**4. 認知再構成を行う（記憶に関する認知の再構成）**

- 「3」で要約された信念とは異なる、新たな信念の証拠を書きだすことを通して、過去の記憶の意味やそれが現在の患者に及ぼしている示唆に対して挑戦する。
- 1) パニック場面で繰り返し生じるイメージに関連する記憶が生じた年齢時点における信念の証拠を、大まかに述べてもらう。
  - 2) 次に、大人として集めた証拠で、信念に挑戦することを励ます。証拠には、パニック場面における破局的な死のイメージの再構成や行動実験の結果など、これまでのセッションで得られた成果が含まれる。ホワイトボードを用いて、これまでの信念とは異なる、新たな信念の証拠を書きだし、身体感覚と関連する過去の記憶の意味やそれが現在の患者に及ぼしている示唆に対して挑戦する。
  - 3) 患者がその時（あるいは現在）、不安や恐怖に対して敏感である必要はないのだと考えることも奨励される。セラピストは、患者が初めてのパニック発作の時に経験したことと、現在起きていることを区別するよう援助する。過去の出来事は時間限定的な経験であって、現在や将来を示唆するものではない



と考えることが、次のイメージ書き換えを行う準備となる。

## 5. 身体感覚イメージと結びつく記憶の書き直しを行う

- 1) 患者にトラウマ記憶のときの自分に戻り、今ここで起こっているかのように現在形で語ってもらう。  
目を閉じて、セラピストにそれが起こった年齢の記憶について話させる。目を閉じて現在形でその出来事を徹底的に話す (talk through)。
- 2) 記憶を追体験する(その記憶の場面に、今の自分が第3者として見ているように状況を語ってもらう)。  
もう一度、パニックに関連するトラウマ的な出来事を追体験するが、今度は若い頃の自分に何が起きているか、大人の自分がそこにいて、出来事が展開するのを見ているかのように観察する。
- 3) 記憶に介入する(大人の自分がその場に一緒にいて、介入したり、同情したり、アドバイスをする)。  
パニックに関連するトラウマの出来事を再びそれが起こった年齢で再体験してもらうが、今度は賢い、大人の自分が若い頃の自分と一緒にいて、状況に介入したり、若い頃の自分に同情したり、出来事とそれが示唆する意味を更新するための新しい情報を提供したりする。

3) が終わった段階で、記憶が今どのように感じられるかを尋ねる。

## 6. イメージと記憶について再評価を行う

イメージと記憶について、それぞれの生々しさ(鮮明さ)、苦痛の度合いについて評価し(0-100; 全くない-非常にある) これまでの信念の確信度についても評価する

## 7. 宿題: イメージがこの1週間でどのくらい湧いてきたか、回数を記録する

(以下、患者の治療の進み具合によって選択)

- ・本セッションの後で、新たにできるようになった行動を記録する(ポジティブ・データ・ログ)
- ・「イメージ書き換え」で若い自分にかけてあげた言葉を書き留めて、毎日見る
- ・「イメージ書き換え」で若い自分にかけてあげた言葉のほかに、効果的な言葉を思いついたら書き留めておく
- ・イメージがどのくらい苦痛か評価する(0-100; 全くない-非常にある)

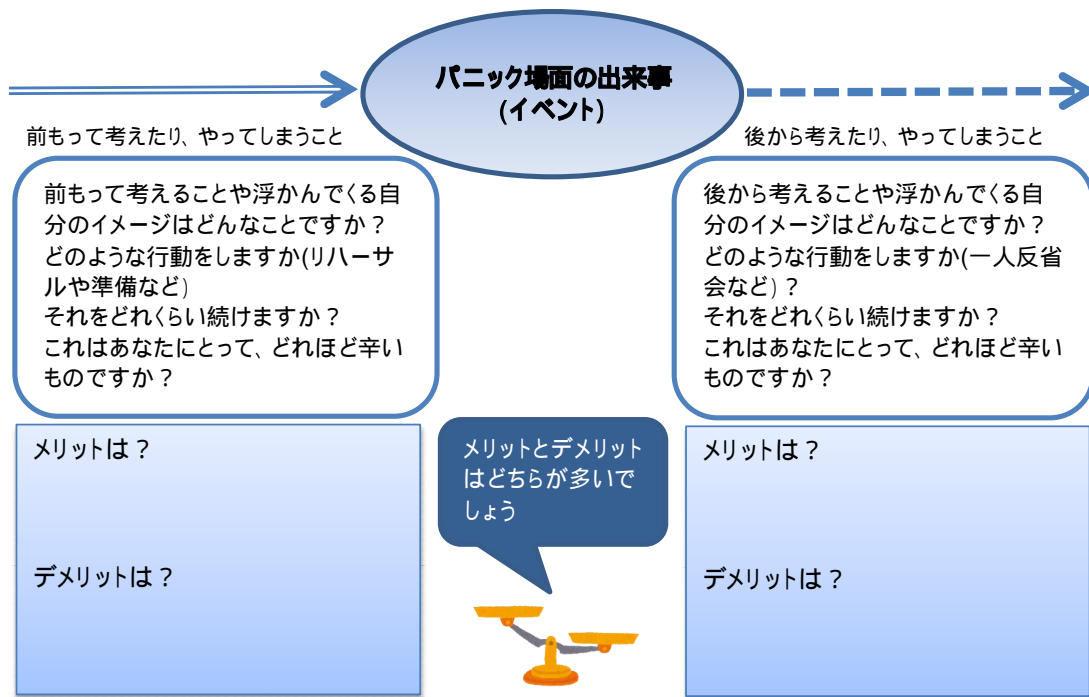
**目標 患者が、パニック場面の前後で、繰り返し考えること、やってしまうことの悪循環を変える**

**理論背景**

- ・パニック場面の前にリハーサルして準備すること自体が安全行動であり、逆に不安を高めている
- ・パニック場面の後で、あれをやったよかった、これをやっためだったと反省すること自体が、安全行動の正しさを確認しようとする儀式行為であり、結果的に誤った信念の確信度を高めている

**手順**

1. パニック場面・状況に入っていく前後で、どのようなことを考えたり、行動したりしているかを同定する
2. それぞれのメリットとデメリットについて詳細に話し合う（デメリットが多いことへの気づきを促す）  
 (もちろん、「出来事の前に行う準備（リハーサル）は役立つ場合がある」と患者が指摘することもあり、それは実際に正しいことである。しかしながら、患者は過剰なりハーサルと振り返り（反芻）を行うことで、自分が死んでしまう、気が狂ってしまうといった恐怖の状況での危険を、後からくよくよ繰り返し考え続ける。（ぐるぐる思考）
3. 出来事の前後で行うことの、よりデメリットの少ない方法について話し合う  
 (後から考えること、やってしまうこと(ex.反芻)については、一切行わないことが望ましい。しかし、これが難しい患者は、反芻のモードに入った際に、「身体感覚に基づく破局的な死のイメージ」と相反する証拠を集めたり、良いイメージを思い返すことが、スモールステップとして役立つ。



メリットはそのまま活かして、デメリットが出来るだけ少ない方法を考えましょう

前もって考えたり、やってしまうこと	パニック場面の出来事	後から考えたり、やってしまうこと
例：一週間後に、千葉から横浜に行く電車の中で胸のドキドキが起きた場合のリハーサルをする	例：一週間後に電車で千葉から横浜に行かなくてはならない	例：行った安全行動について、一人反省会をする

4. **宿題**：パニック場面の前後で、予期不安と反芻をやめることができたか、またはいつもと違うやり方が出来たかを、その都度記録する。(付録資料B：ホームワークシート)

**目標** 患者が恐れている最悪な事態や否定的な予測が実際に起こったとしても、他者は必ずしも否定的に解釈しないことに気づく

**理論背景**

- ・患者は行動実験を通して、パニック場面における特定の予測を実験し、信念を反証するための証拠を収集することで、恐れている最悪の事態が実際には起こりにくいことを発見できたはずである。
- ・万一、患者が恐れている最悪の事態（他者の前で過呼吸を起こして倒れてしまうなど）が起こったとしても、他者が否定的に評価するとは限らないことに、患者は気づく必要がある。他者の基準や見方を査定するために、世論調査を行う。

**手順（世論調査）**

これまでの行動実験を通じて、どのような信念や想定に揺さぶりがかけられたか（変容したか）そして、「残っている信念は何か」を明らかにしておくといよい。このセッションで扱うべき信念や不安症状が、より明確になるだろう。

**1. 患者が恐れている最悪の事態をリストアップする**

（動悸から心臓発作を起こして死んでしまう、人前でパニック発作を起こして、周りに迷惑をかけてしまう、など）

**2. 「1」のリストについて、他者の考えや解釈を検証するための質問紙を作成する**

- 1) 患者の破局的な予測に関する質問を作成する（例：動悸で死に至ることがあると思いますか？）
- 2) 患者の破局的な信念に関する質問を作成する（例：人前でパニック発作を起こす人はダメな人間だと思いますか？）
- 3) 調査する人数（可能な範囲で多く）、対象（職業や性別、年齢、医療関係者を含むかなど）を設定する。

**3. 宿題：「2」で作成した質問紙を、患者の家族や知り合い、治療者の同僚などに配布し、回答を得る。**

ここまでの話をするだけで患者が理解できるなら、世論調査を実際に行わなくてもよいだろう。

**4. 世論調査の結果から得られた考察や、これまで持ち続けていた破局的な予測や信念について話し合う。**

「3」「4」は、他のセッションで扱う場合があるだろう。調査結果のフィードバックとともに、残遺する信念・想定を同定すること。短時間で解決できそうにない問題については、次のセッション「スキーマワーク」で扱う。

	電車内で過呼吸を起こしている人についてどう思いますか？	電車内で過呼吸を起こしている人を見た後、どのくらいの時間、どのくらいの強さでその人が気になりますか？	電車内で過呼吸を起こしている人は迷惑ですか？	電車内で過呼吸を起こしている人は醜態をさらしていますか？
父	体調が悪くなったのかな。	全く気にならない。	何とも思わない。	全然そう思わない。
母	かわいそうだな、声をかけようかな。	少しだけ気になるが、いつの間にか忘れてる。	迷惑だとは思わない。	たまたま体調を崩しただけで、恥ずかしいとは思わない
友人	何があったのかな、私も過呼吸起こしたことがあるし、大丈夫かな。	立ち去っていく間に、違うことを考えてしまうだろう。	全く迷惑ではない。	そんなことはない。お互い様。

**目標** 患者が、これまでのセッション（行動実験など）では反証や変容が難しかった、残遺する信念に対して、柔軟な見方ができるようになる

### 理論背景

- ・パニック障害に特徴的な想定と信念は以下に分類される。  
**身体感覚に対する極端に高い警戒感、条件付き信念、無条件の信念**
- ・「極端に高い警戒感」と「条件付き信念」については、これまでに概説された行動実験によって対処することが可能な場合が多い。
- ・「無条件の信念」については、行動実験のような認知の操作によって変容が起こることもあるが、他の認知的操作の追加を検討する必要がある。なぜなら、「無条件の信念」は、大抵が漠然としたものであり、それが故に、この信念からなかなか抜け出すことができない。この認知的操作は、うつ病や低い自尊心の患者の治療のために開発されたものを用いると良いだろう。

### 手順（付録資料 G:スキーマワークシート参照）

**1. 否定的（非機能的）な信念・想定（スキーマ）を「ルール A」として同定する。**（付録資料 C：典型的な信念リストを本人とともに参照してもよい）

例） 極端に高い警戒感：例「胸のドキドキにいつも注意しなければならない」

条件付き信念（XであればYとなる）：例「常に胸のドキドキに注意していなければ、死んでしまう」

無条件の信念：例「結局、自分は突然死を迎える」

**2. 否定的（非機能的）な信念・想定「ルール A」に代わるべき、肯定的（機能的）な信念・想定を「ルール B」として同定し、いつでも参照できるように、コーピング・カード（フラッシュ・カード）を作成する。**

（例：「もしも、心臓がドキドキしたならば、心臓発作で死なないように、十分注意して休憩をとるようにしなければならない」「心臓がドキドキしても発作とは違うのだから、そのまま歩き続けてよい」）

**宿題：** 「ルール B」に基づくコーピング・カードを毎日暗唱する（携帯の待ち受けや手帳への記載など）。  
「ルール B」を支持する証拠（具体的な行動や考えなど）を自分が発見したり実践できた場合、その時のポジティブな感情とともに、日記として記録していく（ポジティブ・データ・ログ）

**目標 患者が、これまでの治療セッションの振り返りと般化を行う**

**理論背景**

- ・ 認知行動療法は、問題を解決するための具体的な解決方法を、患者自身が主体的に獲得して行くことを支援する治療技法である。そのため、治療効果が持続しやすく、再発も少ないことが注目されている。
- ・ この利点を最大限発揮するために、治療を通して獲得した技術や学び、気づきを適切にフィードバックするとともに、他の問題にも般化できるよう操作することが重要となる。

(Salkovskis)

**手順**

**再発予防シート(付録資料H)の記入を通して、症状の変化、生活上の変化、学んだこと、継続すべきこと、残された課題の明確化と対処法について話し合う。**

再発予防シートの記入を宿題として実施する場合には、別のセッションで振り返りと終結を行うことになる。つまりセッションが2回に渡る場合も考えられる。

再発予防シートに記載されている項目の要点を以下に示す

- A. あなたの症状について、最悪のときと現在を比べてみましょう
- B. あなたの問題を維持していた要因を復習してみましょう
- C. これまでの回復を継続・強化していくために、何ができるでしょうか？
- D. 今後、いつ、どのような状況で、似たような問題が生じると予想しますか？
- E. 今後はどのように問題に対処しますか？

## 参考資料・文献

- 清水栄司,小堀修,2012.認知療法尺度 -改訂版の活用.臨床精神医学 41(8),969 -979
- ディビッド・M・クラーク/クリストファー・G・フェアバーン (編集・監訳:伊豫雅臣)「認知行動療法の科学  
と実践」星和書店(東京) 2003
- ディビッド・M・クラーク/アンケ・エーラーズ(編集・監訳:丹野義彦)「対人恐怖と PTSD への認知行動療法」,  
星和書店(東京) 2008
- American Psychiatric Association (監訳:高橋三郎、大野裕、訳:染矢俊幸、神庭重信、尾崎紀夫、三村将、村井  
俊哉)「DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引」,医学書院(東京、2014)
- Bandelow, B. 1995. Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. II. The Panic and Agoraphobia  
Scale. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 10, 73–81.
- Barlow DH. Anxiety and its disorders. 2. New York: Guilford Press; 2002.
- Barlow, D.H.,Gorman, J.M.,Shear, M.K.,Woods, S.W. 2000. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their  
combination for panic disorder: a randomized controlled trial. *JAMA.* 19, 2529–2536.
- Blackburn, I.M., James, I.A., Milne, D.L., Baker, C., Standart, S., Garland, A., Reichelt, F.K. 2001. The revised Cognitive  
Therapy Scale (CTS-R): psychometric properties. *Behav. Cogn. Psychoth.* 29, 431–446.
- Bouton, M.E., Mineka, S., Barlow, D.H. A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychol  
Rev.* 2001 Jan;108(1):4-32.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Öst, L.G., Breitholtz, E. Koehler, K.A., Westling, B.E., Jeavons, A., Gelder, M. 1997.  
Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 65, 203–213.
- Salkovskis, P.M., Clark, D.M., Hackmann, A., Wells, A., Gelder, M.G. An experimental investigation of the role of  
safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther.* 1999  
Jun;37(6):559-74.
- Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Gelder, M. G. and Clark, D. M., 2007. Belief disconfirmation versus  
habituation approaches to situational exposure in panic disorder with agoraphobia: A pilot study. *Behaviour Research and  
Therapy*, 45 (5), pp. 877-885.
- Shear, M.K., Rucci, P., Williams, J., Frank, E.,Grochocinski, V.,Vander Bilt, J.,Houck, P.,Wang, T. 2001. Reliability and  
validity of the Panic Disorder Severity Scale: replication and extension. *J. Psychiatr. Res.* 35, 293–296.