

マニュアルに基づく認知行動療法の 臨床実践で生じる問題

——パニック障害事例を通して——

●
横山知加

Chika Yokoyama / 医療法人和楽会パニック障害研究センター・三重大学大学院医学系研究科

はじめに

不安障害に対する認知行動療法は、疾患ごとの共通性へ焦点を当て、疾患ごとの治療ストラテジーをとることで、その有効性を示した。疾患単位で開発された治療マニュアルは、個々の患者が持つ問題（個別性）を重視していない。しかしながら、臨床実践では、治療プロトコルを実行するだけでなく、個々の事例に適した治療が求められる。このため、実地臨床では、治療プロトコルの実践に力を注ぐと、患者の個別性へ配慮を欠く。反対に、患者の個別性を重視すると、治療プロトコルを正確に実行することが困難となる。つまり、治療者は、疾患ごとの共通性と患者の個別性の調整をはかり、個々の患者により適した治療を行うことがむずかしい。本邦では、マニュアルに基づく認知行動療法の高い治療効果が注目されているが、これを実践するときには生じる問題については、これまで十分に議論されていない。そこで、本報告では、マニュアルに基づいた認知行動療法を実施したパニック障害の症例を呈示し、治療プロトコルを個々の事例に適合させる必要性と、これに伴う問題について考察する。

症例プロフィール

32歳女性（既婚）

●治療状況

治療は、Aクリニックで行われ、主治医の依頼により、当該の臨床心理士であった筆者が心理療法を担当した。

●主訴

急に怖くなる。心臓がドキドキして、心臓が止まって死んでしまうのではないかと思う。頭に血がのぼったような感じがすると、どうにかなってしまうのではないかと思う。疲れると、イライラして、悲しくなる。

●家族歴

父、母。兄、妹の同胞3人の中間子。兄は、約10年間の引きこもり生活を送っていた。現在、夫と2人暮らし。

●生活歴

小学生の頃、兄から暴力をふるわれ、いじめられた体験がある。中学、高校、大学と友人は少ない。

●既往歴

X-2年、大うつ病。

●現病歴

X-12年、自宅で新聞を読んでいたときに、動悸、呼吸困難、頭に血がのぼる、気が遠くなる感じ、死への恐怖といった症状のパニック発作が起こった。その後、1カ月間に1~2回のパニック発作（軽度）が続いたが、治療せず放置した。X-10年、総合病院で自律神経症と診断され、薬物治療を受けるが、効果はなかった。X-7年、睡眠中にパニック発作が起こり、救急車で総合病院へ運ばれた。その後、パニック発作が頻発するようになり、当院を受診した。パニック障害と診断され、フルボキサミン50mg/日、スルピリド100mg/日、ロフラゼプ酸エチル2mg/日による薬物治療が開始された。X-2年、東京から地方への引っ越しをきっかけにうつ症状を呈したが、X年に

うつ症状は改善した。現在、パニック発作は消失し、クロナゼパム 0.5mg/日 が処方されている。規則正しい生活を送り、週に5日アルバイトをしている。

● DSM-IV による診断

第Ⅰ軸：広場恐怖を伴わないパニック障害（部分寛解）、第Ⅱ軸：なし、第Ⅲ軸：自然流産（X年1月）、味覚障害（X年10月～12月）、第Ⅳ軸：夫の育児希望、子供なし、第Ⅴ軸：65/その他、社交不安あり。

アセスメントと介入方針

心理療法に対する患者の希望は、断薬するために、不安へのコントロールを高めることであった。主治医の治療方針は、症状が安定していることから、患者の育児希望で断薬する方針であった。

パニック発作は消失しており、Clinical Global Impression (CGI) の重症度は3点で、パニック症状は軽度である。広場恐怖はなく、身体感覚の変化が起こりやすい活動を回避することはない。また、うつ症状および不安は軽度で、Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, et al., 1979) 得点は13点、State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, et al., 1983) の状態不安得点は50点、特性不安得点は50点であった。対人関係上のストレスはなく、語学学校へ通い、日常生活機能は高く、安定した状態である。しかしながら患者は、暴力やいじめを受けた体験、社交不安があり、さらに大うつ病の罹患歴があることから、患者の精神病理は複雑であると推定される。このため、介入する問題をしぼり、限定することが好ましいと考えられる。

パニック発作は消失しているが、動悸などの身体感覚の変化を感じると、「死んでしまうのではないか」といった破局的な思考が生じる。不安に関連した身体症状への恐怖を評価する Anxiety Sensitivity Inventory (ASI) (村中・坂野, 2002) 得点は45点であった。広場恐怖を伴わないパニック障害患者の ASI 平均得点は36.4点であることから (Rapee, et al., 1992)、患者の不安に関連した身体症状への恐怖は強い。また、破局的な思考から不安が強くなると、「私は不安にうまく対処できない」といった思考が生じることから、不安場面への自己統制感が低いと考えられる。実際の対処方略を Tri-Axial Coping Scale (TAC-24) (神村栄一ほか, 1995) で評価すると、問題を回避する傾向が強く、問題を解決するための認知的、行動的対処が少ない。

減薬や断薬に対する過剰な不安はないが、減薬や断薬による中止後症状をきっかけに、破局的思考が生じて不安が強くなることが想定される。また、妊娠に対して漠然とした不安があるが、妊娠に関する知識不足が一因と考えられる。

以上の点から、患者の問題は、①身体感覚に対する破局的認知、②不安に対する対処スキルの不足、③減薬や断薬による中止後症状で生じる不安、④妊娠への不安と推察される。介入は、これらの問題に限定し、断薬を目標に、不安に対する対処スキルと不安場面への自己統制感を向上させるための認知行動療法プログラムを実施することとした。

認知行動療法プログラムと技法選択

治療の目的は、断薬を目標に不安に対する対処スキルを向上させることである。そこで、パニック障害に対する認知行動療法プログラム

(熊野・久保木, 2008)、ベンゾジアゼピン系抗不安薬を断薬するための認知行動療法プログラム (Otto, et al., 1996) を参考に、①認知再構成法、②リラクゼーション訓練 (漸進的筋弛緩法) の技法を選択した。さらに、妊娠に関する知識を習得するための心理教育を実施することとした。認知再構成法は、不安に関連する認知の修正を促す。漸進的筋弛緩法は、減薬や断薬による中止後症状を改善することを目標としている。また、治療者と患者でセッション数を話し合ったところ、インテーク面接を除き5セッションを実施し、その後は、患者の希望に応じて追加することとした。

治療

●第1～3セッション (X年10月～11月：パニック発作・症状限定発作なし)

第1、2セッションでインテーク面接を実施した。第3セッションでは、パニック障害に関する心理教育を実施し、パニック障害の身体症状の確認と、パニック発作から死に至ることはないことを保証した。次に、不安に関する心理教育を実施するとともに、漸進的筋弛緩法を指導し、これをホームワーク (HW) とした。

●第4～7セッション (X年12月～X+1年1月：パニック発作・症状限定発作なし)

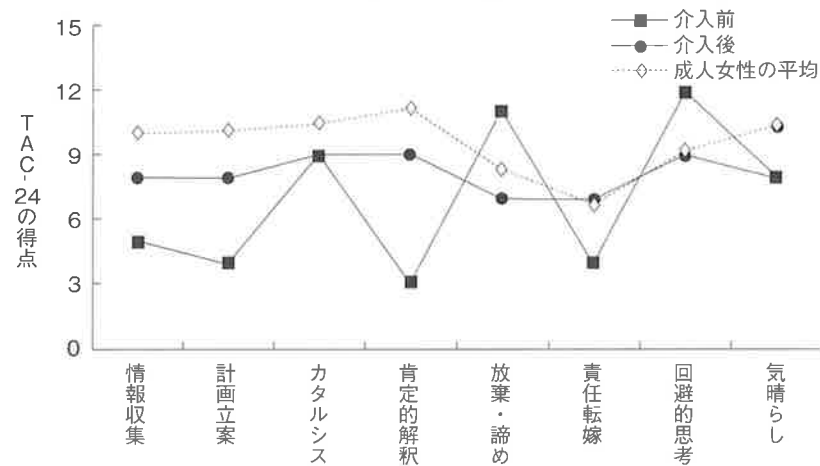
第4～7セッションでは、身体感覚の変化をきっかけに破局的な思考が生じることを理解する目的で、Clark (1986) が提唱した、「脅威の知覚」→「不安に関する身体感覚」→「破局的な思考」→「さらに強い脅威の知覚」のパニック発作の認知モデルにそって、患者の不安の形成と維持について話し合い、悪循環が形成されていることを確認

した。さらに、減薬や断薬による中止後症状の心理教育を行い、中止後症状をきっかけに、同様の悪循環が形成される可能性を話し合った。次に、認知変容を促すために、思考記録表を用いて、不安になりやすい状況と考え方に気づき、適応的な思考を見つけだす練習を実施した。「舌のしびれ」などの身体感覚の変化をきっかけに、「脳梗塞になるのではないか、脳梗塞で死んでしまうのではないか」といった破局的思考が生じていることが明らかにされた。また、「私は不安にうまく対処できない」「不安になる私は変ではないか」といった不安場面への統制感や対処行動への自己効力感が低いことが明らかにされた。これらの思考に対しても同様に、思考記録表を用いて、適応的な思考を見つける練習を実施した。患者は、「私の考えは現実的でない、飛躍している」と述べ、自分の思考を客観的に捉えられるようになった。第6、7セッションでは、実際の場面で、破局的思考へ反証する練習として、認知リハーサルを用いた。HWは、漸進的筋弛緩法の練習と思考記録表で、患者は、毎回HWをしっかりと行った。なお、第7セッションで、治療者と患者で治療終結について話し合ったところ、妊娠に関する心理教育を2セッション実施し、治療を終了することとした。

●第8、9セッション (X+1年2月～X+1年3月：パニック発作・症状限定発作なし)

第8セッションで、妊娠に対する不安の内容を整理したところ、「妊娠すること自体が怖い」「薬の服用が子どもに影響するのではないか」「妊娠中の漠然とした不安」「分娩時にパニック発作が起こるのではないか」の内容があげられた。第9セッションでは、パニック障害患者の妊娠に対する心理教育として、①妊娠中の体の変化、②つわりとパニック発作、③分娩時のパニック発作、④服薬の胎児への影響、⑤女性ホルモンの精神症状への影響、⑥ソーシャルサポート体制づく

図表 1 介入前後における対処方略の変化



りの内容を実施した。患者は、「妊娠について知ることができて、少し安心した」と述べた。今後、断薬や妊娠の可能性が高いことから、必要に応じて心理療法を利用してよいことを保証し、フォローアップセッションは設定せず、治療を終結した。

介入後における評価は、CGIの重症度は3点、改善度は3点で、パニック症状は軽度で、介入効果が少し見られた。介入前のBDI得点13点が、介入後に6点へ減り、抑うつは低減した。STAIの状態不安得点は50点、特性不安得点は50点であった。ASI得点は44点で、不安に関連した身体症状への恐怖は強い状態であった。また、介入前と比べると、問題を解決するための認知的、行動的対処が向上した。図表1に、介入前後における対処方略の変化を示した。

経過

治療終結から1カ月後に断薬となり、医師の診察は終了した。およそ1年後に、流産、その後、夜間の動悸をきっかけに不安が強まり、薬物治療が再開された。

考察

本報告の目的は、マニュアルに基づいた認知行動療法を実施したパニック障害の症例を呈示し、治療プロトコルを個々の事例に適合させる必要性と、これに伴う問題について考察することであった。本症例は、断薬を希望するパニック障害患者に対して、認知再構成法や漸進的筋弛緩法などの介入を行うことによって、不安に対する対処スキルと不安場面への自己統制感が向上した結果、治療終結から1カ月後に、断薬となり、これが1年維持されたと考えられる。

Wilsonは、マニュアルに基づく認知行動療法の採用を推奨しながらも、個々の事例に適した介入を行うことは重要で、治療プロトコルを修正して用いる柔軟性が必要であると指摘している (Wilson, 1997)。

認知行動療法プログラムはいくつかの治療技法を組み合わせた治療パッケージであり、治療効果を高めるコンポーネントの特定がむずかしい。このため、治療プロトコルを修正する場合、どの程度、正確かつ過不足なく、治療技法を選択するかは大きな問題である。本症例では、認知再構成法と漸進的筋弛緩法が選択されたが、技法の選択は治療者の恣意的判断で、妥当性に乏しい。選択された技法が妥当であっ

たかどうかは、単一事例研究法と同様に、その技法の介入効果を検証する必要があるだろう。そして、最初に用いた技法が有効でなかった場合、別の技法を探る必要がある。本症例は、介入前後の ASI 得点に変化はなく、不安に関連した身体症状への恐怖は強いままであった。認知再構成法の介入効果を検証するとともに、身体感覚エクスポージャーの検討が必要であったと思われる。また、介入前の段階で、身体感覚エクスポージャーを選択する余地があった。しかしながら、筆者が身体感覚エクスポージャーの手続きに不慣れであったため、選択から除外された。技法選択において、治療者の技術的、心理的要因を取り除くために、治療者は治療プロトコルを確実に実行できるよう訓練を十分に受け、各技法を習得する必要があるだろう。

マニュアルに基づく認知行動療法におけるアセスメントは、治療プロトコルを事例に適用させることを目的としており、事例に適した介入法を構成することは目的としていない。そして、治療ターゲットとされる症状や行動に焦点を当てるため、個々の事例の特徴を的確に捉えることがむずかしい。そこで、症状の形成、維持に関する刺激-反応-結果の3項随伴性を中心とする行動（機能）分析やケースフォーミュレーションをアセスメントに活用することが指摘されている（Bruck & Bond, 2006）。

本症例では、患者が不安を感じる状況として「夜、テレビを観ていたときに舌のしびれを感じた」をあげたことから、「舌のしびれ」の身体感覚に対する破局的な思考に焦点が当てられた。行動分析に基づく、不安を誘発する刺激として、「舌のしびれ」だけでなく、「夜」があげられる。さらに、睡眠時パニック発作を契機にパニック発作が頻回した病歴から、「夜」は刺激価が高いと判断される。患者にとって「夜」の文脈は不安を喚起する強い刺激である。扁桃体基底外側核の関与が指摘されている恐怖条件づけの消去と異なり、文脈（状況）恐怖条件づけの消去では、海馬が重要な役割を担うとされる（Brand,

2006）。本症例に身体感覚エクスポージャーを適用する場合、「夜」の文脈を含んだ恐怖刺激を用いると、恐怖の消去が促進されるのではないかと考えられる。このように、行動分析を活用することで、事例の特徴がより把握でき、技法を的確に事例に適合させることや技法を追加することができ、個々の患者により適した治療が可能になると考えられる。

まとめ

本稿は、マニュアルに基づく認知行動療法を採用する立場から、これを実践していくときに生じる問題を指摘した。不安障害に対する認知行動療法の実践は、①マニュアルに基づく介入、②刺激-反応-結果の3項随伴性を中心とする行動分析を活用したマニュアルに基づく介入、③行動分析に基づく介入、に分けられると考える。

文献

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*, New York Guilford Press, NY.
- Brand, M. (2006). Anatomical molecular and cellular substrates of fear extinction. In Craske, M. G., Hermans, D., Vansteenwegen, D., *Fear and Learning from Basic Processes to Clinical Implications*, pp.157-173, American Psychological Association, Washington, DC.
- Bruck, M., Bond, F. W. (2006) 『認知行動療法ケースフォーミュレーション入門』 下山晴彦編訳, pp.175-203, 金剛出版, 東京.
- Clark, D. A. (1986). Factors influencing the retrieval and control of negative cognitions. *Behaviour Research and Therapy*, 24 : 151-159, 1986.
- 神村栄一・海老原由香・佐藤健二ほか「対処方略の三次元モデルと新しい尺度（TAC-24）の作成」『教育相談研究』33 : 41-47, 1995.
- 熊野宏昭・久保木富房（編集）（2008）『パニック障害ハンドブック——治療ガイドラインと診療の実際』 医学書院, 東京, 2008.
- 村中泰子・坂野雄二（2002）「不安感受性尺度（ASI）日本語版作成の試み」(2), 日本行動療法学会第28回大会発表論文集, pp.120-121, 2002

- Otto, M. W., Jones, J. C., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1996). *Stopping Anxiety Medication: Panic Control Therapy for Benzodiazepine Discontinuation*. Psychological Corp, San Antonio.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., et al. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, Mind Garden, CA.
- Wilson, G. T. (1997). Treatment manuals in clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 35 : 205-210.

■謝辞

本稿は、第9回八ヶ岳シンポジウムで筆者が発表した内容に加筆・修正したものである。発表にあたり、ご指導いただいた千葉大学大学院医学研究院の清水栄司教授、和楽会の貝谷久宣理事長に深くお礼申し上げます。また、ミシェル・クラスケ先生はじめ多くの先生方から貴重な助言をいただきましたことに、感謝いたします。