

パニック障害に対する集団心理教育

—治療ガイダンスの有効性の検証—

●
正木美奈

Mina Masaki / 医療法人和楽会なごやメンタルクリニック

野口恭子

Kyoko Noguchi / 医療法人和楽会心療内科・精神科赤坂クリニック

宇佐美英里

Eri Usami / 医療法人和楽会心療内科・精神科赤坂クリニック

福原秀浩

Hidehiro Fukuhara / 大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学

井上顕

Ken Inoue / 藤田保健衛生大学医学部公衆衛生学

貝谷久宣

Hisanobu Kaiya / 医療法人和楽会パニック障害研究センター所長

パニック障害の治療

パニック障害は、薬物療法と認知行動療法の併用が推奨されており (NIH, 1991; 梅景ほか, 2006; 熊野・久保木, 2008)、十分な初期治療と長期にわたる維持治療のもとで、患者の積極的な治療への参加が必要である (越野, 2005)。しかしながら、患者の多くは服薬に対する不安があり、服薬コンプライアンスの低下が問題となる。したがって、薬物療法においては疾患に関する知識、病態メカニズムの理解、薬物療法による効果と副作用についての把握や、長期治療の意義を理解することが治療開始の前提となる (田島, 2005)。認知行動療法においては、いくつもの技法がパッケージ化されている。具体的には、心理教育、症状モニタリング、リラクゼーション、認知の再構成、身体感覚および広場恐怖に対する暴露療法であり (坂野・貝谷, 1999)、パッケージの冒頭には、心理教育の実施があげられている。認知行動療法の効果を十分発揮するためにも、患者にパニック障害について理解させ、症状を客観的に把握できるようにすることが大切である。その意味で、心理教育を実施することは治療における動機付けの大きな原動力となる。

パニック障害に対する心理教育

心理教育とは、「精神障害者およびその家族に対して、病気の性質や治療法・対処方法など、療養生活に必要な正しい知識や情報を提供する……心理療法的な配慮を加えた教育的援助アプローチの総称」 (大島, 1993) である。これが患者の疾患受容、治療者との良好な治

療関係の形成、対処技術の向上などを促すことが確認されている。

厚生労働省研究班による「パニック障害の治療ガイドライン」 (熊野・久保木, 2008) では、患者教育が必須事項として記載され、患者や家族に対して、症状、病因、治療についての説明、発作によって死ぬことはない保証することなどが要点であると示されている。その有効性として、患者が発作や予期不安をコントロールすることが可能となり、セルフ・エフィカシーが向上すること (陳ほか, 2001; 貝谷ほか, 2006)、患者の不安感受性が低下し、服薬コンプライアンスの向上に寄与することなども確認されている (横山, 2008)。今後、心理教育の効果をさらに高めることが期待されている。

集団心理教育

筆者らのクリニックでは、心理士による集団形式の心理教育を実施しており、治療ガイダンスと称している。患者には、初診から早い段階で参加するように促しており、患者の家族およびパニック障害について理解を求めたい方々の同席を可能としている。集団形式では、患者同士がお互いの体験を理解することで、安心感や治療意欲が高まり、適切な対処をモデリングできるなどのメリットがある (竹内, 2002)。この治療ガイダンスは、1セッション約 50 分～60 分であり、治療者はスライドを使って説明し、参加者には資料としてそのスライドのコピーを手渡している。初めに心理教育の目的を説明したうえで、集団における個人情報外部に漏らさないなどの約束を伝える。セッションの最後には、参加者が自由に質問できる時間を設けている。

図表 1 に、筆者らが行っている治療ガイダンスの概略を示す。この詳細については、横山 (2008) がすでに報告している*。

*希望者にはスライドをお送りします。(waraku@fuanclinic.com)

図表 1 治療ガイドンスの概要

内 容	ポイント
①パニック障害の説明 ・症状の概要 ・有病率 ・併発疾患(うつ病、残遺症状)	パニック障害の定義と診断基準を示し、患者に症状チェックリストに発作症状を記載させる。広場恐怖症状は、具体的な例(電車、混雑の中など、逃げるに逃げられないようなまたはすぐ助けが得られない場所や状況の回避)を示し、患者に回避場面を述べてもらう。
②治療法の説明 ・発症の脳内機構 ・代表的な治療薬 ・認知行動療法の有効性 ・認知行動療法実施の紹介	パニック障害が医学的な病気であることから、薬物療法の有効性を説明する。また、広場恐怖に対しては認知行動療法との併用が効果的であることを伝える。
③服薬に関するQ&A ・一般的な服薬期間 ・依存性、副作用の不安 ・併用禁忌(アルコール、市販薬)	患者が抱きやすい服薬に関する代表的な質問5つに関して、Q&A形式で紹介する。治療には、開始時、維持期、終結期があり、薬の自己調整をしないこと、薬への不安や疑問があれば医師とコミュニケーションをとることを強調する。
④パニック発作への対応方法 ・不安の継続的变化 ・不安のメカニズム ・対処姿勢(うつ伏せ、息止め) ・発作への過度な注目を減らす方法	不安感がピークに達するものの徐々に下がることを説明し、患者の実体験を交えてそれを確認させる。また、パニック発作症状への過度な注目を減らし、その場でやり過ごすことを教示し、対応方法を具体的な例からいくつか紹介する。
⑤その他注意事項 ・症状を悪化させる因子 ・規則正しい生活を送ることを心がける ・有酸素運動の勧め	発作の誘因となるような生活態度(睡眠不足、過労、ストレス、風邪など)を示し、それらを避けた規則正しい生活、目標・計画に沿った生活を送ることを教示する。
⑥妊娠・出産した場合 ・計画的な妊娠・出産	病気のために妊娠、出産を禁止する必要はないが、危険性は必ずしもゼロではないことを説明し、計画的な妊娠を推奨し、早めに医師に報告するようにさせる。

横山知加(2008)、「第4章 心理教育」『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 pp.46-59 より抜粋

治療ガイドンスの有効性の検証

これまでに、筆者らが行う治療ガイドンスは、疾患に関する知識の向上、不安感の低減などが認められ、治療導入における実施の有効性が報告されている(貝谷ほか, 2006; 横山, 2008)。本稿ではさらに①参加直前・直後、1カ月経過後の変化、②参加者と非参加者で比較した結果を報告する。

なお、本研究に際して、個人情報の保護について十分な説明を行い、患者から書面に同意を得ている。

●研究 1——治療ガイドンスの参加直前と直後、その 1 カ月後の変化

(1)対象と方法:

治療ガイドンスに参加したパニック障害患者 44 名(男性 10 名、女性 34 名、平均 33.0 ± 8.9 歳)を対象とした。治療ガイドンスの実施日は、初診から平均 19.3 ± 15.0 日であった。以下の測定指標を参加直前と直後、その 1 カ月経過後の計 3 回実施した。統計学的検定には、時期を要因とする一要因の分散分析とその後は多重比較を用いた。

(2)測定指標:

- ① State-Trait Anxiety Inventory 日本版の状態不安 (STAI-S: 清水・今栄, 1981): State Form について 20 項目、4 件法
- ② 疾患の理解度: 発作症状、残遺症状、予期不安など 7 項目、5 件法
- ③ 服薬に関する不安: 依存性、副作用など 4 項目、Visual Analogue Scale (VAS; 0 ~ 100)
- ④ セルフ・エフィカシー (陳ほか, 2001): 4 項目、VAS (図表 2)

図表2 セルフ・エフィカシーに関する質問項目

あなたは自分でどれくらい確実にコントロールができていますか？0点（まったくできないと思う）～100点（確実にできると思う）の間で点数をつけてください。

- | | | |
|---|---|-----|
| 1 | ドキドキや息苦しさを感じたとき、どの程度、自分でコントロールができていますか？ | () |
| 2 | 「また発作が起こるのではないか」という考えを自分でどの程度止めることができますか？ | () |
| 3 | 発作が起きたら、どの程度自分でそれをコントロールができていますか？ | () |
| 4 | 発作が起きたら、どの程度自分をコントロールができていますか？ | () |

陳ほか「パニック障害に関する患者教育がエクスポージャーに及ぼす影響」(2001).『行動療法研究』26(2):57-68.

参照)

- ⑤治療に対する意欲：「治すことができる」「治療に取り組もうと思う」「服を飲んでいこう」の3項目、VAS
- ⑥Anxiety Sensitivity Index (ASI) 日本語版（池谷・丹野，2002）：16項目、5件法

(3)結果：

①不安感受性と状態不安

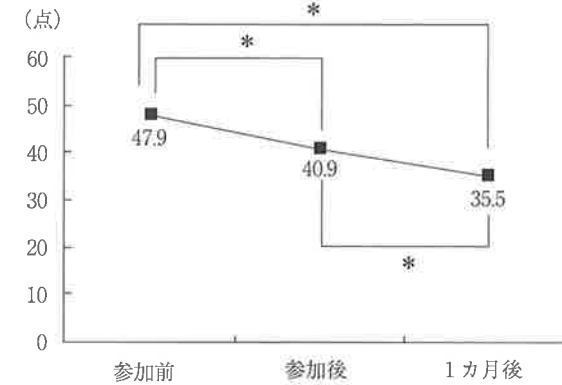
ASI、STAI-Sともに主効果が有意であり（ASI： $F(2, 44) = 15.0$ 、STAI-S： $F(2, 48) = 10.9$ 、いずれも $p < 0.05$ ）、ASIは1カ月後、STAI-Sは参加直後に最もその得点が低減した。

結果を図表3、4に示す。

②疾患に関する理解

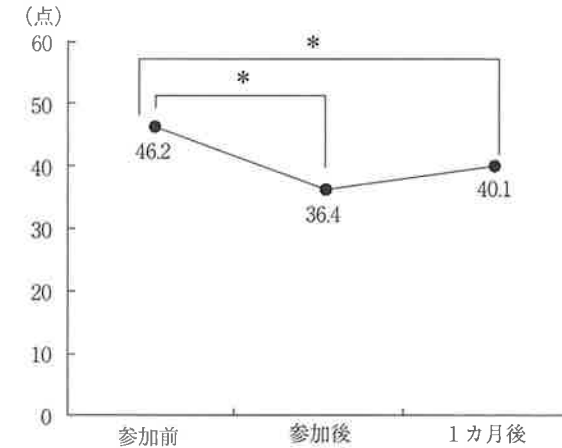
知識を問う6項目すべてにおいて、主効果が有意であり（病気： $F(1.5, 37.1) = 20.1$ 、発作症状： $F(1.5, 36.1) = 12.0$ 、予期不安： $F(1.2, 29.0) = 15.1$ 、広場恐怖： $F(1.2, 29.2) = 18.2$ 、うつ病： $F(2, 48) = 12.1$ 、残

図表3 不安感受性の変化



*： $p < 0.05$

図表4 状態不安の変化



*： $p < 0.05$

遺症状： $F(2, 48) = 34.8$ 、治療法： $F(1.9, 44.5) = 28.0$ 、いずれも $p < 0.01$ ）、参加直後に最も理解度が高かった。

③服薬に関する不安、治療に対する意欲

薬に関する不安を問う4項目すべてにおいて、主効果が有意であっ

た (依存性： $F(2, 48)=11.8$ 、副作用： $F(2, 48)=15.7$ 、服薬期間： $F(2, 48)=13.3$ 、いずれも $p < 0.01$ 、症状の改善度： $F(1.6, 38.6)=6.1$ 、 $p < 0.05$)。そのうち、「症状が改善するのか」については、1カ月経過後に最も低下した。

治療に対する意欲については、疾患を「治すことができる」のみ、主効果が有意であり ($F(1.6, 38.9)=10.4$ 、 $p < 0.05$)、参加直後に上昇した。

④セルフ・エフィカシー

4項目すべてに有意な主効果が認められ (身体症状： $F(2, 48)=20.0$ 、考え： $F(2, 48)=22.0$ 、パニック発作： $F(2, 48)=15.1$ 、自分： $F(2, 48)=13.0$ 、いずれも $p < 0.01$)、1カ月経過後に最も高かった。

以上から、治療ガイダンス参加1カ月経過後も、疾患の知識の向上、パニック発作や破局的な考えなどを「自分でコントロールできる」というセルフ・エフィカシーや疾患を「治すことができる」という意欲の高まりが維持されていることが明らかになった。また、服薬に関する不安や不安感受性、状態不安などの不安感が低減された。

●研究2——参加群と非参加群の比較

(1)対象と方法：

参加者 (以下、参加群) 44名 (平均 33.0 ± 8.9 歳)、非参加者 (以下、非参加群) 44名 (平均 33.3 ± 11.5 歳) を対象とした。初診より参加群は 42.0 ± 28.8 日後、非参加群 36.1 ± 14.9 日後に測定された。統計学的検定には、 t 検定を用いた。

(2)測定指標：研究1と同じ。

(3)結果：

①不安感受性、状態不安

参加群のほうが、ASI、STAI-Sともに有意に低いことが認められた (ASI： $t(83)=2.15$ 、 $p < 0.01$ 、STAI-S： $t(86)=1.69$ 、 $p < 0.10$)。

②疾患に関する理解

パニック障害に関する項目のうち、発作症状および予期不安については有意な差が認められなかった。広場恐怖、残遺症状、うつ症状、治療法に関する知識は、参加群のほうが有意に高いことが認められた。

③服薬に関する不安、治療に対する意欲、セルフ・エフィカシー

服薬に関する項目のうち、参加群のほうが依存性、副作用についての不安がより低かった ($p < 0.05$)。その他については有意な差が認められなかった。

治療に対する意欲およびセルフ・エフィカシーについては、両群に有意な差は認められなかった。

これらの結果を図表5に示す。

以上より、治療ガイダンス参加群のほうが、疾患に関する理解度がより高く、薬の依存性や副作用、不安感受性、状態不安の低下がみられた。治療に対する意欲およびセルフ・エフィカシーは治療ガイダンスの参加有無による違いは認められなかった。

まとめ

本稿は、筆者らのクリニックで実施している治療ガイダンスの効果に参加前後で検討し、さらに初診から約1カ月経過時において、参加群と非参加群の結果を比較した。このことから、治療ガイダンス参加

図表 5 参加群と非参加群の得点の違い

	参加群 (n=44)		非参加群 (n=44)		t
	Mean	SD	Mean	SD	
ASI	45.7	14.4	39.3	13.3	2.15 **
STAI-S	47.4	14.7	42.6	12.0	1.69 ***
パニック障害に関する知識					
疾患	4.3	0.6	4.0	0.8	-2.08 *
パニック発作	4.3	0.6	4.0	0.9	-1.78 n.s.
予期不安	4.3	0.7	4.0	0.9	-1.82 n.s.
広場恐怖	4.3	0.8	3.6	1.1	-3.18 **
うつ病	3.8	1.1	3.3	1.3	-2.14 *
残遺症状	3.4	1.4	2.3	1.4	-3.60 **
治療法	3.8	0.9	3.0	1.1	-3.62 **
服薬に関する不安					
依存性	57.3	33.6	43.0	29.7	2.12 *
副作用	54.6	36.6	40.5	31.0	1.95 *
改善度	41.1	38.0	34.8	30.8	0.86 n.s.
服薬期間	58.0	36.1	50.5	32.5	1.03 n.s.
治療に関する意欲					
治る	76.2	25.9	69.5	28.4	-1.13 n.s.
取り組む	91.4	14.7	86.3	19.4	-1.38 n.s.
服薬する	86.2	18.5	82.1	22.5	-0.92 n.s.
セルフ・エフィカシー					
身体症状	55.8	30.2	50.6	22.2	-0.92 n.s.
考え	57.7	30.3	54.0	26.0	-0.61 n.s.
パニック発作	49.2	33.2	43.3	27.8	-0.89 n.s.
自分	46.2	33.3	43.7	26.9	-0.38 n.s.

** : $p < 0.01$, * : $p < 0.05$, *** : $p < 0.1$

n. s. : not significant

後に、疾患の理解度、セルフ・エフィカシーや治療に対する意欲が高まることが明らかになった。また、非参加群に比べて参加群は、より不安感が軽減することが示された。これは、心理教育の有効性を示した先行研究や、厚生労働省研究班による治療ガイドラインを支持した結果となった。

パニック障害の認知理論 (Clark, 1986) では、不安に伴う不快な身

体感覚を破局的に解釈することで悪循環を起こし、パニック発作を生じることが知られている。この不安そのものが危険であるという信念が「不安感受性」であり (Reiss & McNally, 1985)、患者の回避行動を生起させ、QOL低下の要因にもなるため、リスクファクターとされている (杉浦, 1998; 松岡・坂野, 2004)。本研究では、治療ガイダンス参加後に不安感受性の低下がみられ、さらに非参加群と比べてもそれが低下することが明らかになった。治療ガイダンスでは、パニック発作で死ぬことはないということや、不安のピークが徐々に下がることに注意を向けることなどを強調している。この心理教育で強調した事柄が不安感受性を低減できた要因の一つとも考えられる。また、結果を生み出すためにどの程度確実に行動できるかという個人の認知であるセルフ・エフィカシー (陳ほか, 2003) の向上が認められた。患者が治療ガイダンスから疾患への対処法や正しい知識を獲得し、情緒の安定やストレス対処の実行などのセルフ・コントロール感が高まった可能性が考えられる。

しかしながら、このセルフ・エフィカシーの向上や症状が改善するのかという不安感は、参加直後ではなく1カ月経過後に著明に変化し、かつ非参加群との違いは認められなかった。これは、単に心理教育のみが効果を発揮するのではなく、薬物療法が症状そのものをコントロールした結果であるとも考えられる。実際に対象患者すべてが服薬しており、今後は薬剤の効果も考慮し、さらなる検討を行っていきたい。

心理教育は、患者の客観的な理解が十分得られ、治療への動機づけがはかられ、とくに治療初期に実施することで効果が増大する。それが予後の再発予防にも重要な役割を果たすことが知られている。今後は、治療段階に応じた心理教育の実施などをさらに検討していくことが期待される。

文献

- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24: 461-470.
- 池谷俊哉, 長尾浩史, 杉浦義典, 南川直三, 志田尾敦, 福原秀浩, 永田利彦, 切池信夫 (2002). 「パニック障害における不安感受性と破局的認知について」『精神医学』44 (9) : 977-983
- 貝谷久宣, 井上顕, 横山知加, 土田英人, 山中学 (2006). 「Ⅲ. 各論 a. パニック障害 3. 治療学」『臨床精神医学』35 (6) : 765-776.
- 越野好文 (2005). 「パニック障害における薬物療法の導入・継続と心理教育的アプローチ」『臨床精神薬理』8 (1) : 39-45.
- 熊野宏昭, 久保木富房, 貝谷久宣編 (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.
- 松岡紘史, 坂野雄二 (2004). 「不安感受性尺度の因子構造に関する検討」『心理臨床・発達支援センター研究』1 (1) : 29-36.
- National Institutes of Health (1991). Treatment of Panic Disorder. NIH Consensus Development Conference Consensus Statement, 9 (2) : 25-27.
- 大島嶺 (1993). 「心理教育」加藤正明ほか編『新版精神医学事典』弘文堂.
- Reiss, S., McNally, R.J. (1985). Expectancy model of fear. In Reiss, S., Bootzin, R.R., Theoretical issues in behavior therapy. San Diego Academic Press.
- 坂野雄二・貝谷久宣 (1999). 「パニック障害の行動療法」『精神療法』25 (4) : 314-320.
- 杉浦義典 (1998). 「不安の認知的アセスメント」『精神科診断学』9 (4) : 469-478.
- 田島治 (2005). 「社会不安障害における薬物療法の位置付けと心理教育的アプローチ」『臨床精神薬理』8 : 47-53, 2005.
- 竹内龍雄 (2002). 「パニック障害の薬物療法と行動療法の併用療法」竹内龍雄・貝谷久宣・不安・抑うつ臨床研究会『パニック障害セミナー2002』日本評論社.
- 陳陵雯, 貝谷久宣, 坂野雄二 (2001). 「パニック障害に関する患者教育がエクスポージャーに及ぼす影響」『行動療法研究』26 (2) : 57-68.
- 陳陵雯, 形岡美穂子, 鈴木伸一, 川村由美子, 熊野宏昭, 貝谷久宣, 坂野雄二 (2003). 「広場恐怖を伴うパニック障害患者における一般性セルフ・エフィカシー尺度の特徴に関する検討」『心身医学研究』43 (12) : 822-829.
- 陳陵雯, 坂野雄二, 貝谷久宣, 野村忍 (2002). 「広場恐怖を伴うパニック障害に対する集団認知行動療法プログラムの効果——地域の心理相談室における検討」『行動療法研究』28 (1) : 1-13.
- 梅景正, 栃木衛, 竹内龍雄, 貝谷久宣 (2006). 「パニック障害」『臨床精神医学』35 増刊号 : 126-133.
- 横山知加「第4章心理教育」(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 : 46-59.