

## 広島大学病院におけるパニック障害に対する グループ認知行動療法の試み

神人 蘭<sup>1),2)</sup>, 岡本 泰昌<sup>2)</sup>, 吉野 敦雄<sup>2)</sup>, 服部 麻子<sup>2)</sup>,  
山脇 成人<sup>2)</sup>, 田辺紗矢佳<sup>3)</sup>, 三宅 典恵<sup>1)</sup>, 岡本 百合<sup>1)</sup>,  
吉原 正治<sup>1)</sup>

A trial of the group cognitive-behavior therapy for patients with panic disorder  
at Hiroshima University Hospital

Ran JINNIN<sup>1),2)</sup>, Yasumasa OKAMOTO<sup>2)</sup>, Atuo YOSHINO<sup>2)</sup>  
Asako HATTORI<sup>2)</sup>, Shigeto YAMAWAKI<sup>2)</sup>, Sayaka TANABE<sup>3)</sup>  
Yoshie MIYAKE<sup>1)</sup>, Yuri OKAMOTO<sup>1)</sup>, Masaharu YOSHIHARA<sup>1)</sup>

Key words: panic disorder, cognitive-behavior therapy

### I. はじめに

パニック障害は、生涯有病率が2-3%と言われており<sup>2)</sup>、非常にありふれた病気と言える。パニック障害は、めまいや息苦しさ、動悸・手足のしびれなどの激しい身体症状や強い不安を伴うパニック発作を繰り返し、パニック発作に対する不安や恐怖を伴う<sup>1),2)</sup>。パニック障害に対する治療としては、大きく分けて薬物療法と精神療法とがある。精神療法の中で、認知行動療法 (Cognitive Behavior Therapy: CBT) は薬物療法との組み合わせると効果が高いという報告が多くあり<sup>3)-5)</sup>、

英国国立医療技術評価機構 (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) のパニック障害に対する治療ガイドライン<sup>6)</sup>でも薬物療法または認知行動療法を行い、無効例には併用療法を推奨している。諸外国では、インターネットの普及により、インターネット CBT の効果研究も行われており、有用性も報告されている<sup>7)</sup>。

これに対して、本邦では、パニック障害に対する CBT の実施施設は少なく、インターネット CBT も普及していないのが現状である。これらの背景から、われわれは、有効性が既に明らかになっている<sup>8)-10)</sup> 名古屋市立大学の CBT マニュアル

1) 広島大学保健管理センター  
2) 広島大学大学院精神神経医科学  
3) 独立行政法人国立病院機構呉医療センター精神科

1) Health Service Center, Hiroshima University  
2) Department of Psychiatry and Neurosciences, Hiroshima University  
3) Department of Psychiatry, National Hospital Organization Kure Medical Center and Chugoku Cancer Center

ルを使用して、平成23年度からパニック障害に対するグループCBTを開始した。そこで、本稿では、パニック障害に対するグループCBTの実際と効果を紹介するために、2例の症例を提示するとともに、CBT前後の予備的な結果を報告する。

## II. 対象と方法

### 1. 対象者の選定

参加希望にて広島大学病院を受診した者には半構造化面接であるStructured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) I・IIを実施し、精神症状の評価をおこなっている。適格基準として①DSM-IVでパニック障害の診断基準を満たすもの②DSM-IVにて他の不安障害の診断基準を満たすが、パニック障害の治療を優先した方がよいと判断されるもの、である。除外基準としては、①躁うつ病の既往や精神病の既往②グループ治療に不向きなパーソナリティ障害が合併しているもの、としている。なお、パニック障害に大うつ病を合併している場合は、治療にて抑うつ症状が軽減した場合には参加可能としている。NICEガイドラインでは、パニック障害に対するベンゾジアゼピン系抗不安薬は長期的な結果により影響を及ぼさないため、使用を推奨していない<sup>6)</sup>。また、CBTの効果を減弱させる可能性がある<sup>8),11)</sup>。これらのことから、薬物療法としてベンゾジアゼピン系抗不安薬を服用しているものは漸減中止または抗うつ薬への切り替えを推奨し、ベンゾジアゼピン系抗不安薬中止または抗うつ薬への切り替え後に参加可能としている。

治療へ参加は11名(男3名女8名)で、平均年齢 $39.3 \pm 12.1$ 歳、平均罹病期間 $9.2 \pm 4.8$ 年であった。PDSSの平均スコアは11.5点と中等症レベルであった。

なお、症例提示においては、匿名性に十分配慮し、個人が特定できないように病歴には変更を加えた。

### 2. 治療構造

われわれはグループでのCBTを行っている。1グループは最大3名で実施しており、現在のところ、

スタッフは臨床心理士及び精神科医2-3名で実施し、1名がメイントレーナーとしてグループをまとめ、他の1-2名の臨床心理士や精神科医がサブトレーナーとしてサポートを行っている。

### 3. プログラムの概要

名古屋市立大学のグループのマニュアルを使用して、パニック障害に対する集団認知行動療法を行っている<sup>8)-10)</sup>。プログラムは10セッションからなり、1セッションから9セッションまでを9週連続で実施し、最後の10セッションはブースターセッションの位置づけで9セッション目から4週間後に実施している。セッションは、心理教育、不安に対する対処法の習得(呼吸コントロール法、認知再構成法)、曝露反応妨害法より構成される。

#### 1) 心理教育

初回セッションでは、主にパニック障害に対する心理教育を行う。この心理教育では、パニック障害という病気や不安の本質について、認知行動モデルを提示しながら心理教育を行っている。

#### 2) 呼吸コントロール

パニック発作が起きると、しばしば「過呼吸状態」が起こる。過呼吸によって引き起こされる症状はパニック発作の症状とよく似ているため、過呼吸状態がパニック発作の症状をさらに悪化させていることがある。また、パニック障害の患者は通常の呼吸数が正常範囲の10-12回より多いことが多く、少しの刺激で過呼吸状態に陥りやすくなっているため、正しい呼吸方法を習得する。また、呼吸に意識を向けることで、自分でコントロールする感覚を取り戻すことを目的としている。

#### 3) 認知再構成法

患者はパニック発作を起こしているときや普段の生活の中で、「また発作が起こるのではないか、死ぬのではないか」などの破局的な認知により、さらに不安が増悪し、症状が悪化することが多い。不安を引き起こす考えを見つけだして再検討を行い、より適応的な考えを習得することによって不安をコントロールする。

#### 4) 段階的曝露

患者は不安になる場面を避けて過ごしていることが多く、そのため行動範囲が狭まってしまっている。呼吸コントロール法や認知再構成を習得した上で、不安になる場面に曝露していくことで、不安感や恐怖感を克服していくことを目的とする。ただし、最初から強い不安になる場面に曝露するのではなく、段階的に不安になる場面を設定して行う。段階的曝露の際に、注意が必要なのは安全保障行動を発見し、初期の段階より安全保障行動をしないで曝露を行うことである。安全保障行動とは、不安を軽減するために行う行動であり、例えば、薬を必ず持つ、注意をそらすなどの行動はパニック障害の患者の多くに見られる。安全保障行動を行うことで、不安を引き起こす非機能的認知や恐怖症状が維持されてしまうため、早い段階から安全保障行動を行わずに曝露を行い、適応的な対処行動を体験することで、非機能的な認知も修正される。

#### 5) 身体感覚曝露

パニック発作時に生じる身体感覚に対しても過敏となり、破局的に解釈して不安が増悪し、こういった身体感覚が生じる場面を回避している。こういった身体感覚を意図的に惹起し、不安は時間の経過とともに軽減することを体験する。この身体感覚曝露によって、身体感覚が危険なものではないことを体験し、身体感覚への破局的な解釈を修正する。

#### 4. 治療効果の評価

治療前後でパニック障害の重症度を評価するPDSS (Panic Disorder Severity Scale), 広場恐怖や回避行動の重症度を評価するFQ-A (The Fear Questionnaire-agoraphobia subscale), MIA (The Mobility Inventory for Agoraphobia), パニック発作に対する破局的な認知を測定するACQ (Agoraphobia Cognitive Questionnaire), 不安に結びつく身体感覚に対する恐怖反応を測定するBSQ (Body Sensations Questionnaire), 不安感受性尺度ASI (Anxiety Sensitivity Inventory)などを評価している。

#### 5. 統計学的解析

得られたデータは、Shapiro-Wilk 検定により<sup>12)</sup>正規性を確認した後、治療前後での比較を対応のあるt検定を用いて行った。P<0.05を有意差ありとした。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 症例提示

症例① 段階的曝露が行なわれ改善を示した例  
30代女性

現病歴：X-3年、胃腸炎に罹患していた際に、突然、過呼吸、吐き気、手足のしびれ、動悸などのパニック発作が出現し、救急車で病院を受診した。同時期に新しい仕事を始めたことでのストレスから抑うつ気分や焦燥感、不眠などの症状も出現し、近医精神科にてパニック障害、抑うつ状態の診断で、パロキセチン10mgの内服を開始した。薬物治療開始後、パニック発作や抑うつ症状は軽快傾向にあったものの、暗いところや狭いところ、高速道路や公共交通機関、人ごみなどを回避しながら生活していた。また、胃内視鏡検査時にパニック発作のため施行できなかったということもあり、日常生活の多くで機能障害が認められた。治療前のPDSSは11点と中等症レベルであった。

治療経過：治療前の安静時呼吸数は15回であった。不安となる場面では、「死ぬのではないか。」「パニックになったら何もできない。」などの破局的な思考が多く見られた。呼吸コントロール法の練習を重ねるにつれ呼吸数は10回前後に安定するようになり、認知再構成では、破局的思考の根拠と破局的な思考に対して反論とその根拠を考えることで、破局的な認知の修正を行った(表1)。段階的曝露では、「薬を持たずに外出する。」「暗いところで一人で過ごす。」を目標に課題を設定し、段階的に曝露を行った(図1, 2)。薬や携帯電話を常に持って行動するという安全保障行動がみられたため、段階的曝露では、初期の段階から安全保障行動をせずに苦手な場面に段階的に曝露を行った。当初は不安も強かったが、繰り返し曝露することや、不安になってもその場から逃げず

表1 認知再構成の例（30代、女性）

状況	自動思考	適切な考え
○月△日 午後10時半  自宅の寝室 布団を頭までかぶせた。 少しだけ隙間があいている。	暗くて覆われているから、不快だな。  (息苦しさ) 酸素が少ない。 パニックになるかもしれない。  呼吸コントロール法をしても息苦しいし、 空気が吸えない。 過呼吸になるかもしれない。 息が出来なくなったことが怖い。  息が止まって 死ぬかもしれない。	他のメンバーは布団に潜っても安心している。 覆われてることで不快から不安なっているだけ。この不安は間違い警報だ。 暗いところで過ごす曝露を練習していて、パニックになってない。 不安が下がるまで呼吸法を続けよう。 不安は時間が経てば、必ず下がる。  今はまだうまく呼吸が出来ていないし、 呼吸がコントロールできてないと感じるけど、このまま呼吸コントロールを続けよう。うまく呼吸できるだろう。  今まで一度もパニックで息が止まったことはない。 パニック発作で死ぬことはない。
	不安80%	不安40%

目標 『薬を持たずに外出する』 不安70%⇒不安30%(10回終了時)

- ①薬と携帯電話を持たず、自宅の周りを5分間散歩する。
- ②薬と携帯電話を持たず、車で5分のところにある駐車場で15分間過ごす
- ③薬と携帯電話を持たず、車で15分の場所で15分間過ごす
- ④薬と携帯電話を持たず、車で30分の場所で15分間過ごす
- ⑤薬と携帯電話を持たず、午前10時～午後1時まで過ごす
- ⑥薬と携帯電話を持たず、一日過ごす

図1 段階的曝露の例（30代、女性）

に呼吸法や認知再構成を使って不安をコントロールすることで、徐々に安全保障行動をはずすことができるようになり、行動範囲が広がった。身体感覚曝露では、パニック発作の症状として“息苦しさ”が強く、それに類似している身体感覚への曝露を中心に行った。繰り返し練習することで、

身体感覚への不快感はあっても、危険ではないではないという体験ができるようになり、身体感覚への不安が軽減し、治療後のPDSSは5点まで減少した。

目標『暗いところで一人で過ごす』 不安80-90%⇒不安50%(10回終了時)

- ①携帯を持たず、昼間にカーテン、窓、ドアを閉めきって、一人で10分間過ごす
- ②携帯を持たず、夜(21-22時)にカーテン、窓、ドアを閉めきって、一人で10分間過ごす
- ③携帯を持たず、夜(21-22時)にカーテン、窓、ドアを閉めきって、一人で20分間過ごす
- ④携帯を持たず、夜(21-22時)にカーテン、窓、ドアを閉めきって、顔にバスタオルをかけて一人で15分間過ごす
- ⑤携帯を持たず、夜(21-22時)にカーテン、窓、ドアを閉めきって、顔に毛布をかけて一人で15分間過ごす
- ⑥携帯を持たず、夜(21-22時)にカーテン、窓、ドアを閉めきって、全身に毛布をかけて一人で15分間過ごす

図2 段階的曝露の例(30代、女性)

症例② 段階的曝露の課題設定がうまく設定できず、結果的に回避の軽減に繋がらなかった例 30代男性

現病歴：X-9年3月頃、パチンコ屋で突然、動悸、手のしびれなどの症状が出現し、死ぬのではないかと感じた。総合病院に受診し、心電図検査等するも異常は指摘されなかった。その後も何度か動悸などパニック発作を繰り返し、内科を受診するも、異常は認めず、精神科受診となる。近医精神科にてパニック障害の診断にて薬物療法(イミプラミン10mg)開始し、内服していたが、日常生活では、一人で電車やバスに乗れない、一人で遠出できない、一人で夜勤が出来ないなど機能障害を認めていた。治療前のPDSSは13点であった。

治療経過：治療前の安静時呼吸数は16回で、少し多かったが、呼吸コントロール法の練習を重ねるにつれて安静時呼吸数の10回前後に減少がみられた。苦手な場面では、「動悸が続いて心臓がとまるのではないか。」「このまま気が狂うのではないか。」などの破局的な思考がみられたため、破局的な思考に対して現実に基づく根拠を探し、認知再構成を行った。段階的曝露では、「一人で渋滞の道を運転する。」を目標に段階的曝露課題の設定をおこなった(図3)。しかし、課題設定

の場面で、初期の段階から安全保障行動を外すことができず、また、渋滞の場面も交通量に左右されてしまい、一定した課題設定が困難であった。渋滞や交差点などの不安となる場面も短時間で通過してしまうことで不安が下がり、呼吸コントロール法や認知再構成を使用して不安をコントロールしたという体験がなかなか得られなかった。そのため、自己効力感を得られず、段階的曝露に対して患者のモチベーションが維持できず、段階的曝露を繰り返しても不安な場面への馴化が生じず、10回のセッション終了時に行った「一人で渋滞の道を運転する。」への不安の評価も下がらず、治療後のPDSSは11点と改善が乏しかった。

## 2. 参加者のCBT前後の変化

治療へ参加は11名(男3名女8名)で、参加者11名全員が、全ての治療プログラムに参加した。

治療効果の各指標について、Shapiro-Wilk検定により正規性を確認したところ、得られた値はすべて正規性を認めた。

パニック障害の重症度を評価するPDSSでは治療前 $11.5 \pm 4.0$ 点から治療後には $6.18 \pm 3.2$ 点、広場恐怖や回避行動の重症度を評価するFQ-Aでは治療前 $12.5 \pm 8.6$ 点から治療後には $7.7 \pm 6.6$ 点、不安感受性尺度であるASIでは治療前 $29.1 \pm 13.6$ 点

目標 『一人で渋滞の道を運転する』 不安90%⇒不安80%(10回終了時)

- ①空いている時間帯(夜9時-10時)に一人で自宅から〇市内まで運転する  
(片道15分) 安全保障行動(薬, ガム)なし
- ②混雑する時間帯(17時-18時)に家族と一緒に自宅から〇市内まで運転する  
(片道15分) 安全保障行動(薬, ガム)なし
- ③空いている時間(夜9時-10時)にラジオなしで, 一人で運転する
- ④空いている時間に25分間ラジオなしで一人で運転する(交差点で2回右折する)

図3 段階的曝露の例(30代, 男性)

表2 CBT 治療前後の変化 (n=11)

	PDSS	FQ-A	MIA	ACQ	BSQ	ASI
治療前	11.5 (4.0)	12.5 (8.6)	2.6 (0.6)	18.9 (9.6)	32.5 (17.7)	29.1 (13.6)
治療後	6.18 (3.2)	7.7 (6.6)	2.4 (0.7)	18.8 (10.0)	25.1 (14.9)	21.6 (9.7)
p-value	0.001 **	0.03*	0.1	0.97	0.16	0.03*

\*p<.05 \*\*p<.01

から治療後には21.6±9.7点と有意に減少がみられた。広場恐怖や回避行動の重症度を評価するMIA, 不安に結びつく身体感覚に対する恐怖反応を測定するBSQでは, 有意差は認められないものの治療前後でやや減少した。一方, パニック発作に対する破局的な認知を測定するACQでは治療前18.9±9.6点から治療後に18.8±10.0点となり, 治療前後でほとんど変化が見られなかった(表2)。

#### IV. 考察

本稿では, 広島大学病院で実施しているパニック

障害に対するグループCBTの実際やその効果について, 症例報告も交えて提示した。

われわれはグループでのCBTを行っている。グループで実施する利点としては, 参加者間で情緒的なサポート得られること(サポート機能), 一人では取り組みづらい課題への動機付けとなり, 他者から賞賛をうけることでモチベーションが維持しやすい(強化機能), 他者の体験を通してモデリングし, 認知の歪みを修正しやすくなる(教育機能)ことなどが挙げられる。同時に複数の患者の治療ができるため, 少ない治療者で実施が可能で, 臨床場面では定着しやすいと考えられ

る。また、個人療法と比較しても効果は同等で、費用対効果はグループ療法で高い<sup>13)</sup>。

症例提示では、しっかりと段階的曝露が行なわれ改善を示した例と、段階的曝露の課題設定がうまく設定できず、結果的に回避の軽減に繋がらなかった例を示した。段階的曝露では、初期の段階から積極的に安全保障行動を外した上で曝露を行うこと、不安な場面でしっかりと不安に直面し、不安が軽減する体験をできるように課題を設定していくことが重要であると考えられた。段階的曝露では、これまで回避していた不安な場面に曝されるため、パニック障害の患者にとって強い不安を伴う治療であるが、これまで回避していた不安な場面において認知再構成法や呼吸コントロール技法などの不安コントロール技法を用いて不安をコントロールするという体験を通して、自己効力感が増すと考えられる。パニック障害の患者はパニック発作の頻度よりパニック発作に対する不安や回避の程度が社会機能に影響を及ぼしていることから<sup>14)</sup>、自己効力感を強めパニック発作への不安や恐怖を克服していくことが社会機能の改善につながると考えられる。さらに身体感覚曝露によってパニック発作に関連する内部感覚への不安や恐怖を克服していくことで、さらなる社会機能改善が見込めるため、段階的曝露や身体感覚曝露を効果的に行うことの重要性が言える。

われわれが行っているグループCBTにおける治療効果検討については、現段階では症例数が少なく、予備的な結果ではあるが、CBT介入を行うことで、パニック症状の改善が期待されるデータが得られた。パニック障害の重症度を評価するPDSSは11.5点から6.18点と有意に減少し（減少率46.3%）、中等症レベルから軽症レベルに改善していた。名古屋市立大学のデータと比較しても（減少率44.7%）<sup>10)</sup>、ほぼ同等の結果が得られたと言える。広場恐怖や回避行動の重症度を評価するFQ-Aは、12.5点から7.7点と有意に減少したが（減少率38.4%）、名古屋市立大学のデータでは（減少率53%）とより減少率は低い結果となった。パニック発作に対する破局的な認知を測定するACQは治療前後でほとんど変化が見られないが、Noda

らによると、CBT直後にはACQが上がる場合があることも報告されており、3ヶ月目のフォローアップでは改善が見られている<sup>15)</sup>。これらの症例では、CBTを行う前は脅威の合図を認知的に回避している可能性があり、CBTを行うことで、破局的な認知が鋭敏になることが考えられるが、長期的にCBTを行うことで、改善が期待できる。

## V. 結 語

広島大学におけるパニック障害に対するグループCBTの試みについて、具体的な内容および効果検討を踏まえて示した。予備的な結果ではあるが治療の有用性も示唆されたため、今後も治療介入データの蓄積及び効果検討を行っていきたい。

## 参考文献

- 1) 高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引 新訂版 医学書院, 東京, 2003.
- 2) 熊野宏昭, 久保木富房他編著: 「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.
- 3) Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB, et al: A Randomized Effectiveness Trial of Cognitive-Behavioral Therapy and Medication for Primary Care Panic Disorder. Arch Gen Psychiatry. 62 (3): 290-298, 2005.
- 4) Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, et al: Cognitive-Behavioral Therapy, Imipramine, or Their Combination for Panic Disorder. JAMA 283 (19): 2529-36, 2000.
- 5) Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R: Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review. Br J Psychiatry 188: 305-12, 2006.
- 6) National Institute for Health and Clinical Excellence: Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: management in primary, secondary and community care. Clinical guideline 113,

- 2011.
- 7) Andrew G, Cuijpers P, Craske MG, et al.: Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis PLoS One 5 (10): e13196, 2010.
  - 8) ギャビン・アンドフューズ他著, 古川壽亮監訳: 不安障害の認知行動療法(1)パニック障害と広場恐怖」星和書店, 東京, 2003.
  - 9) 小川成, 古川壽亮: パニック障害と社会不安生涯の認知行動療法 総合臨床 2010; 59(9): 1994-1995.
  - 10) Yumi Nakano, Kiyoe Lee, Yumiko Noda, et al.: Cognitive-behavior therapy for Japanese patients with panic disorder: Acute phase and one-year follow-up results. Psychiatry and Clinical Neurosciences 62: 313-321, 2008.
  - 11) Westra HA, Stewart SH: As-needed use of benzodiazepines in managing clinical anxiety: Incidence and implications. Curr. Pharm. Des. 8: 59-74, 2002.
  - 12) 対馬栄輝著: SPSSで学ぶ医療系データ解析. 東京図書, 東京, 2007.
  - 13) Marchand A, Roberge P, Primiano Set al. :A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitivebehavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: A two-year follow-up. J Anxiety Disord 23(8): 1139-47, 2009.
  - 14) Telch MJ, Schmidt NB, Jaimez TL, et al.: Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology 63 (5): 823-830, 1995.
  - 15) Noda Y, Nakano Y, Lee K, et al.: Sensitization of catastrophic cognition in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. BMC Psychiatry 7: 70-78, 2007.