

系統的脱感作用療法を用いた

Panic Disorder (ドア恐怖) の1症例

近畿大学保健管理室 石田陽彦

序 言

過去においても、不安性障害 (Anxiety Disorder) のうち強い不安発作を伴う症例その報告は少なからずなされているが、近年その発症数は増加傾向にあるといわれている。このことは、事実発症数が増加したこともあろうが、これまで精神科受診を嫌い内科を受診することにより、心臓神経症や自律神経失調症などと診断される患者が多かったことも一因と考えられる。また、これらの不安発作は多くの場合、二次的に乗物に乗ることや人中に入ることにも恐怖を覚え、ひいては外出が困難になる「広場恐怖症 (Agoraphobia)」等を引き起こすこともまれではない。米国精神医学会の公式分類 (DSM III, 1980)¹⁾ にその疾病名が登場し、改訂された新分類 (DSM III-R, 1987)²⁾ には Panic Disorder (恐慌性障害) としてその診断基準が明確化されている (Table. 1)。そして、この Panic Disorder の中でも、特定の対象に対する恐怖が、相当強く慢性的に持続するもので、そのために日常生活にも支障を来すものが恐怖症 (phobia) と呼ばれる。患者は自らがもつ不安や恐怖を「不合理なものである」と認識し、解放されたいと望むにもかかわらず、その不安と恐怖から逃れることができないのである。これらの特徴は強迫観念と共通するものであり、強迫神経症 (Obsessive-compulsive neurosis) の一型とみなされる場合もあるが、本質的には異なるものではないと考えられる (高良1984)³⁾。

今回筆者は、不安発作を経験した後、適切な

治療を受けることができなかったために症状が憎悪し、Panic 状態に陥った患者が、症状選択として示した「ドア恐怖症」の心理治療の過程を報告する。

《Table. 1 DSM III-RによるPanic Disorderの診断基準》

1. 不安発作があること
2. 不安発作が4週間に4回あるか、または1回以上起きたあと予期不安が1ヵ月以上続く
3. 発作中に以下の症状が4つ以上ある発作が1回以上あること
①呼吸困難、息苦しさ ②めまい感、ふらつき感、失神 ③心悸亢進、頻脈
④身震い ⑤発汗 ⑥窒息
⑦胸のむかつき、腹部不快感
⑧非現実感 ⑨感覚麻痺、うずき感
⑩のぼせ感あるいは寒け ⑪胸痛、腹部不快感 ⑫死の恐怖
⑬発狂の恐怖、何か制御できないことをしてしまう恐怖
4. 3の症状が発作中10分以内に出そろって発作が1回以上をあること
5. 身体的な原因によるものでないこと

DSM III-Rを簡略化したもの

症例紹介

対象患者

S. H. , 初診時45歳の女性（以後Sと略す）、主婦、同胞3人の長女として大阪市内に生まれる。祖母に可愛がられ育った。そのためか、危険なことには近づかず、屋外では「おとなしい子」として通っていた。楽天的な所も持ち合わせており、自分ではもともと明るい性格であったと思っている。小さいころよりかなり几帳面で、幼児ならすぐに忘れてしまうような約束でも（例えば、友達同士の遊びの約束、日常生活における生活習慣の順序など）それが自分の責任でなくとも、守ることができなかったならば、泣き叫び、なかなか納得しなかったばかりか、着ている衣服を噛みちぎったりすることもあった。屋内では「疳のきつい子」と言われていたが、特に神経症的な問題はなかった。しかし、校庭にあるブランコやシーソーなどの遊具で遊んだ記憶は全くなく、なんとなく怖かったような記憶があった。中学、高校時代においても、生活に支障を来たすような病的な傾向は全くなかったが、ただ縄跳びが苦手で、友人が縄跳びをしているのを見ているだけでなんとなく怖くなったり、気持ちが悪くなったりした記憶があった。

Sは、高校を卒業してから3年間証券会社に勤めたが、その間は問題はなく、会社の仲間からも、きちっとした性格だと評価されていた。結婚準備のために退職し家事の手伝いをするようになるが、そのころのことを思い出すと、垂れ下がっている電灯のスイッチの紐をじっと見つめていて、何となく恐怖を感じるがあった。しかし、それも直ぐに忘れ、当時特に問題視はしなかった。

Sが23歳のとき、現在の夫（4才年上）と見合い結婚し、一男一女をもうける（現在長女20

才、今春短大を卒業し就職。長男17才高校3年在学中）。

夫は大阪市内の繊維問屋の経理課に勤務している。誠実であるが仕事人間で、寡黙。家に帰っても家族との会話はほとんどない。話しかけても返事が返って来るだけで会話はつながらない。発病後もSの疾病に対しては心配はしていたようではあるが、自分には何もできないとあって、自らSの疾病にかかわることはなかった。そのような夫であったせいか、家庭内のことはSがすべてこなしてきた。また、これまでに五度転宅したが（三度は新築）、その転宅もすべてSが決め、実行に移した。三度の新築もSが場所、家屋の設計まで一人で行っている。夫は合意を与えるだけで、当然ながら引っ越しには全く関与しなかった。

今回の発病まで、Sには、精神科通院歴はなく、また、身体疾病も特記すべきことはなかった。

発病までの経緯

昭和63年4月23日

屋外を散歩中、放し飼いにされていた犬に下肢を噛まれ、県立病院の外科に18日間入院する。治療経過が思わしくなく、なんとなく不安を感じながら退院後も1ヵ月間通院していた。その後在宅中、犬に噛まれたときの恐怖感や、治療経過が思わしくないことなどテレビを見るなどして紛らわそうとしていたが、そんなある日、急にドアの動きが怖く感じられるようになり、心臓が圧迫されるようになった。編み物などしてドアに注意を向けないように努力していたが、6月15日突如立っていることさえ困難になってしまった。加えて、ドアだけでなく家庭内の動くものすべてに恐怖を感じるようになった。日増しに恐怖感が増大し、胸部圧迫感が強まり、一日中動悸が治まらない状態になったため、6

月25日某県立医大付属病院を受診する。この時点での最大の恐怖の対象は動くドアであった。

医大受診から筆者が心理療法を行うまでの経緯

昭和63年6月25日

前記症状にて医大を受診する。10分ほど現在の症状を聞かれた後、脳波検査と血液検査を受ける。その後再度診察があって、1週間後に検査結果が出るといわれ、また少量の抗不安薬と睡眠は良好であったが眠剤とが投与された。

その後医師の指示どおり服薬していたが、一日中眠く、ボーとしているにもかかわらず恐怖感は一方向にとれなかった。

昭和63年7月1日

医大受診し、先日の検査結果を聴かされるが異状はないといわれた。服薬しても症状そのものに変化がないことを伝えると、抗不安薬の種類を変え、増量されるも恐怖感そのものは軽減しなかった。その後症状の変化がないまま、2週間に1度の受診で薬物治療を受けていた。

平成1年3月末日

医大受診した際、「怖いものには慣れないと仕方がない。慣れば怖くなくなる」といわれ帰宅後じっとドアを見るようにしたという。このような治療上の説明を与えた主治医の意図するところは、恐らく恐怖を喚起する対象を脱感作していくために暴露-反応妨害法 (exposure and response prevention) を念頭に置いてのことであろうと推察される。もし、そうだとするならば、この方法は患者自身の心的エネルギーへの負担が大きく⁴⁾、患者にも治療法についての十分な説明が必要であったと思われる。

その後Sの症状は次第に増悪した。それまで強い恐怖を喚起する対象であったのはドアだけであったが、その後、台所の換気扇、扇風機、クーラーの室外機 (これらは勢よく回転して

いる時より止まりかけているときに怖い)、風鈴、果ては風呂の水面、コーヒーの表面の揺れまで、「ゆったりと動くもの全て」が恐怖の対象となってしまった。そのため、ほとんど屋内に閉じこもり、日常の買物にすら外出できず、布団の中にくるまり、目を閉じ何も見ず、何も聞かず、ただ眠っていたと思うようになった。平成2年5月10日

夫がその状態を見かね、再度医大を受診させたが、Sの訴えが執拗で激しかったせいか、主治医に「この病気は習慣からきているのだから治らない」といわれ絶望感をもつ。その日は抗不安薬の注射を受け帰宅する。

平成1年5月24日

終日不安と恐怖の中に生きているのはつらく、何とかして欲しい、と訴え夫の付き添いにて当院を受診する

診察を待つ間の様子は、緊張型の分裂病を疑わせるように、身体を強ばらせ、非常にスローモーションな動作で立ったり座ったりを繰り返し、じっとしていることが困難であった。そのうちに、診察室や薬局のドアの開閉、人の行き来に耐えられなくなり、院外に出て行き駐車場の壁に向かい座り込み、目を閉じ耳を両手でふさいでいた。

その日の医師の診察は医大と同様で、主として薬物療法が施され、精神療法的接近がなかったためにSの気持ちを落ち着かせることはできなかった。

今回の転院による治療上の変化といえば、医大で投与されていた抗不安薬に加えて、少量の抗精神病薬が投与されたことであろう。

平成1年5月26日

Sより主治医に電話が入る。「苦しくて、しんどくてたまらない。夜は入眠はできるが早朝覚醒があり体が辛い。食欲も落ちている。不安は全くかわらない」

5月29日受診するよう主治医が指示する。
平成1年5月29日

主治医が変わり、心理療法実施の指示が出される。

初回心理面接

①病歴の聴取、②治療技法の選択と説明、③治療ターゲットの選定、④治療契約の確認、⑤家族に対しての協力要請を行った。詳細は次項の「心理治療」に記す。

心理治療

疾病の心理学的理解

先に述べた様に恐怖症は、医学的には恐慌性障害、あるいはその一型である強迫神経症の疾病概念に分類される。自ら馬鹿馬鹿しい、不合理だ、と思いながらも特定の考えやイメージ、あるいは個人の持つ衝動が意志に反して浮かんできたり（強迫観念）、特定の儀式とも言えそうな行為（強迫行為）をしないと納得できなく、そのことに悩み苦しむものと理解される¹⁾。特に、強迫観念が強まり、患者に恐怖や不快感を引き起こした場合、強迫観念は、「反応」とあると同時にそれ自身が「恐怖刺激」なのである。つまり、強迫観念が特定の刺激状況下で起こった場合に、その恐怖対象に応じて、「〇〇恐怖症」という病名が付けられる。これを医学的分類によってではなく、心理学的に理解しようとするならば、いわゆる精神病患者との差異は、患者が持つ疾病に対する不合理感の認識の差異であるといえるのではないだろうか。また、患者は、「反応としての恐怖」を避けようとするだけでなく、「恐怖を惹き起させる刺激としての日常生活場面」をも避けようとし、その結果次第に日常生活が制限されるのであるが、この制限はいわゆる疾病そのものではなく、強迫観念が引き起こした「反応としての恐怖」を回避し

ようとする正常な自己防衛機制的行動化であると理解する。加えてSが示した恐怖対象の多様化は、疾病の重篤化ではなく、適切な治療を長期間受けることができず、恐怖や不安が種々の外界事象と条件付けされた結果引き起こされたものではないかと思料される。

以上のような疾病の理解に基づき薬物治療に変わる治療として心理療法を用いることにした。

治療技法の決定

恐怖症の治療は困難であるが、行動療法はこの分野においてかなり有効であるとされており¹⁵⁾、特に系統的脱感作療法と暴露-反応妨害法は、恐怖症や緊迫神経症の治療技法として一般的によく知られている。このSの場合、罹患してからほぼ1年間治療を受けていたが、上記の治療法は有効ではなく、S自身がかなり疾病と治療に対して悲観的であり、自ら積極的に治療に参加しようという心的エネルギーにも欠ける。加えて、症例紹介で記述したように、医大での主治医により暴露-反応妨害法に近いアドバイスを受けていたため、暴露-反応妨害法を用いるのは不適切であると判断した。したがって、これに代わる治療法として、系統的脱感作法と、リラクゼーション法として自律訓練法を用いた、オーソドックスな治療技法を選択することにした。

治療契約

主治医から「治らない」と宣告された患者にとって、その絶望感を払拭するにはいかなる甘言も無力である。ただ、「治ることへの保証」と「現実に少しずつよくなってきている実感」が最大の治療効果を上げるともいえる。そこで、患者との間に次のような治療契約を結んだ。

①治療する疾病であることの説明をする。

取り除くべきターゲットを、ドア恐怖とし、

短期間（3ヵ月間をめぐり）のうちに日常生活に支障のないところまでは治す。ただし、観念的な不安の消去については、その後も相等の期間が必要である。

②治療開始初期は週に3度の受診を認める。

これは、先の症例紹介でも述べたように症状がかなり重篤であり、一人であることがより不安を高め、強迫観念に固執させると思われたからであるが、加えて、自律訓練法の習得をできるだけ短期間に行ったうえで脱感作療法への移行を考慮してのものである。しかし、当然のことながら治療者に対する依存傾向が現れることは、この時点で十分に予測される。しかし、既に一度失った治療上の信頼関係を修復する必要性の方が優先されることと、明確な治療効果がS本人に認識されれば、それも、信頼関係として再認識されると考えられる。加えて、次項に示すように入院治療を回避するためでもあった。

③入院治療は行わない。

精神科に対する偏見は今も根強い。これだけ苦しみながらも入院だけは拒否し続けているSに、入院させられるかも知れない、という不安を持たせ続けることは好ましくない。また、当院は精神科単科の病院であり、入院患者の多くが分裂病圏の患者であるため神経症レベルの入院治療の場としては適切ではないと考えられる。という現実的事情から入院治療することだけは回避するように努めた。

④治療費は週1回は保険診療内で行うが、1週間に2回以上受診した場合は再診料のほかに1セッション（50分）当り、2,200円（保険診療報酬に定められた精神科通院カウンセリング料の実費）を保険診療外で支払うこととする。

保険診療をしている病院では、保険診療内で治療することが望ましいことであろう。し

かし、心理治療が明確に点数化されていない現在、患者に対して心理治療の価値を認識してもらうことに加え、患者の治療への動機づけを高めるためにも治療費を負担してもらうことの重要性は、今や臨床家にとって議論の余地はない。

以上のことをSとの間で治療契約として結び、夫にも伝えた。また、夫には、治療経過に伴う治療法の変更、家庭でのトレーニングに対して協力してもらうことを要請した。

治療計画

初回治療日を平成1年5月30日と設定し、3ヵ月の間を週3回の集中治療期間とする。特に、第1クールの2週間（6セッション）は自律訓練法の習得に専念し脱感作法は行わない。この間に不安階層表（屋内での不安 Table. 2、屋外での不安 Table. 4）をSUD(100点法)で評価し作成した。

第2クール（7セッション）より不安階層表に基づき脱感作法を開始する。始めは屋内での不安（Table. 2）を用いイメージによる脱感作を行い、徐々に現物脱感作へと移行させる。その後屋外での不安（Table. 4）を用い、同様にイメージから現物へと脱感作して行く方法を取る計画を立てた。

《Table. 2 屋内での不安階層表》

SUD	不安対象
100	雨戸など引き戸の開閉。視覚的にばかりではなく聴覚的にも不安を感じる。
90	冷蔵庫の扉の開閉。 ”
80	子供部屋の扉の開閉。 ”
70	トイレの扉の開閉。 ”
50	換気扇や扇風機が止まりかけのときにゆっくり回る感じ。 テレビの遊園地の宣伝で、乗り物が大きく揺れているのを見た時。
40	換気扇や扇風機が勢よく回っている時。 ふろの水を掻き回したときに、表面が波立つこと。
30	風鈴が揺れているのを見た時。
20	電灯の紐が揺れている時。
00	絶対に動かないと分かっているものを目にしている時。（ほとんど無い）

《Table. 3 屋内での不安階層表》

00	ほとんど不安はない。
10~20	ごくわずか怖い。
30~40	怖いが我慢できないほどではない
50	かなり怖い。
60~70	とても怖い。
80~90	非常に怖くて、じっとしていられない。
10~20	パニックになる。

SUDの評価は、Table. 4 においても同様である。

《Table. 4 屋外での不安階層表》

SUD	不安対象
100	扉が開閉しているのを見たとき。
90	扉はしまっているが、いつ開くかと思った時。
70	どんな家の扉でも目に触れるだけで怖い。
60	自動車のドアが開閉している時。
50	スーパーのドアが閉まっている時。
40	ブランコやシーソーを見た時。
30	子供がボールや縄跳びで遊んでいるのを見た時。
20	店の大きなカンバンが、回っているようなものを見た時。
00	ない。屋外ではすべてのものが動くので怖い。

実際に行った治療セッションと治療効果の評価法

集中治療期間（平成1年5月30日～同8月28日までの3ヵ月間36セッション）

〔第1クール〕

1～6セッション

（平成1年5月30日～同6月8日）

自律訓練法の習得に専念する。公式は背景公式、手足の重感、安静感までとする。また、自宅でも練習できるようにテープに吹き込んでおく。

この時点で心理諸検査を試みたが、検査事態に集中することができなかつたり、あるいは検査対象（ロールシャッハ図版）に恐怖（揺れているように見えると）を感じたため中止した。

〔第2クール〕

7～10セッション

（平成1年6月9日～同6月13日）

Table. 2 に示した不安階層表よりSUD00・

20・30をイメージにより脱感作する。自律訓練法施行後、SUDの低い順に、「〇〇を思い浮かべてください。浮かんだら右手の人指し指を軽く曲げてください」と教示する。Sが右手人指し指を軽く曲げると、「はい、力を抜いて。頭の中を空っぽにしてください。身体全体の力が抜けています、ゆったりしている……………」と再度自律訓練法を簡便に行う。これらの教示法は、以後の全てのセッションに共通する。1セッションとも各SUDについて5度ずつ実施する。この際、刺激提示から、再度自律訓練法に入るまで、患者が人指し指を曲げている時間（恐怖対象をイメージしている時間）を少しずつ引き伸ばすことを行う。

★ 治療効果の評価法

全ての施行の後、SUDがどれぐらい低下したか患者に述べさせる。これを「再評価SUD」として記録するが、再評価SUDがもとの刺激の50%以上の場合は次のクールの初期のセッションで再度施行する。

〔第3クール〕

11～16セッション

（平成1年6月15日～同6月26日）

Table.2 に示したSUD30・40・50をイメージにより脱感作する。

Table.4 に示したSUD20をイメージにより脱感作する。

〔第4クール〕

17～23セッション

（平成1年6月29日～同7月13日）

Table.2 に示したSUD40・50・60をイメージにより脱感作する。

Table.4 に示したSUD20・30をイメージにより脱感作する。

Table.2 に示したSUD20をイメージにより脱感作する。

〔第5クール〕

24～29セッション

（平成1年7月17日～同7月31日）

Table.2 に示したSUD50・70・90をイメージにより脱感作する。

Table.4 に示したSUD40・50・60をイメージにより脱感作する。

Table.2 に示したSUD50・70について、自宅の現物脱感作を指導する。

診察室の扉をバタバタ開閉させ現物による脱感作を行う。

〔第6クール〕

30～36セッション

（平成1年8月3日～同8月28日）

Table.2 に示したSUD70・90・100をイメージにより脱感作する。

トイレの扉の音、引き戸の開閉の音をテープに録音し、イメージ脱感作と現物脱感作の中間的な治療を行う。

Table.4 に示したSUD50・60について、自宅での現物脱感作を指導する。

治療経過ならびに結果

集中治療期間に行った6クール36セッションについての結果を述べる。

第1クールは、自律訓練法の習得のみで脱感作のトレーニングは行わなかった。しかし、Sは「なんとなく少し落ち着いたような気がする。怖くなりかけたらテープを聞いて、テープに集中しようとしている。一日に5回から6回テープを聞いている」と述べ、恐怖刺激となる強迫観念が生まれることを回避している。1日に5回も6回もテープを聞くということは、覚醒している間のほとんどを費やしていることにもなり、恐怖を惹起させる刺激としての日常生活場面を回避していることに外ならないのである。けれども自律訓練法実施まではこの回避行動までが「恐怖」という強迫観念に支配された病的

回避行動であったことは事実であり、服薬することによってもこの病的回避行動を消し去ることはできなかったばかりか、逆に内的な緊張は高まっていたと解釈されるのである。自律訓練法によって作られた回避行動は、結果的に、反応自体が恐怖刺激になる強迫観念の惹起を意図的に、能動的に、あるいは積極的にコントロールしたといえるのである。

自律訓練法のみでもS自身が「恐怖を自らコントロールできた」というように治療効果としての自信を持たせた。具体的な恐怖刺激に対する不安そのものにはまだなんら変化はないものの、治療関係の信頼の回復、また「疾病の治療」という治療には欠かせない動機付けを与えるには十分効果的であった。

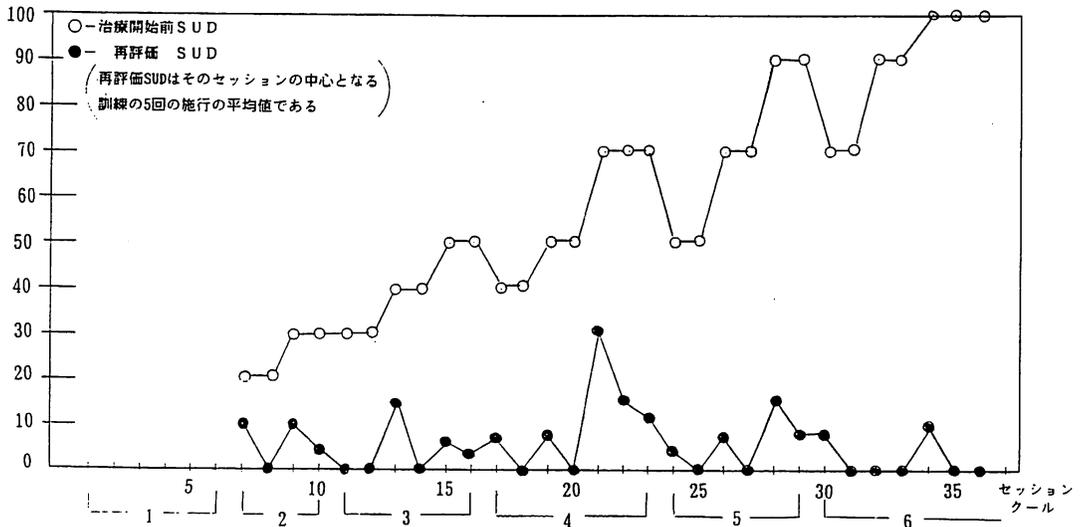
第2クールから脱感作療法に入った。第2クール以降の30セッションは1クール2週間6セッションを基本として行った。第2クール以降のセッションでTable.2に示した屋内での不安に対するイメージ脱感作の結果を治療前SUD曲線、再評価SUD曲線としてFig.1に示す。結果を図表化してしまうと、いかにもスムーズに治療がなされたように見られるが、この間の患者の動揺や治療者の摸索は全ての臨床家が常に経験するものであろう。本症例においても治療計画に則わないSの訴えの変化が多く見られた。例えば、第1クールの最後の2セッションに脱感作療法を試しに施行してみたのであるが、「現物よりイメージの方が怖くなってきた」と述べ、脱感作療法に入ることを暗に拒否してきたのである。Sは自律訓練法による恐怖刺激からの回避で、この時点では満足していたのであろう。無理に恐怖を喚起し、自ら進んで苦しむ必要など全くなかったのである。そこで、それまで制限していなかった自律訓練法のテープを聞く回数を1日に2回、朝と就寝前のみにするよう制限した。予測どおり、次のセッション

(第1クールの最後のセッション)で「怖いと思うことが多くなってきた」と述べたので第2クールより脱感作療法に入ることを言明し、Sに必要性を納得してもらった。診察室内で現物脱感作を行うには限界もありイメージでの脱感作の方が施行しやすく、またイメージの方が現物より恐怖が強いとS自身が思っているため、イメージによる脱感作がうまくいったときの日常生活場面へのスムーズな般化が予測された。加えて言及するならば、本症例の最も重篤な症状は「観念」によって生まれたものなのであるから、最終的な治療の対象はこの「観念」の消去なのである。

第3クールではまだ本来のターゲットである扉の脱感作には入っていない。そのためか治療はかなりスムーズに進んだ。1クール6セッションを短縮しようかとも考えたが、S自身が治療成果に納得し自身を得ているようであるので、無理せず予定通り実行した。

しかし、この間にもSの種々な訴えは見られた。「なんとなくだけれど、地球が自転しているということを耳にしたとたん、地球も動いているから怖くなった」「雨の日に自動車に乗っていて、ワイパーを見ていると怖くなった」など恐怖対象の変化を訴えたが、それらの恐怖はあまり長く続かなかったことと、Sには扉恐怖がターゲットであり他に不安が浮かんでも気にしないように伝えたくて、自律訓練法のテープをそれらの新たな不安が浮かんだときのみ再度聞いても良いと指示した。また、このころより「何でこんなものが怖いのだろう。怖いはずなのにねえ」と疾病に対する不合理感を表現しでしたが、その反面「こんなことで悩んでいる自分が情けない。こんなことが続くなら生きていても仕方がない」と抑鬱的になることが時であった。おそらくそれまで恐怖と不安の余り自己の内面にまで洞察を加える余裕すら無かつ

SUD



＜ Fig. 1 イメージ脱感作による不安の低下 ＞

たのであろう。このことは明らかに治療の効果が現れていることの証しではあるが、これ以上抑鬱的にならないように注意し、支持的に治療を進める一方、主治医と連絡をとって抗うつ剤処方準備を願った。結果的には抗うつ剤を服薬することなく済んだが、最悪の場合を考慮しての処置であった。

第4クールから本来のターゲットである扉の脱感作に入る。これまで治療としては脱感作は全く行ってはいなかったが、既にS自身の言葉で、扉を含め生活の全般において恐怖が少し低減していることが明らかであった。そこで診察室内でのイメージ脱感作に加え、自宅での現物脱感作を指示した。すでにそれほど不安を感じなくなっている対象に止め、「不安が無い」ということを再認識させるために行ったのであるが、この際夫に対してはできるだけ協力的な態度をとるように要請した。特に寡黙な夫であるので、少なくともSが行う訓練に興味を抱いている態度を示すことを要求した。また、このクールの間には、Sに自信を持たせる出来事が起こった。

第22セッション（平成1年7月10日）の前日、夫の兄が亡くなり、この日お通夜にいかねばならなかった。「身内のお通夜だから行かない訳にもいかない。大丈夫だろうか」と来院時より不安を訴えていたが、今までの治療成果に自信をもつことと、亡くなった方の家族の厳粛な悲しみに思いをすること、を伝えると「そうですね」と納得して帰宅した。3日後の第23セッション実施日に来院したときは、不幸があったにもかかわらず嬉しそうに「なんともありませんでした。大丈夫でした」と勢い込んで入室してきた。

第5クールに入ると、恐怖をイメージしてからリラクゼーションするまでにかかる時間がかなり短縮されてきた。また、現物脱感作として診察室の扉をかなり激しく開閉させることを何度か試みたが、「何ともない」といってリラクゼーションする必要もなくなった。

自宅での現物脱感作についてヒヤリングした結果も良好で、外出に関しても特に避けなければならないような状況もなくなったとのことで

あった。何よりも嬉しいのは、今まで外出するにしても夫が同伴してくれた記憶はなかったが、疾病が良くなるにつれ、夫から外出に誘うようになった事である、と述べた。

第6クールでは、最も不安の強かった引き戸についてイメージの脱感作を行ったのに加え、トイレの扉の音、引き戸の開閉の音をテープに録音し、それを聞いて脱感作する方法も試みた。この段階に入るとまだ実際に治療を行っていない段階のSUD70・90・100 に関してもすでに不安の低減が見られた。つまり幾つものセッションを繰り返し不安の低いものを脱感作して行くうちに、「強迫観念」そのものが脆弱化し全般的な不安の低減を引き起こしたと理解されるのである。つまり、直前のセッションまでは不安を除去できているが、次のまだ治療されていないセッションは最初の強さのまま不安が残っている、ということはまず考えられないのである。本症例も治療中から、S自身の不安の軽減化を治療が追いかける形をとったが、もしこの傾向がなく、ただ治療した部分に関してのみ治癒したと述べるならば、それは図式化された結果の上だけの話であり、強迫観念の消去という面では治療論的にも説得力のあるものではないだろうと思われる。今後このあたりの治療のメカニズムについても、もっと多くの症例を持つことによって考察してゆかねばならないと考える。

その後の治療について

3ヵ月の集中治療期間において、自律訓練法と脱感作療法を試み、Sの示した恐怖症にはかなりの改善が見られた。S自身の言葉を借りるならば「全くの正常感を感じる日が多い」という状態まで改善したのである。週3日の外来での治療というものは、回数だけとってみても精神科病院の入院治療での医師の面接回数より明

らかに多いといえる。それだけに、良くなったからとすぐに治療を終結する訳にはいかない。また、時折不安を漏らすことも事実である。加えて筆者は常々心理治療の終結は患者側からの申告によるものだと考えており、これまでもほとんどが患者側からの治療終結宣言で終わってきた。本症例のSは、集中治療期間の3ヵ月間（平成1年11月27日）続けた。この3ヵ月間の治療は集中治療期間と変わらず脱感作療法を中心に行った。その後は平成2年2月まで月に1回通院していた。その時点でS自身から「もう大丈夫だと思います。一度自分でやってみます」と事実上の治療終結宣言があったので、治療を終了することにした。筆者がかかわってからちょうど8ヵ月目のことである。その後2度ほど電話があったが、異状無く暮らしているとのことである。

結 び

今回筆者は、ドア恐怖を症状として選択したPanic Disorderの患者への心理治療の過程を報告した。苦しいがゆえに、そして、自分では解決できない恐怖を執拗に訴えたために、主治医から治らないと宣告されPanicに陥った患者であった。

医学的には「ドアに対する恐怖に始まり、動くものすべてが恐怖対象になる」という恐怖対象の多様化も、そしてその結果「外出が困難になる」ことも疾病の重篤化と見なされる。本症例でもそうであったように、そのような医学的症狀論の下でなされる治療は、薬量の増量、あるいは薬種の変更が主となる。しかし、そのような医学的治療では効果の現れない場合も多い。そこで、心理治療の必要性が求められるのであるが、医学的には「疾病の重篤化」として捉え

られた症状を、筆者は、心理学的に「恐怖や不安が、数々の外界事象と条件付けされた結果」であり、また「正常な自己防衛機制的行動化」であると理解した。このような理解の下に自律訓練法と系統的脱感作法を用いた治療を行ったが、その結果、治療開始3ヵ月で患者の極端な恐怖と強迫行動は、日常生活に支障を来さないとところまで消去されたのである。しかし、残念ながら現在の精神科医療のなかでは、心理治療の必要性が説かれても実際には十分に用いられないことが多い。今後、薬物療法や、心理療法を含めた幅広い治療技法のなかから、患者に合った治療法を選択することが大切であると考えられ、そのために専門家としての役割分担が必要になるものと思われる。

さて、次に心理治療について述べる。強迫神経症の系統的脱感作療法の実践に関与する大切な要因を上げるならば5つあるといえる。まず、1) 強迫症状が観念として有るのか、それとも現物に対する恐怖がより強いのかということである。これはイメージによる脱感作を行うのか現物による脱感作を行うのかの判断に重要である。まず不安の低いイメージから脱感作を行うほうが良いとよく耳にするが、筆者の経験では強迫観念の強い症例はイメージから、現物に対する恐怖の強い症例は現物で脱感作して行く方が有効であり、時間的経済的にも有利であると考えられる。次に2) 患者本人の治療に対する動機付けの問題である。本症例は治療に対する動機付けが、結果的に自律訓練法の施行によってなされたといえるが、いかなる場合でも治療に対する動機付けが無ければ期待し得る効果は得られないであろう。

訓練の日常場面への般化の問題を考えると治療者側の技術的な要因として、2つ考えられる。1つは、3) 治療室内での恐怖刺激の提示操作であり、もう1つは4) 自宅での脱感作療法の

実施の指示方法等についてである。治療室で恐怖刺激に耐えられ、あまり怖くなかったという経験と、結果的に階層表に則ってスムーズに恐怖が軽減していることを認識した患者は、治療のたびに同じ不安を感じる患者に比べ、明らかにその後の治療に対する取り組みが変化するであろう。また、自宅で脱感作（患者はほとんどの時間自宅で過ごす訳であるからこの意味は大きい）の実施に際した、脱感作対象の刺激の提示をはじめ、指示内容、万一強い恐怖を感じたときの対処の仕方、その他いろいろな工夫など、治療室で実施するシンプルな系統的脱感作療法の技術も自宅での実施に際しては、日常場面への般化に大きく影響するのである。最後に5) 家族の協力が重要な要因としてあげられる。本人が自分の行為をばかばかしいと思っているのと同様に家族も「なぜこんなことで」と感じている。時には口に出して「ばからしい」となじられることもある。「怖いと思うから怖いので慣れれば何ともない」といわれる。患者はそのたびに「そうかな」と思い慣れようとして余計に症状が悪化する。少なくとも治療の初期はあらゆる恐怖刺激を排除しなければならない。患者自身が何の不安も感じないこと以外、家事も放棄しなければならない。どうしても家族の協力が必要になるのである。逆にいえば、どのように重篤な患者であっても家族が家庭内の役割において患者にとって代わるだけの積極さがあれば治癒する可能性はずっと高くなるのである。その意味で本症例の患者については、夫こそそれほど積極的では無かったが、家事を任せられる長女の存在が幸運であったといえる。

以上、平成1年5月末より8ヵ月間筆者がかかわったドア恐怖症の患者の心理治療について記述してきた。

最近6ヵ月間、総合病院の小児科カウンセリングルームや、大学のカウンセリングルームで

治療を行った10代後半から20代前半の症例24ケースのうち、6ケースが程度の差こそあれ、何らかの強迫症状を訴えている。思春期から青年期にかけての対人関係の障害から強迫症状を形成するものが増えてきていると思われるのである。今後も不安と恐怖のはざまにいる患者の治療にとって小生の治療経験が少しでもお役に立てばと思う次第である。

参考文献

- 1) 赤木 稔 行動療法と心身症 1971 医歯薬出版社
- 2) Eysenk, H. J. & Rachman, S. (黒田実郎訳) 神経症—その原因と治療— 1967 岩崎学術出版
- 3) 春木 豊、祐宗省三、小林重雄編著 行動療法入門 1972 川島書店
- 4) 浜副 薫 暴露—反応妨害法が有効であった強迫神経症の4症例 行動療法研究 1987 12, 2, 81—89
- 5) 原野広太郎、生月 誠、山口正二 自立訓練法による不安抑制のメカニズム 行動療法研究 1983 15, 2, 11—17
- 6) 異常行動研究会 脱感作療法 1975 誠信書房
- 7) 金子仁郎編 Prescription for Brain Diseases and Mental Disorders 1983 世界保健通信社
- 8) 小林重雄 行動療法テクニックによる強迫症状の消去 臨床心理学研究 1968 6, 212—219
- 9) 松永一郎、島田 修、久野能弘 脱感作療法の神経症者への適用—弛緩反応の習得について— 異常行動研究会誌 1969 9, 118—121
- 10) 成瀬吾策 睡眠シンポジウムVI 行動療法 1975 誠信書房
- 11) Robert L. Spitzer, M. D., Andrew E. Skodol, M. D., Miriam Gibbon, M. S. W., and Janet B. W. Williams, M. S. W. “DSM-III CASE BOOK. A Learning Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed) 1981 The American Psychiatric Association.
- 12) Robert L. Spitzer, M. D. Chair, Work Group to Revise DSM-III Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition-Revised) 1987 American Psychiatry Association
- 13) 高石 昇、保坂正昭、南 諭、金子仁郎 自立訓練法を用いた系統的脱感作療法 催眠研究 1968 12, (1), 24
- 14) 高良武久 恐怖症 精神医学大辞典 1984 183-185 講談社
- 15) 山上敏子 強迫神経症の行動療法 九州精神神経医学誌 1974 1, 85—93
- 16) Wolpe, J. The practice of behavior therapy. (内山喜久雄訳 行動療法の実際 1971 忽明書房)