

一般精神科における 不眠の認知行動療法の実践

中村 亨*

はじめに

筆者の勤務する五稜会病院は札幌市北部にある193床の民間精神科病院である。中学生以上を治療対象とし、認知症や違法薬物の使用、身体管理が必要な場合などを除けば、精神疾患全般に対応している。ストレスケア思春期病棟や復職支援専門デイケアに加え、職場のメンタルヘルス対策を支援するEAP(employee assistance program:従業員支援プログラム)機関も運営している。生産年齢の受診者が中心で、入院もほとんどが3カ月以内である。

不眠専門外来や不眠の治療プログラムがあるわけではない。移動可能な高照度光照射装置を用いて高照度光療法の実施は可能だが、実施件数は少ない。ここ10年の終夜睡眠ポリグラフ検査(poly-somnography: PSG)の実施件数は、治験での実施を除けば年間平均7.7件と多くない。

一般精神科における不眠

不眠はほとんどの精神疾患に共通してみられる症状である。精神症状と不眠症状が同時に存在する場合、うつ病などの精神疾患により二次的に不眠が生じている可能性(二次性不眠)、不眠により二次的にうつ症状などの精神症状が生じている可能性(一次性不眠)、両者が合併している可能性が考えられる。

アメリカの睡眠障害センターで不眠を主訴とする受診者の不眠の原因として最も多いのはうつ病

で、不安障害(神経症)と続き、不眠症(精神生理性不眠)の患者は2割以下と報告されている¹⁾。

当院でも、2015年5～6月の外来受診者の77.1%、入院者の84.5%の診断名に不眠症が含まれ、外来受診者の55.1%に平均1.45種類、入院者の72.6%に平均1.36種類の睡眠薬が処方されていたが、不眠症が主病名となっていることは稀である。国内に不眠を主訴に精神科を受診する者がどの程度いるか、公式なデータはほとんどないといわれるが²⁾、精神科受診者の不眠症状の多くは、二次性不眠が合併症として扱われているものと思われる。

精神科を受診する者の大半に不眠症状があるにもかかわらず、当院の2015年5～6月の新規受診者の予約受付で何らかの睡眠に関する問題を主訴に上げた者は280件中38件(13.6%)にすぎない。また、当院では医療者と患者や家族の知識共有を図り、協働した治療を促進することを目的に、誰でも自由に参加できる疾患教育のミニ講演会を試験的に実施したことがあるが、うつ病がテーマのときは毎回20名程の参加があったのに対し、不眠症をテーマにしたときには多いときでも数名であった。不眠症状のある精神科受診者でも不眠症への関心が高いとはいえず、受診者自身も不眠は二次性の症状ととらえていることが多いと思われる。

精神疾患による二次性不眠であれば、治療により精神疾患が改善すれば、不眠症状も改善することが期待できるはずである。実際には、精神疾患の改善後も不眠症状が残遺することが少なくない。うつ病では寛解後も何らかに睡眠障害が半数に残り、残遺する不眠はうつ病再発の危険因子といわれている。近年はうつ病に伴う不眠症状をうつ病

*なかむら とおる：札幌CBT & EAPセンター、(医社)五稜会病院

に並行した併存症としてとらえ、積極的に治療のターゲットとすることが提唱されている³⁾。双極性障害でも睡眠の確保と生活リズムの安定が症状管理で重要とされ、不眠症状が自殺や高血圧、糖尿病などの身体疾患の危険因子であることを考えても、不眠症状の改善は患者の利益につながる。また睡眠薬の処方量や多剤併用、長期服用時の依存や乱用が医療上、社会上の課題となっており、睡眠薬の適正使用や休薬ガイドライン⁴⁾では睡眠衛生指導や認知行動療法(cognitive behavioral therapy: CBT)の活用が取り上げられている。不眠の認知行動療法(CBT-I)への期待は大きいといえる。

■ 当院での不眠への心理社会的介入

当院のストレスケア思春期病棟や復職支援専門デイケアでは、定期的な不眠の集団心理教育と睡眠日誌が導入され、個人担当のスタッフから生活の指導・助言を行っている。CBT-Iは臨床心理士が個人療法、集団療法で実施している。不眠症状は複数ある問題の1つというケースが大半であるため、主病名の症状やその他の問題、患者の希望などを考慮しながら、CBT-Iを実施するかどうか、実施するとしたらどのようなタイミングで実施するかを患者本人と協議して決めている。

筆者の実践の中から個人療法のCBT-Iの症例と集団療法のCBT-Iの効果検討を紹介する。なお、個人療法の症例は個人情報保護のため、治療経過に影響がない範囲で変更を加えた。

■ 個人療法のCBT-I

症例：30歳代、女性。統合失調感情障害。

生育歴：2人姉妹の長女。公務員として勤務し、結婚を機に退職。夫、長男(2歳)と3人暮らし。

現病歴：X-9年退職後より不調感を自覚。X-8年うつ症状のためメンタルクリニックへの通院を開始。育児や生活の不安が強く、家事、育児以外にも多くの予定を入れ、疲れ果ててしまう。妻、主婦、母親として役割を果たせていないと感じ、夫の浮気を疑う。夫や家族にイライラをぶつけることも多く、罪責感や希死念慮もあり、2度入院したことがある。X年夫の仕事の都合で転居し、当院へ転院。本人の希望で心理療法が開始となっ

た。

心理療法開始時の状況：主訴は不眠で、眠れないとイライラや気分の落ち込みが強くなる。マイナス思考で心配性だが、生活で大きなストレスは感じていないという。ベック抑うつ質問票(Beck depression inventory: BDI)-II = 37点と重度のうつに該当。睡眠状況(睡眠日誌の記入は継続できず、セッションごとに口頭で報告)は概ね22時に入床し、中途覚醒が2~3回あり、再入眠に30分以上かかる。午前中の眠気が強く、洗濯中に寝てしまうことは多いが、昼寝をすることは稀で、家事以外に、義母の受診の付き添い、友人と会うなど活動的に過ごしていることが多かった。本人なりの工夫として、眠気はなくても早めに服薬し入床していた。

心理療法の経過：質問紙では強いうつ症状を認めるが、不眠改善を強く希望。一次性不眠、二次性不眠、両者の合併の可能性を説明し、ストレス対処や気分改善を目的とした治療も提案したが希望せず、CBT-Iを実施することとなった。睡眠衛生と睡眠制限法の実践、30~60分遅くなった入床までの時間の過ごし方の工夫を3セッション(2カ月)で実施した。その結果、中途覚醒は1~2回に減少。再入眠まで時間も10分に短縮。うつ症状もBDI-II = 7点(健常)に改善した。CBT-I実施の間に薬物療法の変更はなく、CBT-I終了後に本人の希望で睡眠薬は減薬となった。

その後の経過：CBT-I終了後に心理療法はいったん経過観察となり、睡眠薬の減薬後も不眠症状の再燃なく経過していた。義母の同居開始後、些細なことでも家族に暴言を吐き、その後後悔し、うつ気分や希死念慮が強まることが繰り返されるようになった。不眠症状も再燃したが、以前のように不眠改善を強く希望することはなく、ストレス対処や気分調整スキルの向上を目的としたCBTを再度提案したところ同意した。その後は家族とのトラブルや睡眠の問題も減り、安定して経過している。

■ 集団療法のCBT-I

プログラム概要：岡島(私信)より提供を受けた睡眠総合ケアクリニック代々木の個人療法のCBT-Iプログラムから減薬に関する部分を除き、

表1 集団療法のCBT-Iプログラム

	セッション内容	ホームワーク
Session 1	心理教育と睡眠衛生	睡眠衛生の実践
Session 2	リラクゼーション (漸進的筋弛緩法)	睡眠衛生 リラクゼーション
Session 3	睡眠スケジュール (刺激統制法+睡眠制限法)	Session 2と同様 スケジュール法の実践
Session 4 Session 5	行動随伴性の検討 (思考, 行動, 結果の機能)	Session 3と同様
Session 6	心配への対処	Session 4, 5と同様 心配への対処の実践

(文献5より改変引用)

個別の事前面接1セッションと集団形式の6セッションのプログラムとして実施した(表1)⁵⁾。治療要素として、睡眠日誌の記入、心理教育と睡眠衛生指導、睡眠スケジュール法、行動随伴性の検討、心配への対処が含まれていた⁶⁾。

対象は、主病名が不眠症か、主病名の病状が安定した後に残る不眠症状の改善を希望する患者とした。臨床心理士2名で実施し、定員は最大6名とした。

参加希望者には個別に事前面接を行い、アセスメントを実施した。不眠症状、睡眠覚醒や服薬の状況、日中の生活に関する情報聴取と、自記式評価尺度として1カ月の睡眠障害の程度を測定するPittsburgh Sleep Quality Index(PSQI)日本語版、1カ月の不眠状態を測定するAthens Insomnia Scale(AIS)、うつ症状を測定するSelf-rating Depression Scale(SDS)日本語版を実施し、プログラムへの適応を判断した。改善が期待できると判断した場合は、事前面接で目標設定と睡眠日誌の記入法の説明を行い、ホームワークとして睡眠日誌の記入を開始した。集団形式の6セッション(月2回、60分)を実施し、最終セッション終了時に自記式評価尺度によるアセスメントを行った。

プログラムの効果: プログラムを4クール実施し、すべてのセッションに参加した8名(男性1名、女性7名、43.88±17.13歳、統合失調症1名、うつ病性障害4名、持続性気分障害1名、双極性障害2名)を対象として、プログラムの効果を検討した。

自記式評価尺度では、プログラム後にPSQI(Z

= -2.13, $p < 0.05$)とAIS($Z = -1.97$, $p < 0.05$)に有意な得点の減少が認められた(図1)。またPSQI($r = -0.75$)、AIS($r = -0.70$)ともにその効果量は大きかった。SDSにはプログラム前後で有意な差は認められなかった。

睡眠日誌(2名で睡眠日誌の記入方法に誤りがあったため、対象は6名)から算出できる睡眠指標では、睡眠効率が平均81.94%から平均89.69%へ有意に上昇($Z = -2.20$, $p < 0.05$)した(図2)。その効果量($r = -0.90$)は大きかった。

参加者の感想やその後の経過: 睡眠日誌の記入や睡眠効率の計算が難しいという感想が多いが、睡眠日誌を含めてホームワーク課題はほぼ100%実施されており、表計算ソフトで自動計算するなど工夫する参加者もいた。参加者の一人は「これまで睡眠薬を飲むしかないと考えていたが、自分で(睡眠を)変えられることがわかってよかった」と感想を述べた。CBT-I終了後の診察記録では、不眠の訴えは時折みられるが頻度は少なく、主病名の症状や生活上のストレスについての記載が増えていることが多く、睡眠薬を減量した参加者もいた。

CBT-Iの実践を通して

個人療法のCBT-Iの症例では、CBT-Iにより不眠改善と精神症状の改善が得られた。その改善は維持できなかったが、ストレス対処や気分調整スキルの向上を目的としたCBTの導入が可能となり、その後は改善を維持できるようになった。集団療法のCBT-Iの効果検討は症例数が少ない

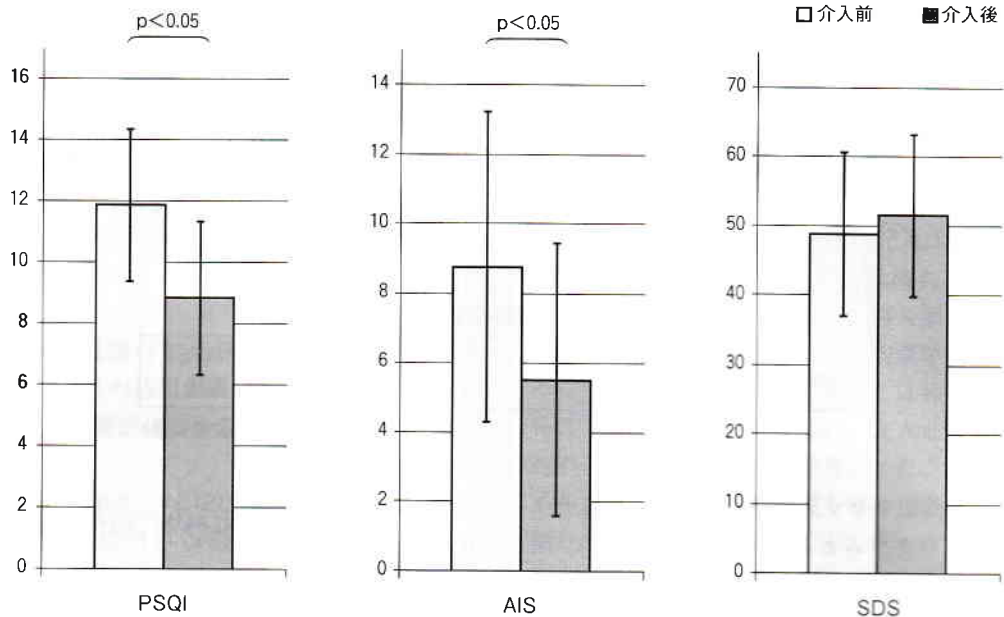


図1 自己評価尺度の変化(Wilcoxonの符号付き順位検定)

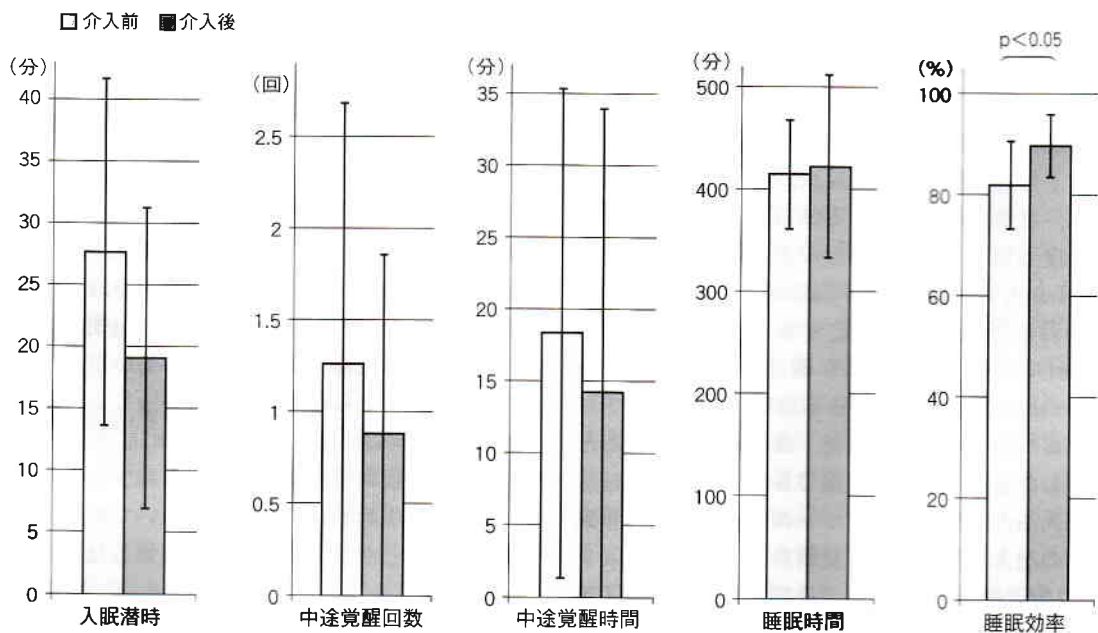


図2 睡眠指標の変化(Wilcoxonの符号付き順位検定)

ため今後再検証が必要ではあるが、不眠症状の改善効果が確認できた。CBT-Iは、個人療法でも、集団療法でも不眠症状の改善をもたらしたが、うつ症状への効果は一貫しなかった。精神症状と不眠症状が同時に存在する場合は、やはりどちらも

治療のターゲットとして扱うことが必要と思われる。

CBT-Iは精神疾患の不眠症状の改善効果が一貫して示されており、睡眠薬の減薬効果も期待できる⁷⁾。CBT-Iにより不眠症状が改善することで、

精神疾患も改善するとは限らないが、不眠症状が改善することで精神疾患の治療に取り組みやすくなることが期待できる。また単純に不眠症状は苦痛であり、生活の支障となることから、不眠症状の改善は患者の生活の質の向上につながる。今後 CBT-I が広く普及することを期待する。

■本稿は、第37回日本心身医学会北海道支部例会、第39回日本行動療法学会での発表を加筆修正したものである。

文 献

- 1) Buysse DJ et al: Diagnostic concordance for DSM-IV sleep disorders: a report from the APA/NIMH DSM-IV field trial. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1351-1360.
- 2) 仙波純一: 不眠を訴える患者の前で医師はどうするのか. *こころの科学* 2015; 179: 12-17.
- 3) 渡辺範雄: うつ病の経過と不眠. *不眠の科学*(井上雄一, 岡島 義編), 朝倉書店, 東京, 2012; pp135-143.
- 4) 三島和夫(編): 睡眠薬の適正使用・休薬ガイドライン. じほう, 東京, 2014.
- 5) 岡島 義: 不眠の認知行動療法. 第22回東京認知行動療法アカデミーワークショップ配布テキスト, 2011.
- 6) 岡島 義: 不眠の認知行動療法実践マニュアル—治療者ガイド. *不眠の科学*(井上雄一, 岡島義編), 朝倉書店, 東京, 2012; pp213-239.
- 7) 岡島 義, 中島 俊: 認知行動療法の今後の展望. *不眠の科学*(井上雄一, 岡島 義編), 朝倉書店, 東京, 2012; pp94-100.