

大うつ病，パニック障害，物質乱用，ADHD を治療するための

エビデンスに基づく実務ガイドライン 実践用リソース：

統合された行動ヘルスケアへの適用

O'Donohue, W., Cummings, N., Cucciare, M. A., Cummings, J., & Runyan, T.

統合された行動ヘルスケア: 入門およびリソースガイド

(翻訳 原井宏明)

本章では，大うつ病，パニック障害，物質乱用，小児 ADHD を治療するための臨床実務ガイドラインを中心に，統合された場面で精神療法を実施する場合の基本理念を紹介する。最初に，下記の理念について論じる。

- (1) 治療提供の段階ケアモデルとフルクリニカルフォーカスモデル
- (2) グループセラピーと短期の個別セラピー
- (3) 精神疾患の診断
- (4) 精神科の紹介
- (5) 質の向上

次に，代表的な四つの精神疾患の評価，治療，管理について論じる。

統合された場面における精神療法の基本理念

段階ケアモデル

本章では，段階ケアを中心とした治療提供の規約を取り上げる。段階ケアモデルの場合，患者は一連のケアを受ける。ケアは最小限の集中治療から始まり，患者に必要な治療レベルに応じて，治療教材，治療法，モダリティへと段階的に拡大していく。病状（あるいは病状の程度）によっては，読書療法（たとえば図書，テープ，CD，コンピュー

タプログラム)など、ヘルスケア専門家を必要としないセルフヘルプ教材を活用した治療を行う。それ以外の病状には、博士または修士レベルの臨床医などヘルスケア専門家のエビデンスに基づく治療法を用いる (Hayes, Barlow, & Nelson-Gray, 1999)。そのほか、このモデルに一貫している点として、所与の病状に複数レベルのケアを適用する。

以下に段階ケアによる治療例を示す。ジョーは無症状性うつ病に悩む32歳の大学生の患者である。彼の症状がうつ病の病状と一致した場合、行動ケア提供者 (BCP) はまずジョーにセルフヘルプ書 (たとえば『Feeling Good: The New Mood Therapy by David Burns, 1999』) を読むように勧め、所定の期間で症状を評価 (つまりフォローアップアセスメント) して治療の効果を見極める。ジョーの抑うつ症状が消えない場合、あるいはジョーがセルフヘルプ書を読もうとしない場合、BCPは次のレベルの治療 (たとえば行動活性化) を指示する。それはすぐに (たとえば15~20分で) 提出可能で、患者が理解しやすいものである。このレベルの治療で十分な効果が見られない場合、BCPはジョーをうつ病の精神療法グループに紹介し、そこで心理教育と認知行動療法を受けさせる。ジョーの症状が改善しない場合、個別セラピーを紹介する (注: 一度に複数レベルのケアを指示することは段階ケアモデルに矛盾しない)。

臨床処置

- 総体症状の程度をもっと速く見極めるには、抑うつ、パニック障害、物質乱用など、一般的な行動健康問題の診断基準である『Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) (American Psychiatric Association 米国精神医学会, 1994)』を熟知する。

- 若い(たとえば18~25歳)物質乱用患者には、できるだけ侵襲的でない治療(たとえば教育)を施し、医療サービスの「高頻度利用者」はフルクリニカルフォーカス(次のセクション参照)の対象とする。
- 一般的な行動健康問題(たとえば抑うつや不安)の軽い症状を示す患者には、まず読書療法を勧め、治療効果を見極めるため1ヶ月以内にフォローアップアセスメント(電話など)を予定する。
- 読書療法の効果が見られなかった患者は、次の治療レベル(たとえばグループへの参加適性)を見極めるためBCPに紹介する。

フルクリニカルフォーカスモデル

フルクリニカルフォーカスモデルの場合、患者は、複数の病状に対処する包括的な治療計画の対象となる。具体的には、治療アドヒアランス、ライフスタイルの改善、疾病管理などの健康心理学的処置だけでなく、抑うつ、パニック障害、物質乱用、人格障害などの精神疾患の処置にも習熟したベテラン臨床医が、身体および精神に関わる幅広い問題の評価と治療を行う。治療は個別に行われるが、うつ病のように発症率の高い問題についてはグループ方式で行う場合もある。それでも、従来の専門的メンタルヘルスケアよりは問題解決集中型で問題指向性の強い治療法である(『Cummings & Sayama, 1995』参照)。

臨床処置

- 患者が身体症状(たとえば糖尿病)を訴えた場合、それぞれの持病に関する心理教育パンフレットや図書を与え、評価を受けさせるためにBCPに紹介する。

- BCPは患者と一緒に、対処すべき病状の優先順位を決めるため、患者の病状を階層化する。
- BCPは、患者が疾病管理グループセラピー、個別セラピー、グループセラピーのどれに適しているか調べる。

スクリーニング

参加者を慎重に選ぶことが、治療モダリティの成否を決めるカギである。慎重に選ばないと、脱落する比率が高まり、治療の意欲や希望を無くす患者も出てくる。たとえば、グループセラピストは、グループの参加者を決める前に参加候補者と(たとえば1~2回)会っておく。その目的は、(a)人間関係を作ること(これは初期の段階で参加者をグループから脱落させないために役に立つ)、(b)患者にグループの目標をはっきり理解させること、(c)治療に関する患者の疑問や心配に対処することにある。スクリーニングの結果、不適切な患者はふるい落とし、紹介元のプライマリセラピストに返してセルフヘルプ教材を与えたり個別セラピーを受けさせたりする。

臨床処置

- 行動改善に対する患者の動機づけ、および自助努力や個別治療またはグループ治療への参加の意志を評価する。
- 治療モダリティの指示に関する患者の疑問や心配に対処する。
- 読書療法や個別治療またはグループ治療の利点、こうした治療によって期待できる効果について患者に説明する。
- 選択された治療モダリティについて、患者のプライマリケア提供者と話し合って疑問や心配に対処する。

- 指示された治療モダリティとフォローアップの日付を患者のカルテに記録する。

グループセラピー

グループセラピーは、統合された場面における精神療法の重要な要素である。患者が個別セラピーを妨害しようとする(たとえばセラピーが必ず失敗するような行動をとる)場合、社交能力が不足している場合、世界で自分と同じ悩みを抱えた人間は誰もいないと考えている場合、これを通常化するにはグループ療法が有効である。たとえば、パニック障害の患者には、同じ症状に悩んでいるのは世界で自分一人だと感じている人もいる。このような場合、同じ症状を抱えている他の患者からサポートやノーマライゼーションを受ければ治療に役立ち、グループ療法ならこれができる。

臨床処置

- 暗黙契約や実情診断を特定して、治療への抵抗に対処する(「バイオダイナミクス」の章を参照)。
- グループ治療の利点を説明する(社会的支援、他の人から理解してもらえるなど)。
- Axis II 障害(『Cummings & Sayama, 1995』参照)や何らかの身体的合併症(糖尿病や慢性的痛み)を除外する。たとえば、患者がうつ状態であると同時に糖尿病と診断されている場合、その患者を疾病管理グループに紹介し、糖尿病とこれに伴う抑うつに対処する。

短期の個別セラピー

短期精神療法は、統合された場面ではおそらく最も一般的な個別セラピーである。

「短期」とは、セッションの実施回数で言えば1～20回を指すが、実際に最も多いのは8～15回である。『Cummings and Sayama (1995)』によると、多くの患者は15回(以下)のセッションを希望するだけでなく、同じセッション回数で情緒面の健康と薬物利用の改善に相当の効果を示す(『Cummings & Sayama』24ページ)。

『Cummings and Sayama (1995)』は、統合された場面で短期精神療法を実施する場合の四つの理念について論じている。第一に、短期精神療法は精神病理および投薬のコスト削減に効果がある。セラピストの第一の目標は、できるだけ短い時間で患者の悩みを軽減する技術を磨くことである。当然ながら治療に抵抗する患者もいるので、セラピストは考えられる障壁の対処技術を磨く必要がある。通常、患者の抵抗を回避するには、主に(a)患者が今治療を受ける理由(実情診断)を特定する、(b)患者に治療を促す暗黙の理由、つまり言葉ではっきりと表現されない理由(暗黙契約)を特定する—という二つの手法がある(他の手法については「10章」参照)。治療計画の策定は、上記の理由のどちらかを特定した後である。第二に、短期精神療法は集中的に行い、行動の健康に関する患者個人のニーズに応じて治療法を変える場合が多い。宿題は、このモデルの有効性にとって大事な役割を果たす。宿題に標準的手順はない。宿題の内容や回数は患者の個別のニーズによる。第三に、患者には必要な量の治療を施す。患者のほとんどは15回以下のセッションで効果を示すが、約5～10%の患者にはもっと長期のセラピーが必要である(Cummings, 1977)。第四に、短期精神療法は、断続的に実施することができる。具体的に言うと、当面の問題について処置が済めばセラピーは中断するが、終了

はしない。患者は「新たな」問題が現れたら治療を受けにくるよう勧められる。こうしたプロセスはプライマリケアの医師と患者との関係とよく似ている。つまり、患者は生涯を通じて様々な病気の治療を求めるのである。

臨床処置

- まず暗黙契約と実情診断を特定することにより、患者の抵抗に対処する（「10章」参照）。以下のことを常に自問する。
 - 患者はなぜ6ヶ月前ではなく今、セラピーを受けにきたのか？
 - 患者は治療に対して何を（暗に）求めているのか？
- 抵抗に対処することができたら、治療計画を策定する。患者との同意に基づき、治療目標を設定する。治療計画を契約書に書き込み、患者に署名させるとよい（患者によっては行動改善のモチベーションが高まる）。
- 定期的に宿題を出す（本書の「9章」参照）。
- セラピーの目標に対処できたら、患者に将来またセラピーを受けに来るよう勧める。

精神疾患の診断

過小診断と過剰診断は、患者が受けるヘルスケアの質に影響を及ぼす (Chassin & Galvin, 1998)。精神疾患を過小診断すると、効果的な心理学的治療を施すことができない。たとえば、心理的な問題があると考えられる高齢者の約50%は治療を受けていない (Lebowitz et al., 1997)。また、大うつ病でプライマリケアを受診した患者のうち70%もの人々が過小診断されている (Coyne et al., 2002)。

汚名についての心配と逆転移は、セラピストによっては、精神障害の過小診断につながる。セラピストは、逆転移により特定の患者に強い絆を感じる場合がある。この絆には治療の協力関係を強めるという利点もあるが、それが患者に精神疾患の病名を付けるセラピストの気持ちに (おそらくは無意識に) 影響を及ぼすため、セラピストの有効性が限定されることもある (Bugental & Sterling, 1995)。このような診断をする気持ちは、多くの (全部ではない) 精神疾患に付随する社会的汚名に起因するところもある。とはいえ、精神疾患の過小診断は症状の悪化を招き、結果的に患者は苦しみ続けることになる。

過剰診断も、患者が受ける治療の質を制限する。セラピストの間で過剰診断がいかにか起こるかを示す一例として“ボーダーライン”というラベルの多用がある。これらは、セラピストが治療者の指示に従わないにも関わらず、病院を不規則に受診し続ける患者に対して不快を覚える際に使用する不正確な病名である。背景には患者に行動に対する偏見がある。この偏見を最小限に抑えるには、定期的な監督と同僚とのコンサルテーションが重要である。

臨床処置

- 逆転移が患者との関係に及ぼす影響を熟知する。
- 精神疾患診断基準 DSM-IV を熟知して、“ボーダーライン”のような個人的偏見を最小限に抑える。
- 患者の診断について確信がもてない場合、同僚や上司のコンサルテーションを求める。

人格因子と障害因子

ヒポクラテスによれば、問題そのものより問題のある患者を知ることが大事である。人格因子とは、患者の気質の中でも行動改善に抵抗する一因となる要素である。これには、知性レベル、権力への反発、価値(たとえば心身の健康の重要性を考えない)、治療への抵抗、自己主張(または自己主張の不足)、完全主義、健康についての信念、問題解決能力の欠如、能力不足などがある。禁煙運動を例に考えてみよう。我々は何年も前から、喫煙が健康に良くないことを知らされている。こうした抑止力(たとえば雑誌の広告、テレビのCM、ウェブサイト)にもかかわらず、健康を著しく害する変化が起きた後も喫煙を続ける人は多い。喫煙を継続する一因には、社会的権力への反抗(MacDonald & Wright, 2002)、健康を拒否する信念(Thompson, et al., 2003)、意志薄弱(Epstein, Botvin, & Spoth, 2003)などの人格因子がある。

障害因子は、『International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10) (World Health Organization, 1992)』や『DSM-IV multi-axial evaluation (e.g., diabetes or depression)』で採り上げられている病状である。これには、上記の診断方法によって見つかる診断可能な病状(または無症状の状態)、住居探しの問題、社会的支援や教育の不足、ストレスの存在などがある。

人格因子と障害因子との相互作用は、患者が受ける治療のタイプに影響を及ぼすことがある。たとえば、糖尿病で抑うつ症状があり、肥満でタバコを吸い、運動不足で自分のグルコース管理を正しく行わないような患者は、糖尿病の対処法に関するパンフレットをもらっても講習を受けても自分の行動を変えないかもしれない。このような患者には、まず認知行動療法によって抑うつをコントロールする技術や治療の抵抗因子に対処する手法を教えるとよい。

臨床処置

- 以下のことを常に自問する。
 - 指示された治療の有効性に影響を及ぼすのは人格因子か障害因子か、あるいはその両方か？
 - 人格因子または障害因子をもつ患者にとって、どの治療モダリティが最も有益か？
- 複数の障害因子または人格因子をもつ患者のため、治療目標の階層を展開する。
- この階層に応じて治療を指示する。

質の向上

プライマリケアの質の向上は、提供者と患者の希望も考慮しながら、最も効果的な治療を提供するための取り組みである。質を向上させる利点として、効率と価値の向上、新しい技術の開発、長期の方向付けが挙げられる（『Ferguson & O'Donohue, 2004』参照）。統合された場面で治療の質と満足度を高める方法の一つとして、データ収集がある。患者と提供者の満足度調査、症状軽減の措置、医療サービスの利用データは、保健医療サービスの質を高める上で参考になる（「2章」参照）。

臨床処置

- 下記に関する各患者のデータを収集する。
 - 医療サービスに関する患者の満足度

- たとえば、紹介された患者のグループ適性に関する提供者 (たとえばプライマリケアの医師 (PCP), グループセラピストなど) の満足度, 提供された医療サービスの効率に関する PCP の満足度
- 身体と精神の総体症状
- 医療サービスの利用
- データ収集日, モダリティ (たとえば電話), 収集したデータは, BCP が署名と日付とともに患者のカルテに記録する。

精神科の紹介

コンサルテーションリエゾン精神医学は、統合された行動ヘルスケアに不可欠である。病状によっては (たとえば統合失調症や双極性障害の場合), 投薬管理のために精神科のコンサルテーションが必要である。精神科のコンサルテーションは、精神科医が患者のカルテを調べることから始まり、患者の病状についてセラピストと協議し、患者とその親や保護者と治療方法について面談する。通常、患者が退院するまでは、投薬モニタリングを続ける。また、外来患者にもフォローアップ外来という形で投薬モニタリングを行う。地理的事情から外来が難しい場合、精神科が患者やその親のために近所の精神科医を探すこともある。

臨床処置

- 統合失調症や双極性障害の症状が見られる患者に、投薬管理のために精神科のコンサルテーションを指示する。
- 精神科は患者やその保護者と面談し、治療方法や予後について話し合う。

- 投薬モニタリングを外来によって定期的に行う。薬物の種類と投与量を外来の日時とともに患者のカルテに記録する。
- 精神科医は、薬物の副作用や陽性反応、患者の意見、その他の臨床に関する満足度を定期的に書き留める。
- 精神科医と行動保健担当者は、並行した治療計画と予測を確実なものとするために、上記の問題について頻繁に連絡をとり合う。

実務ガイドライン

以下では、大うつ病、パニック障害、物質乱用、注意欠陥多動性障害 (ADHD) を治療するための、エビデンスに基づく実務ガイドラインを紹介する。これらの障害は、医療現場でヘルスケア専門家が直面する最も一般的な病状であり、それゆえに本章の中心テーマである。ただし、医療現場でヘルスケア専門家が直面する心理的問題はほかにもあるので、病状の理論的な知識、評価、治療に関する情報が入手できるリソースも本章の最後に記載する。

大うつ病

大うつ病とは？

下記の症状のうち、5つ以上が2週間以内に現れ、これまでの機能が変化すること。その症状には必ず、憂うつな気分、または関心や喜びの喪失が見られる (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994)。

- (ほぼ) 毎日が憂うつ
- 楽しいことに興味がわかない。
- 1ヶ月間で5%を超える体重の増減 (ダイエットによる減量は除く)
- ほぼ毎日の不眠 (または過眠)
- 精神運動性激越
- 疲労または活力喪失
- 無気力と罪悪感
- 集中や決断ができない。

- 死や自殺について考える。
- 症状が、臨床的に重大な苦境，あるいは職務や社会的役割，その他の重要な機能に障害を引き起こす可能性がある。
- 投薬の結果や病状ではない症状
- 死別では説明がつかない症状

抑うつに関する基本的事実

- 大うつ病の罹患率は，一般的には約 2 %～14 %，プライマリケアでは 5 %～13 % である。
- 不安障害，物質乱用，摂食障害，身体化 (たとえば頭痛や GI 障害) など，心理的障害が同時発症することが多い。
- 一般的な合併症には，糖尿病，ガン，心疾患，HIV/AIDS，アルツハイマー病，パーキンソン病，脳卒中などがある。
- 発症年齢の平均は 20 代後半である。
- 大うつ病の発現は 6 ヶ月以上続く。
- 大うつ病に伴う最も深刻な問題は，自殺などの暴力行為である。
- 問題となる機能には，夫婦間や職務，社会に関わるもの，不健康な習慣や慢性疾患の管理不良もある。

評価法

除外するものは？

- 合併症による大うつ病の発現，物質乱用
- 大うつ病を発現させることのある一般的な病状
(甲状腺機能低下症，心筋梗塞，アルツハイマー病，パーキンソン病，脳腫瘍，
多発性硬化症，貧血，産後，ガン，AIDS，代謝系の異常) 医師に相談

効果的な評価に関係するものは？

- 抑うつの重度
- 自殺観念化
- 精神病症状の存在
- 躁病の発症歴
- うつ病の再発歴
- 物質乱用
- 病歴 (たとえば最近の健康診断日)
- 欠勤日数
- 生活ストレス要因
- 家族の支援

医療現場でうつ病のスクリーニングに用いる評価基準

- PRIME-MD Primary Care Evaluations of Mental Disorders-Depression Questions (2項目) (Spitzer et al., 1995)
- BDI-II Beck Depression Inventory-II (21項目) (Beck, Steer, & Brown, 1996)

- Zung Depression Rating Scale (20 項目) (Zung, 1965)
- Ham-D Hamilton Depression Scale (23 項目) (Kobak & Reynolds, 2000)

役に立たない評価法は？

MMPI, 投影検査, 神経心理テストなど, 従来 of 心理テスト

うつ病の診断用マーカーや生理機能検査はない。

治療法

効果的な治療法は？

- 1) うつ病の症状や予後についての心理教育。うつ病の性質, 症状, 利用可能な治療モダリティについて患者に教育する。その例を以下に示す。
 - うつ病は, 最も一般的で深刻な気分障害の一つである。うつ病にかかると気分が滅入り, ときには職務能力や人間関係に支障をきたす。うつ病は, 気分の変化, 身体症状, 特定の病気に関係している。正常な人であれば, 気分が変わっても, 自分の気分やこれに伴う行動に対する自制心がある。ところが, うつ病になると自制心を喪失し, 無力感や絶望, 無気力に陥ることが多い。
- 2) セルフヘルプが有効である (下記のリファレンス参照)。
- 3) うつ病のグループ治療 (大うつ病のグループ CBT については『Free (1999)』参照)
- 4) 行動活性化 (個別の手法については以下の『Martell, Addis, & Jacobson (2001)』参照)

- 目標志向で行動するのをやめると憂うつになる場合がある。
 - 行動活性化の目標は、うつ病患者の目標志向の行動を促すことにある。
 - 機能分析によって、うつ病の環境「誘因」を特定する。患者はその誘因に反応(たとえば回避)する。
 - 集中的に活性化を行うと、患者は目標志向の活動に取り組む。
 - 課題を段階的に与えるのは、目標達成に向けて患者をさらに難しい課題に次々と取り組ませるための手法である。
 - 自己モニタリングは、継続的に患者の気分と毎日の行動を追跡することである。
- 5) 下記の『Cognitive Behavior Therapy for Depression』（『Beck, Rush, Shaw, & Emery (1979)』と『Ellis & MacLaren (1998)』参照）は、CBTの治療内容を説明した実用的リソースである。認知の再構成の主な内容については、次章で紹介するパニック障害のガイドラインも参照。
- 6) 投薬(下記参照)

効果的なセルフヘルプ治療とは？

効果的な治療の諸要素を網羅した良書の一部を以下に示す。

1. Lewinsohn, P. M., Munoz, R. F., Youngren, M. A., Zeiss, A. M. (1992). *Control your depression*. New York: Fireside/Simon & Schuster. \$14.00
2. Burns, D. D. (1999). *Feeling good: the new mood therapy* (2nd ed.). New York: Avon Books. \$15.00

役に立つウェブサイト

1) Dr. Ivan's Depression Central: [あらゆる種類のうつ病性障害に関する情報や、大うつ病、躁うつ病 (双極性障害)、循環気質、気分変調、その他の気分障害に最も有効な個別治療に関する情報のクリアリングハウス] <http://www.psycom.net/depression.central.html>

2) Depression.com: [うつ病をコントロールする方法に関する事実や情報を提供するサイト] <http://www.depression.com/>

3) National Institute of Mental Health: [大うつ病、気分の変化、双極性障害に関する情報を提供するサイト。症状リスト、考えられる原因、うつ病の診断法、利用可能な治療法が分かる。] <http://www.nimh.nih.gov/healthinformation/depressionmenu.cfm>

4) WebMD: [うつ病の診断や治療法に関する情報がある]

http://my.webmd.com/medical_information/condition_centers/depression/default.htm

効果のあるセラピストによる治療法は？

セラピーの実施単位は、個人でもグループでもよい。グループの方が費用効果は高く、相談者は他のうつ病患者のサポートも得られる。

- Martell, C. R., Addis, M., & Jacobson, N. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton & Company.

これは、うつ病を治療するためのエビデンスに基づく行動療法について論じた本である。著者によると、うつ病の治療では、(たとえば行動活性化によって)活性化を促すことが患者の考え方を変わるのと同じくらい効果がある。

- Free, M. L. (1999). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. Chichester: Wiley.

ベックの認知行動療法やエリスの論理情動行動療法も、豊富な実証に基づく評価の高い構造化セラピーである。

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press. (うつ病の CBT をセッションごとに実践する手順も記載)
- Ellis, A., & MacLaren, C. (1998). *Rational emotive behavior therapy: A therapist's guide*. San Luis Obispo, CA: Impact. (理論や手順, 事例, 多数の演習に関する情報も掲載)

これらは通常 8~12 回のセッションから成る短期のセラピーであり、うつ病とは何か、思考は行動にどのような影響を与えるか、よりよく生きるには思考や態度、想定、信念をどのように変えたらよいか—などをテーマにとり上げる。

有効な投薬療法は？ 医師に相談

最も有力な証拠が、三環系抗うつ薬 (TCA)、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)、セロトニン／ノリエピネフリン再取り込み阻害薬 (SNRI)、モノアミン酸化酵素阻害剤 (MAOI)、Buproprian やトラゾドンなどの抗うつ薬の有効性を裏付けている。これらの医薬品は同じ効果があると思われるが、再発防止のため、どのように使用されているかは不明である。

副作用

1) 三環系抗うつ薬：抗コリン作用 (便秘, 口の渇き, 眼のかすみ, 尿閉), 眠気, 起立性低血圧, 心不整脈, 胃腸 (GI) 障害, 体重増

- 2) SSRI: GI 障害, Paxil (まれに抗コリン作用, 眠気, 体重増)
- 3) SNRI: 抗コリン作用, 眠気, GI 障害, まれに心不整脈
- 4) MAOI: 抗コリン作用, 眠気, 起立性低血圧 (まれに心不整脈, GI 障害, 体重増)
- 5) トラゾドン: 眠気, 起立性低血圧, 体重増 (まれに心不整脈と GI 障害), Buproprian (まれに心不整脈と GI 障害)
- 6) 薬物相互作用, 特に飲酒との相互作用について注意する必要がある, 患者が服用している他の薬を MD に知らせる。

最後に, 抗うつ薬と精神療法を併用すると, 一部のうつ病患者に最も効果的であることが分かった。精神療法はうつ病の治療に抗うつ薬と同様の効果をもたらし, その再発予防効果は抗うつ薬を上回ると思われる。

治療管理上のその他の問題

- 精神療法のプラス効果は, 通常 8~12 週間で現れる。
- 精神療法の一般的なコースは, 通常 12 回ほどのセッションである。
- 投薬のプラス効果は, 通常 6 週間以内に現れる。
- 抗うつ薬の投与が効果的な患者には, 回復の兆候が現れてから少なくとも 6 ヶ月間は十分な量の投薬を継続する。
- 4~6 週間以内に改善の兆候を見られない場合, 投薬量や介入の修正を行う。

治療法を選ぶ方法は?

- 薬の副作用の可能性を評価する。
- これまでの治療効果
- 患者の好み (たとえば精神療法と薬物療法のどちらを選ぶか)

- 治療費，所要時間 (患者とヘルスケア提供者の両者の立場から)
- 治療モダリティによるコンプライアンス (または治療アドヒアランス) の違い
- 身体 の健康状態
- 自殺の危険性

パニック障害

パニック障害とは？

激しい恐怖，不安，不快，差し迫った破滅感などの不意な発現が繰り返し起こること。下記の症状のうち4つ以上が不意に現れ，10分以内にピークに達する (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994)。

- 動悸，心拍数の上昇
- 発汗
- 震え
- 息切れ，息苦しい感じ
- 息が詰まる感じ
- 胸の痛みや不快感
- 吐き気，腹部苦悶
- 目まい，立ちくらみ，失神
- 現実感喪失，離人症
- 自制心の喪失や発狂に対する恐怖
- 死の恐怖
- しびれ感，ちくちくする感じ

- 悪寒，ほてり
- また発作が起こるのではないかという心配が1ヶ月も続く。
- パニックの結果に対する心配 (たとえば自制心の喪失，発狂，社会的屈辱に対する恐怖)
- 発作に起因する著しい行動の変化 (たとえば広場恐怖の回避)
- パニックは突発的に発現し，その多くは心肺症状をはじめとする激しい身体症状を伴い，内蔵への悪影響 (たとえば心臓発作) を心配する。
- パニックが起こると，多くの場合，パニック発作がまた起こるかもしれないという恐怖が持続する。パニックは，体内の生理的刺激をきっかけに発生することが多い。過呼吸は通常，パニック発作の前よりも後に起こる。
- パニック発作の可能性を減らしパニック発作が起きても安全なように生活を改善する能力が患者にあっても，恐怖がこれを全く無力化することもある。その例がパニック障害の広場恐怖との連合である。
- 患者の生物学的な不安感受性が高まる場合もある。
- パニックは不安 (全般性不安障害) とは違う。というのも，不安は突発的なものではなく，必ずしもパニックに伴う興奮の大きさを特徴とするわけではないからである。

パニック障害の基本的事実

- 慢性になりがち
- パニック障害と診断されるのは，男性より女性に多い。
- パニック発作は，通常は数分間で収まるが，1時間持続する場合もある。

- パニック発作の後に残る不安は、数時間または数日間消えないことがある。
- 抑うつ、物質乱用、不安障害、人格障害などのコモビディティが多く見られる。
- パニック障害は、社会的引き込み、就労障害や就学障害などの著しい機能障害や広場恐怖を伴う。
- 米国の人口の1.5～3.5%が、一生のうちにパニック障害を経験する。
- あらゆる年齢層で発症する。治療に対して、子供も成人と同様に反応する。最初に発症する時期は、青年期の後半や成人期が最も多い。
- アフリカ系米国人の場合、高血圧や睡眠麻痺を伴う。

評価法

除外するものは？

- カフェインなど刺激物の生理的影響に起因するパニック
- パニックを引き起こす一般的な病状(甲状腺機能亢進症、副甲状腺機能亢進症、クロム親和細胞腫、前庭機能障害、発作障害、一部の心疾患)。医師に相談
- PTSDなど別の精神疾患でうまく説明がつかないもの

効果的な評価法に関するものは？

- パニック発作の回数と重症度
- 予期神経症の重症度
- 広場恐怖症状の重症度
- パニックに伴う不合理な考え(たとえば「心臓発作による死」)
- 自殺の観念化
- 欠勤や欠席

- セルフケア
- 日常の社会的行動
- 抑うつ
- 物質の使用 (問題の一因となる刺激物と自分で服用する非刺激物の両方)
- 家族の支援と葛藤 (パニックや広場恐怖を強める)

医療現場でパニック障害のスクリーニングに用いる評価基準

- Panic and Agoraphobia Scale (PAS) (Bandelow, 1999)
- Panic Disorder Severity Scale (PDSS) (Shear et al., 1997)

役に立たない評価法は？

MMPI, 投影検査, 神経心理テストなど, 従来の心理テスト

パニック障害を診断するための診断用マーカーや検査はない。

治療法

効果的な治療法は？

1) 疾患とその臨床経過や合併症についての心理教育

- パニック障害がサポートや治療を必要とする本物の病気であることを強調する。
- パニック発作は現実の生理現象を反映したものだが, パニック発作それ自体はそれほど危険でも命にかかわるものでもないことを伝え, 患者を安心させる (下記のウェブソースには心理教育情報が記載されている)。
- 臨床医は治療の始めるにあたり, ストレス因子に対する身体の正常な反応と, ストレスや不安の生理的症狀について説明する。これによって, 患者

の誤った情報に伴う破滅的恐怖 (たとえば死や発狂に対する恐怖) を緩和することができる。臨床医は、エクスポージャーセラピーという治療法について説明してもよい。その他、セラピーの予後や考えられる問題について伝えておく。

- 不安症状が再発する初期兆候と、その状況に対処するためのセルフヘルプ法を、家族に見つけさせる。
 - 患者の家族や関係者がいれば、パニック障害の性質について教育する。
 - たとえば、発作は患者にとって恐るべきものであり、治療を受けないと患者が衰弱するということを、家族に理解させる。
- 2) パニック障害に対して認知行動療法を行う場合は、個別でもグループ単位でもよい(『Heimberg & Becker, 2002』参照)。グループ CBT については下記参照。
- 3) 認知行動療法 : CBT の内容を以下に示す。
- 心理教育
 1. 患者の症状を特定し、名前を付ける。
 2. 症状の誘因について直接説明する。
 3. 治療計画の概要を伝える。
 - パニック発作と不安認知を継続的にモニタリングする。
 - 毎日の不安対処法 (たとえば腹式呼吸訓練) によって生理的反応を緩和する。
 - 認知の再構成

1. 患者の不合理な考え(たとえば「心臓が激しく鼓動しているから私は死ぬのだ」)を変えさせる。患者が不合理な認知を見つけて置き換えるのを支援する。下記の主な内容は、『O'Donohue, Fisher, & Hayes (2003)』の各章を改変したものである。

ネガティブな認知を特定する (『Newman in O'Donohue et al.』 『Dobson & Hamilton in O'Donohue et al.』 参照)

- マイナス思考と、問題行動を誘発または継続させるその役割を特定する。
- 問題行動を操作可能なものにして、行動実験(たとえばロールプレイング)を行い、新しい信念を裏付ける証拠を患者に与える。
- 元のネガティブな認知の特徴に関する行動実験の結果を調べる。

認知の再構成 (『Ellis in O'Donohue et al.』 参照)

- CBTの「ABC」について論じる。逆境 (Adversities) だけが不安やパニックのような行動結果 (Consequences) 障害を招くとは限らず、患者が自分の逆境について強い信念 (Beliefs) を持ち続けることがこのような結果の一因になる—ということを患者に示す。その結果、 $A \times B = C$ となる。
- 患者が行動結果に遭遇すると、大半が柔軟な選択で成り立つ合理的な信念と、「～しなければならない」「～すべきだ」という厳しい義務や個人的な要求で成り立つ不合理な信念の両方をもつ—ということを患者に示す。
- 認知療法や行動療法を教えることにより、自分の不合理な信念に逆らって考え、感じ、行動する方法を患者に示す。

- 自分の不合理な信念に異議を唱える別の方法 (たとえば実験や論理) を患者に示す。
- 患者は自分の不合理な信念に積極的な異議を唱え続けるとき、力強い合理的な言葉でこれに対処する新しい考え方を生み出し、これによって自分の気分を良くすることができる—ということを患者に実証する。

不適応スキーマの特定と修正 (『Newman in O'Donohue et al.』参照)

- ワイズマンとベックによる非機能的態度尺度などの評価法により、問題のある信念を見つける。
- 正確に組み立てた処方に基づき、確認と正確な感情移入を患者に与える。
- 問題のある情緒的反応 (たとえば不安) を刺激として利用し、どのような思考や信念が活性化されるかを見つける方法を患者に教える。
- ソクラテスの質問によって信念やスキーマを解きほぐし、これらの方法を自分自身にも活用することを患者に教える。
- セッション中のロールプレイングやセッション実験の合間に行動実験を行い、新たな信念に基づく行動を患者に体験させる。
- 幼少期にトラウマを受けた患者には、そのようなトラウマから導き出されたネガティブな信念やスキーマを打ち消すため、リラクゼーションやイメージ誘導、合理的な再評価を行う。
- 多くのセッションでは、何度も上記の手法を併用する。

4) 恐怖の刺激へのエクスポージャー(『Roth, Foa, & Franklin in O’Donohue et al.』参照, エクスポージャーの詳細な方法については『Barlow』も参照)。主な内容を以下に示す。

- 反応妨害は, 患者が恐怖の状態を回避するのを妨げる介入法である。
- エクスポージャーと反応妨害 (ERP) の目標は, 患者を恐怖の対象となる思考, 感情, 出来事にさらし, これを回避しようとする衝動を阻止することである。このプロセスにより, 次第に不安が軽減する。
- ERP の最初のステップは, 患者が不快や不安を感じる状況で見せる回避行動を特定することである。
- こうした回避法を評価する場合, 臨床医は, 回避行動に関係している誘因 (たとえば思考や感情) を患者自ら追跡することを推奨する。
- 第二のステップは, 患者を恐怖の対象となるパニックの誘因 (たとえば強い不安やバスに乗ること) にさらすことである (注: 臨床医が患者をさらす場合, 恐怖を呼び起こすイメージから始め, 徐々に実際の物体や出来事にするとよい。これを段階的エクスポージャーという)。

5) 過呼吸や浅い呼吸を防ぐための呼吸再訓練 (深い呼吸の指導法については「<http://www.anxietycoach.com/breath1.htm>」参照)。主な内容を以下に示す。

- 患者に一方の手を自分ののべルトの位置に, もう一方の手を胸骨のところに置くように教示する。
- 誰かに腹立たしいことを言われたときのように, 患者に口を開けてため息をつかせる。息を吐くとき, 肩と上半身の筋肉をリラックスさせる。ため

息をついたとき、息を完全に吐ききらないようにする。これは上体の筋肉をリラックスさせるためである。

- 何秒か間を置く。
 - 患者に口を閉じるように言う。腹を膨らませながら、鼻からゆっくり息を吸い込ませる。これは腹の中に空気を誘い込むという動作なので、吸い込むときよりもほんの一瞬、腹の動きが先になる。(上体を動かさず)無理のない程度にできるだけ空気を吸い込んだら、息をとめさせる。
 - 患者に口を開けるように言う。腹を引っ込めながら、口から息を吐き出させる。
 - 間をとって、また続ける。
- 6) 実生活で恐怖を呼び起こす状況へのエクスポージャー (反応妨害法により、患者を恐怖の出来事や物体と接触させる)
- 7) 投薬 (下記参照)
- 8) 併用療法 (精神療法と投薬)
- ほとんどの患者の場合、投薬療法と精神療法 (つまり CBT) の短期的な効果はほぼ同じであるが、患者によってはどちらか一方の効き目が他方より大きい。また、両方の治療法を併用した方がよく効く患者もいる。長期的には、おそらく CBT の方が投薬よりも効果的である。また、CBT の治療を受けている患者は、投薬を受けている患者よりも、症状の再発が少ないと思われる。

効果的なセルフヘルプ療法は？

パニック障害の治療に効果のある良書や治療法のリソースの一部を以下に示す。

1. Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2000). *Mastery of your anxiety不安 and panic (3rd ed.)*

(MAP-3):

Client workbook. The Psychological Corporation \$31.00

2. Antony, M. M., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1995). *Mastery of your specific phobia:*

Client workbook. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. \$35.00

3. Bourne, E. (2000) *The Anxiety不安 & Phobia Workbook (3rd ed.)*. Oakland, CA: New

Harbinger

Publications, Inc. \$14.00

4. Bourne EJ. 2003. *Coping with anxiety: 10 simple ways to relieve anxiety, fear and worry.*

Oakland, CA: New Harbinger Publications. \$11.00

役に立つウェブサイト

- 1) Anxiety Coach [不安や恐怖症に悩む人のためのセルフヘルプ教材を紹介しているサイ

ト] <http://www.anxietycoach.com/index.htm>

- 2) Noodles' Panic-Anxiety Page [パニック発作, 恐怖症, シャイネス, 全般性不安, 強迫

性行動, 外傷後ストレスなど, 不安障害に関心のある人々の草の根プロジェクト]

<http://www.algy.com/anxiety/index.html>

- 3) Panic Disorder Site [情報が豊富な大規模サイト] <http://panicdisorder.miningco.com/>

上記のソースでは, パニック障害の患者を教育するための心理教育用教材や有用な臨床技術のほか, 呼吸再訓練, 不合理な信念の転換, 恐怖を呼び起こす状況へのエクスポージャー訓練について紹介している。

効果的なセラピストによる治療法は？

セラピーの実施単位は、個人でもグループでもよい。グループの方が費用効果は高く、相談者は同じ症状の患者のサポートも得られる。

Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia : basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.

豊富な実証に基づく評価の高い構造化セラピーは、Barlow の認知行動療法である。

Barlow, D.H., & Cerny, J.A. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford Press.

Craske, M., Barlow, D. & Meadows, E. A. (2000). *Mastery of your anxiety and panic (MAP-3): Therapist guide* (3rd ed.). San Antonio, TX, The Psychological Corporation.

これらの治療法は通常 12～16 回のセッションから成り、パニックとは何か、身体についての理解、恐怖の発現と転換についての理解、呼吸再訓練、セルフトーク、恐怖に自分をさらすこと、再発予防策—などをテーマにとり上げる。これらの治療法を個別に実施する詳しい方法については、『O'Donohue et. al., 2003』が参考になる。

有効な投薬療法は？ 医師に相談

最も有力な証拠が、SSRI, TCA, MAOI, 強力なベンゾジアゼピンの有効性を裏付けている。これらは同じ効果があると思われるが、再発防止のため、どのように使用されているかは不明である。

副作用

- 1) ベンゾジアゼピン: 眠気と運動失調。過剰摂取しても命にかかわることはほとんどないが、アルコールや他の薬と併用した場合はその限りではない。耐性ができる。急速な吸収による高い中毒性と行動発作性。長期服用の患者に引き込み反応 (不眠, 眠気, 頭痛, 高血圧, 発作)。
- 2) ベンゾジアゼピンは, 単独で投与した場合, 精神病, 抑うつ, 器質性混乱を悪化させる傾向がある。
- 3) 投与をやめると, 患者は毎日 5~10% ずつ減っていく。
- 4) ベンゾジアゼピンと精神療法を併用すると治療効果は低下することが明らかになっている。
- 5) 精神療法は通常, 投薬療法より症状の再発率が低い。
- 6) ブスピロン: 中毒性はほとんどない。まれに頭痛, 吐き気, 目まいが発生する。
- 7) L-トリプトファン: 依存性はない。健康食品店で手に入る。

治療管理上のその他の問題

- 精神療法のプラス効果は, 通常 8~12 週間以内に現れる。
- 精神療法は通常 12 回ほどのセッションから成る。重度の広場恐怖症の患者は, それ以上のセラピーを必要とする場合が多い。
- 投薬のプラス効果は, 通常 6 週間以内に現れる。ベンゾジアゼピンが含まれている場合は即効性が高まる。
- 投薬を止める場合は, 徐々に投与量を減らす。

- SSRI, TCA, MAOI を単独で投与する場合, 症状が寛解してから少なくとも 6 ヶ月間は投与を継続する。
- 患者に複数のパニック症状があり, 各症状に投薬効果が見られる場合, 薬の長期服用を指示することがある。

治療法を選ぶ方法は？

- 薬の副作用の可能性を評価する。
- これまでの治療効果
- 患者の好み (たとえば精神療法と薬物療法のどちらを選ぶか)
- 治療費, 所要時間 (患者とヘルスケア提供者の両者の立場から)
- 治療モダリティによるコンプライアンス (または治療アドヒアランス) の違い
- 身体の状態
- 自殺の危険性

物質乱用

物質乱用とは？

「下記のいずれか (1 つ以上) に該当する重大な障害や苦痛が 12 ヶ月以内に発症するよ
うな, 不適切なパターンの物質の使用」 (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994)。

- 重要な役割や義務を果たせない。
- 危害の及ぶ恐れのある状況での頻繁な物質使用
- 法的問題
- 物質使用により対人関係がこじれたり悪化したりしても物質使用をやめない。

- 患者が依存症の基準を満たさない。

物質乱用の基本的事実

- 不安やうつ病などのコモビディティが多く見られる。
- プライマリケアの患者の約 14 %が物質乱用の DSM-IV 診断基準を満たす。
- プライマリケアの物質乱用患者のうち、45 %がアルコール、24 %が薬物、31 %がその両方を乱用している。
- あらゆる年齢層で発症する。18～24 歳の罹患率が高い。
- 罹患率は男性の方が高い(ただし、性比は物質の種類によって異なる)。
- 物質使用慣行には広範な文化的違いが見られる。

評価法

除外するものは？

病的でない付き合い酒と、適切な目的での薬の使用

効果的な評価法に関するものは？

1. 病歴

- 患者はこれまで、次のような診断や検査を 1 つでも受けたことがあるか？ 胃炎、すい炎、肝機能検査、高血圧、痛風、肝炎、肝硬変、糖尿病、振顫譫妄(しんせんもう)、貧血

- 患者は精神安定剤や鎮痛剤の服用，喫煙をするか？ 「はい」の場合，使用量を記入する。

毎日____錠／本

毎年____錠／本

2. 家系

- 患者の家族に次の病歴が1つでもあるか？ 高血圧，糖尿病，肝疾患，アルコール／薬物依存。「はい」の場合，依存症だったのは誰か(たとえば母親，父親，叔父)？

3. 社会的経歴

- 職業，同居者，子供，婚姻関係

4. 身体組織の検査(たとえば心血管，GI，泌尿生殖器，神経精神)

5. 飲酒歴

- 飲酒の有無
- 飲酒の頻度(1週間あたりの回数)
- 好きなアルコールの種類，1日あたりの酒量
- 何杯飲めば満足できるか？ 何杯飲むと酔っ払うか？
- 上記の数字は以前より増えたか？
- 飲酒に関して過去6ヶ月間または1年間で変わったことがあるか？
- 飲酒を始めた年齢
- これまでに最も長かった禁酒期間，禁酒した理由，禁酒時に不快な症状(幻覚，震え，発熱など)があったか？

6. 薬物使用歴

- アルコール以外に使用したことのある薬物とその分量
- 上記の薬物を最後に使用したのはいつか？
- 薬物を使用する場合の1週間あたりの薬代

7. 使用の結果

- 飲酒や薬物使用が原因で欠勤や遅刻をしたことがあるか？
- 飲酒や薬物使用が対人関係に悪影響を及ぼしたことがあるか？
- 飲酒や薬物使用についてどのように感じているか？
- 医師や他のヘルスケア提供者から使用量を減らすように言われたことがあるか？
- 飲酒や薬物使用の治療(たとえばAA)を受けようとしたことはあるか？

8. CAGE アルコール症スクリーニングテストの実施 (Mayfield, McLeod, & Hall, 1974)

- C_____ 飲酒量を減らす (Cut down) 必要を感じたことがあるか？
- A_____ 他人に飲酒の件で批判されて不快に (Annoyed) 感じたことはあるか？
- G_____ 飲酒を後ろめたく (Guilty) 感じたことがあるか？
- E_____ 朝起き出すために目覚めの一杯 (Eye opener) として、あるいは震えを止めるために飲酒したことがあるか？

医療現場で物質乱用のスクリーニングに用いる評価基準

- CAGE Assessment (薬物スクリーニングの拡張版が使用可能) (4項目)
(Ewing, 1984)
- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (10項目) (Babor, de la Fuente, Saunders, & Grant, 1992)

- Alcohol Dependence Scale (25 項目) (Skinner & Horn, 1984)
- Drug Use Screening Inventory (159 項目) (Tarter & Hegedus, 1991)
- Drug Abuse Screening Test (DAST) (28 項目) (Skinner, 1982)

評価法のその他の問題

- 患者の物質乱用が活発な場合，履歴を入手し，身体検査と実験室検査を行う。
- 患者が医学的または精神医学的に不安定な場合，あるいは急性中毒の場合，安定させるためのケアを施す（つまりプライマリケアの医師と相談する）。

役に立たない評価法は？

MMPI や投影検査など，従来の心理テスト

治療法

効果的な治療法は？

- 1) 患者，家族，関係者に，物質乱用の症状と治療法についての心理教育を行う（内容については下記のウェブソース参照）。
- 2) セルフヘルプ（たとえばアルコール中毒者更生会）
 - 一部の患者にとってセルフヘルプグループへの参加が重要な補助となる。
 - 患者の支えとなり，教育効果や治療効果がある。
 - 向精神薬（抗うつ薬）の投与が必要な患者は，このような治療を支えるグループに誘導する。

3) 認知行動療法 (CBT) (『Beck, Wright, Newman, & Liese, 2002』 参照)

- 標準的な認知療法：不適當な思考を修正する (前記の「パニック障害」参照)
- 再発予防：認知行動療法によって患者にセルフコントロールを身に付けさせ、再発を防止する。
- 動機付け面談 (『Miller & Rollnick, 1991』 参照)：感情移入法によって患者を動機付ける。

4) 家族セラピーまたはカップルセラピー：機能障害の家族が、思わしくない治療結果に関係している (See Wakefield, Williams, Yost, & Patterson, 1996)。

- 断酒のために家族のサポートを奨励する。
- 対立を招いたり物質使用行動を許したりする対人関係や家族関係に対処する。
- 再発予防を促すとともに回復の可能性を高めるような行動を強化する。

5) 投薬療法 (下記参照)

効果的なセルフヘルプ療法は？

1. Alcoholics Anonymous World Services. (2001). *Alcoholics anonymous* (4th ed.). New York:

Author. \$12.00

2. Ellis, A., & Velten, E. (1992). *When AA doesn't work For you: Rational steps to quitting*

alcohol. NJ: Baricade Books, Inc. \$12.00

役に立つウェブサイト

- HabitSmart Site: [様々なアディクションや衝動コントロール法について豊富な情報を提供する] <http://www.habitsmart.com/>
- National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information: [アルコール、タバコ、薬物に関する検索可能なデータベースや物質乱用予防用教材が利用できる] <http://www.health.org/>
- Web of Addictions Site: [アルコールや他の薬物中毒に関する正確な情報を提供する] <http://www.well.com/user/woa/>
- National Institute on Drug Abuse: [ウェブリソースへの様々なリンク、様々な薬物に関する情報、最近の理論および実験に基づく出版物を提供する] <http://www.nida.nih.gov/>

上記のソースでは、様々な薬物中毒に関する心理教育教材、治療法、最近の研究を紹介している。

効果的なセラピストによる治療法は？

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (2002). *Cognitive therapy of substance abuse*. NY: Guilford. \$24.00

これは、物質乱用に取り組むための、十分な資料に裏付けられた費用効果の高い心理社会的治療モデルを紹介した本である。

Cummings, N.A., & Cummings, J.L. (2000). *The first session with substance abusers: A Step-by-Step guide*. San Francisco, CA: Jossey-Bass (now John Wiley).

これは、初回セッションで反抗的な相談者の物質乱用を見つけるのに役立つ情報を臨床医向けに紹介した本である。臨床医が最も効果的な治療モダリティを選び、危機への対処や相互目標の設定、必要な紹介を行う上で役に立つ情報を事例とともに記載している。

Wakefield, P. J., Williams, R. E., Yost, E. B., & Patterson, K. M. (1996). *Couple therapy for alcoholism: A cognitive behavioral treatment manual*. New York: The Guilford Press.

これはセラピスト向けマニュアルで、アルコール中毒のカップルを対象とした20回のセッションに沿って認知行動療法を解説している。各セッションには単独使用も他のセラピーとの併用も可能な介入案を提示し、事例や演習も記載している。

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.

これは、物質乱用患者に動機付け介入を施すための戦略や手法を紹介した本である。

先に挙げたその他の CBT リファレンスも、物質乱用を対象とした CBT を実施する上で参考になる (大うつ病の治療に関するガイドラインを参照)。

有効な投薬療法は？ 医師に相談

最も有力な証拠が、アルコール乱用に対するナルトレキソン (ReVia) とジスルフィラム (Antabuse) の有効性を裏付けている。ナルトレキソンは、患者によっては再発予防に有効である。これはアルコールの影響を一部弱める効果もある。ジスルフィラム

(Antabuse) は、患者が少量でもアルコールを口にすると強い嫌悪を引き起こす。ただし、この薬品の投与は、モチベーションがあって信頼できる患者が成り行きで飲酒をする可能性がある場合に限定することを勧める。衝動的な行動、精神病症状、自殺の意図が見られる患者には勧められない。

コカイン乱用にはデジプラミンとアマンタジンが有効

オピオイド乱用にはメサドンまたは LAAM とナルトレキソンが有効

有害反応

- 1) ナルトレキソン: (多い副作用) 腹部のけいれんや痛み、不安、神経質、不穏、睡眠障害、頭痛、関節痛や筋肉痛、吐き気や嘔吐、異常な疲労、(まれな副作用) 悪寒、便秘、咳、鼻水や鼻詰まり、副鼻腔障害、くしゃみ、喉の痛み、下痢、動悸、食欲減退、男性の性機能障害
- 2) ジスルフィラム: 必要な副作用とともに、眠気、気分の変化、しびれ、刺痛、痛み、手足の脱力感など、望ましくない副作用もある。
- 3) デシプラミン: 目まい、眠気、口の渇き、頭痛、食欲増進 (甘味嗜好が強まる場合もある)、吐き気、疲労や脱力感、味覚障害、体重増
- 4) アマンタジン: 集中できない、目まい、頭痛、過敏、食欲減退、吐き気、神経質、肌のしみ、不眠や悪夢
- 5) メサドン: 目まい、失神、眠気、吐き気や嘔吐、便秘、食欲減退、胃のけいれんや痛み
- 6) LAAM: 腹部の痛み、便秘、全身の不快感や疾患、関節痛、男性の性的機能障害

治療管理上のその他の問題

- 投薬療法は、心理社会的治療法と併用すると効果が高まる。
- 心理社会的治療法は、投薬療法と併用すると再発の予防や低下に効果がある。
- 投薬は、一部の患者に対して断酒効果はないが、物質使用のマイナス効果を抑えることで罹患率や死亡率を下げる。
- 投薬療法は、通常はコカイン使用の初期治療として指示されない。

治療法を選ぶ方法は？

- 薬の副作用の可能性を評価する。
- これまでの治療効果
- 患者の好み (たとえば精神療法と薬物療法のどちらを選ぶか)
- 治療費、所要時間 (患者とヘルスケア提供者の両者の立場から)
- 治療モダリティによるコンプライアンス (または治療アドヒアランス) の違い
- 身体の状態 (たとえば身体の状態は退薬症候群は見られるか?)
- 自殺の危険性

注意欠陥多動性障害

注意欠陥多動性障害 (ADHD) とは？

「同等の発達レベルにおいて通常より頻繁かつ症状の重い不注意や活動過多の継続すること。ADHD の特徴として、以下に示す不注意や活動過多の症状のうち 6 つ以上が少なくとも 6 ヶ月間見られる」 (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994)。

不注意

- 細部に注意しない。
- 注意の持続が難しい。
- 話を聞き取らない。
- 指示に従うのが難しい。
- 整理するのが難しい。
- 精神的努力の持続が必要な課題を回避する。
- 課題や活動に必要なものを頻繁に失う。
- 注意散漫になりやすい。
- 忘れっぽい。

活動過多

- 落ち着きがない。
- 教室の席を頻繁に離れる。
- 不適切な状況で、頻繁に這い回ったり走り回ったりする。
- 大人しく遊ぶのが難しい。
- 「モーターで動いている」ような行動

- 過剰なおしゃべり
 - 不適切な答えを口走る。
 - 順番を待てない。
 - 頻繁に他人の邪魔をする。
-
- 上記症状の一部は7歳未満で現れる。
 - 複数の場面(たとえば学校と家庭)で機能障害が見られる。
 - 学校や職場で機能障害の明確な証拠が見られる。

ADHDに関する基本的事実

- 慢性になりがち
- 反抗挑戦性障害, 行動障害, 不安障害, うつ病などのコモビディティが多く見られる。
- 注意や精神的努力の持続を要する状況や本来の訴求力や目新しさのない状況で症状が悪化する傾向がある。
- 子供の3~5%がADHDである。
- ほとんどが7歳までに発症する。
- 罹患率は男性の方が高い。
- ADHDは様々な地域で発生するが, 特に西欧に多く見られる。

評価法

除外するものは？

(1) 年齢に見合った発達, (2) 学術的環境の過小刺激と過剰刺激, (3) 精神遅延, (4) 反抗的行動, (5) 精神疾患のいずれかに起因する分裂的行動

効果的なアセスメントに関係するものは？

診断／評価の全般的アプローチ:

- 児童の成人介護者との包括的な面談
- 児童の精神鑑定
- 健康全般と神経学的状態の医学的診断
- 認知能力と成績の評価
 - Woodcock-Johnson (WJ-III) Tests of Cognitive Abilities (試験と購入については「Riverside Publishing」(<http://www.riverpub.com>) 参照)
 - Stanford-Binet Intelligence Scales, Fifth Edition (「Riverside Publishing」も参照)
 - Wechsler Intelligence Scale for Children, Fourth Edition (試験と購入については「Psychological Corporation」(<http://www.psychcorp.com>) 参照)
- ADHD を中心とした教師と親の評価尺度の使用 (下記参照)
- 必要に応じた学校報告と他の補助的評価 (たとえばスピーチ, 言語アセスメントなど)

個別の診断／評価ガイドライン (『American Academy of Pediatrics, 2000』を改変)

- 不注意, 活動過多, 衝動性, 基準以下の成績, 行動障害が見られる 6~12 歳の児童には ADHD の検査を行う。
- ADHD の診断は, 対象とする児童が ADHD の DSM-IV 基準を満たしていることが前提となる。
- ADHD のアセスメントには, 下記について成人介護者から直接得られた証拠が必要である。
 - 様々な場面で見られる ADHD の主な症状
 - 発症年齢
 - 症状の持続時間
 - 機能障害の程度
- ADHD のアセスメントには, 下記について担当教員 (または他の学校の専門家) から直接得られた証拠が必要である。
 - ADHD の主な症状
 - 症状の持続時間
 - 機能障害の程度
 - 共存する症状
- ADHD の児童の評価には, 付随 (共存) する症状の評価も含める。

医療現場で ADHD のスクリーニングに用いる評価基準

- ADHD Rating Scale IV-Parent & Teacher Scales (18 項目) (『DuPaul, Power, Anastopoulos, & Reid, 1998』参照)

- ADHD Symptom Checklist-Parent Checklist (50 項目) (『Gadow & Sprafkin, 2002』 参照)
- Conners' Rating Scales-Revised (CRS-R) (27～80 項目) (親の簡略式評価尺度については『Conners, 1997』 参照, 27 項目)

役に立たない評価法は？

MMPI や投影検査など、従来のアセスメントは役に立たない。診断用マーカーはない。

治療法

効果的な治療法は？

- 1) 家族, 教師, その他, その児童を直接ケアする成人に, 心理教育を行う。
 - 症状についての情報を提供する。
 - 症状に対する家族や教師の反応を更新しモニタリングする。
 - ADHD について児童に発達に応じた教育を施し, その内容を成長に合わせて更新する。
 - 医療関連サービスと連携して支援する。
 - 家族や教師に児童の日課に関する目標を設定させる。
 - 社会支援を利用する場合に家族を支援する (たとえば ADHD の子供をもつ他の家族と結び付ける)
- 2) セルフヘルプ (下記参照)

3) 行動療法 (グループ単位でも個別でも可能, 児童に対する行動療法の手法について)

では下記の『Watson and Gresham』参照)

- 行動を改善するための行動法 (つまり緊急処理術) の訓練を親と教師に施す。
- 望ましい行動に報酬を与え, 目標が未達成の場合はその結果を示す。
- 上記の手法を繰り返し適用すれば, 児童の行動がしだいに形成される。

4) 親訓練 (親訓練法については『Shriver in Watson & Gresham, 1998』参照)

- 関連する場面 (たとえば家庭や学校) での児童の問題行動に焦点をあてる。
- 問題行動の現れ方について親を教育する。
- 問題を特定する技術を教える。
- 児童の行動の記録法
- 児童の行動の機能を特定する。
- 親の行動の機能を特定する。
- 強化 (たとえば賞賛) と罰 (たとえばタイムアウト) の与え方を親に教える。
- データ収集とレビュー

5) 教室管理

- 活動体系を増やす。
- 系統的な賞罰によって児童の行動を管理する。

- プラス強化：児童の行動に応じて報酬や特典を与える (たとえば、宿題をしたらコンピュータで遊ぶのを許可する)。
 - タイムアウト：望ましくない行動や問題行動に応じて、プラス強化の権利を取り上げる (たとえば、仲間を叩いたら教室の隅で座るように命じる)。
 - 反応コスト：望ましくない行動や問題行動に応じて、報酬や特典を取り上げる (たとえば、宿題をしなかったら自由時間を取り上げる)。
 - トークンエコノミー：望ましい行動に応じて報酬と特典を与え、望ましくない行動に応じて報酬と特典を取り上げる (たとえば、宿題をしたら得点を与え、しなかったら減点する。週の終わりに点数を報酬に換える)。
- 目標に関する児童の行動を定期的に (毎日または毎週) 記録カードに記録し、これを児童の親に伝える。これによって、親は子供の行動を確認できる。

6) 投薬 (下記参照)

効果的なセルフヘルプ療法は？

ADHD の児童とその親にとって参考になる図書を以下に挙げる。

1. Barkley, R. A. (1995). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents*. New York: The Guilford Press. \$14
2. Barkley, R. A., & Benton, C. M. (1998). *Your defiant child: eight steps to better behavior*. New York: The Guilford Press. \$12
3. Nadeau, K. G., Dixon, E. B., & Rose, J. (1997). *Learning to slow down and pay attention: A book for kids about ADD* (2nd ed.). Magination Press. \$9

役に立つウェブサイト

- 1) CHADD: [証拠に基づくADHD関連情報を、親、教育者、専門家、一般向けに提供する] <http://www.chadd.org/>
- 2) National Institute of Mental Health ADHD: [ADHDの症状、診断、治療法、最新の研究に関する情報を提供する] <http://www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.cfm>
- 3) ADHD News: [ADHD関連情報の大規模サイト。ADHDの患者と親の掲示板もある] <http://www.adhdnews.com/>

効果的なセラピストによる治療法は？

ADHDの児童と親を訓練するための行動療法については、下記のテキストが参考になる。

Watson, T. S., & Gresham, F. M. (1998). *Handbook of child behavior therapy*. New York: Plenum Press.

O'Donohue, W., & Fisher, J. (in preparation). Practice guidelines for evidence based psychotherapy.

Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.) (1998). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.

有効な投薬療法は？ 医師に相談

最初の治療法: メチルフェニデート (たとえば Ritalin) とアンフェタミン (たとえば Adderall) などの興奮剤

次の治療法: 興奮剤が効かない患者には TCA や SSRI を処方してもよい。

有害反応

- 1) メチルフェニデート (重大な副作用): アレルギー反応 (呼吸困難, 喉の閉塞, 唇や舌, 顔の腫れまたは発疹), 不整脈や動悸, 胸痛, 異常な高血圧, 肝臓損傷。(重大でない副作用): 不眠, 神経質, 眠気, 目まい, 頭痛, 眼のかすみ, チック (反復運動), 腹痛, 吐き気, 嘔吐, 食欲減退や体重減, 発育の遅れ。薬物依存の可能性もある。
- 2) アンフェタミン (たとえば Adderall): 食欲不振, 体重増, 不眠, 頭痛, 目まい, 神経質, 口の渇き, GI 障害, アディクション, 高血圧

治療管理上のその他の問題

- 親訓練のプラス効果は, 通常 8 週間以内に現れる。
- 親訓練は通常 8~12 週間のコースである。
- 臨床医は投薬量を段階的に増やす。
- 一番良いのは, 最小限の副作用で最大の効果を引き出す投薬量である。

- 症状管理に効果がある限り興奮剤を使用してもよいが、(たとえば夏の間)投薬を止めても患者の調子がよいのであれば、投薬を止めてもよい。
- 最善の結果を得るには、投薬療法と行動療法(や親訓練)を併用する。

治療法を選ぶ方法は？

- 薬の副作用の可能性を評価する。
- 患者(と保護者)の好み
- 費用
- 治療モダリティによるコンプライアンスの違い
- 身体の状態

本章に未掲載の精神疾患に関する追加リソース

理論的理解, 評価, 様々な心理的障害の治療に役立つ情報や心理教育に関するリソースは, 本章に挙げた以外にもある。その一部を以下に紹介する。

1) The Task Force on Psychological Interventions Document Repository [Manuals for empirically supported treatments: 1998 update \(March 1998\)](#). [過食症, 慢性的な頭痛や痛み, ストレス管理, カップル不和, 不安障害, 夜尿症, 児童の反抗的行動に関する, 経験に裏打ちされた治療マニュアルのリファレンス] URL :

http://pantheon.yale.edu/~tat22/empirically_supported_treatments.htm

2) WebMD: [総合的な情報サイト。心理教育のほか, 様々な心理的疾患や薬物乱用などの診断や治療法に関する情報を提供する] URL : <http://www.webmd.com/>

3) Psychiatry Source: [精神医療の最新ニュース, リソース, 実務ガイドライン, インターネットツールを提供する] URL :

<http://www.psychiatrysource.com/psychsource/desktopdefault.html>

4) American Psychological Association Online: [抑うつ, 不安障害, 夫婦不和, 子供の問題, ストレス, セックスなど, 様々なテーマに関する情報を提供する] URL :

<http://www.apa.org/>

5) American Psychiatric Association Online: [様々な精神疾患の実務ガイドラインを大量に紹介する] URL : http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm

その他の読本

- Cummings, N. A., & Cummings, J. L. (2000). *The essence of psychotherapy: Reinventing the art in the new era of data*. San Diego, CA: Academic Press.
- Cummings, N. A., & Sayama, M. (1995). *Focused psychotherapy: A casebook of brief, intermittent psychotherapy throughout the life cycle*. New York: Brunnel-Muzel, Inc.
- O'Donohue, W., Fisher, J., & Hayes, S. (Eds.) (2003). *Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons

参考文献と出典リスト

- Alcoholics Anonymous World Services. (2001). *Alcoholics anonymous* (4th ed.). New York: Author. \$12.00
- American Academy of Pediatrics (2000). Clinical practice guidelines: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 105(5), 1158-1170.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author; 1994.
- Antony, M. M., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1995). *Mastery of your specific phobia: Client workbook*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Babor, T. F., de la Fuente, J. R., Saunders, J., & Grant, M. (1992). *The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1992.
- Bandelow, B. (1999). *Panic and agoraphobia scale (PAS): Manual*. Germany: Hogrefe & Huber Publishing.
- Barkley, R. A. (1995). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for*

- parents*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A., & Benton, C. M. (1998). *Your defiant child: eight steps to better behavior*. New York: The Guildford Press.
- Barlow, D.H., & Cerny, J.A. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck II manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (2002). *Cognitive therapy of substance abuse*. NY: Guilford.
- Bourne, E. (2000) *The Anxiety & Phobia Workbook* (3rd ed.). Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Bourne, E. J. (2003). *Coping with anxiety: 10 simple ways to relieve anxiety, fear and worry*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Bugental, J. F. T., & Sterling, M. M. (1995). Existential-humanistic psychotherapy: New perspectives. In A. S. Gurman, & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and practice* (pp. 226-260). New York: The Guildford Press.
- Burns, D. D. (1999). *Feeling good: the new mood therapy* (2nd ed.). New York: Avon Books.
- Chassin, M. R., & Galvin, R. W. (1998). The urgent need to improve health care quality: Institute of medicine national roundtable on health care quality. *Journal of the American medical Association*, 16, 1000-1005.
- Conners, K. C. (1997). *Conners' Parent Rating Scales-Revised: Short Form (CPRS-R:S)*. North

- Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.
- Coyne, J. C., Thompson, R., Klinkman, M. S., & Nease Jr., D. E., (2002). Emotional disorders in primary care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 798-809.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2000). *Mastery of your anxiety and panic (3rd ed.) (MAP-3): Client workbook*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation
- Craske, M., Barlow, D. & Meadows, E. A. (2000). *Mastery of your anxiety and panic (MAP-3): Therapist guide (3rd ed.)*. San Antonio, TX, The Psychological Corporation.
- Cummings, N. A. (1977). Prolonged (ideal) versus short-term (realistic) psychotherapy. *Professional Psychology, 8*, 491-501.
- Cummings, N. A., & Cummings, J. L. (2000). *The essence of psychotherapy: Reinventing the art in the new era of data*. San Diego, CA: Academic Press.
- Cummings, N.A., & Cummings, J.L. (2000). *The first session with substance abusers: A Step-by-Step guide*. San Francisco, CA: Jossey-Bass (now John Wiley).
- Cummings, N. A., & Sayama, M. (1995). *Focused psychotherapy: A casebook of brief, intermittent psychotherapy throughout the life cycle*. New York: Brunnel-Muzel, Inc.
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV – Checklists, Norms, and Clinical Interpretations*. New York: Guilford Press
- Ellis, A., & Velten, E. (1992). *When AA doesn't work For you: Rational steps to quitting alcohol*. NJ: Baricade Books, Inc.
- Ellis, A., & MacLaren, C. (1998). *Rational emotive behavior therapy: A therapist's guide*. San Luis Obispo, CA: Impact.
- Epstein, J. A., Botvin, G. J., & Spoth, R. (2003). Predicting smoking among rural adolescents: Social and cognitive processes. *Nicotine & Tobacco Research, 5(4)*, 485-491.

- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905-1907.
- Ferguson, K., & O'Donohue, W. T. (2004). Quality improvement in behavioral healthcare in integrated settings. In N. A. Cummings, W. T. O'Donohue, & K. E. Ferguson (Eds.), *Behavioral health as primary care: Beyond efficacy to effectiveness* (pp. 165-188). Reno, NV: Context Press.
- Free, M. L. (1999). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. Chichester: Wiley.
- Gadow, K.D., & Sprafkin, J. (2002). *Childhood Symptom Inventory-4 screening and norms manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Hayes, S. C., Barlow, D. H., & Nelson-Gray, R. O. (1999). *The scientist practitioner: Research and accountability in the age of managed care* (2nd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.
- Kobak, K. A., & Reynolds, W. M. (2000). The Hamilton depression inventory. In M. E. Maruish (Ed.) *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment, Second Edition, Volume 2*. Mahwah, NJ: Erlbaum Associates.
- Lebowitz, B. D., Pearson, J. L., Schneider, L. S., Reynolds, C. F., Alexopoulos, G. S., Bruce, M. L., et al. (1997). Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *Journal of the American Medical Association*, 278, 1186-1190.
- Lewinsohn, P. M., Munoz, R. F., Youngren, M. A., Zeiss, A. M. (1992). *Control your depression*. New York: Fireside/Simon & Schuster.
- MacDonald, M., & Wright, N. E. (2002). Cigarette smoking and the disenfranchisement of

- adolescent girls: A discourse in resistance? *Health Care for Women International*, 23(3), 281-305.
- Martell, C. R., Addis, M., & Jacobson, N. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton & Company.
- Mayfield, D., McLeod, G., & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131(10), 1121-1123.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Nadeau, K. G., Dixon, E. B., & Rose, J. (1997). *Learning to slow down and pay attention: A book for kids about ADD* (2nd ed.). Magination Press.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.) (1998). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- O'Donohue, W., & Fisher, J. (in preparation). Practice guidelines for evidence based psychotherapy.
- O'Donohue, W., Fisher, J., & Hayes, S. (Eds.) (2003). *Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons
- Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., et al. (1997). Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1571-1575.
- Shriver, M. D. (1998). Teaching parenting skills. In T. S. Watson, & F. M. Gresham (Eds.), *Handbook of child behavior problems* (pp. 165-182). New York: Plenum Press.
- Skinner, H. A., & Horn, J. L. (1984). *Alcohol dependence scale: User's guide*. Toronto:

- Addiction Research Foundation, 1984.
- Skinner, H. A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive Behaviors*, 7(4), 363-371.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F. V. (3rd), Hahn, S. R., et al. (1995). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *American College of Physicians*, 122(3), 73.
- Tarter, R. E., & Hegedus, A. M. (1991). Drug use screening inventory: Its applications in the evaluation and treatment of alcohol and other drug abuse. *Alcohol Health and Research World*, 15(1), 65-75.
- Thompson, B., Thompson, A., Thompson, J., Fredrickson, C., & Bishop, S. (2003). Heavy smokers: A qualitative analysis of attitudes and beliefs concerning cessation and continued smoking. *Nicotine & Tobacco Research*, 5(6), 923-933.
- Wakefield, P. J., Williams, R. E., Yost, E. B., & Patterson, K. M. (1996). *Couple therapy for alcoholism: A cognitive behavioral treatment manual*. New York: The Guilford Press.
- Watson, T. S., & Gresham, F. M. (1998). *Handbook of child behavior therapy*. New York: Plenum Press.
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and related health problems* (10th ed.). Geneva: Author.
- Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychology*, 12, 63-70.