

□ 総 説 □

人工呼吸装着患者への精神的対応 —うつと不安への対処—

堀 越 勝*

ABSTRACT

Psychological care for ventilator dependent patients
experiencing depression and anxiety

Masaru HORIKOSHI
*Harvard Medical School,
Massachusetts General Hospital,
OCD Institute at Mclean Hospital*

A variety of factors, including dependence on machines for life support, the presence of underlying chronic illness, and the ICU environment, have an adverse effect on psychological functioning of ventilator-dependent patients. In particular, such patients are vulnerable to emotional problems especially with depression and anxiety. Thus, the psychological evaluation of ventilator-dependent patient is crucial and can be incorporated into the routine assessments conducted by physicians, nurses, and respiratory and rehabilitation therapists.

Currently, the assessment of psychological functioning in such patients, as well as their psychological care are somewhat limited. Thus, this article presents guidelines and methods for assessing psychological functioning in ventilator-supported patients and ways to provide such patients with psychological support.

The assessment techniques discussed include Subjective Units of Discomfort Scale (SUDS), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and others. Utilizing these assessment tools enables health care providers to translate the patient's psychological state into quantifiable concepts and is especially beneficial for non-mental health professionals. Each multidisciplinary treatment team member can utilize the scores as the common language to conceptualize the patient's condition.

Finally, treatment for depression and anxiety is discussed from four perspectives : (1) feelings, (2) cognition, (3) behaviors and (4) physical reactions. Each domain is discussed and general guidelines for the innervations, within each perspective, are presented.

1. はじめに

* ハーバードメディカルスクール、マサチューセッツ総合病院、OCD Institute

飛行機に乗ると先ず搭乗員から緊急時に備えて

の説明を受ける。酸素マスクの使用法も必ずその説明に含まれる。興味深いことに、子供や援助を必要とする者と乗り合わせている場合、酸素マスクは先ず自分から装着し、子供等の装着は後回しにするように指導される。人道的に子供や援助を必要とする人物を優先したいところだが、実際は先ず自分の呼吸を確保することが要求される。自分の呼吸が満足でない場合、他人を助けることができないという理由からである。

酸素マスクと人工呼吸器とでは基本的な機能が異なるとしても、上の例は人工呼吸器の使用に関して幾つかの点を示唆している。第一に呼吸確保の重要性についてである。救急のABC (Airway ; 気道, Breathing ; 呼吸, Circulation ; 循環) の3つが呼吸に直接関係することであるように、呼吸の確保は救命の要となる部分の一つである。その呼吸を人工の機械に委ねることが患者にとってどれだけ不安なことであるか想像に難くない。次に呼吸管理をする側の精神的余裕の重要性である。援助をする側の精神的空息状態ともいえる、焦り、怒り、混乱等が患者に影響を与えることは十分に考えられる。治療側も精神的に余裕を持った呼吸管理をすることが望ましい。患者の精神状態を事前に予測し方策をこうじることが可能であればそれだけ治療者側にも精神的余裕が生まれることになる。これらのことから呼吸管理の裏側に存在する精神的ケアへの理解と必要性が浮き彫りになる。本稿では人工呼吸装着患者を精神的な面から考察すると共に、主にうつと不安についての対処法に触れてみたい。

2. 呼吸と精神状態/日常生活から

人工呼吸器装着患者の精神面を理解するために先ず日常における呼吸と精神状態の関係を目にかけてみたい。昔から人々は呼吸に関する言葉を用いて精神状態を表現して来た。例えば「息が詰まる」という言葉は身体的な呼吸困難を表すだけでなく、圧迫感を感じるときにも用いられる。「息苦しい」も同様、意味として緊張感や不安を含んでいる。「息を抜く」は「休息」のことでゆったりとした精神状態を、反対に「息が抜けない」は張り詰めた精神状態が持続していることを

示している。鼻息が荒ければ興奮しており、溜息をつけばうつや落胆、息を飲めば驚愕を表わしている。このように人々は日常生活の中で呼吸と精神状態が表裏一体の関係にあることに気付いていたことになる。以上のように日常生活に目を向けても、呼吸がすでに「うつ」や「不安」等の精神状態と深く関わっていることを知ることができ

3. 呼吸と精神状態/共存症から

最近の共存症 (comorbidity) の研究も呼吸器の疾患が「うつ」と「不安」に深く関わっていることを報告している。共存症は表面上無関係な2つ以上の疾病の共存を意味しているが、中でも興味深いのはさまざまな疾患と特定の精神障害の共存関係である。特に呼吸関係の疾患に関する研究では喘息のように断続的に発生する呼吸障害には「不安症」(特にパニック障害)、また気管支炎のような継続型の問題は「うつ」と深く関わっていることが報告されている¹⁾。慢性閉塞性肺疾患を持っている患者の調査では、この種の患者独特な精神的問題が報告されている²⁾。それらの問題とは不安、慢性疲労、うつ状態、問題処理能力の低下、自らの身体状況への執拗な囚われ等である³⁾。また、不安についての Kinsman らの研究は42%の喘息患者はパニック障害を持っていると報告しており、発作を伴う呼吸障害と不安症とのつながりを示している⁴⁾。また近年、喘息患者でパニック障害を持つ患者の数が6.5%から24%の幅で伸びているという報告もある⁵⁾。更に Pollack らは肺機能テストに送られる患者の17%がパニック発作を持ち11%がパニック障害を持っていると報告している⁶⁾。

ここに登場する、パニック発作は不安症の一つに数えられる精神障害で、症状として「精神疾患の診断・統計マニュアル」(DSM-IV) (注1) は13種の基本症状を挙げている(表1)。ここに挙げられた基本症状内の4つ以上の症状が存在していること、また突然非常に強く異常な不安感に襲われる症状がそろったときにパニック発作と診断される。その不安感は突如現われて急速(通常は十分以内)に頂点に達する。破滅感のために逃げ

表 1 パニック発作の基準症状

強い恐怖または不快を感じるはっきり他と区別できる期間で、その時、以下の症状のうち4つ（またはそれ以上）が突然に発現し、10分以内にその頂点に達する。

- 1) 動悸、心悸こう進、または心拍数の増加
- 2) 発汗
- 3) 身震いまたは震え
- 4) 息切れ感または息苦しさ
- 5) 窒息感
- 6) 胸痛または胸部不快感
- 7) 嘔気または腹部の不快感
- 8) めまい感、ふらつく感じ、頭が軽くなる感じ、または気が遠くなる感じ
- 9) 現実感喪失（現実でない感じ）または離人症状（自分自身からはなれている）
- 10) コントロールを失うことに対する、また、気が狂うことに対する恐怖
- 11) 死ぬことに対する恐怖
- 12) 異常感覚（感覚麻痺またはうずき感）
- 13) 冷感または熱感

「DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル」医学書院、1996 から引用

出したいと感じたり、身体的症状から心臓発作と誤解し死への強い恐怖を持つことや、「コントロールを失う」または「気が狂う」ことへの恐怖感に囚われる。パニック発作は何らかのきっかけで体内の自己防衛反応が作動し、それによる身体変化や精神状態に過敏に反応することから生まれる悪循環に起因している⁷⁾。更に一度パニック発作を経験すると、パニック発作の再発を恐れるためにかえってパニック発作を繰り返し、パニック障害に発展することが多い⁸⁾。また、パニック発作を経験する患者の50～60%は同時に過呼吸にも苦しめられることになる⁹⁾。

以上のことから呼吸疾患に悩む患者はすでに不安やうつ状態を持ちやすい傾向を持ち合わせていることが分かる。

4. 人工呼吸器の使用と精神状態

人工呼吸器を使用すること自体から発生する不安やうつの存在も考えられる。ある調査によれば人工呼吸器を使用したことのある47%の患者は

使用中に大きな恐れと不安を感じたと報告している¹⁰⁾。その不安材料としては幾つかの事柄が考えられる¹¹⁾。第一にコミュニケーションに関する問題が挙げられる。人工呼吸器装着の際、気管内チューブによって言語による意思の疎通が阻まれ、結果的にさまざまな混乱や誤解が生まれることがある。思うように状況が動かないことから患者は不安、怒り、孤独感等の精神的な圧迫を受けることになる。患者が一旦意思の疎通を断念し精神面で孤立するとうつ状態になる可能性が非常に高くなる。孤立（関係の断絶）はうつの原因と成りうるからである。第二に人工呼吸器の使用による身体的自由の束縛が挙げられる。患者は自由を取り戻そうと焦り、結果的に怒り、緊張感や不安を感じるようになる。援助が思うようにもらえないことも更なる苛立ちや不安を発生させる。結果的にこの状態が長引けば希望を無くしうつ状態を生み出すことになる。第三に人工呼吸器の使用そのものから発生する身体的な苦痛も不安材料の一つとなる。気管内チューブの挿入や抜管による痛みだけでなく、人工呼吸器の使用によって患者は常に身体的な違和感、苦痛を感じている。そのような状況下で患者は微妙な身体変化に対しても過敏に反応し不安を感じる傾向にある。人工呼吸器による精神的問題は使用中ばかりでなく離脱する際にも起こる。自発呼吸や自力による呼吸調整についての自信不足等が不安を引き起こすことがある。患者自身の報告によると、人工呼吸器の使用については離脱が最も苦しかったこととされ、最も大きな不安材料は人工呼吸器の故障とそのときの処置の遅れ、また人工呼吸器が知らない内に操作されていることであった¹²⁾。興味深いことに American Association of Critical Care Nurses は人工呼吸器からの離脱に関する研究を看護研究の中で最も必要とされている研究の第二位にリストしている¹³⁾。人工呼吸器からの離脱の問題に関しては精神的なケアを含めた多岐にわたる研究が求められていると言える¹⁴⁾。これらのことから人工呼吸器使用によって患者が精神面での苦痛、特にうつや不安を感じることは避け難い事実と言える。

5. ICU 環境と精神状態

人工呼吸器の使用に際し患者は集中治療室 (ICU) に送致されることが多い。一般病棟とは異なる特殊環境が更なる不安を生むことがある。ICU では他と比べて患者に精神的な問題が起こりやすい¹⁵⁾。それらの問題とは不安、虚無感、怒り、うつ状態、せん妄等である。ICU で起こる精神的問題の発生原因は多様で個人差があるが、ICU での精神的問題の一般的発生原因として以下の事柄が考えられる¹¹⁾。第一に ICU に収容される患者のほとんどは重症患者であるため、それだけ精神的問題が発生しやすいといえる¹⁶⁾。第二に睡眠の欠如が挙げられる。ICU ではさまざまなモニター機器が作動しており、それらの機器の発する光や音が患者の眠りを妨げることが多い。睡眠の欠如と精神的な問題の間には何らかの相互関係が存在すると考えられており、睡眠不足からのイライラ、不安、うつ状態が発生することも十分に考えられる。第三に刺激の欠如が考えられる。前述のように ICU ではモニター、人工呼吸器等が騒音の原因となるが、同時にこの光や音は非常に単調で変化に乏しい。その上、ICU では患者の視界に入る物もかなり限られている。雑音に因る睡眠不足の上に視覚、聴覚への単調な刺激は患者を精神的に追い込むことになる。

以上のように人工呼吸器装着患者の身体的な状況、置かれている環境等を探ってみると、明らかにこの種の患者がうつや不安を持ちやすいことが理解できる。それでは具体的に「うつ」と「不安」の症状とアセスメントについて触れることにする。

6. うつと不安の症状とアセスメント

合併症予防のためにモニターが重要であるように人工呼吸器装着患者の精神面についてもモニターすることが望ましい。なぜならば医療現場で出会う患者は苦痛 (pain) だけでなく苦悩 (suffering) を経験していることが多いからである。苦痛が身体的な痛みと苦しみならば、苦悩は精神的な痛みと苦しみである。苦悩は患者自身の持っている考え方、解釈の仕方、物の見方と深く関

わっている。患者自身が置かれている現実をどのように捕えるかによって精神的な苦痛は大きく左右される。このセクションではうつと不安の基本的な症状と同時に精神面の初期アセスメントとモニターについての留意点について述べることにする。

基本的な症状を知るために本稿では臨床現場での使いやすさを念頭にマサチューセッツ総合病院から始まったと言われる簡単なチェックリスト (表2) を紹介したい。これらは「うつ」と「不安」について DSM-IV がリストしている大うつ病障害と全般性不安障害の基本症状の頭文字を覚えやすいように並べたものである。「うつ」に対しては「シゲキャップス 5/9 (SIGECAPSS)」「不安」については「フィツミー (FITSME) 3/6」となる。それぞれの分数、5/9 は 9 つの症状の内の 5 つ、3/6 は 6 つの内の 3 つが満たされたときに診断条件がそろうことを示している。まずはこれらのリストを使って患者の初期アセスメントをすることができる。患者自身にリストされた症状の有無を問うこともできるが、初期アセスメントにおいてはもう少し幅広く周辺から情報を得るように心掛ける。患者によっては人工呼吸器装着以前から慢性の呼吸障害を持っていたり、逆に突然の事故や容態変化等によって人工呼吸器の使用を余儀なくされる場合もある。したがって、患者本人からだけでなく患者と関わる他の臨床家、家族等からこれまでの経過を聞き、患者の持つ精神的な傾向、性格、危機における反応の仕方等をできるだけ知っておくことが重要である。

医療現場で精神ケアに携わる場合、治療チームのメンバーすべてが精神ケアの概念や用語に馴染みがあるとは限らない。したがって、チームの誰もが理解できる方法で精神状態を表わす必要がある。その意味では精神状態を数字に置き換えて表わすと理解しやすい。最近ではうつの査定には「ベックうつ目録」、不安には「ベック不安目録」(注2) 等、簡単に精神状態を査定できるテストも存在しており、用い方によっては便利である。これらのテストの利点は結果が数字で表わされるため精神的な状態や症状の変化を把握しやすいことである。また、精神状態を査定するテストが手

表 2

	S	サッド Sad	悲しみ	毎日の様に悲しい, 空虚感, 憂うつな気分, 涙が出やすい
	I	イントレスト Intrest	興味	これまで楽しかったことが楽しくない, 興味, 喜びの減退
	G	ギルト Guilt	罪悪感	過度の罪悪感, 感物事に対する無意味感, 無価値
う	E	エネルギー Energy	エネルギー	疲労感, 気力の減退, やる気が起きない
	C	コンセントレーション Concentration	集中力	思考力, 集中の減退, 決断することができない
っ	A	アペタイト Appetite	食欲	著しい体重又は食欲の減少, または増加
	P	サイコモーター Psychomotor	精神運動性	落ち着かない, 又は著しく緩慢 (他人から見ても分かる状態)
	S	スリープ Sleep	睡眠	寝てばかりいる, 又は眠れない, 夜中に何度も起きてしまう
	S	スイサイダリティー Suicidality	自殺願望	死について何度も考える, 生きる意味がない, 消えてしまいたい
	F	ファティグ Fatigue	疲労	疲れやすい
	I	イリタブル Irritable	イライラ	落ち着かない, 緊張, 過敏
不	T	テンス マッスル Tens Muscle	筋肉の緊張	筋肉の緊張, 肩がこる等
	S	スリープ Sleep	睡眠	眠りに入れない, 熟睡感無し, すぐ目が覚める
安	M	マインド ゴーング ブランク Mind going Blank	頭の中が真っ白	集中できない, 頭の中が真っ白で考えがまとまらない
	E	エッジイ Edgy	怒りっぽい	ピリピリ, イライラ, 物事に敏感, 小さなことに怒る

許さない場合は患者本人に数字化してもらうこともできる。この場合は「サッズスケール (SUDS)」(注3)を用いてなるべく精神状態を計測可能な形にしておく、治療側だけでなく患者自身にとっても自分自身の回復状態を把握しやすい。「サッズスケール」は不快感を数字に置き換えて表現する方法で、具体的には「今日の不安は0から10のスケールだと何点ぐらいですか」と

質問することにより患者が自分の状態をどのように捕らえているかを数字で知ることができる。サッズはあくまでも本人の主観的な自己評価ではあるが、一定期間結果を集計すると患者の状態の動き等が見えてくる。この場合、患者の性格に合わせてスケールの幅を変えるとより効果的である。例えば患者が性格的に「白か黒か」といった極端を好むと判断した場合、スケールの幅を広く

表 3

	感情	思考	行動	身体
うつ	落胆, 落ち込み 悲しみ, 無価値感 空虚感, 失望感 過度の罪悪感	否定的な考え方 自殺願望 思考力, 集中力低下 自分を不適当に責める	なげやり 動きが緩慢 落ち着きが無い 夜中に何度も起きる	疲労感 眠れない 手の温度の低下 免疫系への影響
不安	イライラ 怒り, 恐れ 緊張感 焦り 不安感	集中出来ない 頭の中が真っ白 考えがまとまらない コントロールを失うと思う	しつこく質問する 落ち着きがない 眠りにつけない すぐに目覚める 貧乏揺すり等	筋肉の緊張 疲れやすい 手の平に汗をかく 心拍数上昇 眠れない

(例：0から100) することによって、極端な結果が出ることを避けることができる。極端な結果はかえってうつや不安を助長するのでなるべく避けるようにする。

普段の精神面でのモニターに関してであるが、患者の様態を四つの分野から見ると理解しやすい。それらは①感情、②思考、③行動、④身体の四つである。これらはお互いに深く影響し合っており実際には分けることはできない。しかし、敢えて便宜上四つの方向から見ることによって後の精神的介入を果たしやすくする。感情は恐い、寂しいといったもので表面化しやすく患者自身も認識しやすい部分である。思考は考え方、また自分自身に何を語りかけるかいうことで、否定的に考えればそれだけ感情その他の部分に悪影響を及ぼすことになる。行動は顔の表情を含め、患者が身体の部分を使って表現または反応する部分である。最後の身体はストレス反応等による体温、心拍数の変化、筋肉の硬直をはじめさまざまな身体変化を含んでいる。

具体的にうつと不安を例にとってそれら四部分にどのような症状が現われるか考えてみよう。表3はそれらをまとめたものである。四分野については本人に直接質問することによって状態を知ることができる。しかし、客観的に観察することによって患者の感情や考え方をモニターすることもできる。特に身体についてはバイオフィードバック等の装置を使い筋肉の硬直性、体温変化、呼吸速度等を具体的に計測することもできる。

人工呼吸器装着患者の精神面でのアセスメント

には難しい面が多い。前述のように人工呼吸器使用のために言葉による意思疎通ができないことも難しさを増す要因となる。従って「はい」「いいえ」、または数字で答えられるような簡単な質問形式を用い、回答に際しては「はい」「いいえ」や数字のカードを用意するなどの工夫が必要である。このような意思の疎通についての工夫は患者との関係作りにも大いに役立つ。

アセスメントが困難なもう一つの理由はそれぞれの患者が全く違う背景を持ってやって来るところにある。人工呼吸器使用以前から患者にうつ状態が存在する場合には質問に対する反応が鈍かったり投げやりになったりして情報収集が思うように進まないことがある。また、不安を持っていた場合は些細なことにも過剰に反応したり、イライラしたりすることもあり情報収集に困難を覚えることがある。治療に対する患者自身の態度、回復しようという意気込みが治療に大きく影響することは周知のところであるが、患者の中には意識的であれ無意識にであれ回復を望まない患者もいる。疾患を持つことで何らかの益を得ている場合(セコンダリーゲイン)や「自分は苦しむべきだ」というような自己卑下等によって回復に対する意欲が見られない場合もある。このように表出しない部分にも精神状態を知る手掛かりが存在している。更にアセスメントの最中にインタビューに携わる者自身が患者をどのように感じるかも患者の状態を知る上で有効な手掛かりになることも覚えておきたい。治療者側が「扱い難い患者」と感じるには理由があるからである。多くの場合は患者

の持つ精神的な苦悩を無意識に感じ取っている結果である。

アセスメント開始時に、すでに患者に不安の兆候が見える場合は相手の不安を認めることからスタートするとよい。うつの場合もこれと同様にうつになっている事実を受け入れるところから始めることになる。簡単な方法としては一般化する方法がある。「誰もが同じである」と一般化することによって自分だけが特殊なケースでないこと、また治療チームは同様のケースを沢山扱っており心配はないというメッセージを伝えることができる。具体的には「普通こういう場合、皆さん不安を持つものですが〇〇さんはどうですか」という具合である。また、単に感情を受け入れる方法もある。この場合は患者が経験している現象をそのまま言い表わすことになる。具体的には「不安ですね」とか「辛いですね」と言うことによって、相手の状況（特に感情）が十分に把握できていること、不安な気持ちが異常ではないこと等を伝えることができる。患者は自分の持つ不安感を伝えようと焦り、かえって苛立つという悪循環に陥りやすいものである。その場合はまず感情部分が十分に聞こえていることを伝えるだけで随分と気持ちが落ち着くものである。

上記の方法は人工呼吸装着患者の精神面での査定方法の一部に過ぎない。それぞれ自分の置かれた場所、設備、治療チーム、更には扱う患者に合わせて査定方法を組み立てることが望ましい。

7. うつと不安対策

うつと不安対策であるが、上記の四分野から介入することになる。症例によっては複雑（例えば人格障害を持つ人工呼吸器装着患者の場合等）で思うようにことが運ばないケースもあるが、介入の原則を知っておくと有益である。表4はそれら

の基本的な原則をまとめたものである。患者によってはこれら四分野のどれかが特に目立つ場合もあるが、一般的に感情からスタートすると精神的な介入の土台作りになる。他の分野は必要に応じて着手することになる。

① 感情は受け入れる。人間にとって感情を突然変えることは非常に困難である。変えられない物は受け入れるように促すことになる。「感情を受け入れる」とは患者が感じている感情をそのまま言い表すことで十分に実行できる。例えば不安であれば「不安ですね」等である。② 思考は挑戦し組み換える。患者の多くはさまざまな理由から現実的な考えができなくなっており、その結果としてうつや不安を持つことになる。したがって非現実的な考えに挑戦し考え方を換えることによってうつや不安を解消できる。挑戦の仕方にはさまざまな方法があるが認知行動療法（注4）のやり方等から押し付けではない方法を応用する。押し付ける挑戦方法はかえって患者を苛立たせたり、追い込むことになる。③ 行動は紛らわす。不安を持った患者は不自然に体を動かしたり、暴れたりすることがある。そうした場合「グラウンディング」（注5）という方法で気を紛らわせることによって落ち着かせることができる。グラウンディングには言葉を使って行う精神的な方法と体を動かさせることによる行動的な方法とがある。④ 身体はリラックスさせる。ストレス反応（注6）を示す身体をリラックスさせる方法としてはさまざまな方法がある（呼吸法、イメージ法、前進的筋肉リラクゼーション等）。更に、患者をリラックスさせるために自己催眠、音楽療法、アロマセラピー、バイオフィードバック訓練等も有効な手段である。ときには非常に重症のうつや不安のためにSSRIやベンゾジアピン系の投薬もやむをえないことも付け加えておきたい。

表 4

分野	症状	介入方法	目的
感情	怖い、不安、落ち込み	受け入れる、認める	安心感を与える
思考	死んでしまう等	教育、現実を示す	誤った考え、解釈の矯正
行動	落ち着かない等	気を紛らわす、体の安定	落ち着かせる
身体	呼吸困難、緊張感等	リラクゼーション、薬物	リラックスさせる

最後にうつと不安対策にとって安心できる人間関係が非常に大切であることを強調しておきたい。不安は未知な物事に対する恐れに起因していることが多いので、未知な部分を最小限に保つためには信頼できる人物からの情報提供が大きな助けとなる。また、コントロールを失うことに対する恐れ等も大きな不安材料となる。こうした恐れを解消するのも安心できる人間関係に支えられ信頼して任せることが大切な要素となる。また、うつは大事な何かを失ったときに起こりやすく、患者が失っている大事な物とは何か（自由、健康等）を一緒に考え悔やむ過程を踏む必要が出てくる。この場合も治療者との間に健全で安心できる人間関係が築かれていることが理想である。

引用文献

- 1) Kinsman RA, Fernandes E, Schocket M, et al : Multidimensional analysis of the symptom of chronic bronchitis and emphysema. *Journal of Behavioral Medicine* 6 : 339-357, 1983
- 2) Zaubler, Katon : Medical comorbidity. *Bulletin of the Menninger Clinic* Vol. 60, No. 2 Suppl. A Spring, A 15 A 33, 1996
- 3) Criner G, Isaac L : Psychological issues in the ventilator-dependent patient. *Respiratory Care* 40 : 855-865, 1995
- 4) Kinsman RA, Luparello T, O'Banion K, et al : Multidimensional analysis of the subjective symptomatology of asthma. *Psychosomatic Medicine* 35 : 250-267, 1973
- 5) Carr RE, Lehrer PM, Raush LL, et al : Anxiety sensitivity and panic attacks in an asthmatic population. *Behavior Research and Therapy* 32 : 411-418, 1994
- 6) Pollack MH, Kardain R, Otto M, et al : Prevalence of panic in patients referred for pulmonary function testing at a major medical center. *American Journal of Psychiatry* 153 : 110-113, 1996
- 7) Wilson RR : Don't panic, Taking Control of Anxiety Attacks. Revised Edition. New York, HarperPerennial, 1996, p 160
- 8) The American Psychiatric Association : 不安障害, DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル. 高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳, 医学書院, 1996, p 399-450
- 9) Craske MG, Barlow DH : Panic disorder and agoraphobia, *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. Second Edition. Edited by Barlow DH. New York. The Guilford Press, 1993, p 1-47
- 10) Bergdom-Engberg I, Haljamae H : Assessment of patients' experience of discomforts during respiratory therapy. *Critical Care Medicine* 17 : 1068-1072, 1989
- 11) 堀越 勝 : 人工呼吸器依存患者の精神的ケア. *救急医学* 22 : 1183-1186, 1998
- 12) Dunlevy LC, Sagula ER : Long Term ventilation, Perceptions of quality care. *Respiratory Management* 22 : 19-20, 1992
- 13) Lindquist R, Banasik J, Barnsteiner J, Beecroft PC, Provost S, Riegel B, et al : Determining AACN 7s research priorities for the 90s. *American Journal of Critical Care* 2 : 110-117, 1993
- 14) Logan J, Jenny J : Qualitative analysis of patients' work during mechanical ventilation and weaning. *Heart & Lung* (March/April) : 140-147, 1997
- 15) Criner G, Isaac L : Psychological issues in the ventilator-dependent patient. *Respiratory Care* 40 : 855-865, 1995

注

注1 : DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition) The American Psychiatric Association, 1994. 邦訳は DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル. 高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳, 医学書院, 1996年

注2 : ベックうつ目録 (Beck Depression Inventory) は不安目録 (Beck Anxiety Inventory) は Aaron T. Beck によって考案された目録で患者に答えてもらい採点することでうつや不安の状態を知ることができる。

注3 : サッズスケール (SUDS) サッズは Subjective Units of Discomfort Scale の頭文字を並べたもので、患者が主観的に自分の持つ不快感を数字にしたもの。先ず患者に 1~100 または 1~10 のスケールの説明をし (不快感が最高に達した状態を 100 とし

て、不快感がない状態を0とする等) 不快感について自己申告してもらおう。

注4：認知行動療法 (Cognitive Behavior Therapy) アロン、ベックらによって考案された心理療法の一つ。最近、うつに効果があることや短時間に効果を上げることができるなどの利点から医療現場でも注目されている。

注5：グラウンディングとはグラウンドつまり地

面から来た言葉で、精神的にまた身体的に地に足をつけさせる方法をいう。グラウンディングの方法には数を数えさせる等さまざまな方法がある。

注6：「ストレス」反応、セリエ、ベンソン等で有名なストレスに対する身体的な反応のことで、一般にファイト対フリー (戦うか、逃げるか) 反応といわれる。筋肉の硬直、血液が重要臓器に集るなど、逃げるか戦うかに備える自己防衛反応である。