不安障害

金 吉晴

〔日内会誌 102：183～189, 2013〕

Key words 不安, 災害, マネジメント, カフェイン

災害時には精神医療対応が求められるが、住民が最も多く訴える症状は不安である。しかし理由のある不安のほとんどは正常な一過性の反応であり、医療の対象にはならない。一部地域では精神科を受診することへの偏見も残っており、不安は身体愁訴を伴うことも多いので、不安を感じた住民はまず身体科を受診すると思われる。

平時でも不安障害・うつ病の患者のほとんどは身体愁訴によって身体科を受診しており¹⁾、災害時のように複数科を受診する余裕が無くなる場合にはなおさらである。また東日本大震災で被害を受けた沿岸部には入院型の精神病院の他には外来精神科クリニックがほとんど存在していなかった²⁾ので、住民は外部から派遣された心のケアチームか、地元の身体科を受診する以外に選択肢がなかったという事情がある。

なお災害の直後の数日間は、多くの住民にストレス反応が生じ、身体的な不定愁訴に加えて、不安、不眠、動悸、抑うつなどの精神の不調を訴えるが、精神医学的に見た場合にはその多くは一過性である。症状は不安定で日によって変化するので正確な診断は困難であり、対症療法的な対応が中心となる。

不安とは何か

不安という用語は、痛みと同じ程度に日常的な用語であり、不安を感じたことのない人間というのはまず存在しない。しかし不安が特定の形を取り、また随伴症状が存在し、かつ持続、反復して生活機能に影響を生じたときには医学的な治療、対応の対象となる。

不安症状は以下のように大別される。

①主観的な不安感

②生理的な反応（動悸、発汗、呼吸困難、振戦、胃腸症状など）

③行動面（回避、強迫行為など）

治療対応の上では、生理的、行動的な症状にも注目することが必要である。これらの組み合わせにより、さまざまなタイプの不安症状がある（表1）。また、特に代表的な不安障害である全般性不安障害（表2）とパニック発作（表3）については診断基準を示した。

特に災害時には、不安になるべき理由は山積しているので、正当な理由のある主観的不安は治療の対象とはならない。また余震や二次災害が予想される状況によっては、主観的不安によっ

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所成人精神保健研究部

Series : Physicians and disaster medical care ; The management of anxiety and related disorders.

Yoshiharu Kim : Department of Adult Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Japan.

表 1. 不安の種類

- ①全般性不安：不安と言うよりは安心感の欠如である。様々な情報、人の言葉を悪い方向に受け取り、実際には存在していないつらい出来事が生じるのではないかと取り越し苦労をする。
- ②恐怖症：特定の対象（動物、車、高所、医療など）に対して強い不安を抱き、時にパニック発作を起こす。そうした対象に接していないときには概ね落ち着いているが、不安になりたくないために行動に制約が生じたり、回避のための努力に没頭することもある。
- ③対人不安（社交不安）：人と接するときだけに限局した不安である。多くは相手から自分の行動を評価されるような場面、またはそのような人の前で感じる。教師、上司の前や接客場面などが多い。いわゆる対人恐怖である。赤面、吃音、発汗などの自律神経症状を伴うことが多い。
- ④予期不安：将来悪いことが起きるのではないかと、自分が取り乱してしまうような不安を生じるのではないかと、ということに不安に思う。些細な出来事を悪い予兆としてとらえやすい。
- ⑤パニック発作：突発的な強い不安（人によっては恐怖と表現する）とともに著しい自律神経発作を生じる。特に動悸、呼吸困難が著明である。そのために本人は自分はこのままどうになってしまうのかという二次性の不安を強く抱く。
- ⑥トラウマ性不安：生死の危険に瀕し、記憶についての恐怖条件付けが形成されることによって、当時の感情と出来事の記憶がフラッシュバックのように再体験され、強い不安を生じる。PTSDに認められる。
- ⑦強迫：理性的には馬鹿げていると分かっているが、同じ観念を何度も思い浮かべては不安を抱く（強迫観念）。確認したり安心するための反復行為を伴うと強迫行動である。戸締まりを心配して何度も確認する、不潔ではないかと思って何度も手を洗う、等である。

表 2. 全般性不安障害（米国精神医学会DSM—5 draftより）

- A. 2つ以上の活動や出来事の領域（例：家族、健康、経済的状況、仕事や学業などの困難など）についての過剰の不安と心配（予期憂慮）がある
- B. 少なくとも3か月間、過剰な不安と心配が起こる日のほうが起こらない日より多い
- C. 不安と心配は、以下の症状のうち1つ（またはそれ以上）を伴っている。
 1. 不穏状態または緊張感または過敏
 2. 筋肉の緊張
- D. 不安と心配は、以下の行動のうち1つ（またはそれ以上）を伴っている
 1. 否定的な結果が起こりうる活動や出来事を著しく回避する
 2. 否定的な結果が起こりうる活動や出来事への準備に著しい時間と努力を費やす
 3. 心配のために行動や物事の決定を著しく延期する
 4. 心配のあまり繰り返し安心や安全を求める
- E. 社会的、職業的、または他の重要な領域における機能において、臨床上著しい苦痛と障害を引き起こしている

表 3. パニック発作（米国精神医学会DSM—5 draftより）

1. 動悸、心臓の鼓動を強く感じる、心拍の亢進
2. 発汗
3. 震え、振戦
4. 呼吸困難、息苦しさ
5. 窒息感
6. 胸痛または胸部不快感
7. 嘔気または腹部不快感
8. めまい、ふらつき、意識を失いそうになる、失神
9. 悪寒または熱感
10. 麻痺（感覚脱失または軽度の痛み）
11. 非現実感（本当のことではないという感じ）または離人感（自分が自分ではなくなったという感じ）
12. 自分のコントロールを失うのではないかと、気がおかしくなるのではないかと恐怖
13. 死ぬのではないかと恐怖

で適切な対応が促進されるので、不安を軽減させることが必ずしも本人の利益になるとは限らないことにも留意されたい。

また患者が恐怖や悲嘆などの感情を表現し号泣するなどの反応が生じることがあるが、急激に生じた不安は、増悪させる要因がなければ約30分程度で自然に鎮静することが多い²⁾ので、感

情を急速に止めるのではなく、別室で少なくとも30分以上の時間をかけて安静を取らせる。看護師の目の届くところで様子を観察し、過呼吸を生じない限り、感情の表現それ自体を無理に止める必要はない。後述の呼吸法を指導すると良い。水分補給は多くの場合、有効である。必要があれば点滴補液をすることは多くの患者に心理的安定をもたらす。

なおカフェインには不安惹起性がある³⁾ので、

過剰な摂取には注意する。被災後は、元気を出すためにカフェインを摂取する者が少なからずいるので、必ずカフェイン摂取の量を聞く必要がある。コーヒー、紅茶、緑茶の他、コーラ、サプリメントなどにも注意する。

カフェイン含有飲料を一日に数回摂取している場合、不安、興奮、不眠、顔面紅潮、胃腸症状、動悸または不整脈などの症状の有無を確認する。急激に中断すると頭痛、悪心などの離脱症状を生じるので、一週間毎に一杯ずつを目安に減量させるのが良い。

不安のマネジメント

・原則

不安治療の原則はマネジメントスキルを向上させ、不安症状に対する二次的な不安を軽減し、セルフコントロールを高めることである⁴⁾。これを体系的に行っているのが認知行動療法であるが、不安障害については薬物療法と同等もしくはそれ以上の治療効果が認められている。他方で不安を訴えている患者に抗不安薬を投与すると心理的依存を形成する可能性に注意し、マネジメントができるようになるまでの橋渡しであるという説明とともに与薬する。その際、呼吸法を指導することは能動的に不安をコントロールできるようになるので、有効である。呼吸を数秒かけてゆっくりと行わせ、身体から緊張を抜いていくというトレーニングを一回10分、毎日数回練習させ、不安になりそうときには直ちにこの呼吸法を実施して不安を軽減させる。この方法は服薬を拒否する患者にも有効である。

プライマリケアでの対応法を、全般的な不安障害とパニック障害について図に示した⁵⁾。

初期には不安の類型診断を行うことは難しいので、鑑別診断(甲状腺機能亢進症、心臓疾患、呼吸器疾患、貧血、β刺激薬、抗うつ剤などの投薬、カフェイン・アルコール・喫煙)を行った

後、不安という症状に対する対症療法をすることが現実的である。なお災害後には、恐怖への直面、家族との死別、地域の崩壊などの強大な生活ストレス、トラウマ、喪失を体験した患者が少なくない。

かつてはこうした体験の後で感情を十分に表現させることが治療的であるかのように主張されていた(心理的デブリーフィング)が、国際ガイドライン、国際学会指針等では、その説は否定されている⁶⁾。急性期に本人の望まない形で感情を聞き出すことはかえって有害である。

・主観的不安

まずは現在も続いているストレス要因や、回復を妨げている情報の遅れを確認し、行政、福祉との連携が必要な場合にはそうした窓口を紹介する。これについては不安の原因となる現実的な出来事、懸念について情報を収集するとともに、そのような不安を感じることは当然であること(ノーマライズ)、また事態の終息とともに不安は軽減していくことが多いことを伝える。話すことによって不安を軽減しようと力むことは禁物である。特に瀕死の恐怖を体験したり、家族と死別した者、家族の安否が不明な者については即時的な効果よりも今後の相談、治療関係の構築を重視することが必要である。その場合、身体的な主訴あるいは不眠などに注目して再診を約束することは有効な手段である。

・生理的不安

基本的に交感神経系の過緊張状態によるので、それを増悪させるような刺激を避けるように指導する。すなわちカフェイン、アルコールの摂取、激しい運動、高温の入浴、などである。

・行動的不安

いわゆる取り乱した行動を抑制し、自覚的な対応を促すことによって不安のセルフコントロールを促すことが基本である。焦燥に駆られる、他人を攻撃する、引きこもって正確な情報を得ることが出来ない、単独で軽挙妄動をする、ア

図 1. プライマリケアにおける全般的な不安障害への対応 (NICEガイドラインより)

ステップ2：プライマリケアにおける介入の提供

図2. プライマリケアにおけるパニック障害への対応 (Niceガイドラインより)

図3. 不安に関する思考、行動、生理的反応のモデル

アルコール飲用が増える、ことなどがある。総じて、落ち着いて、皆と一緒に行動するようにと説得することが重要である。不安があるのに落ち着いて行動せよというのは矛盾と思われるかもしれないが多くの患者には良く理解される。

・認知の改善

不安障害の患者の多くは不安が永久に続く、際限なく悪化するという予断を持っており、その結果、自分は不安を決してコントロールできないと思い込んでいることが多い。図3に示したように、些細な不安を抱きやすい状況に対して、二次的に否定的な考えを抱き、不安を増強させている。また生理的な反応や、不適切な行動によってさらに不安が悪化してしまう。これに対しては心理教育が有効である。様々な理由によって不安を感じることは決して異常ではなく、まして災害時にはむしろ当然であることを説明する。多くの場合、主観的な不安がもっとも強く感じられるのは最初の5分ほどであり、30分程度で自然軽快がみられることが多い（馴化）が、二次性に不安を抱くと長期化すること

を説明する。

この技法を応用した治療法が認知行動療法⁷⁾であり、薬物療法と併用、あるいは単独でも高い効果があることが知られている。特にトラウマ性の不安（PTSD：外傷後ストレス障害）に関しては持続エクスポージャー療法⁸⁾と呼ばれる認知行動療法がもっとも強いエビデンスを出していることが米国学術会議でも裏付けられている⁹⁾。

薬物療法

・原則

投薬はセルフコントロールが身につくまでの臨時的なもの、あるいは補助的なものであると説明することが必要である。

・薬物療法の必要性の判定

- ①著しく苦痛が強い
- ②上述のマネジメントを理解できない、十分に実行できない
- ③パニック発作を生じている（診断基準参照）
- ④生活機能に影響が出ている

のいずれかに相当し、かつ

⑤本人が服薬を拒否していない
場合に薬物療法を提案する。

・処方例

不安障害全体に共通する処方としては、抗不安薬ではなく抗うつ薬を用いるのが基本である。なかでも比較的副作用の少ないSSRI (selective serotonin reuptake inhibitor：選択的セロトニン再取り込み阻害薬) が好んで使用される。抗不安薬は連用した場合に心理的依存を生じる危険があるので、基本的に頓用とし、1週間を超える使用量は処方しない。

A 持続性不安に対して

パキシル 10 mg 1～3 T 夕

ジェイゾロフト 25 mg 1～4 T 夕

悪心がある場合は

ナウゼリン 5～10 mg 1 fT を併用する
上記に不耐性の場合 (悪心など)

メイラックスまたはロゼレム 1 mg 1 T 朝

B 発作性の不安またはパニック発作

Aの処方を強化するのが原則であるが、一次的に下記を併用しても良い

リーゼ 5 mg 1 T 頓用 筋弛緩作用が少なく、脱力を生じにくい

デパス 0.5 mg～1 mg 1 T 頓用 筋弛緩作用があり、筋緊張が亢進している場合に適する。

無効の場合

ソラナックス 0.4 mg 1 T 頓用 眠気が出ることに注意

副作用として抗うつ薬による悪心、眠気が見

られることがあるが、徐々に増量することで耐性が生じることが多い。ごく稀に、抗うつ剤によるactivation syndromeが生じて、不機嫌や焦燥感が生じることがあるので、そのような場合は服用を中止するように説明をしておく。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文 献

- 1) Kroenke K, et al: Depressive and anxiety disorders in patients presenting with physical complaints: clinical predictors and outcome. Am J Med 103: 339-347, 1997.
- 2) Carter MM, et al: The efficacy of habituation in decreasing subjective distress among high anxiety-sensitive college students. J Anxiety Disord 13: 575-589, 1999.
- 3) Nardi AE, et al: Panic disorder and social anxiety disorder subtypes in a caffeine challenge test. Psychiatry Res 169: 149-153, 2009.
- 4) 金 吉晴：精神科診療データブック。中山書店、2010、425-431.
- 5) Generalized Anxiety Disorder Pathway. at <<http://pathways.nice.org.uk/pathways/generalised-anxiety-disorder>>
- 6) Rose S, et al: A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma. Psychother Psychosom 72: 176-184, 2003.
- 7) ベック・ジュディス：認知療法実践ガイド。星和書店、2004.
- 8) 金 吉晴、他：厚生労働科学研究費補助金 障害対策総合研究事業 (精神障害分野) 大規模災害や犯罪被害等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究 平成22年度総括・分担研究報告書。2011、5-14.
- 9) Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, Institute of Medicine Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. 2007. at <<http://www.nap.edu/catalog/11955.html>>