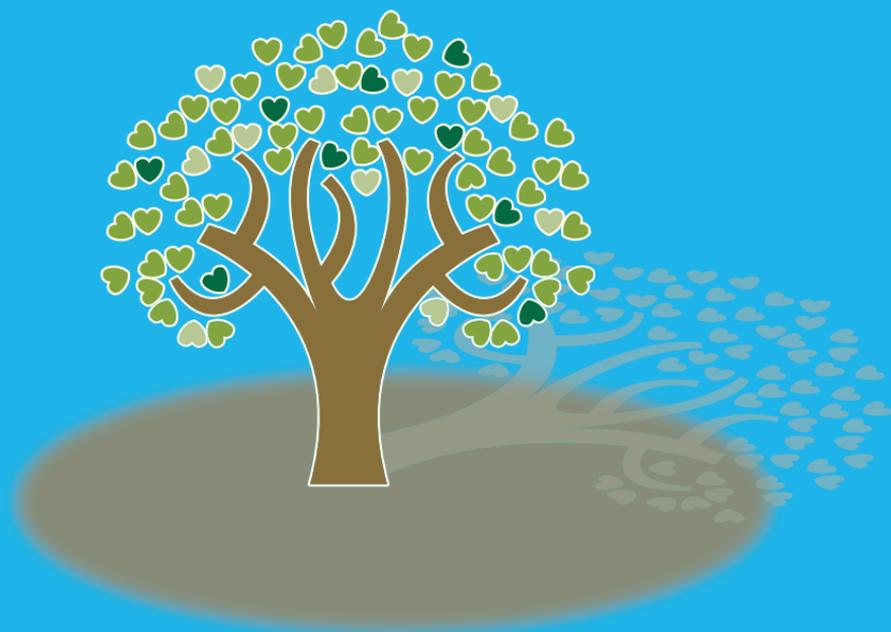




不安障害について



東北大学保健管理センター

平成 18 年

目 次

はじめに

①

フロイトの理論

②

従来の精神医学における不安の病理

③

現代の不安障害

④

パニック障害

④

社会不安障害（社会恐怖）

⑥

不安障害の治療

⑧

不安とうつの併存

⑪

おわりに

⑫

不安障害について

東北大学保健管理センター

助教授 山崎尚人

● はじめに

不安はこころの発する信号の一つですが、患者さんが経験している感情のなかで最も多いものの一つであります。症状としては精神症状といえますが、特に精神科医療においてのみ重要とされるものではなく、身体的な診療科の領域においても日常的に経験されるものです。何らかの身体的な不調を抱えていれば、不安という感情が生じることは皆さんにとっても容易に理解できることだと思います。いや、なにも病気を患っている人だけでなく、健康な人にとっても不安は日常的な感情といえます。わたしは不安を感じたことがない、そんな人はいませんし、不安を感じるからこそその人間という存在なのであるといえましょう。

そのような誰もが経験する感情である不安も、その現れ方や程度によっては治療の対象となるものです。まずは、不安について、精神分析学の祖として有名なフロイトの理論に沿って簡単に見てみましょう。

● フロイトの理論

みなさんもフロイトという名前は聞いたことがあるのではないのでしょうか。無意識や自由連想、夢分析といった言葉とか、超自我―自我―エスなどという人格構造について耳にしたことがあるかもしれません。フロイトは、19世紀末から20世紀にかけて活躍した、精神分析学の創始者として有名な精神医学者です。

さて、そのフロイトの理論の中でも中核となるものの一つが不安に関するものです。ここで簡単に説明してみます。

人間は現実原則を無視して、本能的に快感を求めようとするものです。一方、自我というものは、苦痛や不快を体験してしまうような情動などを無意識の方へと追いやってしまうことによって、こころの安定を図ろうとします。これが防衛機制というこころのはたらきです。たとえば、「昇華」という防衛機制は、さまざまな欲求をスポーツや芸術などに向けることで解消することですし、「合理化」という防衛機制は、何らかの理屈をつけて受け入れがたいものを解消すること、たとえば好きな異性に告白したら断られてしまった場合に、「あの人は性格的に難があるからつきあわなくてよかったんだ」と負け惜しみをいう、やせがまんをするといったことです。人間は、このように防衛機制をはたらかせることによって、不安や苦悩を追いつめて自分のこころの安定が得られ、そこから現実の日常世界に適応していくことができるわけです。ところが、快感を得ようとする本能的な欲動とそれを押しとどめようとする力との間での引っ張り合いが起こる、つまり葛藤が生じると不安が生じてしまうのです。この不安で自分自身が壊れてしまうのを防ごうとして防衛機制がはたらくのです。私たちの日常生活において、環境、状況からくるストレスは数知れずあるのですが、そ

れらに晒されながらも大きく葛藤、苦悩、不安が出現することなく生活を送れているのは、私たちの無意識の中ではたらいっている防衛機制のおかげなのです。ところが、そのはたらきが過剰であったり、機能的にはたらかなかったりすると精神的な不調、症状が出現するというのです。これが神経症というもので、昔はドイツ語をそのまま音読みしてノイローゼとも言っていたものです。

● 従来の精神医学における不安の病理

その神経症に代表される不安の病理として、不安神経症、恐怖症、対人恐怖症といったものがありました。

不安神経症とは、先ほどのフロイトがもっとも基本的な神経症として見なしていたものでもあり、その命名通り神経症の基本である不安があまり形を変えずに症状として出現しているものです。不安が発作的に出現し、動悸、冷や汗、息苦しさなどの身体の症状をともなうことが特徴的で、不安発作と表現されていました。

恐怖症という言葉もよく耳にするものだと思いますが、不安がある特定の対象に結びついたものです。たとえば、閉所恐怖、高所恐怖とか尖端恐怖、疾病恐怖などで、頭では怖れなくてもよいと理解している対象、状況に対して強い恐怖を抱くものです。

その恐怖症の中で、日本社会において特徴的なものであったのが、対人恐怖症です。対人的な場面において強い不安と緊張を生じるものですが、大正から昭和初期にかけての頃より、わが国の青年、特に男性に多く見られました。

● 現代の不安障害

さて、今あげました不安神経症のような従来の診断に対して、現在の臨床においては国際的な分類体系が主として用いられるようになってきております。

精神疾患に関する国際分類は、米国精神医学会の作成したDSM-IV、世界保健機構の作成したICD-10の2つが代表的なものです。両者の診断体系には若干の差異がありますが、この両疾患分類の中から代表的な不安を呈するところの病であるパニック障害、社会不安障害（社会恐怖）の2つを取り上げます。

実は、パニック障害、社会不安障害（社会恐怖）は従来診断でいいますと、それぞれ先に挙げました不安神経症、対人恐怖症にほぼ相当すると言ってよいものです。

● パニック障害

パニック障害Panic Disorderは、不安神経症にほぼ相当すると書きましたが、実際に特徴となる症状は不安神経症では不安発作と呼ばれていた「パニック発作」です。具体的にパニック発作ではどのような症状が出現するかについては、表1を参照してください。

動悸や息切れ感、息苦しさなどが出現するため、心臓や肺の病気ではないかと考えてしまいがちで、内科を受診する方も多いのですが、身体的な検査では異常が見つからないことがほとんどです。身体的な異常が見つからないまま何度もパニック発作を繰り返すうちに、また発作を起こしてしまうのではというような、前もって予期してしまう不安が強くなってしまい、そのため以前発作を起こした状況を回避しようとするようにな

り、社会生活から退却していくようになることもあります。

これらの症状を何らかの病気の症状ではなく、自分の性格、あるいは気のせいではないかと考えてしまう方もいますが、現在では脳内にある神経伝達物質のバランスの崩れによるものという考え方が主流になっています。つまり、そういった意味では脳という臓器に対する身体的な治療、すなわち薬物療法の有用性もわかってきています。



表 1. パニック発作の主な症状

- 動悸（心臓のあたりがドキドキする）
- 息切れ感、息苦しさ（息がつまりそうになる）
- めまい感、ふらつき感
- 発汗、冷感あるいは熱感
- 身ぶるい、手足のふるえ
- 嘔気、腹部不快感（気持ちが悪い、吐きそうである）
- このまま死んでしまうのではないかという恐怖感

● 社会不安障害（社会恐怖）

社会不安障害 Social Anxiety Disorder、または社会恐怖 Social Phobiaとは、従来で言うところの対人恐怖症に当たります。わが国では、これまで対人恐怖の研究が欧米に比べても盛んであり、蓄積された知見も数多くありますが、ここでは国際分類であるDSM-IV、ICD-10に準拠して述べたいと思います。

社会不安障害の特徴的な症状を表2に挙げます。人前で発表する場面等は誰でも緊張をとまなうものですし、このような緊張を経験したことがない人もいないでしょう。また、その人の所属する文化圏によっては、「内気」、「内向的」といった言葉で意味されるものは微妙に異なっているもので、ある状況、環境下では「内気」、「内向的」ということで容認されうるようなものもあるでしょう。ところが、社会不安障害とは、「内気」、「内向的」で説明できるような性質のものではなく、その不安の程度は強く、緊張を伴う状況を恐怖するあまり、学校や会社に行けなくなるといったように、社会的な活動に支障を来すような状態を指しています。つまり、表2の項目がかなり当てはまっており、その不安、恐怖のためにそれらが生じる状況を回避するようになっていると社会不安障害と診断されるわけです。

パニック発作の症状でも示したのですが、社会不安障害も不安の障害です。やはり、不安が身体的に表現された形の症状が出現します。手足のふるえ、動悸、発汗、めまい、声が震える、出なくなる、息苦しくなる、などです。また、赤面恐怖という言葉もありましたが、顔面が赤くなるということもあります（当然、顔面が青くなる＝顔面蒼白というものも症状として理解できるでしょう）。

成因につきましては、パニック障害で示したことと同様でして、「内気」、「内向的」といった性格要因だけで説明できるものではなく、脳における神経伝達物質のバランスが崩れたことにより出現するものと考えられるようになっております。



表2. 社会不安障害の主な症状

- 人前で話すことが苦手である
- 人前で電話をかけられない
- 公共の場所で食事をするのが苦手である
- 権威ある人の相手をするのが苦痛である
- 初対面の人と会うことが苦手である
- 人前で文字を書くことができない
- 会議で意見を言うことができない
- パーティーに参加することが苦痛である
- 人が大勢いる講義室に入っていくことが苦手である

● 不安障害の治療

パニック障害、社会不安障害、さらにはその他の不安障害の治療の基本は、薬物療法と精神（心理）療法になります。

まず、薬物療法ですが、現在わが国ではベンゾジアゼピン系の抗不安薬、三環系抗うつ薬、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) といった薬物が用いられております。このうち、三環系抗うつ薬は副作用が出現しやすいために、最近では第一選択として用いられなくなっております。現在、パニック障害、社会不安障害の薬物療法で第一選択として用いられる薬物は、比較的副作用が少ないとされており、効果も実証されているSSRIです。ただ、副作用が皆無というわけではありません。SSRIは、副作用の出現と治療効果の出現に関して、時間的にズレがあるのがその特徴でもあるのです。服用を開始した当初の1～2週間頃に副作用が出現することが多いのですが、基本的には時間とともに軽減していきます。そして、副作用が消退していくのと前後して、つまり服用開始後1～2週間してから徐々に、本来の薬の効き目が現れてきて、症状が改善していきます。そのため、服用当初に感じられる副作用を不快に感じてしまい、服用を止めてしまうと、本当に大事な薬の効果が出現する前であるため、症状がほとんど改善しまいまなってしまうのです。ですから、副作用が気になる、すぐに調子が改善しないという理由で服薬を中止することがないようにしたほうがよいのです。実際の治療場面では、主治医に副作用の頻度、程度、効果の出現について話をし、適宜薬物の調節を行うことになります。当然ですが、あまりにも副作用が強い場合には、薬物を切り替えることもあり得ます。

ベンゾジアゼピン系の抗不安薬についてですが、この薬は効果の出現に時間を要することがありません。そのため、SSRIの効果が出現するまでの間、不安を軽減するために用いることがあります。また、定期的にSSRIを服用しながら、パニック発作が出現したとき、あるいは不安が出現しやすい状況下におかれることが予想されるときなど、頓服として服用することもあります。

次に、精神（薬物）療法です。医療機関への通院を続けながら、主治医に自分の状態を報告し、不安を受け止めてもらうといった基本的な面接でも効果があるとされています。また、面接場面で不安に襲われた状況を話題にするということは、それだけで不安に曝露される状況を再現していることにもなり、それを繰り返すことで不安を引き起こす状況で出現してくる不安の程度を軽くしていくことを目指していることにもなります。

このような基本的な面接以外には、最近では認知行動療法の有用性が確認されています。認知行動療法を説明するためには、まずここでいう認知とはなにかをいうことを整理しておかなければなりません。私たちのこの世界のとらえ方を認知と言うのですが、この世界の認知の仕方が誤ったもの、不都合なものになってしまうことがあるのです。これを「認知の歪み」といって、これを把握して、修正して、対処できるようにしていくことが認知療法という治療なのです。また、行動療法とは、不安や不適応な行動は学習して身に付いてしまったものであり、これを弱めて取り除いて適応的な行動を行えるように変えていこう、そのような治療法を言います。この認知療法と行動療法の両手法をあわせたものを認



知行動療法と考えて下さい。

具体的には、不安を引き起こす状況に自らを曝していくことに挑戦してもらい、不安が減弱して、治まるまで続けてもらう曝露療法であったり、不安を引き起こすような状況を把握していく作業を通して、その不安が生じたさいの対処法を学んでいく不安対処訓練であったり、その他認知修正法などがあります。認知行動療法は米国を中心に盛んな治療法ですが、現在ではわが国においても徐々に行われるようになっております。

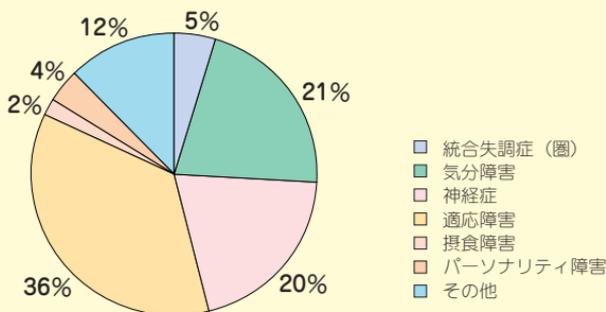


● 不安とうつの併存

当保健管理センターにメンタル面での相談に訪れる学生さんの診断の内訳について、この6年間の統計を取りますと、適応障害を含めての神経症圏の診断が半数以上を占め、これに抑うつ気分、意欲・興味の喪失などが代表的な症状である気分障害圏を加えますと、80%近くを占めております（グラフ1）。簡単に言いますと、不安、抑うつが大学生のメンタルヘルスにおいて大きな問題を占めていることとなります。

ここまで、不安についていろいろと記載してきましたが、最後にもう一つ大事なことを言います。うつ病と不安障害とは非常に高率に併存するのです。WHOの調査では、一般の臨床医を受診する患者さんにおいてうつ病、不安障害がどちらも10%以上存在して、うつ病と不安障害の併存が約5%の頻度で見られていました。つまり、不安を訴える患者さんの背後に抑うつが隠れていたり、逆にうつ状態で受診した患者さんが不安障害も患っていたというケースが多々あるということです。

グラフ1：保健管理センター新規受診学生診断名内訳
(平成12～17年度累計)



● おわりに

誰もが経験する不安も、その程度や出現の仕方によっては、治療が必要になります。日常生活において困難を感じるような不安であったら、早期に治療を受けるべきでしょう。また、不安が前景に経っている場合でも、抑うつ症状が併存していたり、あるいは時間の経過とともにうつ状態に陥る場合もあります。あるいは、強度の不安のために周囲の刺激、たとえば聞こえてくる物音、目に入ってくる周囲の様子などに対して過敏になってしまったり、猜疑的になってしまう場合もあります。自分自身に思い当たることがある方は専門医の受診をおすすめします。

治療の項で述べました第一選択となっている薬剤のSSRI (paroxetine, fluvoxamine) を製造している製薬会社のWEBサイトなどでも有益な情報が得られます。参考にされてもよいかと思います。



平成18年10月

保健のしおり

不安障害について

〒980-8576 仙台市青葉区川内41

東北大学保健管理センター

内科診療室 022(795)7829

<http://www.is.tohoku.ac.jp/lab/health/HAC/index.htm>

