

## 不安障害

早稲田大学人間科学学術院教授

熊野 宏 昭

(聞き手 齊藤郁夫)

齊藤 不安障害はどういうものなのでしょうか。

熊野 不安というのは、我々、いつでも感じるものなのですけれども、これは嫌な感情なので、なければいいというふうに思ったりするのですが、ただ、いろいろな危険がある場所に出かけていくときに、不安がないと事故になりますので、必要な感情です。必要な感情だということは、脳の中でコントロールしているセンターがあって、センターがあるということは、そこがバランスを崩して調子が悪くなる病気があるわけです。それが不安障害だと考えていただければいいと思うのですが、非常に過剰な不安が出てきて、コントロールができなくなる。それが不安障害と正常な不安の違いだろうと思います。

齊藤 コントロールできないということ、そこですね。

熊野 はい。

齊藤 どういった不安障害があるのですか。

熊野 代表的なものとしては、一つはパニック障害だと思います。これは不安発作と呼ばれる、不安が非常に強くなったときに出てくるような、動悸であるとか、息苦しさであるとか、胸の痛み、あとは死んでしまうのではないかという恐怖感、そういったものを伴った発作が10分、15分ぐらいの間にわっとピークになって、すうっと消えていく。そういった不安をコントロールしているセンターのボタンがドンと押されて起こってくるような病気です。

もう一つは、極度のあがり性と考えればいい社交不安障害。日本では対人恐怖という病気があり、それと似ているところもありますが、諸外国でも認められる極度のあがり性を主訴とした病気です。

あとは、極度の心配性、これは全般性不安障害と呼ばれ、何でもかんでも心配になります。これは大丈夫だろうか、あれは大丈夫だろうか、もしこうなったらどうすればいいのだと考えてしまうような病気。

もう一つは、ちょっとこれは毛色が違いますが、強迫性障害、これは極度の潔癖症とも呼べる病気で、手が汚れてしまって病気になるのではないか、洗いに行かなくては。家の鍵をかけただろうか、わからないからもう一回確認しなくてはということをし繰り返す病気と言っていると思います。

**齊藤** おっしゃるような症状が強くて、日常生活が困るということでしょうか。

**熊野** そうです。不安障害に共通しているのは回避行動といわれるものです。これは、自分が不安になるような状況であるとか、苦手な状況であるとか、パニック障害の人であれば、一度発作を起こしたような状況をあらかじめ避けて安全を確保しようとする行動です。これが実は裏目に出てしまって、悪循環になって、生活の範囲がどんどん狭まる。自分で自分を不安にさせてしまう。症状を悪くしてしまう。コントロールできなくなってしまうところにつながっていると思われます。

**齊藤** 患者さんとしては、どういった方が多いのですか。

**熊野** 患者さんは、あらゆる年代に見られると言っていると思います。若い方、小学生はあまり目立たないですが、ただ、強迫性障害のようなものは小学生でもかなり認められて、これは治療をすればかなりよくなる方が多いわけですね。それ以外のものと、だ

いたい中学、高校生以降ぐらいに出てくることが多くて、パニック障害、社交不安障害、全般性不安障害はそういった年代から、あとは壮年も高齢者も認められます。

それから、男性・女性で言うと、全体的に女性のほうが多いのですが、特にパニック障害は女性のほうが男性の2倍いるということが諸外国のデータでも確認されております。

**齊藤** 患者さんの数としてはけっこう多いということですね。

**熊野** 数としては多いです。例えば、一番よく調べられているのはパニック障害だと思うのですが、パニック障害は非常に激しい身体症状を伴った発作を起こしますので、病院に受診する方が多い。ほとんどの方は、救急外来なども含めて受診していますので、データがかなり取られています。生涯有病率でいうと、だいたい2～3%。女性のほうが多いので、女性が3～4%、男性が1.5～2%ぐらいと考えられています。

ただ、今言った不安障害の中で一番頻度が多いのは社交不安障害だろうと言われていて、これは日本ではなくて諸外国のデータであっても、生涯有病率は5%ぐらいといわれていますので、かなり多い。ただ、社交不安障害、全般性不安障害に関しては、性格の問題ではないかと本人や周りも考えてしまって、受診しない方がかなりいると思

われます。

**齊藤** 先ほどコントロールできないというお話がありましたけれども、画像診断あるいはfunctional MRI等で、どうなっているかがある程度は見えてきているのですか。

**熊野** そのあたり、かなりデータが集まってきていまして、我々の脳の中で不安あるいはそういった情動をコントロールしているセンターは扁桃体、それからどんな状況でそういった情動が起こっているかというのを記憶しているのは海馬なのですが、この2つが過活動を起こしていることがわかっています。それに対して、今度はそれをコントロールしている位置にあるのが前頭前野なのですが、前頭前野の働きがいろいろなところで落ちていることもだいたい共通して認められていると思います。

**齊藤** そういうものが客観的に見えるわけですね。

**熊野** そうです。そして、それが治療によって変化するというのもわかっています。

**齊藤** さて、どういった治療法があるのでしょうか。

**熊野** 治療法としては、大きく分けて2つです。一つは薬物療法、もう一つはカウンセリングの代表的なものである認知行動療法、このどちらでも単独でよくなることがわかっています。ただ、日本の場合はカウンセラーの数

が少ないので、一般的には薬物療法が優先されて治療されていることが多いと思います。

**齊藤** どういった薬を使うのですか。

**熊野** 薬は、SSRIがどの不安障害にも非常によく効きます。SSRI、現在、4剤使われていますが、それぞれ適応のあるもの、ないものがあります。もちろん適応のあるものを使っただくほうがいいのですが、適応がないものであっても、今言った4つの不安障害にはどれも効くと思っていただいいていいと思います。

**齊藤** SSRIはうつ病にも使いますね。使い方は違うのですか。

**熊野** SSRIは、うつ病で使う場合と不安障害で使う場合だと、不安障害のほうが量が少なくて効くことがあります。だいたいうつ病に使う最大量の半分ぐらいの量で効いていることが多いようですし、効果の発現が非常に早いです。うつ病はだいたい10日から2週間ぐらいかかるわけですが、不安障害の場合は3~4日から1週間ぐらいの間に効果が出てくるのが普通だと思います。もちろん、マックスの効果になるのにはもっと何週間かかかって効果が上がっていきますが、ただ、1週間以内に効果はかなり出てくることが多いと思います。

**齊藤** 効果の出方としてはどうかたちで出てきますか。

**熊野** 例えば、パニック障害であれ

ば、発作が起こらなくなります。社交不安障害であれば、今まで非常に内向的で緊張していたのが、全然そういうことがなくなって、堂々と話したり、プレゼンテーションできたりするようになるので、かなりはっきりと違いとしてわかると思います。

**齊藤** 画像診断でも変化がとらえられるものなのですか。

**熊野** 薬物療法でよくなった場合も、認知行動療法でよくなった場合も、効果がとらえられています。一つ、薬物療法を行う場合の注意点ですけれども、最初は少ない量から始めることと、あとはactivation syndromeといって、最初のみイライラしたりということが起こりますし、あと吐き気がけっこう強く出たりしますので、抗不安薬を最初は重ねる。長時間型のメイラックスのような薬と一緒に使うことが多いです。ただ、これは依存を起こさないように、1カ月ぐらいいの間には減量して、やめることができたならそのほうが良いと考えて使っておりますし、胃薬も最初入れておいたほうが良いのですが、これも1カ月ぐらいいの間にはやめられることが多いと思います。

**齊藤** 薬の話をもうちょっと続けますと、治療はどのくらい続けるものですか。

**熊野** どの不安障害に関しても、1年は続けていただいたほうが良いと思います。症状が安定してから、おおむ

ね1年は一定量で薬を続けて、1年ぐらい維持できたところで、減量していきます。SSRIはぼんとやめると中止後発現症状というものがでて、血圧が上がったり、頭痛が起こったり、下痢が起こったり、非常にイライラしたりということが起こりやすいので、ゆっくりゆっくり減らしていかなくはいけません。最初1/4ぐらい量を減らして、さらに1/4ぐらい減らしてというかたちで、2週間に1回ぐらい、全体で2~3カ月ぐらいいかけてやめていくというのが望ましいと思います。

**齊藤** それを試みてもよいということですか。

**熊野** はい。

**齊藤** ただ、再発もありうるということですね。

**熊野** 再発もあり得ます。半分ぐらいの方は再発することがあって、しかもパニック障害などの場合は、中止した後、直後に再発しなくても、2~3カ月たってから大きな発作がまたドカンと起こってくるがあるので、そういうことをあらかじめ薬を減らしていくときに患者さんに話しておくことが必要です。そういう場合は、あわてないで、またすぐ受診してくださいとお伝えしておく。一度効いた薬はまた2度目も効きますので、もう一回やり直すかたちになると思います。

**齊藤** そうなりますと、原則的にはずっとのんでいただいたほうが安心と

いえば安心なのでしょう。

**熊野** 半分ぐらいの患者さんに関しては、おそらくそのほうが現状ではいいと思います。もっとカウンセリングが広く使われるようになった場合は、そちらで最初から治療するという選択肢もありますが、現在は半分ぐらいの方は3～5年という単位でのんでいただくというのが現実的ではないかと思えます。

**齊藤** 最後に、認知行動療法については、やれば効果はあるということですね。

**熊野** あります。十分効果が出てくるまでは2～3カ月かかりますが、いったん効果が出ると、薬物療法と同じぐらいの効果があり、再発が少ないことがわかっています。

**齊藤** どうもありがとうございます。