

Module 16

不安

A 問 題

〔一般問題〕

問題 1 不安障害のスクリーニングについて誤っているものはどれか

- (1) がん患者での不安の有病率は5%程度と考えられている
- (2) 不安障害は病期の進行に伴い有病率が高くなる
- (3) 多くのがん患者では不安と抑うつが混在した臨床像を呈するのが普通である
- (4) がん患者における不安は、死の恐怖、再発転移に対する不安、疼痛、コントロール感の喪失、身体の統合性の喪失など多方面にわたるのが普通である
- (5) 不安障害のスクリーニングには Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) などが用いられる

問題 2 不安障害の病態について正しい組み合わせは次のうちどれか

- (1) 急性不安は心血管系、呼吸器、自律神経、消化器系などの身体症状として現れることが多く、慢性不安は不適切な心配、落ち着きのなさ、易刺激性、集中力低下、決断力低下などの症状を呈する
- (2) 外傷後ストレス障害の原因としてがんの罹患がある
- (3) 予期性嘔吐症は抗がん剤の副作用としての嘔吐が誘因となった条件反射と考えられている
- (4) コントロールされていない疼痛は不安の原因として最も多いもののひとつである
 - a (1), (2) b (2), (3) c (1), (3), (4)
 - d (4) のみ e (1)~(4) のすべて

問題 3 不安障害の診断について誤っているものはどれか

- (1) 不安障害の診断では、症状が遷延し、日常生活に障害が及んでいるかが重要視される
- (2) 患者は自己の症状を不安障害の範疇ととらえず、恥ずべきものと考え、医療者に訴えず、医療者も症状を見逃すことが多い
- (3) 治療の際に注射針を怖がり、採血ができない患者はうつ病を考慮に入れるべきである
- (4) MRI 撮影の際に、恐怖のためガントリーに入れない患者も不安障害として治療の対象となる
- (5) 疼痛が十分に緩和されていない患者の場合、不安障害の診断は保留し、疼痛緩和を優先すべきである

問題 4 不安障害の薬物療法について誤っているものはどれか

- (1) 不安障害の薬物療法として最も用いられるのはベンゾジアゼピン系の抗不安薬である
- (2) ベンゾジアゼピン系抗不安薬は不安の軽減のみならず、不眠、化学療法時の悪心、嘔吐に

- も有効である
- (3) ベンゾジアゼピン系抗不安薬は化学療法を受けた患者にみられる予期性嘔吐症の症状軽減に有効である
 - (4) ベンゾジアゼピン系抗不安薬はパニック障害、広場恐怖を呈する患者にも有効である
 - (5) アルプラゾラムの半減期は約 30 時間である

問題 5 不安障害の薬物療法について正しい組み合わせはどれか

- (1) 不安障害の薬物療法としてベンゾジアゼピン系の抗不安薬のほか、抗うつ薬、神経遮断薬も用いられる
 - (2) 抗うつ薬は効果の発現までの時間がベンゾジアゼピン系の抗不安薬と同等である
 - (3) 三環系抗うつ薬は、選択的セロトニン再取り込み阻害薬に比較して抗コリン性の副作用が少なく、安全に使用できる薬剤である
 - (4) 神経遮断薬は幻覚や妄想を伴うような重症の急性不安に用いられる
 - (5) 神経遮断薬は循環・呼吸に対する影響が少なく、呼吸抑制のおそれのある患者には安全に使用できる
- a (1), (2), (3) b (1), (2), (5) c (1), (4), (5)
d (2), (3), (4) e (3), (4), (5)

問題 6 不安障害の非薬物療法について正しい組み合わせはどれか

- (1) 不安障害の非薬物療法として教育的な介入、行動療法、個人精神療法、集団精神療法などがある
 - (2) 教育的な介入を行うことで患者は自己のコントロール感を失わずにいることができるようになる
 - (3) 情緒的な支援と適切な情報提供を行うことで不安の軽減は可能である
 - (4) 個人精神療法は死に対する恐怖を乗り越え、コントロール感を増し、対処能力を強化する点で他の非薬物療法と同様に有用である
 - (5) 集団精神療法は同じ病気を持った患者同士で支援し合うことが可能になり、孤立感の軽減や、具体的な問題に対しての情報交換に役立つ
- a (1), (2), (3) b (1), (4), (5) c (2), (3), (4)
d (3), (4), (5) e (1)~(5) のすべて

問題 7 不安障害の非薬物療法について正しい組み合わせはどれか

- (1) 漸進性筋弛緩法は不安・抑うつ症状の軽減についてアルプラゾラムと同様の効果がある
- (2) 予期性嘔吐症の症状を軽減するうえで、漸進性筋弛緩法は有効である
- (3) 行動療法は血液や針に対する恐怖症に対して有効である

(4) 集団精神療法は患者の緊張、恐怖を軽減することに有用である

a (1), (2) b (2), (3) c (1), (3), (4)

d (4) のみ e (1)~(4) のすべて

〔症例問題〕

〔症例 1〕

66歳、女性、乳がんの診断にて乳房切除術施行。術後化学療法施行中の患者。「がんが転移したらどうしよう」「転移したら死んでしまう」「人と話したくない」「外に出ることも怖い」「電話にでるのも辛い」などの症状が出現。家事も十分にできず、夫が手伝っている。睡眠はゾピクロンの投与で入眠可。食欲はある。元来の性格は温厚、協調的。精神神経疾患の既往はない。

問題 1 この患者の精神医学的診断として適当なものはどれか

- (1) 身体表現性障害
- (2) 強迫性障害
- (3) パニック障害
- (4) 適応障害
- (5) 特定の恐怖症

問題 2 この患者の薬物療法、非薬物療法のうち適当なものはどれか、すべて選べ

- (1) 適切な情報提供
- (2) リラクゼーション法
- (3) アルプラゾラムの投与
- (4) 抗うつ薬の投与
- (5) 集団精神療法

〔症例 2〕

35歳、女性。子宮頸がんにて広汎子宮全摘術、両側付属器摘出術施行。術後に化学療法を施行。1回目の化学療法時に吐き気、嘔吐が激しく、水分も取れない状態が続いた。化学療法終了後、病室で他人の点滴を見ると吐き気がする、昼食のおいを嗅ぐだけで吐き気がするなどの症状が出現。腹部レントゲン写真では特記すべき所見はない。血液・生化学検査では特記すべき所見はない。ドンペリドンの経口投与を行うも症状は軽減せず。患者本人は2回目の化学療法を敬遠している。

問題3 この患者の吐き気の原因として最も考えやすいのはどれか

- (1) 身体表現性障害
- (2) 心気症
- (3) うつ病
- (4) 予期性嘔吐症
- (5) 適応障害

問題4 この患者の治療において正しい組みあわせはどれか

- (1) 漸進性筋弛緩法
 - (2) アルプラゾラムの服用
 - (3) 支持的精神療法
 - (4) セロトニン拮抗薬の投与
 - (5) プロクロルペラジンまたはハロペリドールの投与
- a (1), (2), (3) b (1), (2), (5) c (1), (4), (5)
d (2), (3), (4) e (3), (4), (5)

B 解答・解説

〔一般問題〕

問題1 解答 (1)

- (1) ×：がん患者での不安の有病率は対象，方法論などによりさまざまであるが，HADSを用いた研究では9～19%程度といわれている¹⁾。
- (2) ○：引用文献2)を参照。
- (3) ○：新規がん入院患者に対して行った調査では，不安，抑うつが独立して現れるよりも，混在した病像として現れることが多いことが知られている³⁾。
- (4) ○：医療従事者は患者の不安を死の恐怖の点から考えるが，実際は多方面にわたるものであることを認識することが必要である⁴⁾。
- (5) ○：不安障害のスクリーニングにはHADSが使われており，11点以上を不安のcut offポイントとすることが多い。

問題2 解答 e

- (1) ○：急性不安の症状は上記のように各種の身体症状として現れることが多く，慢性不安の症状としては長期にわたる不適切な心配，落ち着きのなさなどが挙げられる^{4,5)}。
- (2) ○：外傷後ストレス障害の定義として，1994年のDSM-IVから生命に危機的な状況を引き起こす疾患もtraumatic eventとして認められた⁶⁾。
- (3) ○：予期性嘔吐症は，化学療法を受けた患者の約25%程度に出現し，その機序としては古典的な条件反射と考えられている。一度発現すると，5-HT₃ receptor antagonistsをはじめとした薬物療法でも改善せず，リラクゼーション法などが症状軽減に有効である⁷⁾。
- (4) ○：コントロールされていない疼痛は，不安の原因で最も多いものであり⁸⁾，適切な疼痛緩和をせずして不安障害の評価を行うことは困難であるとしてされている⁹⁾。

問題3 解答 (3)

- (1) ○：病的な不安は，遷延し，日常生活に障害を及ぼすレベルのものと考えるのが妥当である。ただし，不安時に生じる身体症状は，がんによる症状，治療の副作用と類似しており，鑑別が困難なことも多い¹⁰⁾。
- (2) ○：患者は不安障害を疾患に対する正常な反応と捉えたり，また恥ずべきものと捉えることが多い¹¹⁾。医療者も不安障害を正常な反応と捉えてしまうことが多い。
- (3) ×：採血の際に注射針に対して著しい恐怖感を抱く患者の場合，まず「特定の恐怖症」(specific phobia, needle type)を考慮すべきである。
- (4) ○：(3)と同様に特定の恐怖症(閉所恐怖)であり，不安障害の治療対象である。
- (5) ○：コントロールされていない疼痛は，不安の原因で最も多いものであり⁸⁾，適切な疼痛

緩和をせずして不安障害の評価を行うことは困難であるとしてされている¹²⁾。したがって十分な疼痛の緩和を行い、その後不安の評価を行うべきである。

問題4 解答 (5)

- (1) ○, (2) ○, (3) ○, (4) ○: ベンゾジアゼピン系の抗不安薬は不安障害の薬物療法に最も用いられている薬剤である¹³⁾。この薬剤は抗不安作用のほかに、パニック障害、広場恐怖などの治療にも有効である。がん医療においては、不眠、化学療法の際の悪心、嘔吐、予期性嘔吐症の治療に使用される。副作用としては、鎮静、集中力低下、協調運動障害など非特異的な中枢神経抑制作用である¹⁴⁾。
- (5) ×: アルプラゾラムは短時間作用型の薬剤であり、半減期は約12～15時間である。短時間作用型の薬剤を使用することで、薬剤の蓄積を予防することが可能である。クロナゼパムは中間作用型で、その半減期は約18～50時間、ジアゼパムは長時間作用型で半減期は30～200時間である。長時間作用型ベンゾジアゼピンを高齢者に対して使用することは、意識障害、転倒、鎮静の原因となることが多いので、全身状態が不良の患者には使用すべきでない。

問題5 解答 c

- (1) ○: 薬物療法は、抗不安薬の他、抗うつ薬、神経遮断薬も症状に応じて使用される^{13,14)}。
- (2) ×: 抗うつ薬の作用発現には2週間程度を要するのが普通である¹⁵⁾。
- (3) ×: 三環系抗うつ薬は抗コリン作用などを有しており、意識障害、腸閉塞などを引き起こす可能性があり、その使用に際しては慎重であるべきである。これに対して、選択的セロトニン再取り込み阻害薬は抗コリン作用が少なく、三環系抗うつ薬に比較すると安全な薬剤である¹⁵⁾。
- (4) ○: 幻覚や妄想が不安に伴い、ベンゾジアゼピンの使用でも症状が抑えられない場合に神経遮断薬は有効である¹⁶⁾。
- (5) ○: 文献8), 16)を参照。

不安障害の薬物療法としてベンゾジアゼピン系の抗不安薬の他、抗うつ薬、神経遮断薬も用いられる。個々の薬剤の作用、副作用に熟知し、患者の症状に合わせた使い方をすべきである。

問題6 解答 e

- (1) ○
- (2) ○: 教育的な介入は病気に精通することで患者の無力感 (the sense of helplessness) を減らすことを目的とする¹⁷⁾。

- (3) ○：さらに、終末期において実存的な問題に対しても有効である¹⁸⁾。
- (4) ○：個人精神療法は、患者の不安感の軽減に対して有効であり、その効果は1年後でも対象群に対して有意に優っていたとの報告もある¹⁹⁾。
- (5) ○：集団精神療法はがん患者に対する有効な精神療法であり、その効果は1年後でも緊張、恐怖に対して有効であったとの報告もある²⁰⁾。

問題7 解答 e

- (1) ○：漸進性筋弛緩法、アルプラザラムともに不安、抑うつ症状の軽減に有効である。治療効果はアルプラザラムの方が早く発現するといわれている²¹⁾。
- (2) ○：予期性嘔吐症はいったん発症した場合、薬物療法では限界があるといわれており、その場合には漸進性筋弛緩法が有効であるといわれている。
- (3) ○、(4) ○：行動療法、集団精神療法も問題に書いてあるとおり、不安・緊張を軽減するために有用である。

〔症例問題〕

〔症例1〕

問題1 解答 (4)

この患者はがんの治療開始後に不安感が生じ、日常生活にも支障をきたしているほどになっていること、不安は了解可能な範囲であること、幻覚、妄想など病的な体験が認められないことから適応障害と診断できる。抑うつ、興味の減退、全身倦怠感、食欲低下、不眠、自責感、希死念慮は認められず、この時点ではうつ病と診断するには症状が揃っていない。しかし、この後にうつ病を発症することもあるので、十分な観察が必要である。

他の疾患の特徴は以下の通りである。

身体表現性障害の患者は30歳未満で始まった多数の身体的愁訴の病歴を有し、数年にわたって持続し、社会生活上で支障をきたしている。強迫性障害の患者は、不必要で不適切な考えを不合理なものとして認識している。

パニック障害の患者は、強い恐怖または不快を感じ、その際に動悸、死ぬことに対する恐怖などを感じている。特定の恐怖症の患者はある特定の状況（注射、血を見ること）において強く持続的な恐怖感を呈し、その恐怖は不合理なものである⁶⁾。

問題2 解答 (1)～(5) のすべて

(1) ○、(2) ○、(3) ○、(4) ○、(5) ○：不安を呈している患者に対しての非薬物的治療としては、薬物療法、個人精神療法、行動療法、集団精神療法があり、そのおのおのが患者の

不安を軽減させるために有効である。薬物療法としてはベンゾジアゼピン系の抗不安薬がその中心である。個人精神療法は、患者の不安感の軽減に対して有効であり、その効果は1年後でも対象群に対して有意に優っていたとの報告もある¹⁹⁾。集団精神療法はがん患者に対する有効な精神療法であり、その効果は1年後でも緊張、恐怖に対して有効であったとの報告もある²⁰⁾。

〔症例2〕

問題3 解答 (4)

この患者は初回の化学療法で悪心・嘔吐が激しく、その後に化学療法に関連した事項（点滴）で吐き気が生じていることから、条件反射的な機序が考えられること、悪心・嘔吐をきたす身体的な原因が見出せないことから予期性嘔吐症が最も考えやすい。

問題4 解答 a

予期性嘔吐症の症状を軽減するには漸進性筋弛緩法、支持的精神療法、アルプラゾラムは有効であるといわれている。予期性嘔吐症はその発生要因として条件反射的な機序が考えられているために、発症した段階でセロトニン拮抗薬は有効ではない。プロクロルペラジンまたはハロペリドールの投与も有効であるとの報告はない。

引用・参考文献

- 1) Hopwood P, Howell A, Maguire P: Psychiatric morbidity in patients with advanced cancer of the breast: prevalence measured by two self-rating questionnaires. *Br J Cancer* 64 (2): 349-352, 1991
- 2) Noyes R, Holt CS, Massie MJ: Anxiety disorders. In: Holland JC (ed), *Psychooncology*. p. 548-563, Oxford University Press, New York, 1998
- 3) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249 (6): 751-757, 1983
- 4) Kerrihard T, Breitbart W, Dent R, et al: Strout D. Anxiety in patients with cancer and human immunodeficiency virus. *Semin Clin Neuropsychiatry* 4 (2): 114-132, 1999
- 5) Bottomley A: Anxiety and the adult cancer patient. *Eur J Cancer Care (Engl)* 7 (4): 217-224, 1998
- 6) American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed, American Psychiatric Press, Washington, DC, 1994
- 7) Morrow GR, Rosenthal SN: Models, mechanisms and management of anticipatory nausea and emesis. *Oncology* 53 (Suppl 1): 4-7, 1996
- 8) Massie M: Anxiety, panic and phobias. In: Holland JC, Rowland JG (eds), *Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. p. 300-309, Oxford University Press, New York, 1989
- 9) Massie MJ, Holland JC: The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. *Med Clin North Am* 71 (2): 243-258, 1987
- 10) Noyes R, Holt CS, Massie MJ: Anxiety disorders. In: Holland JC (ed), *Psycho-oncology*. p. 548-563, Oxford University Press, 1998

- 11) Sensky T, Dennehy M, Gilbert A, et al: Physicians' perceptions of anxiety and depression among their outpatients: relationships with patients and doctors' satisfaction with their interviews. *J R Coll Physicians Lond* **23** (1): 33-38, 1989
- 12) Massie MJ, Holland JC: The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. *Med Clin North Am* **71** (2): 243-258, 1987
- 13) Stiefel F, Berney A, Mazzocato C: Psychopharmacology in supportive care in cancer: a review for the clinician. I. Benzodiazepines. *Support Care Cancer* **7** (6): 379-385, 1999
- 14) Breibart W, Chochinov M, Passik S: Psychiatric aspects of palliative care. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N (eds), Oxford textbook of palliative medicine. 2nd ed, p.933-954, Oxford University Press, Oxford, 2001
- 15) Berney A, Stiefel F, Mazzocato C, Buclin T: Psychopharmacology in supportive care of cancer: a review for the clinician. III— Antidepressants. *Support Care Cancer* **8** (4): 278-286, 2000
- 16) Mazzocato C, Stiefel F, Buclin T, et al: Psychopharmacology in supportive care of cancer: a review for the clinician: II— Neuroleptics. *Support Care Cancer* **8** (2): 89-97, 2000
- 17) Jacobs C, Ross RD, Walker IM, et al: Behavior of cancer patients: a randomized study of the effects of education and peer support groups. *Am J Clin Oncol* **6** (3): 347-353, 1983
- 18) Massie MJ: Anxiety, panic and phobias. In: Holland JC, Rowland JG (eds), Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer. p.455-469, Oxford University Press, New York, 1989
- 19) Moorey S, Greer S, Watson M: Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcome at one year. *Psycho-oncology* **3**: 39-46, 1994
- 20) Spiegel D, Bloom JR, Yalom I: Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Arch Gen Psychiatry* **38** (5): 527-533, 1981
- 21) Holland JC, Morrow GR, Schmale A, et al: A randomized clinical trial of alprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms. *J Clin Oncol* **9** (6): 1004-1011, 1991