

各論 4 不安症，強迫症

要約

- I. **不安症群**：ある特定の対象や状況に対する強い恐怖感や不安感が高じて、パニック発作や回避行動がみられ、患者に著しい苦痛や生活機能障害をきたす疾患群である。
- II. **強迫症**：反復的・持続的な思考や衝動，イメージにとらわれる強迫観念と，手洗い，確認などを繰り返す強迫行為がみられる。
- III. **妊産婦にみられる不安症，強迫症**：不安症，強迫症は妊産婦において最も高率にみられる精神疾患であり，うつ病との合併率は高い。分娩恐怖，出産に関連したトラウマ記憶に伴う恐怖，児に対する汚染恐怖，加害恐怖，加害衝動など周産期特有の症状もみられる。周産期の不安，強迫症状が妊娠や児に与える影響も指摘されている。
- IV. **不安症，強迫症をもつ妊産婦への対応**：産婦人科，母子保健においては，患者の不安，強迫症状に留意し，十分に傾聴・受容・共感する機会を患者に提供する。著しい苦痛や生活機能障害がみられる場合は精神科への受診勧奨が必要と考えられる。精神科治療は精神療法が主体となるが，薬物療法が望ましいことも少なくない。Shared decision makingを通じ，治療のリスクやベネフィットに関して患者やその家族と十分に話し合い，治療方針の決定を支援することが重要である。

解説

はじめに

不安症や強迫症については，近年の DSM-5¹⁾ と ICD-11¹⁷⁾ の改訂により，従来の不安障害の構成に大きな変化が加えられ，恐怖症を中心とした不安症（ICD-11 では不安又は恐怖関連症）群，強迫症を中核とする強迫症又は関連

症群 (obsessive-compulsive or related disorders : OCRD)，さらに posttraumatic stress disorder (PTSD) などの心的外傷およびストレス因関連障害 (ICD-11 ではストレス特異関連症候群) 群に三分割された (表 4-1)。

概して不安症群あるいは OCRD 群に分類される精神疾患は，当初精神科よりもプライマリーケアなどの身体科を受診する割合が高い。しかし患者自ら語ることは少なく，

表 4-1 DSM-5 における不安症カテゴリー

不安症群 (anxiety disorders) 分離不安症, 選択性緘黙, 限局性恐怖症, 社交不安症, パニック症, 広場恐怖症, 全般不安症
強迫症および関連症群 (obsessive-compulsive and related disorders : OCRD) 強迫症, 醜形恐怖症, ためこみ症, 抜毛症, 皮膚むしり症
心的外傷およびストレス因関連障害群 (trauma-and stressor-related disorders) 反応性アタッチメント障害, 脱抑制型対人交流障害, 心的外傷後ストレス障害, 急性ストレス障害, 適応障害

(文献 1 をもとに著者作成)

表 4-2 DSM-5 の不安症と行動的反応

	恐怖・不安の対象	行動的反応
限局性恐怖症	特定の対象・状況(閉所, 高所, 雷, 動物, トンネル, 飛行機など)	回避, または耐え忍んでいる
社交不安症	人前での行為, 注目される状況	回避, または耐え忍んでいる
広場恐怖症	人込みや電車など, 逃げることが困難な場所	回避, 抵抗, または耐え忍んでいる
パニック症	パニック発作	不安発作に関連した非適応的行動変化(運動など発作が起こる状況を避ける)
全般不安症	浮動性不安	なし

(文献 1 をもとに著者作成)

積極的に聴取する必要がある。このため、これらの患者に適切な医療を行うためには、各々の臨床的特徴や治療ストラテジーを共有するなどの精神科と身体科との連携が今後ますます重要になるものと思われる。

I. 不安症群

現在の不安症群は、幼少時期にみられる分離不安症や選択性緘黙を除けば、表 4-2 のような疾患により構成されている^{1,17)}。これらでは、「ある特定の対象や状況に対して、それに曝露(直面)した際に常に不合理で過剰、実際的な危険度とは釣り合いなほど強い恐怖感や不安感が高じて、その結果、動悸や発汗、震え、息苦しさといったパニック発作がしばしば生じる。そのような極度の恐怖体験により、患者はそれを惹起するような対象や状況をなんとか耐

え忍ぶか、避けてしまい(回避行動)、患者に著しい苦痛や、社会的・職業的または他の重要な領域における機能の障害をきたす」こととなる。これを整理すると(表 4-2)、各々が不安を抱き恐怖する対象は異なるものの、回避などの行動的反応は、全般不安症(generalized anxiety disorder : GAD)を除けばほぼ一致している。

パニック発作については、米国成人における 12 ヶ月有病率は 11.2%とされている¹⁾。この特徴は、数分以内にその頂点に達する強い恐怖、強烈な不快の突然の高まりであり、①動悸や心悸亢進、心拍数の増加、②発汗、③身震いや震え、④息切れ感または息苦しさ、⑤窒息感、⑥胸痛あるいは胸部不快感、⑦嘔気または腹部不快感、⑧めまい感やふらつき感、⑨寒気または熱感、⑩異常感覚(感覚麻痺やうずき感)、⑪現実感の喪失、⑫抑制力を失うこと、または「どうかなってしまう」ことへの恐怖、⑬死ぬことへの恐怖、などのうち 4 つ以上が生じる状態である。この出現はさまざまな身体疾患(甲状腺機能亢進症、喘息、慢性閉塞性肺疾患など)がかかわる場合、あるいはアルコールからの離脱など物質誘発性の場合もあるため、これらの確認が望まれる¹⁾。

一方 GAD は、表 4-2 にもあるように、不安の対象が浮動性で固定されず、多彩な出来事や活動、健康や家計、就労などの社会適応、あるいは対人関係など生活全般にわたる過度の憂慮がみられる。また病的に過度な不安を反映する徴候、例えば、落ち着きのなさや情緒の不安定性、緊張感、易疲労性、集中困難、易怒性、筋肉の緊張、睡眠障害などのなかで、少なくとも 3 つ以上が確認される必要がある¹⁾。この疾患の一般人口中の有病率は 4~7%とされ、どの年代でも出現しうるが、20 歳代前半に発症し消長を繰り返しながら慢性的経過を辿ることが多い¹⁾。

II. 強迫症

強迫症は一般人口中の生涯有病率が 1~2%とされる精神疾患である。この中核をなす強迫症状は、反復的・持続的な思考や衝動、イメージにとられる「強迫観念」と、手洗い、確認などの繰り返しや儀式行為、呪文を唱える、数えるなど心のなかの行為を含む「強迫行為」からなり、両者は併存することが多い^{1,17)}。すなわち強迫行為の多くは、観念やそれに伴う認知的プロセスにより増大した不安の緩和あるいは中和化、苦痛の予防などのための目的志向性行動である。いわゆる潔癖症や確認癖などの重症例は、

これに該当する場合がある。一般的に強迫症患者は、このような観念・行為の無意味さや不合理性、過剰性を十分に認識し、なんとか制御しようと抵抗を試みているものの、不安や苦痛に圧倒され思うようにならず、この点からも大きな葛藤やストレスが生じている¹³⁾。さらに、自らのルールに頑なにこだわり、行為の強要や「大丈夫か」という保証の要求などに家族を巻き込んだりしながら支障が拡大する¹³⁾。

III. 妊産婦にみられる不安症、強迫症

1. 周産期の不安症・強迫症のリスク因子

一般の妊産婦においても胎児の成長、身体や生活の変化、出産などに対する不安は広く認められるが、Fischbein, R. L. らは妊娠期に不安を引き起こすストレスの高い状態として、産科合併症、胎児の合併症を挙げている⁹⁾。また、Biaggi, A. らによると、妊娠期のうつ症状、不安症状のリスク因子は、パートナーやソーシャルサポートの欠如、虐待や家庭内暴力をうけた経験、精神疾患の既往、計画外/望まない妊娠、ストレスフルなライフイベント、現在/過去の産科合併症、周産期の喪失体験（流産・死産・新生児死亡など）であるとしている²⁾。Furtado, M. らは、周産期における不安症の発症に、教育年数の低さ、拡大家族との同居、出産回数多さ、精神疾患の家族歴、妊娠悪阻、睡眠障害の合併、妊娠中のオキシトシン投与が関連すると指摘している¹¹⁾。

強迫症は周産期に発症することが多く、妊娠前からみられる強迫症は周産期に悪化しやすい。これらは、生殖ホルモンに関連する強迫症のサブタイプと考えられており、月経前にも悪化する傾向を認める¹⁰⁾。

2. 周産期における頻度

Fawcett, E. J. らによると、妊産婦の20.7% (95% (highest density interval (HDI) 16.7~25.4) に不安症、強迫症がみられるとされ⁷⁾、うつ病よりも頻度が高い。Russell, E. J. らによれば、強迫症の有病率は妊娠中2.07%、産後2.43%であり、一般女性(1.08%)に比して高率で、そのリスク比は1.79とされている¹⁵⁾。また、産後のうつ病の3分の2に不安症を合併していたとの報告があり¹⁶⁾、非周産期と同様にうつ病と不安症の合併率は高い。

3. 周産期特有の不安、強迫症状

周産期における不安症、強迫症症状の多くは非周産期にみられる症状と同じであるが、一部に妊娠・出産・児に関する周産期特有のものがある。

1) 分娩恐怖

初産婦に多い。分娩時の耐え難い痛みや自己制御不能な状態に対する著しい恐怖がみられる⁵⁾。

2) 出産に関連した PTSD

緊急帝王切開、著しい恐怖を伴う出産、過去の性的・身体的暴力、児童虐待の既往、極低出生体重児の出産、早産、胎児奇形の診断、重度の産科合併症(重症悪阻・HELLP症候群・妊娠高血圧症候群など)などにより出産体験がトラウマになり、恐怖や無力感などを生じることがある。Yildiz, P. D. らによると、産婦の4.0% (95%CI 2.77~5.71) に出産に関連した PTSD を認める¹⁸⁾。

3) 児に対する汚染恐怖、加害恐怖、加害衝動

妊娠期には、感染症、薬剤、放射能、電磁波など胎児に影響を与える可能性があるものへの不安や恐怖がみられる。また、産後は、子どもの安全や健康に対して過度に敏感になり、「(偶然または故意に)子どもを傷つけてしまうのではないか」などの考えが繰り返し思い浮ぶ(侵入思考)ことがある³⁾。これらの不安、恐怖、侵入思考は、多くの一般の妊産婦においてみられるが、通常は一時的であり著しい苦痛は伴わない。一方、高度な不安、恐怖、侵入思考が妊産婦に生活機能障害をもたらし、著しい苦痛を与えている場合には不安症または強迫症の可能性がある。強迫症の患者では不潔なものに汚される不安などを訴え、手洗いや入浴などの洗浄行為を繰り返し、その行為に家族を巻き込むといった汚染-洗浄タイプの強迫症状を示すものが多い。

また、望まない妊娠や思いどおりにいかない育児を担う妊産婦に、児への加害衝動が生じ、恐怖や不安を伴うことがある。幼少期に被虐待経験のある親が「自分の親がしたように自分も子どもを叩いてしまう」と世代間伝達への怖れをもつことも少なくない。加害恐怖や加害衝動は、周産期うつ病、ボンディング障害、産褥精神病などでもみられ、母親の育児負担の大きさやソーシャルサポートの欠如との関連が指摘されている⁶⁾。

4. 周産期の不安、強迫症状が妊娠や児に与える影響

妊産婦に高度の不安がみられると産科合併症のリスクが高まり¹²⁾、児の副交感神経系、免疫系、精神発達機能に影響

表 4-3 GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) 日本語版 (2018)

この2週間、次のような問題にどのくらい頻繁に悩まされていますか？	全くない	数日	半分以上	ほとんど毎日
1. 緊張感、不安感または神経過敏を感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 心配することを止められない、または心配をコントロールできない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. いろいろなことを心配しすぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. くつろぐことが難しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. じっとしていることができないほど落ち着かない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. いらいらしがちであり、怒りっぽい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 何か恐ろしいことがおこるのではないかと恐れを感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

あなたがいずれかの問題に一つでもチェックしているなら、それらの問題によって仕事をしたり、家事をしたり、他の人と仲良くやっていくことがどのくらい困難になっていますか？

全く困難でない	やや困難	困難	極端に困難
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

©Kumiko. Muramatsu 「GAD-7 日本語版 2018 版」
無断転載・複写・複製・電子化、転送化を禁じます。

(村松公美子：Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-15) 日本語版および Generalized Anxiety Disorder-7 日本語版—up to date—. 新潟青陵大学大学院臨床心理学研究, 7 ; 35-39, 2014¹⁴⁾より)

響を及ぼす可能性が指摘されている⁸⁾。また母親が強迫症を有していると、養育能力や quality of life が低下し、母子相互作用にも負の影響を与えることが報告されている⁴⁾。

IV. 不安症、強迫症をもつ妊産婦への対応

1. 産婦人科、母子保健における対応

一般の妊産婦にみられる不安・恐怖・侵入思考と、精神科治療の対象となる不安症・強迫症の症状は連続性を有するため見過ごされやすい。産婦人科医、助産師、保健師らは妊産婦の不安症・強迫症の疾患特性や有病率を認識し、エジンバラ産後うつ病自己評価票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale : EPDS) の質問 3, 4, 5, Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)¹⁴⁾(表 4-3)などを参考に不安について尋ねてみる。

不安・恐怖・侵入思考をもつ患者に対しては、産婦人科医、助産師、保健師らが十分に傾聴・受容・共感する機会を提供する。子どもの安全や健康を望む親としての心情に寄り添い、「(そのような状況で) 不安や恐怖を感じるのは当然のことです」と伝え、ノーマライズ (普遍化、一般化) する。それにより「不安や恐怖を感じるのは私だけではない」と患者の孤独感を和らげ、安心感、肯定感をもたらし、

症状を軽減させると考えられる。患者の加害衝動が実際の攻撃性につながってしまうというエビデンスはない³⁾が、加害衝動が長期にわたって続くケースなどでは不適切な養育につながりやすく、母子保健・児童福祉の連携のもと、ソーシャルサポートや児の安全の確保に努める。不安・恐怖・侵入思考などが妊産婦に著しい苦痛や生活機能障害をもたらしている場合は、連携可能な精神科への受診勧奨が提案される。

妊娠前より不安症・強迫症をもつ患者が精神科通院や服薬を中止している場合には、患者に現在の症状と中止理由を尋ねる。著しい苦痛や生活機能障害を認める場合や、過去に薬物治療が奏功していた場合は、精神科 (かかりつけ医もしくは連携可能な精神科) への受診勧奨が提案される。

2. 精神科における対応

精神科医は不安症、強迫症の診断と重症度を評価し、患者の不安や強迫症状が母児双方の心身の健康に与える影響を考え、共同意思決定 (shared decision making : SDM) にて治療のリスクやベネフィットに関して患者とその家族と十分に話し合い、治療方針の決定を支援する。集中的な精神療法を継続しても改善が得られない、または部分的な改善しか得られず、患者とその家族がそのリスクを十分に理

解し希望する場合に薬物療法を選択することが提案される。一方、妄想や自殺念慮を伴う場合には、精神療法を実施すると共に、うつ病や精神病の合併の可能性を検討し、適切な薬物療法の導入が必要と考えられる。自殺、母子心中、児に対する加害などのリスクが高いと判断される場合には精神科入院治療や母子分離も一案である。

妊婦、授乳婦に対する選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitor : SSRI)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors : SNRI)、ベンゾジアゼピン系薬剤の投与がもたらすリスクの詳細については各論12「妊産婦と向精神薬」を参照されたい。不安症・強迫症に対しては、妊産婦本人が過去に使用歴があり、有効性、受容性が確認されている SSRI を選択することが提案される。うつ病合併例、社交不安症、パニック症、全般不安症に対しては、SNRI (ベンラファキシン) も効果が期待される (不安症に対しては国内保険適用外)。ベンゾジアゼピン系薬剤は重度の不安に対する短期間の使用にとどめ、妊娠や授乳を計画する段階で徐々に減量・中止するように努める。

文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野 裕監訳 : DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014)
- 2) Biaggi, A., Conroy, S., Pawby, S., et al. : Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression : a systematic review. *J Affect Disord*, 191 ; 62-77, 2016
- 3) Brok, E. C., Lok, P., Oosterbaan, D. B., et al. : Infant-related intrusive thoughts of harm in the postpartum period : a critical review. *J Clin Psychiatry*, 78 (8) ; e913-923, 2017
- 4) Challacombe, F. L., Salkovskis, P. M., Woolgar, M., et al. : Parenting and mother-infant interactions in the context of maternal postpartum obsessive-compulsive disorder : effects of obsessional symptoms and mood. *Infant Behav Dev*, 44 ; 11-20, 2016
- 5) Demšar, K., Svetina, M., Verdenik, I., et al. : Tokophobia (fear of childbirth) : prevalence and risk factors. *J Perinat Med*, 46 (2) ; 151-154, 2018
- 6) Fairbrother, N., Woody, S. R. : New mothers' thoughts of harm related to the newborn. *Arch Womens Ment Health*, 11 (3) ; 221-229, 2008
- 7) Fawcett, E. J., Fairbrother, N., Cox, M. L., et al. : The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period : a multivariate bayesian meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 80 (4) ; 18r12527, 2019
- 8) Field, T. : Prenatal anxiety effects : a review. *Infant Behav Dev*, 49 ; 120-128, 2017
- 9) Fischbein, R. L., Nicholas, L., Kingsbury, D. M., et al. : State anxiety in pregnancies affected by obstetric complications : a systematic review. *J Affect Disord*, 257 ; 214-240, 2019
- 10) Forray, A., Focseneanu, M., Pittman, B., et al. : Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry*, 71 (8) ; 1061-1068, 2010
- 11) Furtado, M., Chow, C. H. T., Owais, S., et al. : Risk factors of new onset anxiety and anxiety exacerbation in the perinatal period : a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 238 ; 626-635, 2018
- 12) Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., et al. : Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes : systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 79 (5) ; 17r12011, 2018
- 13) 松永寿人 : 強迫症の診断概念, そして中核病理に関するパラダイムシフト—神経症, あるいは不安障害から強迫スペクトラムへ—. *不安症研究*, 6 (2) ; 86-99, 2015
- 14) 村松公美子 : Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-15) 日本語版および Generalized Anxiety Disorder-7 日本語版—up to date—. 新潟青陵大学大学院臨床心理学研究, 7 ; 35-39, 2014
- 15) Russell, E. J., Fawcett, J. M., Mazmanian, D. : Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women : a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 74 (4) ; 377-385, 2013
- 16) Wisner, K. L., Sit, D. K. Y., McShea, M. C., et al. : Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*, 70 (5) ; 490-498, 2013
- 17) World Health Organization : ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 04/2019). 2019 (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>) (参照 2021-05-24)
- 18) Yildiz, P. D., Ayers, S., Phillips, L., et al. : The prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnancy and after birth : a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 208 ; 634-645, 2017