

第 104 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

ICD-10 の問題点と ICD-11 に向けての課題：F4 神経症性障害、
ストレス関連障害および身体表現性障害

塩 入 俊 樹 (岐阜大学大学院医学研究科精神病理学分野)

1. はじめに

1992 年に世界保健機構 (WHO) によって作成された ICD-10・第 5 章「精神及び行動の障害」の「臨床記述と診断ガイドライン」は、翌年融らの監訳によって出版され¹⁴⁾、わが国での使用が始まった。したがって、現在までに 15 年以上の臨床経験が得られたことになる。これらの使用経験を基に問題点を提示し、来る ICD-11 に向けての課題を明らかにすることが、本シンポジウムの目的である。著者の担当は F4、つまり、「神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害」である。本稿では、まず F4 の概観およびその成り立ちを示してから、ICD-10 の問題点についてこれまでの知見に著者の若干の臨床経験を加えて示していきたい。尚、問題点については総論と各論に分け具体的に述べる。

またご承知のように、WHO は 2015 年の ICD-11 への改訂をめざすにあたり、まず分類に関する科学、臨床、そして公衆衛生面でのエビデンスの体系的なレビューと専門家からの提案を収集することとした。この情報を得るため WHO は、インターネットのサイト (<http://extranet.who.int/icdrevision>) を活用するという新たな方法を用いた。このサイトは 2007 年 4 月から全ユーザーに解放され、それから約 2 年間にわたってコメントが集積される予定である。そこで本稿では、これまでに集まっている精神疾患関連 (ICD-10 では F コード、第 5 章 “Chapter V” とも呼ばれる) のコメントのうち、F4 カテゴリ

ーに関するものについても紹介したい。

2. ICD-10 の F4 カテゴリーについて

表 1 および表 2 に ICD-10 の F4 カテゴリーとそれに対応する ICD-9 および DSM-IV の疾患について示した。これらを見ると明らかなように、F4 カテゴリーは ICD-9 の神経症の大部分 (抑うつ神経症は気分障害に含まれる) に急性ストレス反応と不適応反応を加えたものとなっている。ちなみに DSM-IV で考えてみると、F4 カテゴリーは不安障害、身体表現性障害、解離性障害、適応障害の 4 つの大分類を包括した概念となる。したがって、一般的に ICD-10 は DSM-III と DSM-III-R の影響が強いとされるが、F4 カテゴリーに限ってみると、その枠組みはむしろ ICD-9 を世襲したものと考えてよい。ICD-10 では、F4 の序論として「神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害を 1 つの大きな包括群にまとめた。なぜなら、これらは神経症概念と歴史的に関連しており、その大部分 (どのくらいかは不明だが) が心理的原因と関連しているからである。」との記述がなされている¹⁴⁾。

さらに F4 カテゴリーは、「F40 恐怖症性不安障害」、「F41 他の不安障害」、「F42 強迫性障害」、「F43 重度のストレス反応および適応障害」、「F44 解離性 (転換性) 障害」、「F45 身体表現性障害」、そして神経衰弱や離人・現実感喪失症候群などの「F48 他の神経症性障害」の 7 つの亜系分類に分かれ、さらに細分化される (表

表1 F4 カテゴリーに関する ICD-10, ICD-9 と DSM-IV の対照表 (その1)

ICD-9	ICD-10	DSM-IV
	F4 神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害	
300.2 恐怖状態(恐怖症) 300.0 不安状態(不安神経症)	F40 恐怖症性不安障害 F40.0 広場恐怖[症] .00 パニック障害を伴わないもの .01 パニック障害を伴うもの F40.1 社会恐怖[症] F40.2 特定の(個別的)恐怖症 F40.8 他の恐怖症性不安障害 F40.9 恐怖症性不安障害, 特定不能のもの	不安障害 300.22 パニック障害の既往歴のない広場恐怖 300.21 広場恐怖を伴うパニック障害 300.23 社会恐怖(社会不安障害) 300.29 特定の恐怖症 300.00 特定不能の不安障害
300.0 不安状態(不安神経症) 300.0 不安状態(不安神経症) 300.4 神経症性抑うつ 296.1 躁うつ病, 抑うつ型 300.0 不安状態(不安神経症) 300.0 不安状態(不安神経症) 300.2 恐怖状態(恐怖症) 300.0 不安状態(不安神経症)	F41 他の不安障害 F41.0 パニック[恐慌性]障害 F41.1 全般性不安障害 F41.2 混合性不安抑うつ障害 F41.3 他の混合性不安障害 F41.8 他の特定の不安障害 不安ヒステリー F41.9 不安障害, 特定不能のもの	300.01 広場恐怖を伴わないパニック障害 300.02 全般性不安障害 (小児の過剰不安障害を含む) 300.00 特定不能の不安障害
300.3 強迫神経症	F42 強迫性障害[強迫神経症] F42.0 強迫思考あるいは反復思考を主とするもの F42.1 強迫行為(強迫儀式)を主とするもの F42.2 強迫思考および強迫行為が混合するもの F42.8 他の強迫性障害 F42.9 強迫性障害, 特定不能のもの	300.3 強迫性障害
308 急性ストレス反応 .0 主として感情障害 .1 主として意識障害 .2 主として精神運動障害 .3 その他 .4 混合(型) .9 詳細不明 該当コードなし 309 不適応反応 .0 短期抑うつ反応 .1 遷延性抑うつ反応 .2 主として他の感情障害を伴うもの .3 主として行為障害を伴うもの .4 感情と行為の混合障害を伴うもの .8 その他 308.3 急性ストレス反応, その他 309.8 不適応反応, その他 308.9 急性ストレス反応, 詳細不明 309.9 不適応反応, 詳細不明	F43 重度ストレス反応および適応障害 F43.0 急性ストレス反応 F43.1 外傷後ストレス障害 F43.2 適応障害 .20 短期抑うつ反応 .21 遷延性抑うつ反応 .22 混合性不安抑うつ反応 .23 主として他の情緒の障害を伴うもの .24 主として行為の障害を伴うもの .25 情緒および行為の混合性の障害を伴うもの .28 他に特定の症状が優勢なもの F43.8 他の重度ストレス反応 F43.9 重度ストレス反応, 特定不能のもの	308.3 急性ストレス障害 309.81 外傷後ストレス障害 311 特定不能のうつ病性障害 309.x 適応障害 309.0 抑うつ気分を伴うもの 309.0 抑うつ気分を伴うもの 309.28 不安と抑うつ気分の混合を伴うもの 該当コードなし 309.3 行為の障害を伴うもの 309.4 情緒と行為の混合した障害を伴うもの 309.24 不安を伴うもの 309.9 特定不能 308.3 急性ストレス障害 309.9 適応障害, 特定不能
300.1 ヒステリー	F44 解離性(転換性)障害 F44.0 解離性健忘 F44.1 解離性遁走[フーグ] F44.2 解離性昏迷 F44.3 トランスおよび憑依障害 F44.4 解離性運動障害 F44.5 解離性けいれん F44.6 解離性知覚麻痺[無感覚] および知覚[感覚]脱失 F44.7 混合性解離性(転換性)障害 F44.8 他の解離性(転換性)障害 .80 ガンザー症候群(的はずれ応答) .81 多重人格障害 .82 小児期あるいは青年期にみられる一過性解離性(転換性)障害 .88 他の特定の解離性(転換性)障害 F44.9 解離性(転換性)障害, 特定不能のもの	300.12 解離性健忘 300.13 解離性遁走 300.15 特定不能の解離性障害 300.11 転換性障害, 運動の症状または欠陥を伴うもの 300.11 転換性障害, 発作またはけいれんを伴うもの 300.11 転換性障害, 感覚性の症状または欠陥を伴うもの 300.11 転換性障害, 混合性症状を示すもの 300.15 特定不能の解離性障害 300.14 解離性同一性障害 300.15 特定不能の解離性障害 300.15 特定不能の解離性障害

表2 F4 カテゴリーに関する ICD-10, ICD-9 と DSM-IVの対照表 (その2)

ICD-9	ICD-10	DSM-IV	
300.1 ヒステリー	F45 身体表現性障害 F45.0 身体化障害 F45.1 鑑別不能型[型分類困難な] 身体表現性障害	身体表現性障害 300.81 身体化障害 300.81 鑑別不能型身体表現性障害 300.7 心気症 300.7 身体醜形障害	
300.7 心気症	F45.2 心気障害	該当コードなし (300.81 特定不能の身体表現性障害)	
306 精神的諸要因による身体的病態	F45.3 身体表現性自律神経機能不全		
306.2 心血管	.30 心臓および心血管系		
306.4 胃腸	.31 上部消化管 .32 下部消化管		
306.1 呼吸器	.33 呼吸器系		
306.5 泌尿生殖器	.34 泌尿生殖器系		
306.8 その他	.38 他の器官あるいは系		
300.1 ヒステリー	F45.4 持続性身体表現性疼痛障害		307.8 x 疼痛性障害 .80 心理的要因と関連した疼痛性障害 .89 心理的要因と一般身体疾患の両方に関連した疼痛性障害
306.0 筋・骨格	F45.8 他の身体表現性障害		該当コードなし (300.81 特定不能の身体表現性障害)
306.6 内分泌			
308.7 特殊感覚器	心因性 ・月経困難症 ・嚥下困難 ・皮膚掻痒	該当コードなし (300.81 特定不能の身体表現性障害)	
308.8 その他	F45.9 身体表現性障害, 特定不能のもの		
306.5 泌尿生殖器			
306.4 胃腸			
306.3 皮膚			
306.9 詳細不明		300.81 特定不能の身体表現性障害	
300.5 神経衰弱	F48 他の神経症性障害 F48.0 神経衰弱	該当コードなし 300.6 離人症性障害 300.15 特定不能の解離性障害(離人を伴わない 現実感喪失の場合)	
300.6 離人症候群	F48.1 離人・現実感喪失症候群	該当コードなし	
300.8 その他の神経症的障害	F48.8 他の特定の神経症性障害	該当コードなし	
300.9 神経症, 詳細不明	F48.9 神経症性障害, 特定不能のもの	該当コードなし (300.9 特定不能の精神疾患(非精神病性))	

1 および表2, 参照)。

3. ICD-10 の F4 カテゴリーの問題点

1) 総論的な問題点

まず問題となるのは、神経症概念や心理的原因が関連していると思われる疾患を1つの大きな包括群としてまとめた点である。WHOでは、ICD-11の作成に際してDSMとの互換性が重要であることを明言化しており¹¹⁾、この意味からもF4カテゴリーがICD-11でも適用されるかどうか、興味があるところである。

また7つの分類についても問題点がある。例えば、ICD-10では、いわゆる不安障害を「F40 恐怖症性不安障害」と「F41 他の不安障害」の2つに分けている。この分類は1978年に発表されたICD-9の不安神経症と恐怖神経症という分類を世襲したものと思われるが、30年近く経った現在では、このような分類自体の診断学的意味も

はなはだ疑問になってきている。ちなみに、DSM-IVではF40とF41、そしてF42とF43の一部は不安障害として1つの大分類にまとめられている⁴⁾。

次に、「F43 重度ストレス反応および適応障害」についてである。重度のストレス反応には、「F43.0 急性ストレス反応」と「F43.1 外傷後ストレス障害 (PTSD)」が含まれているが、特に後者のような何らかの脳器質的な変化が想定されている疾患と⁹⁾、明らかなストレスがあれば原則的には誰でもがなり得るよう可能性がある適応障害とが同一グループとして分類されていることは問題であろう。そもそも、F43やF44では記述的な分類ではなく、病因論的な分類方法を取っている点で、国際診断基準的には逆行している(但し、後述するが臨床的には使用しやすい場合もある)。いずれにせよ、「ストレス関連障害は症候論的に体系化されていない」という指摘がすでにな

されているので¹⁰⁾、ICD-11では全面的な改訂がなされるものと思われる。

第4番目の問題点は「F44 解離性(転換性)障害」である。ご存じのように、転換性障害は、ICD-10では「F44 解離性(転換性)障害」に含まれるのに対して、DSM-IVでは身体表現性障害の1つとして分類されている^{4,14)}。著者はICD-10のようにいわゆる古典的なヒステリー症状を1つにまとめた方が臨床的には自然に思える一人であるが、Guzら(2004)は転換性障害と身体化障害ではいくつかの共通の症状があることを示しており⁸⁾、転換性障害、解離性障害、そして身体化障害の関連性や分類については、今後更なる検討が必要であろう。

5つ目は、ICD-10で一番問題の指摘の多い「F45 身体表現性障害」である。前述の「臨床記述と診断ガイドライン」によると、「身体表現性障害の主病像は、所見は陰性が続き、症状にはいかなる身体的基盤もないという医師の保障にもかかわらず、医学的検索を執拗に要求すると共に、繰り返し身体症状を訴えるものである。」とされている¹⁴⁾。つまり、その身体症状は適切な検査を行っても身体疾患として十分に説明できないものである。実は、前述のWHOのサイトに本シンポジウムの前までに集まった精神科関連のコメントの大部分は、「F45 身体表現性障害」についてである。そしてそのほとんどが、英国のKurt Kroenkeが委員長を務めるワーキンググループ(Working Group of the CISSD Project: Conceptual Issues in Somatoform and Similar Disorders)による提案である⁹⁾。彼らの提案を端的に言えば、「F45は身体疾患としての位置づけを考え、それ自体廃止する。」というものである。その理由としては、①診断の根拠となる“not fully explained(十分には説明されない)”とは何かを確定すること自体がとても困難であること(特に身体疾患合併時)、②“functional syndromes”などの疾患では、例えば身体科医(特にプライマリケア医)は「K 58 過敏性腸症候群」と“Chapter V”の外で診断し、一方精神科医は「F45.32

身体表現性自律神経機能不全、下部消化管」と記載することになり、同じ症状を呈する患者でも診療科によって異なった診断がなされてしまうこと、③そもそもF45については精神保健専門以外の医療従事者は“Medical”とみなしていること、そして④“somatization”, “somatoform”, “psychosomatic”, “functional”, “pseudo-neurological”という用語や概念は患者側には不満で、スティグマも生じやすく、またその用語の使用によって後の治療関係や治療結果に悪影響を与えかねないこと(患者がより受諾できるものの方が不必要な症状の悪化を避けることができる)等、を挙げている⁹⁾。また彼らは、もし仮にF45を残すのであれば、“説明されない症状”が存在することだけで精神疾患であるとはいえないので、心理学的な診断基準を入れることも提案している⁹⁾。

最後に、F4カテゴリーからやや逸脱するが、Watson(2005)の提案を紹介したい。彼は気分障害と不安障害は“emotional disorders”として包括されるべきであり、さらに①bipolar disorders, ②distress disorders, ③fear disordersの3つの亜系に分類されるとした¹³⁾。この指摘が適切かどうかは定かではないが、気分障害と不安障害を再考する機会を与えたという意味で、重要な指摘であろう。

2) 各論的な問題点

ICD-10の各論的な問題点については、先に示した7つの亜系分類ごとに述べることにする。

① F40 恐怖症性不安障害

ここではまず、広場恐怖とパニック障害のヒエラルキーの問題がある。ICD-10では、広場恐怖(Agoraphobia)の診断的ヒエラルキーをパニック障害よりも上位とし、「F40.00 広場恐怖、パニック障害を伴わないもの」としている(表1参照)。これは、今から四半世紀以上前に上梓されたDSM-IIIの影響によるところが大きい²⁾。しかしながら、DSMでは1987年のDSM-III-Rにおいてすでにその診断的ヒエラルキーは逆転し³⁾、以後20年以上にわたりパニック障害の診断的上

位性は変わっていない⁴⁾。したがって、DSM との互換性を重要視する ICD-11 では、当然 DSM に従うものと思われる。

また、「F40.8 他の恐怖症性不安障害」と「F40.9 恐怖症性不安障害、特定不能のもの」については、邦訳だけの問題かもしれないが、前述の「臨床記述と診断ガイドライン」や研究のための診断基準である ICD-10-DCR でも具体的な記載がなく、それぞれの差異がわからない。ちなみに、同様のことは他の 6 つの亜系分類においてもみられる。

② F41 他の不安障害

ここでも前述したような広場恐怖とパニック障害のヒエラルキーの問題があるが、その他としては、臨床の、特にプライマリケアの現場でよく用いられている「F41.2 混合性不安抑うつ障害」の明確な基準がないことが、まず挙げられる。現実的に精神科の専門医ではないプライマリケア医が F コードを選択するのであるから、やはり明確な診断基準が欲しいところである。あるいは逆に、不安と抑うつは当然混在するものであるから、そもそもこのような全てに当てはまってしまうような診断名を排除するという荒業もあるかもしれない。

また、「F41.3 他の混合性不安障害」という分類がある。ICD-10 によると、「F41.1 全般性不安障害 (GAD) の基準を満たし、かつ F40～F48 の障害の主要な特徴 (しばしば短期間しか続かないが) をもつが、その基準を完全には満たさないものに対して使用すべきである。」と書かれている¹⁴⁾。果たして本当にこのカテゴリーが必要かどうか、はなはだ疑問である。

最近、Rubio と López-Ibor (2007) は、GAD 患者を 40 年間フォローアップした結果、最も優勢な臨床状態は鑑別不能型身体表現性障害であったと報告している¹²⁾。著者の拙い臨床経験でも同様の印象があるが、そもそも不安障害における身体症状なのか、あるいは身体化による不安なのかを正確に見極めることは困難であり、実際、経過中の両疾患の移行は相当存在するものと思われる。

したがって、ICD-11 作成に際して GAD や鑑別不能型身体表現性障害の疾患単位としての独立性の問題も検討されるかもしれない。

③ F42 強迫性障害 (OCD)

表 1 をみると明らかなように、F42 の下位分類は強迫思考と強迫行為で特定される。臨床的には一見分類しやすいように思えるが、例えば、本当に「F42.1 強迫行為 (強迫儀式) を主とするもの」、つまり、強迫思考をほとんど認めず、強迫行為が中心である病状を強迫性障害としていいのかということである。強迫行為は強迫思考を中和するための代償行為として捉えた場合、強迫思考は程度の差こそあれ、必ず存在するのではないかと著者は考える。もし強迫儀式が主で、強迫思考が存在しない場合、それは常同行為に限りなく近くなってしまわないだろうか。さらに、そもそも強迫思考と強迫行為でなされる下位分類が臨床的に、あるいは疫学的にどのような価値があるのか、あるいは研究でよく用いられている“checker”と“washer”という分類についてはどうなのであろうか、様々な疑問が浮かんでくる。OCD の下位分類については再考が必要かもしれない。

さらに細かいことであるが、研究用の診断基準である ICD-10-DCR¹⁵⁾ に関しては、強迫症状の持続期間が“2 週間以上連続”とあるが、DSM-IV では規定はなく、反対に強迫症状によって浪費する時間については、DSM-IV では“1 日 1 時間以上”とあるものの、ICD-10 では記載がない。この辺の整合性についても ICD-11 では問題とならう。

④ F43 重度のストレス反応および適応障害

ICD-10 では、各疾患でストレスと発症時期が異なっている。具体的には、急性ストレス反応 (ASR) では 1 時間以内、PTSD では 6 か月以内、そして適応障害では 1 か月以内となっている¹⁴⁾。それぞれの期間が本当に適切であるのか、多施設での大規模な検討が必要と思われる。

また、「F43.2 適応障害」にはさらに 7 つの下位分類が示されているが、5 つしかない DSM-IV

表3 PHQ-15⁷⁾

PHQ-15	0:全く 悩んでいない	1:少し 悩んでいる	2:非常に 悩んでいる
a. 胃痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 腰痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 腕・足・関節痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. 月経痛(女性のみ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. 頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. 胸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. めまい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. 失神	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. 動悸・頻脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. 息切れ・呼吸促進	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. 性交時痛・性交障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. 便秘・下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. 吐気・鼓腸・消化不良	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. 倦怠感・気力低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. 睡眠の悩み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

に比べるとかなり複雑である。加えて、「F43.20 適応障害, 短期抑うつ反応」と「F43.21 適応障害, 遷延性抑うつ反応」の病期の問題もあろう。具体的には, 前者は1か月を超えないし, 後者は2年を超えないとされているが¹⁴⁾, やはり恣意的な印象を拭えない。

⑤ F44 解離性(転換性)障害

まず気づくことは, 下位分類の多さであろう(表1参照)。この傾向は他の項目でもすでに指摘したが, 特に「F44 解離性(転換性)障害」では顕著である。そもそもICDが医療統計のために作成された経緯を考えると納得すべきかもしれないが, 原因のはっきりしない精神疾患に対して分類のみを詳細にしてみたところで, 本質的なものは見えてこないし, かえって煩雑となり臨床上の利便性が失われることになりはしないだろうか。ちなみにDSM-IVでは, ICD-10で示されている12の下位分類を半分以下の5つの疾患で表している⁴⁾。

またAlexanderら(1997)は, “brief dis-

sociative stupor”という非常に短期間の解離性昏迷の概念を提唱している¹⁾。最近わが国では臨床現場で以前ほど解離性昏迷をみることはなくなり, 彼らの結果にコメントをする知識も経験もないが, 彼らの対象は全てインド人であることから文化差の問題もあるかもしれない。いずれにせよ, 国際的で広範囲な使用を前提としているICDとしては, 検討の余地があろう。

⑥ F45 身体表現性障害

「F45.0 身体化障害」について前述のKroenkeら(2007)は, 現行の診断基準は厳しすぎ, ごく一部の患者を捉えるだけなので, より幅の広いカテゴリーとした方が臨床的に有用であるとした⁹⁾。具体的には, 症状項目を少なくし, 閾値を下げる必要がある⁹⁾。さらに彼らは, 身体化障害に代表されるいわゆる“Multi-system diseases”は誤診しやすいのでチェックリストの必要性も合わせて求めている⁹⁾。表3は身体表現性障害に対するチェックリストの1つであるPHQ-15 (Patients Health Questionnaire somatic symptom

severity scale-15) を示した。参考にされたい。

また Kroenke ら (2007) は「F45.2 心気障害」について、そのスティグマゆえに“Health Anxiety (健康不安)”と改称すべきであると提案している⁹⁾。さらに ICD-10 では、DSM-IV と異なり、醜形恐怖性障害 (DSM では身体醜形障害) が心気障害に含まれているが、DSM との互換性を考えた場合、何らかの修正が必要となるかもしれない。

「F45.4 持続性身体表現性疼痛障害」に関して Kroenke ら (2007) は、①独立した疾患単位としての研究が不十分であること、②疼痛の専門家はこのカテゴリーを用いないこと、③例えば、腰痛、頭痛、線維筋痛症、非心臓性胸痛などのように“Chapter V”以外の ICD にリストがあること、さらに④慢性疼痛患者のごく一部をこのカテゴリーに当てはめることは非常に恣意的であり、もし当てはめた場合でもほとんどのケースで心理的因子は存在しないこと、を指摘し、この病名は廃止すべきとしている⁹⁾。さらに彼らは慢性疼痛とうつ病の comorbidity はよく知られており、双方は二方向性の依存関係にあり、かつ中枢神経系での関連も指摘されているので、もし、疼痛に関連した心理的因子が存在する場合には、例えば、大うつ病性障害、パニック障害、あるいは F 54 他に分類される障害あるいは疾患に関連した心理的及び行動的要因 (DSM では、身体疾患に影響を与えている心理的因子) にコード化すべきと提案している⁹⁾。

また「F45.1 鑑別不能型身体表現性障害」や「F45.3 身体表現性自律神経機能不全」についても、後者は DSM-IV にそもそも存在しないことや前述したような理由 (総論的な問題点の項、参照) から両者ともに廃止すべきであり、もし“Chapter V”でどうしても診断をつけるのであれば、上述したように身体化障害の定義をより包括的なものに改訂した上で用いるべきであるとの意見を述べている⁹⁾。

⑦ F48 他の神経症性障害

まず指摘したいのは、ICD-10 の準備段階から

議論が絶えなかった「F48.0 神経衰弱 (Neurasthenia)」の廃止の問題である。理由としては、①わが国も含めた欧米諸国では現在まれにしか使われていないこと、② DSM-IV にはないこと、さらに③身体表現性障害や性機能不全とオーバーラップすること⁵⁾ や診断の長期的安定性が低いこと⁷⁾ など、が挙げられている。しかしながら、中国などのようにまだ多用されている国もあり、次期 ICD-11 での廃止がスムーズにいくとは限らないのかもしれない。

次に、「F48.1 離人・現実感喪失症候群」が「F44 解離性障害」ではなく、F48 に含まれていることも、DSM との互換性を考えると検討の余地があろう。

最後に「F48.8 他の特定の神経症性障害」についてである。この分類には、ブリケ障害、ダート症候群、コロ、ラター、書痙を含む職業神経症、精神衰弱 (psychasthenia)、精神衰弱神経症、心因性失神等々、いわゆる古典的なヒステリーから文化的背景に基づいた風土病とも言うべきものまで実に雑多な疾患が含まれている。詳しくみると、例えばブリケ障害は DSM では身体化障害のことをさすが⁴⁾、ICD-10 ではもう少し広い概念のようである¹⁴⁾。しかしながら、なぜブリケ障害が ICD-10 の身体化障害に含まれていないのかわからない。また DSM-IV からは、ラターは解離性障害、書痙は社会不安障害、心因性失神は特定の恐怖症か転換性障害などと考えるが、いかなるものであろうか。

4. おわりに

F4 は、神経症性障害、ストレス関連障害、身体表現性障害など、神経症概念と歴史的に関連しており、大部分が心理的原因と関連している疾患を1つの大きな包括群にまとめたものである。従って、この包括自体が最新のエビデンスに照らし合わせて本当に適切かどうか、そうした根本的な問題から解決していかなければならない。さらに、各下位分類、あるいは個々の疾患単位についての診断基準にも、前述したようにそれぞれ臨床的な

不具合がいろいろと指摘されている。中でも、身体表現性障害については、新たに身体疾患としての位置づけを考え、それ自体廃止するなど、精神疾患であることを否定するような意見も出ており、ICD-11での改訂がどのようになされるかが注目される。また、WHO自体がDSMとの互換性を重要視していることは、臨床的には好ましいと思われる。

診断基準はより治療的であることが最も大切であり、その意味からは国際的な統計のために作成されてきた今までのICDには自ずと限界があるのも事実である。ICD-11では、その壁を越えて、世界中の精神科医が日常臨床で戸惑いなく使用でき、そしてそれが最も治癒のための近道であることが強く望まれる。

文 献

- 1) Alexander, P.J., Joseph, S., Das, A.: Limited utility of ICD-10 and DSM-IV classification of dissociative and conversion disorders in India. *Acta Psychiatr Scand*, 95 (3); 177-182, 1997
- 2) American Psychiatric Association: Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-III. The American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1980 (高橋三郎, 花田耕一, 藤縄 昭: DSM-III 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 東京, 1982)
- 3) American Psychiatric Association: DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd revision edition. The American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1987 (高橋三郎, 花田耕一, 藤縄 昭: DSM-III-R 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 1987)
- 4) American Psychiatric Association: DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text Revision. The American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1994 (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版. 医学書院, 東京, 2002)
- 5) Bankier, B., Aigner, M., Bach, M.: Clinical validity of ICD-10 neurasthenia. *Psychopathology*, 34 (3); 134-139, 2001
- 6) Bremner, J.D.: Neuroimaging in post-traumatic stress disorder and other stress-related disorders. *Neuroimaging Clin N Am*, 17 (4); 523-538, 2007
- 7) Gamma, A., Angst, J., Ajdacic, V., et al.: The spectra of neurasthenia and depression: course, stability and transitions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257 (2); 120-127, 2007
- 8) Guz, H., Doganay, Z., Ozkan, A., et al.: Conversion and somatization disorders; dissociative symptoms and other characteristics. *J Psychosom Res*, 56 (3); 287-291, 2004
- 9) Kroenke, K.: Somatoform disorders and recent diagnostic controversies. *Psychiatr Clin North Am*, 30 (4); 593-619, 2007
- 10) López-Ibor, J.J.: The classification of stress-related disorders in ICD-10 and DSM-IV. *Psychopathology*, 35 (2-3); 107-111, 2002
- 11) Mezzich, J.E., Salloum, I.M.: Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-11 and person-centered integrative diagnosis. *Acta Psychiatr Scand*, 116 (1); 1-5, 2007
- 12) Rubio, G., López-Ibor, J.J.: Generalized anxiety disorder: a 40-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*, 115 (5); 372-379, 2007
- 13) Watson, D.: Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *J Abnorm Psychol*, 114 (4); 522-536, 2005
- 14) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO, Geneva, 1992 (融 道男, 中根允文, 小見山実: ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 東京, 1993)
- 15) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. WHO, Geneva, 1993 (融 道男, 中根允文, 小見山実: ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 東京, 1993)