

第104回日本精神神経学会総会

専門医を目指す人の特別講座

いわゆる「神経症」の診断と診断のための面接

平島 奈津子 (昭和大学医学部精神医学)

1. はじめに

「専門医のための特別講座」は、専門医を目指す医師を対象として、各テーマごとに、平成19年度からの3年間に概念、診断と治療計画、治療について、それぞれ別の演者が講演し、テキストを作成するものである。

精神科専門医の研修目標として、ICD分類¹⁾やDSM分類¹⁾の診断基準を把握することは不可欠であるが、それのみでは、実際の精神科診療がたちゆかないのも、また紛れもない事実であろう。ICD分類やDSM分類は、従来の精神科診断につきまわっていた精神科医の主観や経験による「誤差」をできるだけ排除すべく、「誰もが同じように見極められる臨床的事実に基づいた」客観的な診断基準を目指している。しかし、厄介なのは、客観的であることが必ずしも正確とは限らず、また、十分でもないという点である。実際、DSM分類は「DSM 100年計画」という言葉が囁かれるくらい、試行錯誤を繰り返している。また、その改訂には政治的な駆け引きが存在することは周知の事実である。

したがって、ICD分類やDSM分類の診断基準を学ぶ際には、ただ鵜呑みにするのではなく、その診断基準にとって何が特徴で、何が今後の課題であるかをとらえ、また、その疾患がもつ歴史的な含蓄を理解することが必要である。

ICD分類やDSM分類のもうひとつの特徴は、

一部の例外を除いて、原則として「原因を問わない」分類だということである。このため、この診断基準のみに頼る精神科医は、羅列された症状のみを目撃（聴取）するだけで、その患者の真の苦悩には一歩も近づくことができない。すなわち、患者のことは何ひとつ知らないことになり、本当の意味で精神医学的に診断することはできない。

患者を診断することは、当たり前のことであるが、治療のための「最初の一步」である。治療を開始するためには、治療方針をたて、それに基づく計画をたて、見通しをもつことが不可欠である。そのために、診断が必要なのである。その診断のもとに、患者と治療目標と治療の見通しを共有して初めて、患者と共に治療を開始することができる。

本稿では、平成19年の当学会総会で溝部ら¹⁰⁾が概説した「神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害（摂食障害を含む）の疾患の概念と病態の理解」を受けて、これら、いわゆる「神経症」の診断についてICD-10分類に則して概説し、次いで、単なる症状把握目的ではなく、「一個の人間」としての患者の治療に結びつく診断のための面接には何が必要なのかということ論述したい。

2. 診断する上での留意点

ICD分類では「神経症性障害」という言葉は

表1 従来「神経症」と呼ばれていた疾患のICD-10における分類

F 40 恐怖性不安障害	F 44.4 解離性運動障害
F 40.0 広場恐怖	F 44.5 解離性けいれん
F 40.1 社交恐怖（社交不安障害）	F 44.7 混合性解離性（転換性）障害
F 40.2 特定の恐怖症	F 44.8 他の解離性障害（ガンザー症候群，多重人格，心因性もうろう状態）
F 40.8 他の恐怖症性不安障害	F 44.9 解離性（転換性）障害，特定不能のもの
F 40.9 恐怖症性不安障害，特定不能のもの	
F 41 他の不安障害（パニック障害，全般的性不安障害など）	F 45 身体表現性障害
F 41.0 パニック障害	F 45.0 身体化障害
F 41.1 全般的性不安障害	F 45.1 鑑別不能型（分類困難な）身体表現性障害
F 41.2 混合性不安抑うつ障害	F 45.2 心気障害
F 41.3 他の混合性不安障害	F 45.3 身体表現性自律神経機能不全
F 41.8 他の特定の不安障害	F 45.4 持続性身体表現性疼痛障害
F 41.9 不安障害，特定不能のもの	F 45.8 他の身体表現性障害
F 42 強迫性障害	F 45.9 身体表現性障害，特定不能のもの
F 42.0 強迫思考あるいは反復思考を主とするもの	F 48 他の神経症性障害
F 42.1 強迫行為を主とするもの	F 48.0 神経衰弱
F 42.2 強迫思考および強迫行為が混合するもの	F 48.1 離人・現実感喪失症候群
F 42.8 他の強迫性障害	F 48.8 他の特定の神経症性障害
F 42.9 強迫性障害，特定不能のもの	F 48.9 神経症性障害，特定不能のもの
F 43 重度ストレス反応および適応障害	F 34.1 気分変調症
F 43.0 急性ストレス反応	F 50 摂食障害
F 43.1 外傷後ストレス障害（PTSD）	F 50.0 神経性無食欲症
F 43.2 適応障害	F 50.1 非定型神経性無食欲症
F 43.8 他の重度ストレス反応	F 50.2 神経性大食症
F 43.9 重度ストレス反応，特定不能のもの	F 50.3 非定型神経性大食症
F 44 解離性（転換性）障害	F 50.4 他の心理的障害と関連した過食
F 44.0 解離性健忘	F 50.5 他の心理学的障害と関連した嘔吐
F 44.1 解離性遁走	F 50.8 他の摂食障害
F 44.2 解離性混迷	F 50.9 摂食障害，特定不能のもの
F 44.3 トランスおよび憑依障害	

かろうじて残っているが、各疾患についての記述をみると、その「心理学的要素」が必要以上に削ぎ落とされてしまっている。しかし、ICD分類の編纂者の思惑はともかく、いわゆる「神経症」の生物学的エビデンスが蓄積されつつある現代でも、診断や治療を考える上で「神経症」の概念は、「心理学的要素」を伴った「ひとつのまとまり」をもって生き続けているように思う。

従来の「神経症」は、ICD分類¹¹⁾では表1のようになっている。ここでは、紙数も限られており、診断基準を列挙することはできないため、各疾患をICD分類で診断する上での留意点をとりあげたい。

なお、ICD分類では、「他のもの」「特定不能

のもの」というカテゴリーに原則的に詳しい基準を設けていないが、臨床上、これらの分類にせざるをえない場合が少なくないため、問題である。

(1) 恐怖性不安障害 (F 40)

恐怖性不安障害は、従来の「恐怖症」にあたる。これは過剰な恐怖と回避行動を特徴とし、患者は恐怖の不合理性を認識している。なお、醜形恐怖（非妄想性）と疾病恐怖は心気性障害（F 45.2）に分類される。

社交不安障害（SAD）（F 40.1⁴⁾は、人前で恥をかいたり当惑したりすることに過剰に恐怖を抱くあまり、そのような社交状況を回避するもので、「非全般的性」と「全般的性」に大別される。回避性

パーソナリティ障害はしばしば全般性 SAD と併存するが、両者が類似の病態を異なる様式で概念化している可能性を指摘する声もある。

(2) 他の不安障害 (F 41)

パニック障害 (F 41.0) は突発性のパニック発作と予期不安を特徴としており、広場恐怖を伴うことが多い。ICD-10 では、パニック障害に先行して、うつ病が存在する場合には、パニック障害とは診断すべきでなく、その場合のパニック発作はうつ病の二次的症狀と解すべきだとしているが、DSM-IV では併存も可能としている。

全般性不安障害 (GAD) (F 41.1) は種々の過剰な不安の持続や筋肉の緊張などを特徴とする。GAD はしばしばうつ病と併存するが、GAD を軽症うつ病と厳密に鑑別するのは困難である。

(3) 強迫性障害 (F 42)

強迫性障害 (OCD) は強迫観念と強迫行為を特徴とするものである。OCD の中には、必ずしも不安を伴わない病態が含まれるため、不安障害とは独立した診断カテゴリーにすべきとする意見がある。なお、強迫性パーソナリティ障害は OCD の病前性格とはいえず、OCD とは全く別の病像を呈していて、強迫観念や強迫行為の存在はその特徴とはなっておらず、むしろ順序だて、完全癖、制御へのとらわれの広範な様式がみられる。

(4) 重度ストレス反応および適応障害 (F 43)

ICD 分類では原則的に疾患の「原因は問わない」が、重度ストレス反応および適応障害は例外である。これらの疾患は、原因になる出来事なしには起こらなかったと考えられる。

急性ストレス反応 (ASD) (F 43.0) は、極度に強い心身に対するストレスを受けた直後 (1 ヶ月以内) から出現し、数日以内 (最長 1 ヶ月) に消失し、その主な症状は茫然自失、意識野の狭窄、注意の狭小化、失見当識を伴う困惑などであり、後述する外傷後ストレス障害 (PTSD) と同様の再体験、回避、過覚醒を含むものである。ASD

はその名称だけ見ると、かつて繁用されていた「心因反応」と同義のものと誤解されやすいが、むしろ PTSD との関連で理解すべき疾患である。

PTSD (F 43.1)⁶⁾ は極度に脅威的・破局的なストレスに対する遅延もしくは遷延した反応であり、大半は 3 ヶ月以内に発現し、約半数が 3 ヶ月以内に回復する。再体験、回避、過覚醒に関する症状を呈する。

PTSD に関連して、破局体験後の持続的人格変化 (F 62.0) について触れておきたい。これは、破局体験に引き続いて起こる人格変化で、少なくとも 2 年間続くものとしている。その特徴は世間に対して敵対的あるいは不信感の強い態度、社会的なひきこもり、空虚感あるいは絶望感、よそよそしさ、あたかも「危機に瀕している」という慢性的な感情である。このような人格変化の特徴は、しばしば、境界性パーソナリティ障害 (BPD) との類似性を指摘され、一部の臨床家が BPD を「外傷スペクトラム障害」と考える理由のひとつとされているが、この点については更なる熟考が必要であると思われる。

適応障害 (F 43.2) は、明らかなストレス因子 (急性でも慢性でもよい) があって、症状発現はそのストレス因子の暴露から 1 ヶ月 (DSM-IV では 3 ヶ月) 以内であること、また、ストレス因子の終結から 6 ヶ月以内に症状が消失すること、その他の疾患の診断基準を満たさないことなどが診断基準にもりこまれている。適応障害は、ともすれば「ゴミ箱的診断」になる危険性があるので、診断確定には慎重さを要する。

(5) 解離性 (転換性) 障害 (F 44)

解離性 (転換性) 障害は、以前はヒステリーという診断名で呼ばれていた病態であり、「過去の記憶や同一性と直接感覚の意識および身体運動のコントロールの正常な統合の障害」と定義されている。

転換性障害は、神経疾患や一般身体疾患では説明できない神経症状を示し、心理的な要因によって症状が発現したり増悪したりするものである。

後に何らかの身体疾患を発症することが少なからずあるので、症状が長期間続く場合には再検査を行うことが必要である^{7,8)}。転換性障害の症状は無意識的であり、詐病とは区別される。よくみられる症状は、靴下型・手袋型の無感覚症、円環型視野狭窄、失立、失歩、四肢麻痺、偽発作、舞踏病様不随意運動、難聴などである。なお、ヒステリーと呼ばれていた病態で、神経症状以外の身体症状を示す場合は、身体化障害、疼痛性障害、他の身体表現性障害、性機能不全などに分類される。ガンザー症候群や多重人格は、他の解離性（転換性）障害（F 44.8）に分類される。

(6) 身体表現性障害（F 45）

身体化障害（F 45.0）は、少なくとも2年間に及ぶ多彩かつ動揺性の身体症状の訴えが存在し、それを説明する身体的障害がなく、社会的・対人関係的・家族的機能の障害を来たしているものである。身体愁訴が多彩で動揺性であっても、身体化障害の診断基準を満たさないものは鑑別不能型（分類困難な）身体表現性障害（F 45.1）に分類される。

前述したように、醜形恐怖（非妄想性）は心気障害に入るが、妄想性醜形恐怖（F 22.8）は妄想性障害（他の持続性妄想性障害）に分類される。

身体表現性自律神経機能不全（F 45.3）には、身体的異常に拠らない動悸、咳、しゃっくり、頻尿、排尿困難、空気嚥下症、過敏性腸症候群などが含まれる。

他の身体表現性障害（F 45.8）には、心因性嚥下障害（ヒステリー球を含む）や心因性斜頸などが分類される。

なお、抜毛癖（F 63.3）は、習慣および衝動の障害に分類される。

(7) 他の神経症性障害（F 48）

離人・現実感喪失症候群（F 48.1）は、自分自身の精神活動や身体、周囲が非現実的で疎隔されているかのように質的に変化していると体験するもので、意識は清明で、患者はその変化の非現実

性を認識している。この症候群は統合失調症、うつ病、恐怖症、強迫性障害などの部分症状として現れることがあるが、その場合には、そうした障害を主診断として優先する。

他の特定の神経症性障害（F 48.8）には、書癡の他、ある文化圏に特異的にみられ、その地域で受け入れられている信仰や行動パターンと深く関わっているダット症候群やコロなども含まれる。

(8) 気分変調症（F 34.1）

かつての抑うつ神経症に類似する病態と考えられる気分変調症は、「持続性気分障害（F 34）」に含まれ、数年（DSM-IVでは2年以上とされる）続く抑うつ気分があるが、うつ病性障害の診断基準を満たすほどには重症でないものをいう。うつ病性障害の患者に比して、気分変調症の患者では興味の低下や自己批判が日々の体験になってしまっているため、質問されないと、興味の喪失や自責感は口にしないことが少なくない。気分変調症の症状を示す最初の数年間にうつ病性障害の診断基準を満たす時期がない場合にのみ診断される。

(9) 摂食障害（F 50）

摂食障害は、生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群（F 50～59）に属する。神経性無食欲症（F 50.0）は意図的で持続的な過度の体重減少（標準体重より15%下回る）、拒食、やせ願望、過活動などが認められるものである。神経性大食症（F 50.2）は短時間の間に（DSM-IVでは2時間以内とされている）大量の食物を消費する過食を週2回以上、少なくとも3ヶ月間に亘って繰り返すものをいう。患者は過食をしている時にそれを制御できないという感覚をもっており、また、自己評価は体型や体重の影響を過剰に受けている。

死別や出産などの心因に反応して出現する過食は、他の心理的障害と関連した過食（F 50.4）に分類される。成人の異食症は他の摂食障害（F 50.8）に分類される。

3. いわゆる「神経症」の心理学的要素

いわゆる「神経症」は、精神分析の創始者のS・フロイトによって、その心理学的要素が探求された。フロイトはまずヒステリーの臨床観察から理論を構築していった⁵⁾。

ヒステリーという呼称は、ある場合には疾患単位として用いられたり、別の場合には症状やパーソナリティ傾向として用いられたりすることもある。混乱が生じやすかった⁶⁾。また、日常会話の中で「ヒステリックに騒ぎ立てる」などの言い回しで、感情的に興奮した女性を指して軽蔑的に使用されることも相俟って、ヒステリーという用語は現代の操作的診断基準では使われなくなり、前述したように、それらは転換（解離）性障害などに分類されるようになった。

しかし、ヒステリーという呼称は消えても、その病態に含まれる心理学的要素は、日々の臨床実践には未だに有用である。そもそも、「転換」という術語には、心理的葛藤が身体症状に象徴的に転換されるという意味がこめられている。転換によって、葛藤は意識から遠ざけられることになり、患者は心理的安息を得る。このような疾病への逃避 (flight into illness) による不安の軽減をフロイトは一次的疾病利得 (primary gain) と名づけた。これに対して、症状形成によって社会的責任を回避したり、利益を得たりするものを二次的の疾病利得 (secondary gain) と呼んだ。ヒステリーに限らず、精神疾患全般において二次的の疾病利得は治療の頑固な抵抗となるので、治療を開始するにあたって、二次的の疾病利得を見極め、医療によって新たな二次的の疾病利得を作り出さないように注意する必要がある。その他、ヒステリーの特徴として、「美しき（満ち足りた）無関心」と表現されるような、自分の症状に対する無関心さがある。また、彼らの高い被暗示性は、治療者がそれを認識しているか否かによって、バネにも足かせにもなり得る。

ところで、フロイトは「神経症」の発症機序について、複数の局面からアプローチしている。第一に、神経症症状は患者の無意識的願望や情緒と

それに対する葛藤との妥協形成の現われであるという。たとえば、フロイトの症例エリザベートは、瀕死の姉の夫に対するひそかな愛情をその罪悪感から抑圧し、下肢の疼痛（歩行困難）へと転換させることによって、「愛されたい」願望を「(姉のように) 義兄に抱きかかえられたい」願望に無意識にトーンダウンさせることによって妥協形成をはかり、心理的安息を得たと考えられている。第二に、神経症患者は何らかの心的外傷が解決できないために、そこに固着が起り、症状を通して、「現在の中で心的外傷を体験した過去を生きている(克服しようとしている)」という。第三に、神経症症状は不安に対する防衛の所産であるという。不安(現実不安)はそれ自体は病的なものではなく、外的な危険を知らせる信号として作用し、それによって、逃走もしくは闘争の準備が開始され、心拍数や呼吸数が増えるなどの自律神経亢進症状が起こる。一方、神経症的不安(不安の症状)は、内的な葛藤や衝動によって起こる不安を「内的な危険」として感知した結果として生じる防衛であるという。そのため、症状としての不安を抱えた患者は、本来の不安が何だったのか、わからなくなっているのが特徴である。

以上、精神分析の見地からの心理学的要素について概説したが、森田療法や認知療法などの他の精神療法から得られた含蓄も捨てがたい臨床的パワーをもっていることは言うまでもない。

4. 診断のための面接

治療に結びつく精神医学的な診断を行うために必要な要素について表2に記した。通常、精神医学的治療は年余に亘ることが少なくない。治療開始時に、診断だけではなく、ある程度の治療の見通しを伝えることによって、患者の不安は和らぐ。安定した治療関係の構築に有用である。

実際の臨床に携わっている者なら周知のことであるが、同じ疾患に分類されていても、患者によって実にさまざまな病像を呈している。治療の見通しをつけるためには、まず、個性をもった一人の人間を知ろうとする態度をもち、その上で、症

表2 治療に結びつく診断に必要な要素

症状 発症前後の状況や慢性的なストレス要因など 症状発現がもたらした現実状況の変化や患者自身への影響（疾病利得を含む） 生活史を通して繰り返されている人生のテーマ パーソナリティ（対象関係，不安耐性，衝動制御能力，言語化能力などを含む） 治療動機（医療に対する期待と不安，過去の医療体験を含む） 社会的サポートの有無や程度

状の成り立ちを整理していくことが大切である。必要な情報としては、発症前後の状況（ライフイベントの有無を含む）や慢性的なストレス要因、症状発現がもたらした現実状況の変化や患者自身への影響（疾病利得を含む）に関する情報は、症状の維持・増悪要因を同定するのに有用である。また、対人関係様式，衝動性制御能力，不安耐性能力，言語化能力，社会的サポートなどの情報は、治療過程で生じる問題や対処を予測するのに役立つ。治療動機を確認することによって、依存的・受動的な患者の場合には特に、導入期に現実的な治療目標や協力関係の構築に着手できるので有利である。過去の医療体験の情報は、治療前にすでに形成されている治療者への転移や転移に基づく反応を予測するのに役立つ。

通常、治療は患者がいま現在抱えている問題に焦点付けられ、必ずしも幼少期の葛藤や課題に遡る必要はない²⁾が、生活史を聴取することによって、患者の全体像を理解し、患者の人生を通して繰り返されている人生のテーマを同定できることがある⁹⁾。

なお、診断や治療計画は、治療者が近視眼的な視野に陥って、治療が行き詰った時には、繰り返し見直されるべきものであると筆者は考えている。

5. おわりに

専門医として、ICD分類やDSM分類の知識はいろいろ言われてはいるが、やはり必要なのだろうと思う。その上で、生物学的であり心理学的な存在でもある人間としての患者に対する関心を持ち続けることが大切なのではないかと思う。それ

は、知識だけではなく、臨床的態度やスキルにこそ表れていくものなのかもしれない。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Text revision. American Psychiatric Association Press, Washington, D.C., 2000 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: 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, 2004)
- 2) Balint, M., Balint, E.: Psychotherapeutic Techniques in Medicine. Tavistock Publications, London, 1991 (小此木啓吾監修, 山本喜三郎訳: 医療における精神療法の技法, 誠信書房, 東京, 2000)
- 3) Valenstein, E.S.: Blaming the Brain: the Truth about Drugs and Mental Health. The Free Press, New York, 1998 (功刀 浩監訳, 中塚公子訳: 精神疾患は脳の病気か? みすず書房, 東京, 2008)
- 4) 平島奈津子: 社会不安障害. ガイドライン外来診療 2008, 東京, 日経メディカル開発, p. 352-356, 2008
- 5) 平島奈津子: 神経症論. 精神分析入門 (牛島定信編). 日本放送出版協会, 東京, 2007
- 6) 平島奈津子: 外傷後ストレス障害. 実践診断指針. 日本医師会雑誌特別号, 128; 322, 2002
- 7) 平島奈津子: 神経症 (ヒステリー). 実践診断指針. 日本医師会雑誌特別号, 128; 328, 2002
- 8) 平島奈津子: 転換型ヒステリー. こころの科学, 84; 68, 1999
- 9) Malan, D.H.: Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics. Butterworth & Co., Ltd., London, 1979 (鈴木 龍訳: 心理療法の臨床と科学, 誠信書房, 東京, 1992)
- 10) 溝部宏二, 中込和幸: 神経症性障害, ストレス関

連障害および身体表現性障害（摂食障害を含む）の疾患の概念と病態の理解. 精神経誌, 109; 1157-1164, 2007

11) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders;

Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO, Geneva, 1993 (融 道男, 中根允文, 小見山実ほか監訳: 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, 2005)
