

## PTSD の概念と DSM-5 に向けて

金 吉晴

外傷後ストレス障害 (PTSD) は歴史的には Kraepelin の驚愕神経症などと符合する概念である。PTSD の再体験症状は、体験の内容が症状に反映されるという意味で古典的な Sommers の心因反応の延長上にある。他の構成要素である記憶への回避と過覚醒症状はそれぞれ解離性障害、身体表現性障害 (ICD-10 による身体表現性自律神経機能不全または Da Costa 症候群) とも重なっている。PTSD と合併することの多いうつ病、各種不安障害も含め、これらは広い外傷後反応のスペクトラムを形成している。DSM-5 における改訂草案では、出来事基準、再体験症状の定義が狭くなった一方で、解離が重視され、また麻痺症状は認知と感情の変化として回避症状から分離され、治療に基づいた疾病理解を反映したものとなっている。

〈索引用語：PTSD, 心因反応, 解離, クレペリン〉

### はじめに

外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder: PTSD) は 1980 年の DSM-III に初めて登場して以来、様々な批判検討を加えられつつも、現在まで用いられてきた。この概念は 1952 年の DSM-I における重度ストレス反応 (gross stress reaction), すなわち正常な人格にも圧倒的な恐怖を引き起こす、普通にはないような重度のストレスに対する一過性かつ可逆的な反応の延長上にあるが、症候論的には再体験、回避麻痺、過覚醒の triad が整備されたことが大きく異なる点である。この概念は後述のように歴史的にもいくつかの先行する診断概念を持っており、事実、PTSD の症候論は古典的文献の精査を通じて抽出されたものであるが、PTSD の実際の患者として当時社会的な問題になりつつあったベトナム戦争後症候群の退役軍人が想定されていたために、政治的な意図のもとに作られた概念ではないかとの批判を受け、他方ではベトナム戦争退役軍人に対する補償を目的とした診断ではないかとの疑念をも向けられることとなった。しかしその後、こ

の概念が強姦被害、犯罪被害、事故被害などの様々なトラウマの被害者にも適用できることが示されたこと、国や文化を越えて使用が拡大したこと、PTSD を対象とした治療研究が進歩したこと (とりわけ持続エクスポージャー療法は米国学術会議によって薬物を含めたあらゆる PTSD 治療の中で唯一十分なエビデンスを持っていると認証された<sup>1)</sup>) などにより、この診断概念は徐々に臨床の場に受け入れられてきた。

この間、DSM-III から DSM-IV-TR にかけてこの概念は微修正をされてきたが、このたび DSM-5 の改訂が予定され、ドラフト版においてかなりの変更が予定されている。本稿ではその流れを簡単に振り返ることにしたい。

### I. 歴史的先駆概念

PTSD の前駆型としてしばしばエリクゼン (John Eric Erichsen; 1818~1896 年) の鉄道脊椎症 (railway spine) が言及される。これは当時、急速に勃興しつつあった産業革命の花形ともいべき鉄道の予想外の事故による精神的影響を

医学化しようとした試みである。事故の後、外科的、神経学的な損傷が認められない患者がなかなか精神的に回復しないことについてエリクゼンは脊髄震盪の一種であり、微細な神経損傷が同部位に生じているものと考えた。しかしそのような損傷は確認されなかったこと、疾患的妥当性に関する Page などの反論を受け、後にはこの概念は厳密な疾患ではないことを認めている。米国で発達した PTSD 概念の擁護者たちはおそらく仏独語の文献に親しまないためか、下記のヨーロッパの文献ではなく PTSD の源流としてはこの鉄道脊髄症の他に砲弾恐怖症 (shell shock), Da Costa 症候群などが挙げられることが多い。

それ以外に今日から見て PTSD の前駆型と見なされるものはシャルコー (Jean Martin Charcot; 1825~1893 年) の外傷ヒステリー (nevrose traumatique), オッペンハイム (Hermann Oppenheim) の外傷神経症 (traumatische Neurosen), クレペリン (Emil Kraepelin) の驚愕神経症 (Schrecke Neurosen)<sup>5)</sup> などが挙げられる。これをすべて紹介する余裕はないが、伝統的精神医学にとってきわめて重要なクレペリンの診断体系の中に PTSD とほぼ同じ概念が含まれていたことは鉄道脊髄症や砲弾恐怖症に比べると言及されることが少ないが、DSM-III の制定がクレペリン主義への回帰であったことを考えると、今後の DSM-5 への改訂を考える上でも、彼の概念に言及しておくことは必要であろう。

クレペリンは周知のように、精神医学の教科書の執筆を通じて伝統的精神医学の診断体系を作りあげたが、彼の教科書には「心因反応とヒステリー」と題された章が設けられている。ちなみに DSM-III は新クレペリン主義を標榜して作成されたが、心因反応、ヒステリーを除外したことの根拠をクレペリンに求めることは誤りである。すでに旧聞に属するが、心因反応を排除した DSM-III の中に PTSD が認められたことは著しく均衡を欠くという批判がなされた。1 つには排除したはずの心因反応ではないかという点、また他方では原因に関して基本的に言及しないという診断概

念の基本概念に外れているという点である。前者については、退役軍人局の強い意向によって PTSD が提案されたものの、心因反応を超える疾患の実態がないということで実は一度却下されており、それが復活したのは性同一性障害を取り入れたことに対してこれを疾患扱いするのかという同性愛団体からの抗議を受けて、DSM は疾患ではなく臨床の実用性のための分類であるという弁明をし、その際に他にもそうした診断があるという説明をするために PTSD が採用され、復活したという経緯がある。

また後者については、確かに DSM-III の中で原因に言及されているのは、アルコール薬物などもしくは身体、器質的な障害のみであるし、また第 IV 軸にライフイベントの測定項目が設けられているのであるから、ことさらに PTSD についてのみ原因を診断基準に含める必要はないという主張には一定の説得力がある。ちなみにこの点については、今回の DSM-5, ICD-11 のいずれの改訂作業においても出来事基準を外すという提案が出てきている。

クレペリンの説に戻るが、彼の立論の背景となったのは、当時の大脳局在論に基づいた精神疾患の説明に飽き足らず、心因反応概念を提唱したゾンマー (Karl Robert Sommer; 1864~1937 年) の学説である。彼の心因の定義には発生した症状の内容に誘引となった体験の内容が反映されていることが含まれているが、この点、今日の PTSD の侵入症状と比較すると興味深い。

クレペリンはゾンマーの概念ではヒステリー性疾患を心因反応から十分に区別できないことを不満として、本人の素因による部分が優勢であるものをヒステリーとし、主に外的事象への反応として症状が形成される病態を心因反応とした。彼の心因反応概念の中には、作業神経症、交流精神病、災害精神病が含まれており、災害精神病の中の自己神経症に、驚愕神経症、外傷神経症、外傷ヒステリーが位置づけられている。中でも PTSD の前駆型となるのは驚愕神経症である。

クレペリンの驚愕神経症の概念は、強い情緒的

動揺による精神的、身体的影響の亢進した状態というものであり、DSM-IVの基準に照らすと出来事の特徴（A1基準）よりは、それによる強い同様の存在（A2基準）に力点を置いているかのようである。急性期症状としては錯乱、人物誤認、せん妄などが認められるとされているが、これはDSM-IV-TRにおける急性ストレス障害の概念が、意識障害を主症状として取り上げていることと符合する。また慢性期においては、明識障害、思考困難、錯誤、健忘、記憶障害、興奮、内的不穏などが認められているが、その具体的な記述を見ると、今日のPTSDとの類似に驚かざるをえない。

たとえば彼の記述によれば、「災害の時の2、3の記憶像が強大な力で押し寄せ、同じような出来事が繰り返すという怖れ」、「目立ってのんきになり、自分の体験の恐ろしい細部を一見内的な興奮もなしに話して聞かせる」、「心悸亢進、胸部圧迫感、脈拍数の急激な変化、発汗、充血、冷汗、熱感、めまい、頭痛、倦怠感などの身体的愁訴」という記載が認められる。これら3つの症状は、PTSDの再体験症状、麻痺症状、過覚醒症状と驚くほどよく似ている。また、経過についても、通常2、3ヵ月間で軽快するという指摘は、今日のPTSDにおいて知られていることと一致しているし、中には重篤例があるという指摘も今日の知見と一致している。

しかしながらクレペリンは、自らの記述に対して、再体験症状などの症状論的な命名をすることはなかった。これはおそらく、クレペリンの記述原理が、症候論ないし疾病の形式的な分類を主としており、今日の再体験症状のようにその内容によって定義をされる症状を含むことができなかつたためであろう。彼の症候論によれば再体験症状は妄覚ということになる。同様の事情は対人恐怖症についても認めることができ、対人状況における不安という内容によって定義をされるこの病態はクレペリンの影響下にあった伝統的な症候論の中にはその場を見いだすことができず、社交不安障害（social anxiety disorder：SAD）が採用さ

れるまでは英語文献では *taijinkyofu* などとローマ字表記をされることも珍しくなかったほどである。

## II. トラウマ関連疾患の展望

DSM-III以降のPTSDは、外傷体験に続発する（因果関係ではない）ことが定義の1つに挙げられているが、外傷後に発症するI軸診断は決してPTSDだけではない。ほとんどの不安、気分障害はライフイベントとしての重度なストレス要因によって誘発、ないし増悪されうるし、また事実、PTSDはうつ病、全般性不安、恐怖症との合併は多い。さらに生死の危険に係る体験に関連する疾患としては解離性障害と身体表現性障害がある。

とりわけ解離性障害はシャルコーの外傷性ヒステリー研究にその嚆矢があるように、素因を基盤とすることが暗黙裏に想定されてはいるものの、外傷的体験後に発症することが多い。解離性同一性障害、解離性健忘は筆者も少なからず自験するところである。他方、あまり着目されることがないが、南北戦争時に軍医のDa Costaによって命名され、後に心臓神経症と同一視されるようになったDa Costa症候群はPTSDとは異なり、再体験症状には注目されず、もっぱら過覚醒症状を主として定義をされている。ICD-10では身体表現性障害の中の身体表現性自律神経機能不全に該当する（ICD-10の同疾患の解説にはDa Costa症候群が明示されている）。ただしDSM-IV-TRの身体表現性障害の定義ではDa Costa症候群との関係は明確ではない。この病態は交通事故の後など、動悸と易刺激性、興奮を主訴として認められることがある。突発的な不安が極度になればパニック障害と診断されることもありうる。

すなわちPTSDは片方では麻痺症状の極にある解離性障害に、他方では過覚醒症状に近接するDa Costa症候群などの身体表現性障害やパニック障害に踵を接している。こうした関係はPTSDを慢性化させている心理機制についても該当する。すなわち持続エクスポージャー療法な

どの治療研究が明らかにしたところによれば<sup>2)</sup>, PTSDを慢性化させる要因はトラウマ記憶の想起の回避による記憶の断片化である。患者は記憶を回避し、感情を麻痺させているが、十分に記憶をコントロールすることができないために、時に記憶を想起しては強い不安を体験し、再度回避をするということを反復している。もし回避が完全に行われれば、解離性健忘のような解離性障害となるが、PTSDではそれが不完全であるために一時的にパニックないし強い不安を感じ、解離と不安障害のあいだを動揺していると考えられる。

ただし DSM-5 においても ICD-11 においても、PTSD に隣接するトラウマ関連疾患の診断概念が包括的に検討されているわけではなく、現行の PTSD の診断的妥当性が個別に検討されているにすぎないので、こうした診断のダイナミズムが十分に反映されているとはいいがたい。

### III. DSM-5ドラフトでの PTSD 診断

DSM-5 のドラフト版では、PTSD の多くの基準について変更が認められるので、関連文献<sup>3,4,6,7)</sup>を踏まえつつ、それらを順次紹介したい。

#### 1. 出来事基準

DSM-IV-TR では身体の統合への脅威という抽象的な表現が用いられていたが、DSM-5 では「死亡、重傷を負うこと、性的被害」と、具体的な出来事を列挙することによって出来事の定義の曖昧さを軽減している。またトラウマ的出来事への暴露はほぼ直接体験すなわち自分自身が体験するか、目の前でそれを目撃するかということに限られている。伝聞によるトラウマ被害は、近親者、もしくは親しい友人の被害が対象となっている場合のみ、出来事基準を満たすことが認められており、それ以外の者が対象であった場合には認められない。特にメディア、画像を通じてのトラウマへの暴露は、業務に関連した反復性のものでない限り除外されている。このことはいわゆる惨事ストレスによる PTSD 発症を論じる上での大きな議論を呼び起こすだろう。また、9.11 テロの後

は、テレビでの画像を直視することによって子どもたちが PTSD になったと主張されていたが、DSM-5 の基準ではそれは認められないことになる。

子どもの出来事基準については別に記載が設けられているが、そこでも成人の場合と同じように、死亡や死の恐怖、また重傷を負う体験、性的被害が挙げられており、伝聞によるトラウマ体験は、近親者、あるいは養育者に生じたものに限られている。

出来事基準の選別にあたっては、体験直後の PTSD 症状ではなく、6 ヶ月後の症状との関連が重視され、その関連によってトラウマ体験となるような出来事とそうでないものが区別されていることが特徴である。その背景にあるのは、急性期の症状のほとんどが3 ヶ月以内に回復するために、これを病理的とみなすことは適切ではなく、むしろ6 ヶ月を経過した後も回復しない症状に病理性があるという考えである。同じ立場から、体験直後の反応を規定した DSM-IV-TR の A2 基準も削除されている。その理由はやはり6 ヶ月後の症状に関係しないためである。加えて、急性期の感情表現は人によってさまざまであり、単に恐れ、脅威などという表現には該当しない場合が多いため、診断精度に問題が生じるという理由も挙げられている。

次に再体験症状の定義であるが、ここでも大きな変更が見られている。最も大きな留意点は、再体験を表現する用語として、思考 (thought, rumination) が否定されていることである。すなわち、再体験症状の中核となる現象は、解離性のフラッシュバック、もしくは悪夢であって被害について考えたり、相手を恨んだりといった反芻的想起は含まない。このことは、しばしば PTSD と混同されやすい、好訴妄想、賠償神経症的な患者との鑑別を容易にするであろう。

いま1つの特徴は、解離がより前面に出されたことである。DSM-IVでも、フラッシュバックが解離性のものであることは明言されていたが、DSM-5では、フラッシュバックに限らず、患者があたかもトラウマが今生じているかのように感

じたり体験することが解離現象として挙げられている。また、同じく解離の一環としての意識喪失にも言及されている。また子どもの場合には、必ずしも外傷とトラウマとの関連が明らかではなくても、全般的な活気の乏しさ、あるいはトラウマに特徴的な遊びの存在を通じて再体験症状を評価することができることとされている。解離の重要性が認められていること、侵入性想起の表現から思考をはずすことによってより定義を明確化したこと、さらに再体験症状の中核症状としてフラッシュバックと悪夢に言及していることが特徴といえる。

回避麻痺症状については、DSM-IVでは同じ症状項目の中に含まれていたのに対し、DSM-5では別々の症状項目に分離されている。回避項目はほとんど表現が同じであるが、内容はより簡素化されており、内面的な記憶と外的な想起刺激(reminder)の回避に整理されている。

麻痺症状については相当に大きな変更が加えられている。まずDSM-IVと同じように、記憶の重要な側面を想起できないという体験が挙げられているが、それ以外にも自分自身や周囲の世界に対する否定的な認知、また自分や他者を責めたり、あるいは恐怖、怒りなどの否定的な感情の存在、生き生きとした感情を体験できないことなどが挙げられている。これは従来の麻痺症状の域をはるかに超えた認知および感情の変化を含んでおり、持続エクスポージャー療法などの治療からみると大変に興味深い点ではあるが、診断的有用性という観点からはどの程度妥当な項目であるのか、信頼性が保てるのかという点と並んで、率直に疑問を禁じえないところである。

麻痺症状については、従来より不安気分症状と関連しており、鑑別診断上削除しても影響は少ないとされていた。今回こうした症状をあえて独立の症状カテゴリーとして記述した理由としては、これが他の症状と独立したクラスターを形成することが計量的精神症候学から示されていることと、臨床的に機能障害と強く関連していること、また認知行動療法などの実施の上で重要であることなどが挙げられている。

過覚醒症状についてはあまり大きな変更はないが、DSM-5では落ち着かなさと自己破壊的な行動が診断基準に含まれている。これは一見すると境界性パーソナリティ障害との鑑別を困難にするかのようなのであるが、今後の議論が待たれるところである。

下位カテゴリーとして、解離症状が顕著なPTSDという範疇が用意されている。これは1つには離人症状(depersonalization)が顕著であること、また非現実感覚(derealization)が存在していることによって特徴づけられる。言うまでもなくこうした解離症状は、アルコールや薬物による生理学的な影響として生じるものであってはならない。それ以外にも学童期以前のサブタイプなども用意されている。

## おわりに

全体としてDSM-5のPTSDカテゴリーでは、認知の障害と解離症状が強調されており、過覚醒症状の中に一見すると境界性パーソナリティ障害とも思われる自己破壊的な行動が含まれていることが特徴と思われる。このことは、おそらく幼少期の虐待によって成人以後も認知や感情の変化とPTSD症状が残存する複雑性PTSDという診断基準がDSM-5では採用されなかったことと関係しているであろう。ちなみにこの診断カテゴリーは、ICD-11では採用されている。DSM-5ではそれが採用されなかったことを補うかのように、PTSDの診断基準に認知感情の持続的变化と自己破壊的な行動を診断基準に含めることによって、複雑性PTSDに相当する患者の診断を容易にしているものと考えられる。

## 文 献

1) Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, Institute of Medicine. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence [Internet]. 2007. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/11955.html>

2) Foa, E., Hembree, E., Rothbaum, B.: Pro-

longed Exposure Therapy for PTSD. Oxford University Press, New York, 2007 (金 吉晴, 小西聖子訳: PTSDの持続エクスポージャー療法, 星和書店, 東京, 2009)

3) Friedman, M.J., Resick, P.A., Bryant, R.A., et al.: Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety*, 28; 750-769, 2011

4) Hinton, D.E., Lewis-Fernández, R.: The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5. *Depress Anxiety*, 28; 783-801, 2011

5) Kraepelin, E.: *Psychogene Erkrankungen*. Ein Lehrbuch fuer Studierende und Aerzte, achten Auflage,

Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1915 (遠藤みどり訳: 災害精神病, 心因性疾患とヒステリー, みず書房, 東京, 1987)

6) Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H., Cohen, J.A.: PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depress Anxiety*, 28; 770-782, 2011

7) Steuwe, C., Lanius, R.A., Frewen, P.A.: Evidence for a dissociative subtype of PTSD by latent profile and confirmatory factor analysis in a civilian sample. *Depression and anxiety*. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22653764>

---

## Historical Perspective of PTSD and Future Revision in DSM-5

Yoshiharu KIM

*National Information Center of Disaster Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry*

One of prototypes of PTSD is a fright neurosis conceptualized by Kraepelin and is on the line of traditional psychogenic reaction category defined by Sommers in so far as the re-experience symptoms reflects the content of a traumatic experience. Other key components of PTSD, such as avoidance of traumatic memory and hyperarousal, overlap respectively with dissociative disorders and the somatoform autonomic dysfunction (ICD-10), which may consist, together with comorbid mood and anxiety disorders of PTSD, a spectrum of post-traumatic mental disorders. The DSM-5 draft of PTSD restricts the category in terms of the event and re-experience criterion, put an emphasis upon dissociation and enlarges numbing symptom in that it is re-categorized as a cognitive and affective alterations to be separated from avoidance symptom. This change partly reflects insight into the nature of the disorder brought by CBT-based clinical experience.

<Author's abstract>

<Key words: PTSD, psychogenic, dissociation, Kraepelin>

---